



население мира в 2004 году

**Десять лет Каирскому консенсусу:
население, репродуктивное здоровье и
глобальные усилия по искоренению нищеты**

народонаселение мира в 2004 году

Авторское право © ЮНФПА, 2004 год

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
Сорайя Ахмед Обейд, Директор-исполнитель



Десять лет Каирскому консенсусу:
население, репродуктивное
здоровье и глобальные усилия по
искоренению нищеты

Введение	1	Равенство мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин	35
Основное внимание людям	2	Достижения	37
От слов к делу	3	Результаты глобального обследования	38
Сообщения стран о достигнутом прогрессе	3	Прогресс в правовой сфере	39
Национальная ответственность и культура	5	МКНР и цели области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия	41
Формирование нового глобального консенсуса	5	Проблемы: заполнение полупустого стакана	41
Многое еще предстоит сделать	8	Репродуктивное здоровье и планирование семьи	45
Путь вперед	9	Планирование семьи и сексуальное здоровье	47
Народонаселение и развитие	13	Доступ к противозачаточным средствам и их использование	48
Цели в области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия	13	Неудовлетворенные потребности	48
Репродуктивное здоровье и цели в области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия	15	Выбор методов	52
Экономическое воздействие динамики населения	15	Инфекции, передаваемые половым путем	52
ВИЧ/СПИД и нищета	18	Качество лечения	53
Стареющее население	18	Более решительная поддержка охраны репродуктивного здоровья	56
Национальные меры по сокращению масштабов нищеты	19	Гарантия поставок	57
Народонаселение и окружающая среда	21	Мужчины и репродуктивное здоровье	59
Воздействие населения на использование ресурсов	22	Охрана здоровья матери	63
Нищета и чрезмерная нагрузка на окружающую среду	24	Новые подходы	63
Гендерные аспекты экологических изменений	24	Причины и последствия	66
Миграция и урбанизация	29	Материнская заболеваемость	66
Урбанизация и перемещение населения	29	Утеровагинальная фистула	67
Разработка политики в период после МКНР	30	Сокращение материнской смертности и заболеваемости	68
Международная миграция	31	Трудности в сборе информации	68
Ответные меры в области политики	32	Последовательные ответные меры	69
		Уход в дородовый период	69
		Квалифицированная медицинская помощь	70
		Экстренная акушерская помощь	71
		Уход после аборт	72
		Качество услуг по охране здоровья матери	73
		Мужчины и охрана здоровья матери	74
		ЮНФПА и безопасное материнство	74

содержание

Глава	5
1	
	6
2	
	7
3	
4	

Предупреждение ВИЧ/СПИДа	77		118
Воздействие пандемии и ответные меры	78		
Включение аспектов, касающихся предупреждения ВИЧ, в программы в области охраны репродуктивного здоровья	79		124
Презервативы	81		
Добровольное консультирование и тестирование	83	Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели	126
Основные проблемы	84	Демографические, социальные и экономические показатели	130
Подростки и молодежь	89	Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий	134
Формирование консенсуса МКНР	89	Примечания к показателям	136
Второе поколение программ	90	Технические примечания	137
Выводы глобального обследования ЮНФПА	91		
Роль НПО	92		
Основные проблемы в области здравоохранения и развития	92	Диаграмма 1	
Удовлетворение потребностей молодых людей	94	Население мира, 1950-2050 годы	10
Поощрение более здоровых моделей поведения	95	Диаграмма 2	
Услуги, рассчитанные на удовлетворение интересов молодежи	96	Доля населения в возрасте старше 65 лет с разбивкой по регионам, 2000 и 2050 годы	18
Прогресс в принятии законодательных актов.	96	Диаграмма 3	
Основные задачи	96	Неудовлетворенные потребности и использование противозачаточных средств	49
Охрана репродуктивного здоровья общин, находящихся в кризисных ситуациях	99	Диаграмма 4	
Охрана здоровья матери	100	Средний общий спрос в группах с разбивкой по уровню доходов	50
Планирование семьи	101	Диаграмма 5	
Сексуальное насилие и насилие по признаку пола	102	Процентная доля спроса на услуги в области планирования семьи, удовлетворенного в различных группах с разным благосостоянием на трех уровнях использования современных противозачаточных средств	51
ВИЧ/СПИД и другие заболевания, передаваемые половым путем	103		
Охрана репродуктивного здоровья подростков	104		
Успехи и недостатки	104		140
Приоритетные действия	107		140
Партнерские отношения с гражданским обществом	107		
Ресурсы для осуществления Программы действий	109		
Приоритетные действия	112		
Выводы	114		

8

Примечания

Материалы для вставок

Показатели

9

Диаграммы и таблицы

10

Фотографии и их авторы

11

Редакционная коллегия



Введение

13 сентября 1994 года в Каире после девяти дней оживленных обсуждений Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР) приняла всеобъемлющий 20-летний план действий, который члены делегаций и комментаторы приветствовали как открытие "новой эры в области народонаселения".

Подчеркивая приверженность правам человека и достижению равенства мужчин и женщин, Каирское соглашение призывает страны обеспечить охрану репродуктивного здоровья и осуществление репродуктивных прав для всех в качестве важнейшего вклада в дело устойчивого развития и борьбу с нищетой, ликвидацию которой МКНР считает неотделимой от удовлетворения потребностей населения.

"Вы разработали Программу действий на следующие 20 лет, которая учитывает реальности нашего мира и которая прокладывает нам путь к достижению лучшей реальности", - заявила делегатам на закрытии заседании д-р Нафис Садык, Директор-исполнитель ЮНФПА и генеральный секретарь Конференции. "В Программе содержатся весьма конкретные цели и рекомендации в таких взаимосвязанных областях, как детская и материнская смертность, образование, репродуктивное здоровье и планирование семьи, однако ее охват будет значительно шире. Программа действий имеет потенциал для того, чтобы изменить мир".

Через десять лет после вступления в новую эру настало время проанализировать достигнутые результаты:

Программа действия МКНР является планом действий в области народонаселения и репродуктивного здоровья, который, как отметили страны, имеет **весьма важное значение для осуществления глобальных целей в области развития**, включая искоренение крайней нищеты и голода, расширение прав и возможностей женщин, сокращение материнской смертности,

охрану окружающей среды и ликвидацию пандемии ВИЧ/СПИДа. На последних региональных и глобальных заседаниях и в практической деятельности правительства решительно подтвердили свою решимость на основе накопленного опыта использовать Программу действий в качестве неотъемлемой стратегии повышения благосостояния людей и обеспечения осуществления прав человека.

Многие развивающиеся страны прилагали активные усилия, направленные на практическую реализацию рекомендаций МКНР, что имело существенное воздействие. Страны принимают меры для того, чтобы включить факторы, касающиеся народонаселения, в планы развития, повысить качество и расширить охват программ в области охраны репродуктивного здоровья, поощрять права женщин, удовлетворять потребности молодых людей и лиц, находящихся в чрезвычайных ситуациях, и активизировать усилия по предупреждению ВИЧ. Доступ к услугам в области планирования семьи продолжает расширяться; сегодня 60 процентов супружеских пар в развивающихся странах используют современные контрацептивные методы, в то время как в 60-е годы этими методами пользовались 10-15 процентов супругов.

Однако недостаточный объем ресурсов и постоянные трудности с обслуживанием наиболее бедных слоев населения препятствуют прогрессу в решении существующих в настоящее время проблем, включая непрекращающееся распространение ВИЧ/СПИДа, особенно среди молодежи, неудовлетворенные потребности в области планирования семьи и высокую фертильность и материнскую смертность в наименее развитых странах. Доноры должны выполнить обязательства, взятые в Каире, и уделять приоритетное внимание охране репродуктивного здоровья в планах

.

.

.

оказания помощи по борьбе с нищетой в интересах развития, а кроме того необходимо расширить программы, с тем чтобы выполнить цели МКНР, касающиеся комплексного оказания услуг по охране репродуктивного здоровья для всех, к 2015 году.

Как следует из самого названия Конференции, в основе МКНР лежит понимание того, что численность населения, его прирост и распределение тесным образом связаны с перспективами экономического и социального развития, а также того, что деятельность в одной области способствует активизации деятельности в другой.

В течение двух десятилетий после проведения первой Всемирной конференции в области народонаселения в 1974 году такое понимание получало все большее признание, поскольку в развивающихся странах численность населения увеличивалась быстрыми темпами и все большее число стран накапливали опыт, связанный с программами в области планирования семьи. К 1994 году большинство развивающихся стран осознали необходимость решения проблем в области народонаселения для содействия экономическому росту и повышению благосостояния населения.

Каирская конференция радикальным образом изменила подход международного сообщества к взаимосвязанным проблемам народонаселения и развития и поставила в центр внимания такие вопросы, как люди и права человека, а не численность населения и темпы его прироста.

В основе такого изменения парадигмы был отход от понимания населения в основном как макроэкономической переменной величины для планирования политики к основанному на правах человека подходу, в котором ключевым элементом является благополучие отдельных лиц. В Программе действий МКНР содержался призыв к осуществлению политики и программ,

учитывающих комплексный подход, который увязывает деятельность в области народонаселения с развитием человеческого фактора, расширением прав и возможностей женщин, обеспечением равенства мужчин и женщин и потребностями и правами отдельных лиц, в том числе молодежи.

В Программе действий МКНР признается, что инвестирование средств для удовлетворения потребностей людей в целях расширения их возможностей и создания условия для реализации их потенциала в качестве членов общества является ключевым элементом для обеспечения устойчивого экономического роста и устойчивого развития, а также достижения уровня населения, соответствующего условиям окружающей среды и объему имеющихся ресурсов.

В рамках этих изменений МКНР включила планирование семьи, которому когда-то уделялось основное внимание в политике и программах в области народонаселения, в более широкие рамки концепции репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, включая планирование семьи и сексуальное здоровье. Конференция признала охрану репродуктивного здоровья в качестве одного из прав человека всех людей на протяжении всей их жизни

и настоятельно призвала страны прилагать усилия, направленные на обеспечение всеобщего доступа к комплексным услугам по охране репродуктивного здоровья к 2015 году (см. главу 6).

В достигнутом на МКНР консенсусе признается, что создание для супружеских пар и отдельных лиц возможностей свободно определять число и время рождения их детей и регулировать период между родами ускорит прогресс в уменьшении размера семей и замедлении темпов прироста населения, что будет способствовать экономическому росту и сокращению масштабов нищеты как на уровне домашних хозяйств, так и на макроуровне. Поэтому сложилось понимание того, что если не будут удовле-

Конференции 1994 года был специально предоставлен более широкий мандат в отношении вопросов развития, чем предыдущим конференциям по народонаселению, что отражает растущее понимание того, что проблемы, связанные с нищетой, структурами производства и потребления и окружающей средой, настолько тесно взаимосвязаны, что ни одну из них нельзя рассматривать изолированно.

Основное внимание людям

ШИРОКИЙ МАНДАТ

- Программа действий МКНР, пункт 1.5.

НОВЫЙ ПОДХОД.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР СПОСОБСТВУЕТ ПРОЦВЕТАНИЮ.

творяться потребности в оказании услуг по охране репродуктивного здоровья и не будут ликвидированы серьезные пробелы в этой области, то возникнут условия, способствующие тому, что высокая фертильность, высокие показатели материнской смертности и быстрые темпы прироста населения сохранятся навсегда, что сведет на нет перспективы сокращения масштабов нищеты (см. главу 2).

Было признано, что расширение прав и возможностей женщины само по себе является важной целью, а также ключевым элементом повышения качества жизни каждого человека. Без полного и равного участия женщин в жизни общества не может быть обеспечено устойчивое развитие человеческого фактора. В Программе действий подчеркивается, что важными факторами для обеспечения самостоятельности женщин являются не только образование, расширение экономических возможностей и участие в политической жизни, но и осуществление репродуктивных прав (см. главу 5).

Серьезные успехи были достигнуты в решении неотложных и деликатных задач, включая охрану сексуального здоровья подростков, ВИЧ/СПИД и неквалифицированные аборт. Беспрецедентное внимание уделялось не получающим достаточного объема услуг группам, включая неимущие слои населения сельских районов, коренные народы, жителей городских трущоб, беженцев и лиц, перемещенных внутри страны.

Каирское соглашение предусматривало также основанный на участии населения и транспарентный процесс развития при активном привлечении бенефициаров для обеспечения того, чтобы цели программ и политика увязывались с реальным положением отдельных лиц и налаживанием широких партнерских отношений между правительствами, международными организациями и гражданским обществом.

Как было отмечено в недавно подготовленных и проведенных страновых, региональных и глобальных докладах и обследованиях, Каирское соглашение определяло политику и деятельность на протяжении последних десяти лет, когда решался широкий круг проблем, связанных с населением, репродуктивным здоровьем и равенством мужчин и женщин.

На ряде региональных конференций, на которых отмечалась десятилетняя годовщина проведения МКНР, правительства, несмотря на попытки Соединенных Штатов вновь затронуть вопросы, решенные на основе консенсуса в Каире, решительно подтвердили свою общую приверженность Программе действий. Многие развивающиеся страны и страны с переходной экономикой подтверждают свою национальную ответственность, связанную с МКНР, и сообщают, что в настоящее время политика и программы, способствующие охране репродуктивного здоровья и обеспечению равенства мужчин и женщин, являются неотъемлемой частью их планов развития.

На ежегодной сессии Комиссии по народонаселению и развитию в 2004 году страны пришли к договоренности о том, что осуществление Программы действий вносит "важный вклад в выполнение международно согласованных целей в области развития, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций". (Дополнительная информация о целях в области развития, закрепленных в **Декларации тысячелетия**, и об их связи с МКНР приводится в главе 2).

В глобальном обследовании деятельности правительств,¹ проведенном Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения в 2003 году, вновь подтверждается, что сегодня развивающиеся страны глубоко осознают "ответственность" выполнения достигнутого на МКНР соглашения и прилагают согласованные усилия, направленные на осуществление рекомендаций Конференции и достижение ее целей.

Существенные успехи были достигнуты в том, что касается включения проблем в области народонаселения в стратегии в области развития для сокращения масштабов нищеты, поощрения прав человека, ликвидации неравенства, защиты окружающей среды, сохранения природных ресурсов и децентрализации процесса планирования. В целях ускорения прогресса были созданы и изменены соответствующие институты и законы.

Был существенно расширен доступ к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также была расширена деятельность по удовлетворению потребностей молодежи, ликвидации ВИЧ/СПИДа и сокращению уровня материнской смертности. Однако страны, представившие ответы на обследование, признали также, что многое еще предстоит сделать

ПРАВА ЖЕНЩИН.

Сообщения стран о достигнутом прогрессе

УЧАСТИЕ И ПАРТНЕРСКИЕ ОТНОШЕНИЯ.

От слов к делу

для обеспечения охраны репродуктивных прав, доступа к услугам в области репродуктивного здоровья для подростков, расширения ассортимента противозачаточных средств и повышения качества услуг, ориентированных на удовлетворение потребностей клиентов.

Основные выводы глобального обследования ЮНФПА включают в себя, в частности, следующие аспекты:

Почти все из представивших ответы 151 страны (96 процентов) сообщили о деятельности, направленной на включение вопросов, касающихся народонаселения, в политику и стратегии в области развития. Большинство стран заявили, что они приняли политику, целью которой является решение вопроса, связанного с взаимодействием таких аспектов, как народонаселение и нищета. Половина стран сообщила о деятельности по оказанию воздействия на распределение их населения, например, на основе создания новых центров экономического роста и децентрализации процессов планирования и принятия политических решений. Кроме того, страны проявляют все более прагматичный подход в том, что касается уделения основного внимания ресурсам и удовлетворения приоритетных потребностей (см. главу 2).

99 процентов стран сообщили, что они приняли политику, законы и конституционные положения, направленные на защиту прав девочек и женщин. Многие страны учредили национальные комиссии, занимающиеся женской проблематикой. Страны создали механизмы для образования женщин, формирования у них соответствующих навыков и обеспечения их занятости, а также для поощрения равного участия женщин в политической жизни и делах общин. Были приняты законы и проводилась пропагандистская деятельность по борьбе с насилием по признаку пола. Были также приняты различные меры для увеличения числа девочек, зачисляемых в начальную и среднюю школы.

Страны начали включать услуги по охране репродуктивного здоровья в первичное медико-санитарное обслуживание. Большинство стран повышают эффективность профессиональной подготовки и увеличивают количество учреждений и пунктов, оказывающих медицинские услуги. Кроме

того, осуществлялась деятельность по усовершенствованию медицинских учреждений и расширению доступа в эти учреждения, прежде всего для населения, живущего в отдаленных районах. Продолжает расширяться использование современных противозачаточных средств, и страны увязывают планирование семьи с другими услугами в области охраны репродуктивного здоровья. Все большее внимание уделяется усилиям по сокращению материнской смертности и увечий, при этом основной упор делается на прием родов с участием квалифицированных специалистов и расширение экстренной акушерской помощи и системы направления к специалистам и доставки пациентов (см. главу 6).

Три четверти стран сообщили о принятии национальных стратегий по борьбе с ВИЧ/СПИДом; треть стран заявили, что не имеют конкретных стратегий, направленных на группы высокого риска. Многие страны поощряют последовательное и правильное использование противозачаточных средств и оказание добровольных услуг по предоставлению консультаций и тестированию. В целях поощрения безопасного сексуального поведения к участию в пропагандистских кампаниях привлекались известные деятели и религиозные лидеры (см. главу 8).

Страны все в большей степени признают необходимость решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем и правами подростков, и 92 процента стран сообщили об осуществлении деятельности в этом направлении. Некоторые страны внесли поправки в законы и политику, ограничивающие доступ подростков к информации и услугам в области репродуктивного здоровья, а более половины из них приступили к оказанию услуг, ориентированных на удовлетворение конкретных потребностей молодых людей. В большинстве стран в качестве важного компонента формирования необходимых для жизни навыков в школьное учебное расписание и в программы обучения молодежи, не посещающей школы, был введен курс по вопросам охраны репродуктивного здоровья. Многие страны принимают также целостный подход, охватывающий более широкий контекст жизни молодых людей, включая такие аспекты, как социально-экономическая реальность, нищета и обеспечение средств к существованию (см. главу 9).

НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ.

ВИЧ/СПИД.

**РАВЕНСТВО МУЖЧИН И ЖЕНЩИН И РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗ-
МОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН.**

ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ.

Большинство правительств сотрудничают с широким кругом групп гражданского общества и частного сектора (в том числе с национальными международными неправительственными организациями (НПО), прежде всего ассоциациями планирования семьи, женскими ассоциациями и общинными группами) по самым различным вопросам, связанным с МКНР. Такое сотрудничество является особенно полезным для охвата групп, не имеющих доступа к услугам (см. главу 2).

Достигнутый в Каире консенсус реализуется на практике благодаря тому, что, учитывая свои собственные приоритетные потребности, культурные императивы и ценности, каждая страна решает для себя, какую деятельность и политику она будет осуществлять. В Программе действий подчеркивается, что осуществление содержащихся в программе рекомендаций является "суверенным правом каждой страны, отвечающим национальным законам и приоритетам в области развития, при полном уважении различных религиозных и этнических ценностей и культурной самобытности ее народа и в соответствии с универсально признанными международными правами человека".

ЮНФПА является крупнейшей многосторонней организацией, оказывающей поддержку в реализации программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья в развивающихся странах и ведущим учреждениям Организации Объединенных Наций по осуществлению рекомендаций МКНР. Так же, как и другие доноры, он оказывает финансовую и техническую поддержку по просьбе правительств в соответствии с установленными странами приоритетами.

² Каирский консенсус, основной упор в котором делается на репродуктивное здоровье и права, был достигнут благодаря более чем 25-летнему опыту работы с программами в области народонаселения и формирующимся международным пониманием вопросов, касающихся развития и прав человека. В 1969 году, когда ЮНФПА начал осуществлять свою деятельность, у стран - членов Организации Объединенных Наций не было никакого рабочего соглашения о народонаселении; к 1994 году ЮНФПА осуществлял программы в 140 странах.

1 УЧЕТ КУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ЮНФПА

Для успешного осуществления и обеспечения устойчивости деятельности в области развития необходимо признавать местную социальную культурную реальность и способствовать налаживанию открытого диалога и привлечению общин. Такое понимание отражает оказание ЮНФПА поддержки странам в осуществлении Программы действий МКНР.

Как свидетельствует накопленный Фондом опыт, партнерские отношения с лидерами общин и учреждениями имеют крайне важное значение для решения деликатных с точки зрения культуры вопросов.

Например, в Уганде при поддержке ЮНФПА удалось резко сократить количество калечащих операций на женских половых органах у являющейся меньшинством народности сабини. Это было достигнуто в рамках налаживания партнерских отношений со старейшинами сабини на основе разработки альтернативных ритуалов, способствующих укреплению культурного достоинства общины, при этом обеспечивалась защита прав человека девочек.

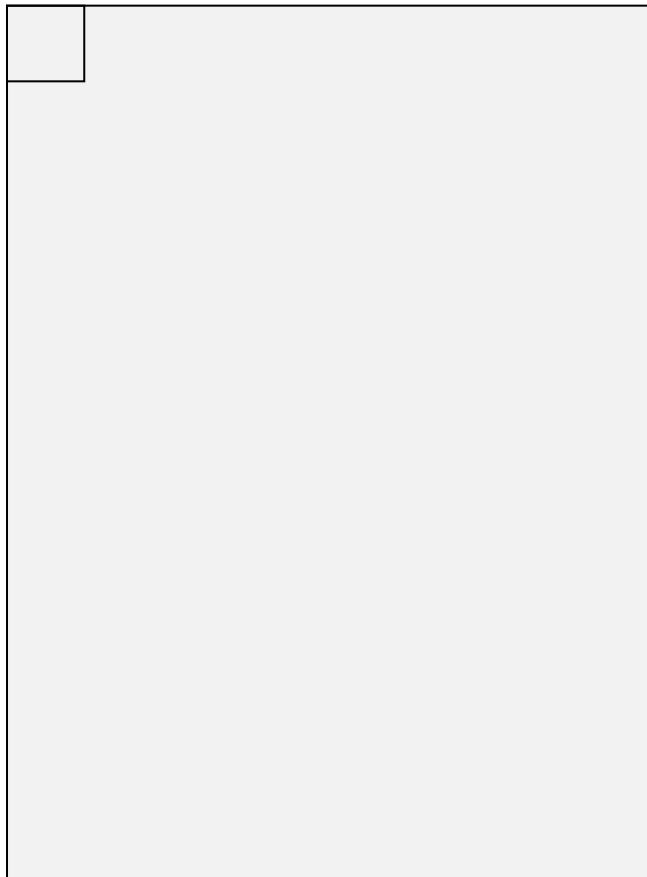
В Гватемале, где отмечены самые высокие показатели материнской смертности в Латинской Америке, ЮНФПА оказал содействие в формировании альянса, в результате чего удалось принять прогрессивный закон, способствующий улучшению охраны здоровья женщин и их семей; это было достигнуто благодаря тому, что была найдена новая основа для стоящих на различных идеологических позициях групп, включая руководителей католической церкви, христиан-евангелистов и предпринимателей.

Во время проведения первой Всемирной конференции по народонаселению в Бухаресте в 1974 году большая группа стран, в том числе большинство стран Латинской Америки, франкоязычных стран Африки и некоторых районов Азии, осуществляли деятельность в области народонаселения лишь в двух направлениях, а именно: сбор данных и охрана здоровья матери и ребенка. Через два десятилетия почти все страны оказывали поддержку широкому кругу мероприятий по охране репродуктивного здоровья, включая добровольное планирование семьи, безопасное материнство, предупреждение ВИЧ/СПИДа и защиту от болезней, передаваемых половым путем, и их лечение.

Международная конференция по правам человека в Тегеране в 1968 году была первым международным форумом, на котором была достигнута договоренность о том, что "родители имеют основное право человека свободно и ответственно определять число своих детей и регулировать период между родами".

ПАРТНЕРСКИЕ ОТНОШЕНИЯ.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И КУЛЬТУРА.



**Формирование нового глобального консенсуса
ФОРМИРУЮЩЕЕСЯ ПОНИМАНИЕ.**

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ КАК ОДНО ИЗ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА.

На Бухарестской конференции было отмечено, что планирование семьи является правом всех "отдельных лиц и супружеских пар". Однако на проводившихся на этой конференции обсуждениях вопроса о сокращении высоких показателей рождаемости в развивающихся странах права женщин не затрагивались. Всемирный план действий в области народонаселения 1974 года был нелегким компромиссом, в котором женщины были упомянуты лишь один раз.

Однако через год на первой Всемирной конференции по положению женщин в Мехико было согласовано, что право на планирование семьи является важнейшим правом для обеспечения равенства мужчин и женщин.

На Международной конференции по народонаселению 1984 года, которая также проводилась в Мехико, было отмечено, что мужчины должны нести общую с женщинами ответственность за планирование семьи и воспитание детей, "с тем чтобы предоставить женщинам свободу в полной мере участвовать в жизни общества", и эта задача является "важнейшей для достижения целей в области развития, включая цели, связанные с политикой в области народонаселения".

Конференция 1984 года обратила также внимание на многие связанные с планированием семьи "неудовлетворенные потребности" супружеских пар, которые хотели ограничить деторождение или же регулировать период между родами, однако не имели достаточного доступа к противозачаточным средствам, а кроме того, на этой Конференции было отмечено, что эти потребности резко возрастут, поскольку число супружеских пар репродуктивного возраста в последующее десятилетие увеличится.

На Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию 1992 года было отмечено, что быстрый прирост народонаселения является серьезным препятствием для устойчивого развития. Однако не было достигнуто консенсуса относительно мер для решения этой проблемы, что частично объясняется уже давно существующим недоверием к программам в области планирования семьи.

Такая тупиковая ситуация была исправлена в Каире, когда цели в области развития стали увязываться с вопросами, касающимися прав человека и улучшения положения женщин.

В течение двух десятилетий до 1994 года на ряде международных форумов была заложена новая основа для тщательной разработки

концепции прав человека, включая права на развитие и охрану здоровья, права женщин и право на принятие решений по репродуктивным вопросам. На МКНР эти понятия были объединены, а также была разработана новая концепция - репродуктивные права.

Репродуктивные права включают в себя различные аспекты: право на охрану репродуктивного и сексуального здоровья на протяжении всего жизненного цикла; право на репродуктивное самоопределение, включая права на добровольный выбор при вступлении в брак и на информацию и средства для определения числа детей, время их рождения и регулирование периода между родами; равенство и справедливость для женщин и мужчин во всех сферах жизни; сексуальная и репродуктивная безопасность, включая свободу от сексуального насилия и принуждения.³ Эти аспекты затрагиваются во многих договорах и конвенциях в области прав человека и заключенных на основе консенсуса международных соглашениях. В период после проведения МКНР сторонники концепции репродуктивных прав в правительствах и гражданском обществе, прежде всего женские группы, были мобилизованы для обеспечения того, чтобы эта концепция лежала в основе нового плана действий по решению проблем, связанных с народонаселением и развитием.

В проведенном в 2003 году глобальном обследовании ЮНФПА было установлено, что в период после МКНР 131 страна изменила национальную политику или законы или же внесла институциональные изменения, признающие права человека. Например, Южная Африка и Венесуэла включали репродуктивные права в свои конституции в качестве основополагающих прав человека. Комиссия по правам человека Индии приняла декларацию о репродуктивных правах и поручила правительствам штатов поощрять эти права и обеспечить их защиту.⁴

В Эквадоре, Эфиопии, Гане, Кении и Либерии НПО, например, организации женщин-адвокатов, поощряют деятельность правительства по оказанию поддержки в охране репродуктивных прав и наблюдают за ее осуществлением.

На продолжавшихся в течение долгого времени подготовительных заседаниях было достигнуто широкое согласие относительно большинства элементов Программы действий. Однако на самой Каирской конференции широко освещенные в прессе разногласия, связанные с отношением к абортам, создали угрозу блокирования консенсуса.

КОМПРОМИСС, СВЯЗАННЫЙ С АБОРТАМИ.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА.

После продолжительных дискуссий был достигнут компромисс. На Международной конференции по народонаселению 1984 года была достигнута договоренность о том, что не следует поощрять аборт в качестве средства планирования семьи и что необходимо помогать женщинам избегать абортов на основе расширения доступа к планированию семьи, а также что к женщинам, вынужденным прибегать к абортam, следует проявлять гуманное отношение и эти женщины должны иметь возможность пользоваться консультативными услугами. Эти положения были подтверждены в Программе действий 1994 года. В Программе признается, что опасные с медицинской точки зрения абортy⁸ являются одной из самых серьезных проблем здравоохранения, и в ней отмечается также, что женщины должны иметь доступ к качественным услугам по лечению осложнений после абортов. Правительства согласились с тем, что политика в отношении абортов - это вопрос, решения по которому должны приниматься на национальном уровне; в странах, где аборт не запрещены законом, они должны делаться в безопасных с медицинской точки зрения условиях.

Четвертая Всемирная конференция по положению женщин 1995 года в Пекине поддержала Каирский план действий и концепцию репродуктивных прав в качестве

центрального пункта программы содействия обеспечению равенства мужчин и женщин. В Пекине была разработана концепция сексуальной безопасности, при этом отмечалось, что "права человека женщин включают в себя право свободно и ответственно контролировать вопросы, касающиеся их половой жизни, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, без принуждения, дискриминации и насилия, и принимать решения по этим вопросам".

Успех МКНР в деле выдвижения на первый план вопроса о правах человека в программах для решения важнейших проблем в области здравоохранения и развития имел широкие последствия. С 1994 года НПО, страны и международное сообщество использовали результаты консенсуса для содействия осуществлению ширококомасштабных программ, касающихся расширения прав и возможностей и обеспечения равенства. Например:

страны активизировали усилия по борьбе с **ВИЧ/СПИДом** на основе использования комплексного всеобъемлющего подхода к предупреждению, лечению, уходу и оказанию поддержки (см. главу 8);

Репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственные решения относительно количества своих детей, интервалов между рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека. При осуществлении этого права супружеские пары и отдельные лица должны учитывать потребности своих живущих и будущих детей и свою ответственность перед обществом. Поощрение ответственного подхода к осуществлению этих прав всеми людьми должно стать основой основ осуществляемых с помощью правительств и общин политики и программ в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи.

Широкомасштабное воздействие

-

О РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВАХ

- Программа действий МКНР, пункт 7.3

вопрос о репродуктивном здоровье подростков стал вызывать озабоченность во всех странах мира (см. главу 9);

растет понимание того, **что ранние браки представляют** риск для здоровья девушек и являются нарушением их прав;

сохранение высоких показателей **материнской смертности** заставило страны глубоко изучить вопрос о причинах этого явления и средствах для борьбы с ним (см. главу 7);

все шире признаются и поддерживаются потребности по **охране репродуктивного здоровья женщин в чрезвычайных ситуациях** (см. главу 10);

в октябре 2000 года Совет Безопасности Организации Объединенных Наций единодушно принял резолюцию 1325 **о женщинах, мире и безопасности** и призвал включать аспекты, касающиеся особых потребностей женщин и девочек, во все решения, связанные с репатриацией и расселением, реабилитацией, реинтеграцией и постконфликтным восстановлением;

все больше стран принимают меры для предупреждения **утеровагинальной фистулы**, возникающей во время родов, особенно у матерей-подростков;

расширилась деятельность по сокращению воздействия **опасных с медицинской точки зрения аборт** (включая расширение поддержки в обеспечении качественного планирования семьи и ухода в период после аборта, а также открытые и учитывающие культурные особенности обсуждения вопроса о том, когда могут быть разрешены аборты), так как на МКНР было признано, что такие аборты являются одной из серьезнейших проблем, связанных с охраной здоровья;

кампании против **насилия по признаку пола** (включая насилие в семье и половое насилие для устрашения пострадавшего в результате военных действий населения) приобретают широкую поддержку во многих странах;

расширяются призывы относительно глобальной деятельности по борьбе с **торговле женщинами и детьми** и принуждением к участию в глобальной индустрии секса;

принимаются решительные меры для того, чтобы покончить **с практикой калечащих операций на женских половых органах** и другой вредной традиционной практикой, которые когда-то считались слишком деликатными для обсуждения общественностью; 17 стран запретили эту практику, и во многих общинах проводилась работа по мобилизации общественности на ее искоренение.

Прогресс, достигнутый сегодня странами в практической реализации рекомендаций МКНР, лежит в основе дальнейшей работы по обеспечению охраны репродуктивного здоровья и защиты репродуктивных прав. Однако по-прежнему имеется немало проблем, которые предстоит решить:

продолжается миграция из сельских районов развивающихся стран в быстрорастущие города; **к 2007 году половина населения мира будет жить в городах**. Оказание социальных услуг, включая охрану репродуктивного здоровья в бедных городских районах, является одной из главных задач, поскольку она касается удовлетворения потребностей сельских общин, не получающих услуг в достаточном объеме;

вместе с высокими показателями потребления ресурсов живущими в достатке слоями населения прирост населения способствует усилению **давления на глобальную окружающую среду**. Глобальное потепление, обезлесение, увеличивающийся дефицит водных ресурсов и сокращение площади сельскохозяйственных угодий затруднит деятельность по ликвидации нищеты и неравенства между мужчинами и женщинами;

более 350 миллионов супружеских пар по-прежнему не имеют достаточного доступа к полному комплексу услуг в области планирования семьи. Около 130 миллионов женщин хотят отложить роды следующего ребенка на более поздний срок или же не рожать его, однако они не пользуются методами планирования семьи; еще 64 миллиона человек используют менее эффективные контрацептивные методы. Услугами охвачено намного больше женщин, чем когда-либо ранее, однако темпы оказания этих услуг недостаточны для того, чтобы ликвидировать существующие пробелы

•

•

•

•

Многое еще предстоит сделать

•

•

•

•

•

•

•

•

•

и принять надлежащие меры в связи с приростом населения и повышением спроса. **К 2025 году спрос на услуги в области планирования увеличится на 40 процентов;**

осложнения после беременности и родов являются одними из основных причин смерти и заболеваний среди женщин репродуктивного возраста во многих развивающихся странах. Каждый год около 8 миллионов женщин страдают от осложнений, связанных с угрожающей их жизни беременностью; в результате этого умирают более 529 000 женщин, причем 99 процентов из них - это женщины в развивающихся странах.⁶ Намного большее число женщин страдают от инфекций и увечий;

в развивающихся странах **одна треть всех беременных женщин не получают никаких медицинских услуг во время беременности;** 60 процентов родов принимаются не в медицинских учреждениях; квалифицированный персонал оказывает помощь лишь половине рожавших женщин;

в 2003 году зарегистрировано приблизительно **5 миллионов новых инфекций ВИЧ**, т.е. в среднем 14 000 в день; 40 процентов инфекций приходится на женщин и около 20 процентов - на детей. По состоянию на середину 2004 года, приблизительно 38 миллионов человек были инфицированы ВИЧ/СПИДом. По состоянию на середину 2004 года, около 3 миллионов человек умерли от СПИДа: 2,5 миллиона взрослых и 500 000 детей в возрасте до 15 лет;⁷

В связи с этими проблемами ответные меры, принимаемые международным сообществом, были неадекватными. По сравнению с начальным этапом деятельности по результатам Каирской конференции объем имеющихся ресурсов не изменился.

Страны-доноры предоставили лишь около половины внешних ресурсов, которые, как было согласовано на МКНР, потребуются для осуществления Программы действий. Доноры согласились ежегодно выделять 6,1 млрд. долл. США на программы в области народонаселения и репродуктивного здоровья до 2005 года, а это составляет лишь одну треть от общего объема необходимых ресурсов. В период с 1999 по 2001 год их взносы составляли

около 2,6 млрд. долл. США; в 2002 году объем этих взносов увеличился до 3,1 млрд. долл. США.⁸

В условиях пандемии ВИЧ/СПИДа имеются дополнительные потребности, прежде всего потребность в надежных и достаточных поставках средств для охраны репродуктивного здоровья, включая мужские и женские противозачаточные средства.

Десятая годовщина МКНР предоставляет правительствам и международному сообществу возможность рассмотреть деятельность по осуществлению решений, вновь объявить взносы и определить приоритеты и оставшиеся невыполненными задачи. Региональные обзоры и ответные меры в связи с глобальным обследованием ЮНФПА подтвердили, что страны добились существенного прогресса и в полной мере привержены продолжению деятельности в этом направлении.

Используя комплексный подход, увязывающий вопросы, касающиеся народонаселения и развития (включая защиту окружающей среды и регулирование роста городских и сельских районов), равенство мужчин и женщин и репродуктивное здоровье и репродуктивные права, Программа действий по-прежнему остается важнейшей основой для усилий в области развития в следующем десятилетии.

Недавно взятые Организацией Объединенных Наций и донорами обязательства в отношении стратегий в области сокращения масштабов нищеты и целей, закрепленных в Декларации тысячелетия (включая меры по сокращению материнской смертности и ликвидации пандемии ВИЧ/СПИДа), дают реальный шанс проявить дополнительную политическую волю и мобилизовать ресурсы, которые потребуются для полной реализации Каирского консенсуса.

Цель МКНР, предусматривающая обеспечение универсального доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья к 2015 году, является одним из важнейших условий выполнения большинства целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия. Крайне важно обеспечить, чтобы вопросы о необходимых ресурсах и мероприятиях по охране репродуктивного здоровья учитывались при определении приоритетных задач в области финансирования. Помощь доноров в этом секторе составляет лишь около половины объема помощи, согласованного на МКНР, и необходимо продолжать увеличивать его.

•

Путь вперед

•

•

НЕХВАТКА РЕСУРСОВ.

2 ПРИРОСТ НАСЕЛЕНИЯ ПО-ПРЕЖ- НЕМУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМОЙ

Население мира, численность которого составляет 6,4 млрд. человек, продолжает расти быстрыми темпами, и в настоящее время оно увеличивается на 76 млн. человек в год. Согласно прогнозам Организации Объединенных Наций, в 2050 году население мира увеличится приблизительно на 2,5 млрд. человек: такой была численность населения мира в 1950 году.

После того, как в середине 90-х годов прирост населения достиг своего пика, он начал снижаться приблизительно на 82 млн. человек в год. Средний размер семьи уменьшился с шести детей на одну женщину в 1960 году до приблизительно трех детей сегодня, поскольку методы планирования семьи становятся все более доступными и широко используются. По прогнозам, к середине этого века общая численность населения начнет выравниваться, так как рождаемость сократится до уровня воспроизводства или ниже.

Однако некоторые страны достигнут этого уровня значительно раньше других. Численность

населения стран с молодым населением (благодаря высокой фертильности в недавнем прошлом) будет продолжать увеличиваться в течение нескольких десятилетий даже при небольшом размере семьи, что является в них нормой. Число подростков в возрасте от 10 до 19 лет является самым высоким за всю историю и составляет 2,1 млрд. человек.

В наиболее бедных странах, где рождаемость и смертность остаются высокими, а доступ к методам планирования семьи ограниченным, переход к меньшим по размеру семьям лишь только начинается. Предполагается, что к 2050 году численность населения 50 наименее развитых стран увеличится на 228 процентов и составит 1,7 млрд. человек.

В странах, где резко сократилась рождаемость, в последующее десятилетие произойдет заметное старение населения; эта тенденция уже наблюдается в развитых странах и вызывает серьезную озабоченность у директивных органов этих стран.

Девяносто шесть процентов предполагаемого роста будет приходиться на развивающиеся страны. Сегодня численность населения Европы и Японии уменьшается, и предполагается, что к 2010-2015 году темпы сокращения увеличатся

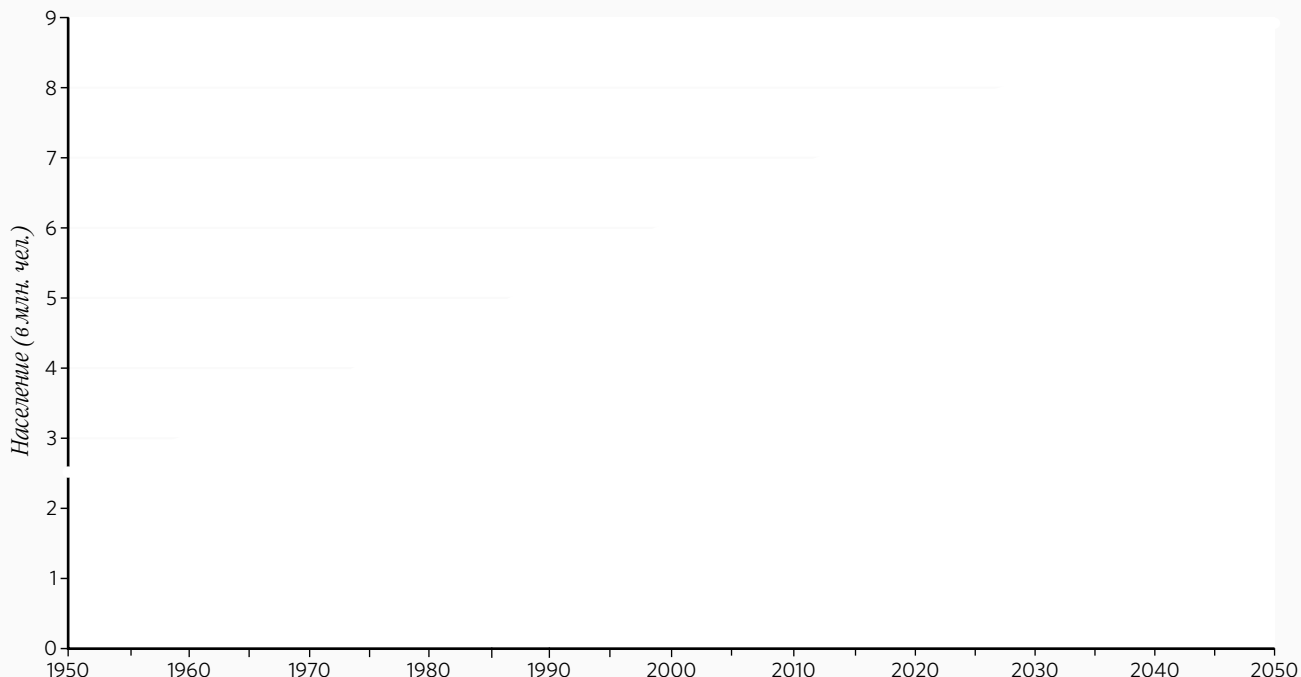
вдвое. Население Северной Америки продолжает увеличиваться приблизительно на 1 процент ежегодно, главным образом благодаря иммиграции.

Сегодня расчеты численности населения и прогнозы прироста ниже, чем десять лет назад, в основном потому, что воздействие ВИЧ/СПИДа в Африке было сильнее, чем это предполагалось ранее, а прирост населения в развитых странах сокращался быстрее.

Прогнозируется, что в 38 наиболее пострадавших от ВИЧ/СПИДа африканских странах в 2015 году численность населения составит 823 миллиона человек - на 91 миллион человек меньше, чем в случае отсутствия ВИЧ, но более чем на 50 процентов больше, чем сегодня (в отсутствие ВИЧ/СПИДа население увеличилось бы на 70 процентов).

Прогнозы Организации Объединенных Наций относительно снижения темпов прироста населения предполагают, что большее число супружеских пар будут склоняться к уменьшению размеров своих семей; это потребует дополнительных инвестиций для обеспечения более широкого доступа к информации и услугам в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи.

Диаграмма 1: Население мира, 1950-2050 годы (по прогнозам)



Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций



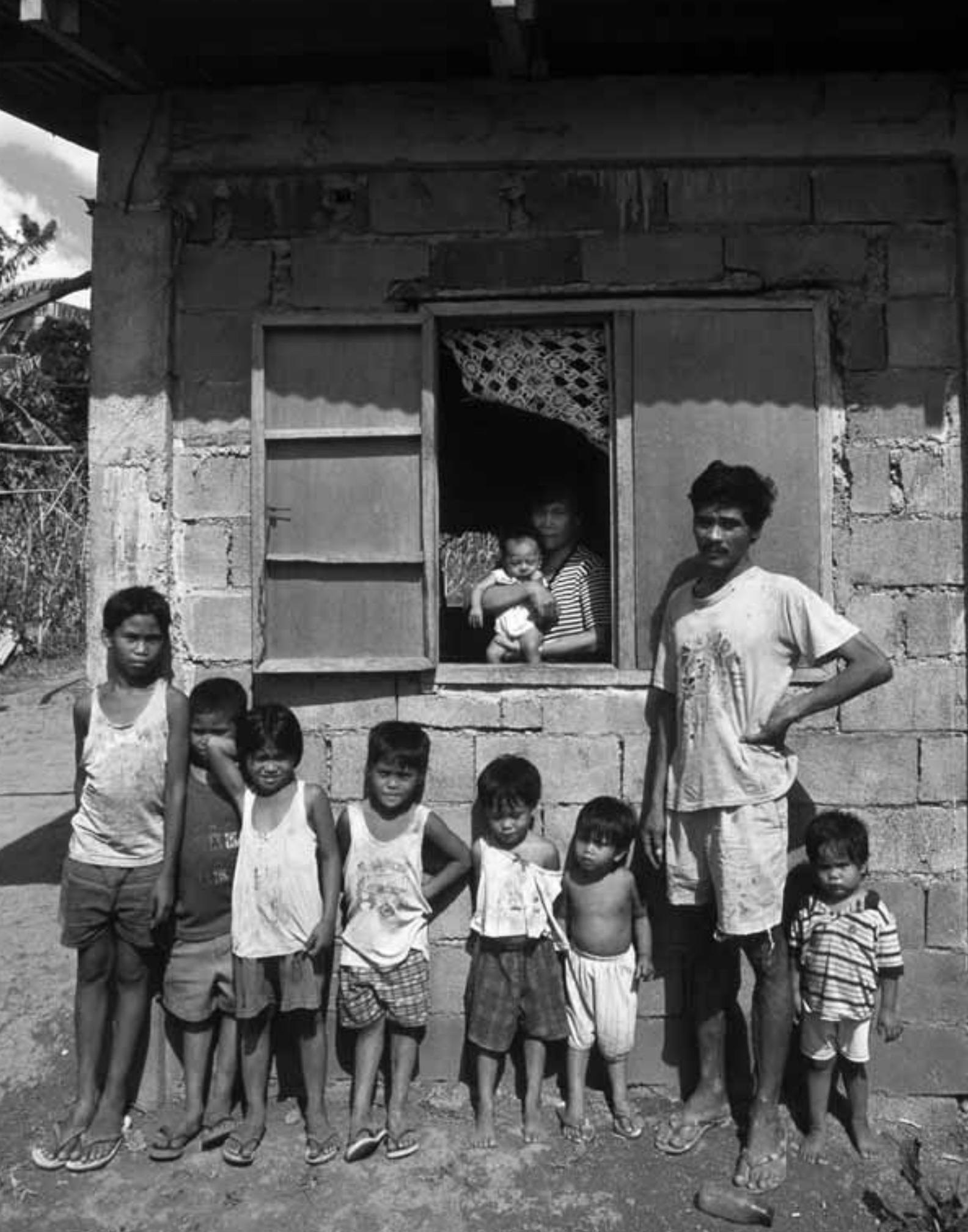
Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций

Кроме того, необходимы финансовые средства для комплексных многосекторальных программ. Такой подход, лежащий в основе плана МКНР, резко отличается от подходов к разработке программ по отдельным секторам (в рамках сектора здравоохранения по отдельным заболеваниям).

Инвестиции в улучшение охраны репродуктивного здоровья дают высокую отдачу. Необходимы дополнительные финансовые средства, в частности для расширения наличия добровольных услуг в области планирования семьи, с тем чтобы расширить доступ к экстренной акушерской помощи и другим мероприятиям по охране здоровья матери, а также для активизации усилий по предупреждению ВИЧ/СПИДа в рамках принятия интенсивных ответных мер в связи с пандемией. Необходимо приложить особые усилия для охвата подростков и молодых людей, а также лиц, перемещенных в результате войн и стихийных бедствий.

Важно также расширить другие основополагающие выводы МКНР: планы и политика в области развития должны учитывать динамику населения и ее связь с охраной репродуктивного здоровья, а также последствия для перспектив устойчивого экономического роста и сокращения масштабов нищеты; общины и бенефициары должны привлекаться к разработке и оценке программ; мероприятия должны осуществляться совместно с гражданским обществом и учитывать культурные особенности.

В принятой десять лет назад Программе действий МКНР отмечалось, что мир находится на "одном из определяющих моментов в истории международного сотрудничества", что дало беспрецедентную возможность улучшить положение людей, увязав такие аспекты, как развитие и население, улучшение положение женщин и репродуктивное здоровье. Сегодняшние проблемы - озабоченность, связанная с безопасностью, непрекращающееся распространение ВИЧ/СПИДа, нищета и одновременно с этим беспрецедентное богатство - подчеркивают настоятельную необходимость реализации Каирской программы для превращения в жизнь мечты о лучшем будущем.



Народонаселение и развитие

Главный вывод Каирской конференции 1994 года заключался в том, что численность, прирост и возрастная структура населения какой-либо страны, а также его распределение в городских и сельских районах оказывают колоссальное воздействие на перспективы развития и конкретно на перспективы повышения уровня жизни немощных слоев населения. Отражением такого понимания является призыв МКНР к странам "в полной мере учитывать проблемы в области народонаселения при разработке стратегий в области развития, планировании, принятии решений и распределении ресурсов на всех уровнях".

Одними из ключевых моментов, связанных с народонаселением и развитием, которые были затронуты в Программе действий, являются: народонаселение и нищета; окружающая среда (см. главу 3); охрана здоровья, заболеваемость и смертность (главы 6, 7 и 8); и распределение населения, урбанизация и внутренняя и внешняя миграция (глава 4).

Нищета способствует закреплению таких факторов, как слабое здоровье, неравенство мужчин и женщин и быстрые темпы народонаселения. На МКНР было признано, что расширение прав женщин и мужчин в плане образования, создание равных возможностей и предоставление средств для определения числа детей и регулирования периода между родами является крайне важным для ликвидации этого порочного круга.

В 1994 году уже имелись основанные на опыте двух поколений убедительные свидетельства того, что в развивающихся странах с меньшей рождаемостью и более медленными темпами прироста населения отмечается более высокая производительность, экономия большего объема средств и более продуктивные инвестиции, результатом чего является быстрый экономический рост.

Анализ последних данных подтверждает, что страны, сократившие показатели рождаемости и смертности на основе инвестирования средств в охрану здоровья и образования, добились успеха.

Поскольку международное сообщество предпринимает попытки более эффективным образом сосредоточиться на усилиях в области развития, с тем чтобы добиться выполнения закрепленных в Декларации тысячелетия целей в области развития, касающихся искоренения нищеты и повышения благосостояния людей, программа МКНР в области прав человека, затрагивающая взаимозависимость проблем, связанных с народонаселением и нищетой, заслуживает самого приоритетного внимания.

Через десять лет после МКНР изменилась политика, определяющая международную помощь в области развития. Объем этой помощи не увеличился и составляет около 60 млрд. долл. США в год, что объясняется истощением имеющихся у доноров ресурсов и экономической неопределенностью. Вместе с тем доноры высказывают все больше критических замечаний относительно того, как используется предоставляемая ими помощь (при этом вина возлагается как на доноров, так и на правительства-получатели).

В целях повышения эффективности помощи в области развития доноры стали учитывать понятие "управление" в качестве одного из главных критериев для выделения ресурсов, а также сосредоточили свое внимание на общей деятельности по уменьшению масштабов нищеты в качестве основы для оказания помощи.

Основная цель, предусматривающая уделение серьезного внимания более эффективному использованию помощи в области развития, была в должной мере отражена во время проведения Саммита тысячелетия в штаб-квартире Организации Объединенных Наций в 2000 году и при определении целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, и связанных с ними целей сокращения глобальной нищеты к 2015 году:

**Цели в области развития, закрепленные в
Декларации тысячелетия**

1. **Ликвидация крайней нищеты и голода.** К 2015 году уменьшить наполовину долю населения, живущего менее чем на один доллар в день, а также число лиц, страдающих от голода.
2. **Обеспечение всеобщего начального образования.** К 2015 году обеспечить, чтобы все мальчики и девочки заканчивали начальную школу.
3. **Содействие обеспечению равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин.** Ликвидировать неравенство по половому признаку среди учащихся начальных и средних школ предпочтительно к 2005 году и на всех уровнях обучения - к 2015 году.
4. **Сокращение детской смертности.** К 2015 году сократить на две трети показатели смертности среди детей в возрасте до пяти лет.
5. **Улучшение охраны здоровья матери.** К 2015 году сократить число женщин, умирающих при родах.
6. **Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.** К 2015 году приостановить и начать обращение вспять распространения ВИЧ/СПИДа, малярии и других серьезных заболеваний.
7. **Обеспечение экологической устойчивости.** Учитывать принципы устойчивого развития в страновой политике и программе и обратить вспять тенденцию, связанную с потерей экологических ресурсов. К 2015 году сократить наполовину долю населения, не имеющего доступа к безопасной с санитарной точки зрения воде. К 2020 году добиться существенного повышения

3 ЦЕЛИ МКНР И ОБЗОР 1999 ГОДА

На МКНР были приняты следующие взаимосвязанные цели:

Равенство мужчин и женщин в сфере образования. Ликвидировать гендерный разрыв в начальном и среднем образовании к 2005 году и завершить обеспечение доступа в начальные школы или эквивалентные учебные заведения для девочек и мальчиков в ближайшее время и не позднее 2015 года;

Младенческая, детская и материнская смертность. Сократить показатели детской смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет по меньшей мере на одну треть до не более 50 и 70 на 1000 живорождений, соответственно, к 2000 году и до уровня ниже 35 и 45, соответственно, к 2015 году; сократить материнскую смертность наполовину от уровня 1990 года к 2000 году и еще наполовину к 2015 году (особенно в странах с наивысшими показателями смертности до уровня ниже 60 на 100 000 живорождений);

Услуги по охране репродуктивного здоровья. Обеспечить всеобщий доступ к полному комплексу безопасных и надежных методов планирования семьи и связанных с этим услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья к 2015 году.

Рассматривая результаты первых пяти лет осуществления Программы действий, в 1999 году Организация Объединенных Наций приняла к сведению усугубляющийся кризис, связанный с ВИЧ/СПИДом, и уязвимость молодежи и приняла конкретные цифровые показатели для оценки осуществления программ:

Образование. Снизить наполовину показатель неграмотности 1990 года для женщин и девочек к 2005 году; обеспечить, чтобы к 2010 году по меньшей мере 90 процентов детей обоего пола обучались в начальной школе;

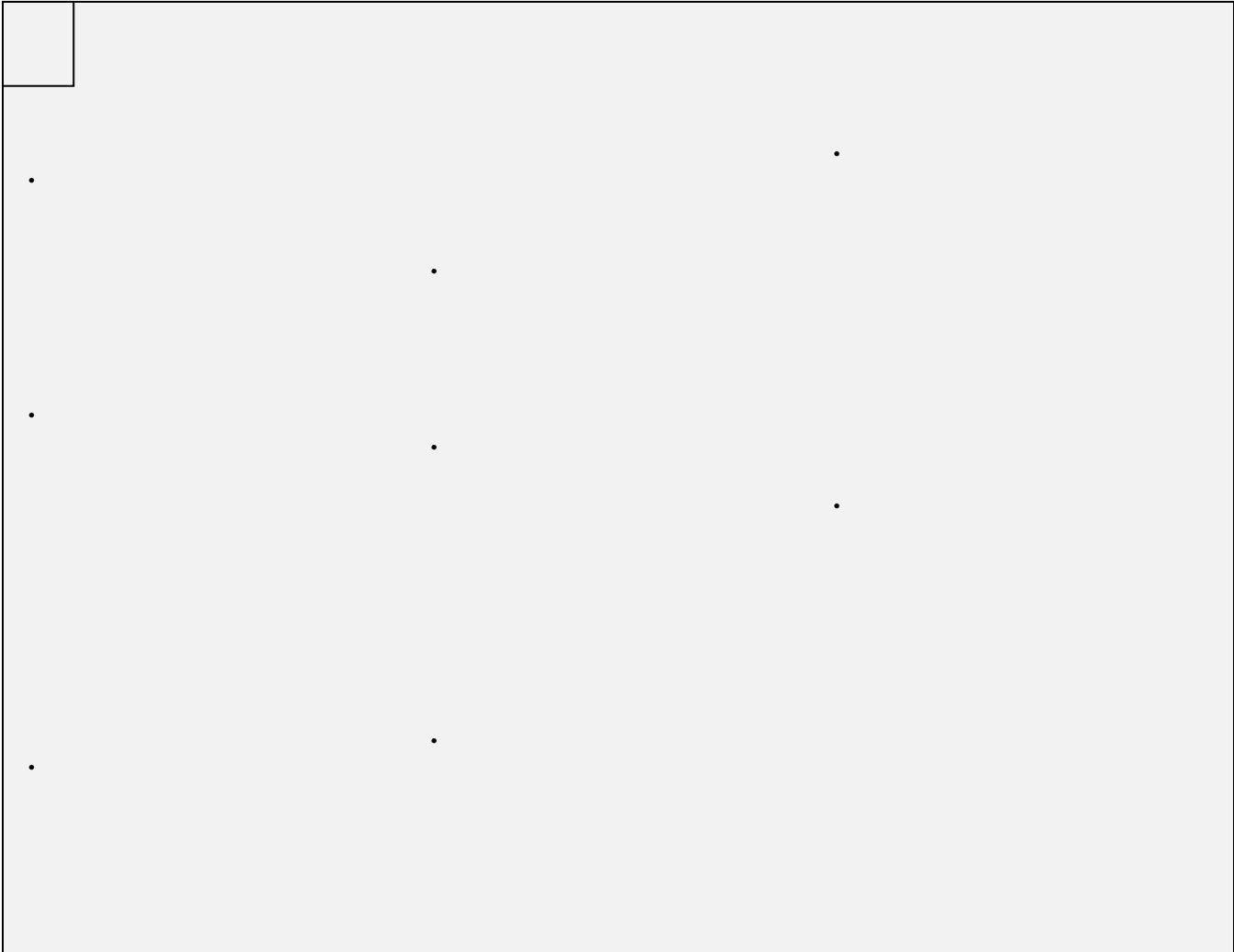
Услуги по охране репродуктивного здоровья. Представить информацию о широком комплексе методов планирования семьи, основных услугах по акушерскому лечению и предупреждению и лечению инфекций половых путей в 60 процентах учреждений первичного медико-санитарного обслуживания к 2005 году; в 80 процентах учреждений - к 2010 году и во всех учреждениях - 2015 году;

Материнская смертность. В случае очень высоких показателей материнской смертности обеспечить, чтобы по меньшей мере 40 процентов всех родов принимались при помощи квалифицированных акушерок к 2005 году; 50 процентов - к 2010 году и 60 процентов - к 2015 году; в глобальных масштабах 80 процентов всех

родов должны приниматься с участием медперсонала к 2005 году, 85 процентов - к 2010 году и 90 процентов - к 2015 году;

Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи. Сократить наполовину к 2005 году любой пробел между долей отдельных лиц, использующих противозачаточные средства, и лиц, заявивших о своем желании регулировать период между родами или ограничить размер своих семей, на 75 процентов к 2010 году и полностью - к 2015 году. Для достижения этой цели ни в коем случае нельзя использовать целевые показатели или квоты.

ВИЧ/СПИД. Обеспечить, чтобы к 2005 году по меньшей мере 90 процентов и к 2010 году 95 процентов молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет имели доступ к информации о методах предупреждения ВИЧ/СПИДа, таким, как мужские и женские противозачаточные средства и добровольное тестирование, консультирование и последующие меры; сократить показатель инфекций ВИЧ у лиц этой возрастной группы на 25 процентов в большинстве пострадавших стран к 2005 году и на 25 процентов в глобальных масштабах к 2010 году.



качества жизни по меньшей мере 100 миллионов жителей трущоб.

8. Расширение глобальных партнерских отношений в интересах развития. Продолжить разработку системы открытой торговли и финансов, включающую в себя обязательства, предусматривающие эффективное управление, развитие и сокращение масштабов нищеты как в национальных, так и международных масштабах. Удовлетворить потребности наименее развитых стран и особые потребности стран, не имеющих выхода к морю, и малых островных развивающихся государств. На комплексной основе решать проблемы задолженности развивающихся стран. Обеспечить молодежь достойной и продуктивной работой. В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить доступ к доступным по цене базовым медикаментам в развивающихся странах. В сотрудничестве с частным сектором в полной мере использовать преимущества современных технологий, особенно информационно-коммуникационных технологий.

В значительной мере цели и целевые показатели, поставленные на МКНР (см. вставку 3), предусматривали разработку целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.

Предусмотренная в Каире цель обеспечения всеобщего доступа к высококачественным услугам по охране репродуктивного здоровья к 2015 году не относится к числу целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия. Это вызвало озабоченность по поводу того, что в попытке предоставлять больший объем ресурсов для удовлетворения целей в области развития изменится объем ресурсов, выделяемых на охрану репродуктивного здоровья. Однако, как было заявлено на МКНР, эта цель имеет основополагающее значение для сокращения масштабов нищеты, детской и материнской смертности и распространения ВИЧ/СПИДа.

Как заявил Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан в послании пятой Конференции по вопросам народонаселения стран Азии и Тихого океана, состоявшейся в Бангкоке в декабре 2000

года, "Цели в области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия, прежде всего искоренение крайней нищеты и голода, не могут быть достигнуты в том случае, если не будут в полной мере решены вопросы, касающиеся народонаселения и репродуктивного здоровья. А это означает, что необходимо прилагать более активные усилия для поощрения прав женщин и увеличения объемов инвестиций в сферу образования и здравоохранения, в том числе для охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи".

Очень много еще предстоит сделать для обеспечения взаимодействия в выполнении целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, и целей МКНР, однако следует отметить, уже достигнуты вселяющие оптимизм успехи. В рамках осуществления Проекта тысячелетия Организации Объединенных Наций две целевые группы экспертов (в области обеспечения равенства мужчин и женщин и охраны здоровья матери и ребенка) решительно одобрили обеспечение "универсального доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья" в качестве одной из стратегических приоритетных задач для выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.¹

Все страны должны представлять Генеральной Ассамблее информацию о прогрессе, достигнутом в выполнении целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, в своих национальных докладах о реализации этих целей. В десяти опубликованных первых докладах отмечается, что одной из целей является охрана репродуктивного здоровья, а в четырех докладах содержится информация о проблемах в области репродуктивного здоровья. В девяти докладах приводятся сведения о показателях использования противозачаточных средств (наиболее часто используемые в последнее время показатели для контроля за доступом к услугам по охране репродуктивного здоровья); в десяти докладах содержится ссылка на это.

Имеются четкие свидетельства того, что создание для людей возможностей иметь меньшее число детей, если они хотят этого, способствует стимулированию развития и сокращению масштабов нищеты как в отдельных домашних хозяйствах, так и на макроэкономическом уровне.

В недавнем проведенном исследовании подтверждается посылка относительно того, что большое (и незапланированное) число детей ло-

Репродуктивное здоровье и цели в области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия

Экономическое воздействие динамики населения

РАЗМЕР СЕМЬИ И ЕЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ.

жится тяжелым бременем на бедные семьи, в то время как небольшие по размеру семьи имеют больше возможностей улучшить свое экономическое положение.²

Рождаемость оказывает различное воздействие на материальное положение семей:

доход в меньших по размеру семьях распределяется между меньшим числом людей, а средний доход на душу населения повышается. Семья определенного размера может находиться за чертой бедности, однако, если состав этой семьи будет меньше на одного человека, она может оказаться на уровне, превышающем порог бедности.

Уменьшение числа беременных женщин приводит к сокращению показателей материнской смертности и заболеваемости и зачастую к повышению уровня образования и расширению экономических возможностей женщин. Смерть или инвалидность матери может сделать семью бедной. Способности матери получать доход могут вывести семью из состояния нищеты.

Высокий уровень рождаемости сводит на нет усилия по образованию детей, особенно девочек. Крупные семьи должны инвестировать меньший объем денежных средств в образование каждого ребенка. Кроме того, ранняя беременность прерывает обучение в школах молодых женщин, а в больших семьях матери часто забирают девочек из школы, с тем чтобы они оказывали им помощь в уходе за другими членами семьи. Более низкий уровень образования, как правило, подразумевает более высокий уровень бедности для членов семьи, а также "передачу бедности" по наследству от одного поколения к другому.

У семей с меньшим числом детей больше возможностей выделять денежные средства для охраны здоровья каждого ребенка, а также обеспечивать правильное питание детей. Недоедание приводит к замедлению роста, недостаточному церебральному развитию и впоследствии к тому, что человек не сможет добиться высоких производственных показателей на работе.

Высокая рождаемость создает самые различные препятствия для процесса развития. В 2001 году Комиссия по макроэкономике и

здравоохранению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отметила: "На общественном уровне быстрые темпы прироста населения сельских районов, в частности, создают огромный стресс для физической среды и для производства продуктов питания, поскольку сокращается соотношение между площадью земель и численностью работников в сельском хозяйстве. В результате этого испытывающие крайнюю нужду крестьяне вынуждены уходить в города, результатом чего являются весьма высокие показатели урбанизации, а также дополнительные неблагоприятные последствия, связанные с перенаселенностью городов".

С другой стороны, низкая рождаемость увязывается с улучшением экономического положения. В проведенном в 45 странах в 2001 году исследовании установлено, что если бы в 80-е годы XX-го столетия эти страны уменьшили рождаемость на 5 новорожденных на 1000 человек, то средние национальные показатели масштабов нищеты, составлявшие в середине 80-х годов прошлого века 18,9 процента, уменьшились бы в период 1990-1995 годов до 12,6 процента.³

Во время проведения Каирской конференции было трудно получить эконометрическое доказательство такого "демографического воздействия" на экономический рост, а большинство экономистов, как правило, игнорировали эту посылку или же принижали ее значение. В проведенном в 1986 году Национальным научно-исследовательским советом Соединенных Штатов⁴ исследовании делается вывод о том, что прирост населения имел незначительное или нулевое воздействие на общий экономический рост, однако на уровне домашних хозяйств последствия роста были весьма ощутимыми; следует отметить, что свой вывод Совет основывал на данных, полученных в 60-е и 70-е годы, когда многие развивающиеся страны находились на начальных этапах переходного периода естественного движения населения.

Новый раунд научных исследований в середине 90-х годов,⁵ в ходе которого использовались данные за более продолжительный период, недвусмысленно продемонстрировал, что сокращение рождаемости открывает "демографическое окно" экономических возможностей. При наличии меньшего числа детей-иждивенцев по отношению к численности населения трудоспособного возраста, страны могут вкладывать дополнительные инвестиции, которые будут способство-

-

-

-

-

"ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОКНО".

МАКРОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ.

4 **НЕРАВЕНСТВО В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ СПОСОБСТВУЕТ РАСШИРЕНИЮ МАСШТАБОВ НИЩЕТЫ**

На МКНР было признано, что плохое состояние здоровья и незапланированные роды могут определить то, живет ли семья в условиях нищеты или нет, о чем давно известно представителям бедных слоев населения². Однако сотрудники директивных органов не спешат заниматься вопросом о несправедливом распределении медицинской информации и услуг, в результате чего люди продолжают оставаться в тисках нищеты.

Анализ данных о доступе к охране репродуктивного здоровья среди групп населения с различными доходами в 56 странах³ показывает, что наиболее бедные группы находятся в неблагоприятном положении по ряду причин:

наибольший разрыв между имущими и неимущими слоями населения отмечается в услугах по принятию родов квалифицированным персоналом, что является самой дорогой услугой по охране репродуктивного здоровья;

следующее наибольшее различие - подростковая фертильность: бедные женщины рожают в более молодом возрасте;

более заметное неравенство отмечено при оказании услуг в таких областях, как охрана здоровья матери, подростковая фертильность, использование противозачаточных средств и фертильность взрослого населения;

бедные женщины имеют большее число детей, чем богатые;

бедные страны подвергаются высокому риску материнской, младенческой и детской смертности и болезней, а бедные женщины во всех странах сталкиваются с большим риском, чем женщины, относящиеся к другим категориям;

использование методов планирования семьи, прежде всего современных методов, шире в более богатых слоях общества.

Эти выводы подтверждают выводы, содержащиеся в докладе о народонаселении мира за 2002 год⁴, в котором рассматриваются данные, поступившие из 44 стран. Нехватка ресурсов, навыков и возможностей и недостаточный охват лишают население доступа к информации и услугам в области репродуктивного здоровья, что дает соответствующие результаты.

Недостаточный объем информации и услуг объясняется следующими факторами:

бедные женщины и супружеские пары имеют меньший доступ к информации и формированию навыков, и необходимо расширить просветительскую работу для улучшения имеющихся у них знаний;

неимущие отдельные лица и общины подвергаются риску, и меньше вероятность того, что они начнут использовать новые модели поведения, поэтому у них больше шансов совершить ошибку;

стоимость информации и услуг (официальных и неофициальных плюс транспортные расходы) делает их более недоступными для бедных слоев населения;

при общении с неимущими слоями населения сотрудники медицинских учреждений в меньшей степени заинтересованы и имеют меньше возможности сотрудничать с ними для обмена информацией и оказания поддержки в решении деликатных вопросов;

услуги не оказываются в каком-либо определенном пункте или же оказываются во время, неудобное для бедного населения;

более богатое население имеет более развитые

В 2002 году лишь 3 процента от валового внутреннего продукта в развивающихся странах выделялись на сектор здравоохранения; в наименее развитых странах этот показатель был еще ниже. Во многих странах продолжает существовать тенденция, когда больницам и медицинским учреждениям в столичных городах выделяется больше средств, и пока еще не удалось добиться существенного прогресса в обеспечении более справедливого распределения ресурсов на местном уровне; процентная доля национальных расходов на здравоохранение, выделяемых местным медицинским учреждениям, не повысилась в развивающихся странах и понизилась в наименее развитых⁵.

вать экономическому росту и сокращению нищеты.

Это окно открывается лишь один раз и закрывается тогда, когда возраст населения и соотношение иждивенцев (детей и престарелых) вновь начинают повышаться.

Несколько стран Юго-Восточной Азии - так называемые "азиатские тигры" - и ряд других стран воспользовались таким экономическим бонусом. В Китае произошло резкое сокращение масштабов нищеты.⁶ В одном из исследований показано, что сокращение рождаемости в Бразилии способствовало повышению ежегодного роста ВВП на 0,7 процента. Аналогичные явления зарегистрированы в Мексике и других странах Латинской Америки. Вместе с тем, некоторые страны совершенно не воспользовались такой единовременной возможностью из-за отсутствия практики эффективного управления или политики, результатом

которой стали непродуктивные инвестиции"⁷.

В наиболее бедных странах, где рождаемость остается высокой, "демографическое окно" не откроется в течение определенного времени, однако сегодня инвестиции, прежде всего для повышения качества услуг по охране репродуктивного здоровья, могут способствовать этому и обеспечить получение дивидендов в будущем.

Регионы мира находятся на разных этапах переходного периода естественного движения населения. **Южная Азия** достигнет максимального соотношения лиц работоспособного возраста и иждивенцев в период 2015-2025 годов. В **Латинской Америке и Карибском бассейне** доля лиц трудоспособного возраста начала увеличиваться раньше, чем в Восточной Азии и достигнет пика в 2020-2030 годах, однако пропорциональные изменения



являются менее заметными, а "экономический бонус" соответственно будет менее неожиданным и менее интенсивным. Некоторые **арабские страны и страны Центральной Азии** подойдут к открывающимся для них демографическим возможностям в течение двух десятилетий, а другим странам предстоит еще долго ждать этого.

Во многих **странах Африки, расположенных к югу от Сахары**, "демографическое окно" откроется не скоро. Население по-прежнему очень молодо, а доля трудоспособного населения относительно низка. Во многих странах переходный период естественного движения населения только начинается, а в ряде стран он еще и не начался. Прогнозируется, что лишь 11 стран достигнут максимальной доли населения трудоспособного возраста до 2050 года. Однако неудовлетворенные потребности в противозачаточных средствах в регионе велики, и можно предположить, что расширение применения высококачественных программ могло бы ускорить открытие "демографического окна".

В странах с широкими масштабами распространения ВИЧ/СПИДа пандемия убивает большое число людей самого продуктивного возраста, в результате чего соотно-

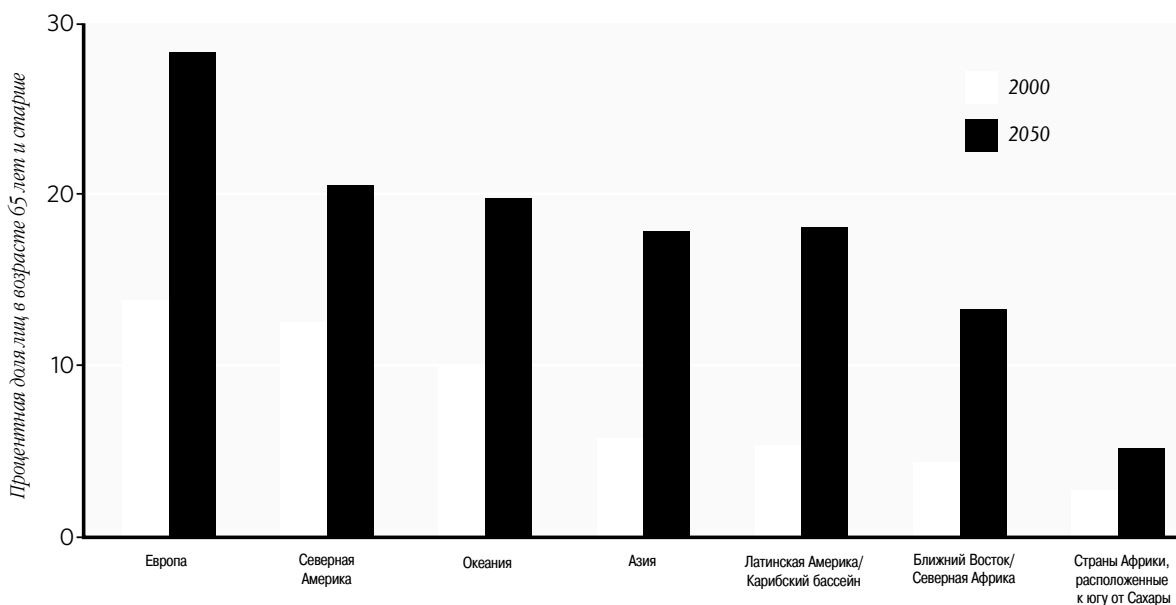
шение иждивенцев к лицам трудоспособного возраста увеличивается и складывается наиболее неблагоприятное положение в связи с переходным периодом естественного движения населения.

В семи странах Африки, в которых показатель распространения ВИЧ составляет 20 процентов или более, численность населения, по прогнозам, к 2025 году будет на 35 процентов меньше, чем в случае отсутствия СПИДа. К периоду 2020-2025 годов средняя продолжительность жизни в этих странах будет на 20 лет меньше, чем в условиях отсутствия СПИДа, т.е. на 41 процент.⁸

Появляется все больше свидетельств того, что показатели экономического роста на душу населения сократятся, результатом чего будут увеличение числа иждивенцев, усиление нагрузки на систему здравоохранения, ограничение инвестиций в производство и сокращение рабочей силы.

Старение также является одним из аспектов динамики населения, который оказывает воздействие на уровень нищеты. По мере сокращения рождаемости и старения населения предусмотренные в семьях традиционные системы ухода за престарелыми могут стать менее эффектив-

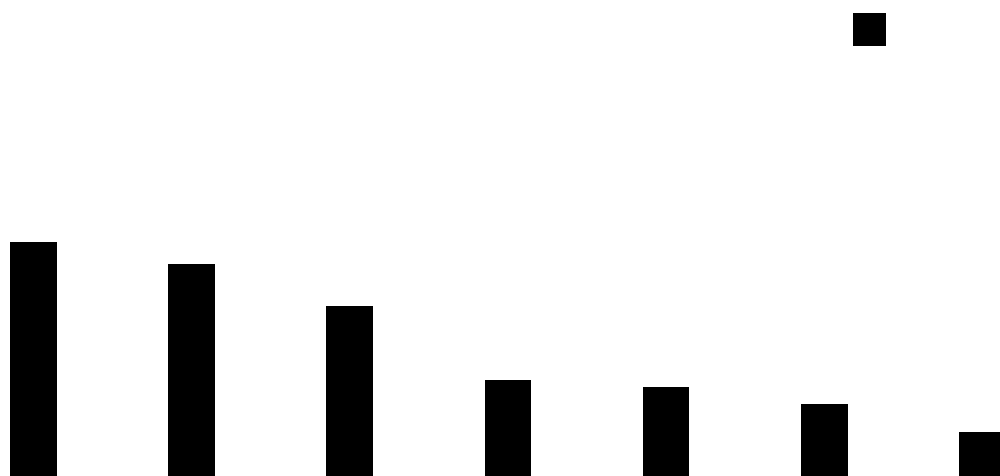
Диаграмма 2: Доля населения в возрасте старше 65 лет с разбивкой по регионам, 2000 и 2050 годы (по прогнозам)



Источник: Бюро переписи населения США (2000 год).

Стареющее население

ВИЧ/СПИД и нищета



ными, в результате чего лица пожилого возраста станут уязвимыми. Обеспечение надежности доходов престарелых вызывает озабоченность не только в развитых странах, но и все чаще в развивающихся, таких, например, как Китай, в котором начальный этап естественного движения населения уже завершился.⁹ В период 2000-2050 годов в большинстве развивающихся стран доля населения в возрасте 65 лет и старше увеличится в два раза (см. диаграмму).

Из 151 страны, участвовавшей в глобальном обзоре ЮНФПА⁹ в 2003 году, 136 стран указали, что они в определенной мере учитывали взаимодействие аспектов, связанных с населением и нищетой, однако лишь 77 стран, или 57 процентов, приняли две или более мер для решения этой проблемы. Со времени, прошедшем после проведения последнего глобального обследования в 1994 году, лишь 13 процентов развивающихся стран сообщили о каких-либо мерах, принятых в этом отношении.

Страны приняли различные стратегии для решения проблем, связанных с народонаселением и нищетой, такие, как осуществление широкомасштабных мероприятий в области народонаселения и развития в 108 странах (79 процентов), разработка специальных стратегий для мигрантов, беженцев, лиц, перемещенных внутри страны, и других уязвимых групп в 39 странах (29 процентов); и принятие мер для обеспечения получения доходов и расширения прав и возможностей женщин в 25 странах (18 процентов). Около 20 стран (14 процентов) имеют стратегии, направленные на уменьшение уровня рождаемости, и такое же количество стран разработали стратегии по сокращению прироста населения.

Все арабские страны и 90 процентов стран Латинской Америки приняли планы и стратегии, касающиеся народонаселения и развития. Свыше 40 процентов стран Азии и Латинской Америки и Карибского бассейна сообщили о принятии стратегий, касающихся мигрантов, лиц, перемещенных внутри страны, и других уязвимых групп населения.

Хотя многие страны сообщают о мерах, направленных на решение проблем, связанных с населением и нищетой, не все из них всегда в полной мере учитывают их при проведении политического диалога или разработке программ. Однако анализ представленных в ходе обследования

ответов свидетельствует о том, что национальным мерам уделяется больше внимания в странах, в которых зарегистрированы самые крупные масштабы нищеты и имеются самые серьезные демографические проблемы.

**Национальные меры по сокращению масштабов
нищеты**



Народонаселение и окружающая среда

На Каирской конференции было подчеркнуто, что нагрузка на окружающую среду и истощение природных ресурсов усиливается благодаря таким факторам, как неравенство мужчин и женщин, неэффективность здравоохранения и нищета. Экологический стресс обостряется в силу как "неустойчивых моделей потребления и производства" (включая большой объем потребляемых ресурсов в богатых странах и обеспеченными группами населения во всех странах), так и демографических факторов, таких, как быстрый прирост населения, распределение населения и миграция.

Содержащееся в главе III Программы действий МКНР¹ утверждение о том, что "удовлетворение базовых потребностей людей увеличивающегося населения зависит от здоровой среды", отражает взаимосвязь между населением, экономическим ростом и защитой окружающей среды и повторяет принципы, закрепленные в Повестке дня на XXI век, принятой Конференцией Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию в Рио-Жанейро в 1992 году.

Как на Каирской конференции, так и в ее пятилетнем обзоре общины мира заявили, что обеспечение большего равенства между мужчинами и женщинами является одним из важнейших компонентов устойчивого развития, включая защиту окружающей среды. Сегодня повышение статуса женщины воспринимается как одно из предварительных условий сокращения рождаемости и обеспечения устойчивого управления природными ресурсами. Постоянно улучшается понимание необходимости урегулирования экологического кризиса, учета реального демографического положения, обеспечения равенства мужчин и женщин и повышения уровня потребления в условиях сохраняющейся нищеты.

Это понимание привело к принятию после 1994 года широкого круга мер, увязывающих усилия по борьбе с нищетой с расширением прав и возможностей женщин, охраной здоровья и более эффективным управлением местными ресурсами. Однако в большинстве случаев масштабы указанных мер были незначительными. Имеется острая необходимость более глубокой интеграции аспек-

Усилия по замедлению темпов роста численности населения, сокращению нищеты, достижению экономического прогресса, улучшению защиты окружающей среды и сокращению структур нерационального потребления и производства имеют взаимодополняющий характер. При помощи замедления темпов прироста населения многим странам удалось выиграть больше времени и приспособиться к увеличению численности населения в будущем.

ДОБРОДЕТЕЛЬНЫЙ КРУГ

- Программа действий МКНР, пункт 3.14

5 ПРИЗНАКИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

В прошлом веке, и особенно на протяжении последних 40 лет, люди внесли огромные изменения в глобальную окружающую среду. Больше всего от изменения состояния окружающей среды, начиная загрязнением воды и кончая изменением климата, пострадали беднейшие слои населения, которые не могут изменить свой образ или стиль жизни и бороться с деградацией окружающей среды. Некоторые краткие сведения

Фермеры, владельцы скотоводческих хозяйств, лесорубы и строители расчистили около половины **площади лесов** мира, а еще 30 процентов площади лесов находятся в неудовлетворительном состоянии.

приблизительно на 13 процентов, а пастбищ на 4 процента. В последние годы во многих странах

рост населения вызвал увеличение объема производимого продовольствия. Около 800 миллионов человек хронически недоедают, а 2 миллиарда - не имеют достаточной продовольственной безопасности.

Сегодня три четверти мировых рыбных запасов вылавливаются на предельном уровне или выше. За последние 50 лет суда рыболовецкого флота выловили, по меньшей мере, 90 процентов крупных океанических хищников, включая тунца, марлиня и меч-рыбу.

С 50-х годов глобальный спрос на **воду** увеличился в три раза. Объем и качество грунтовых вод ухудшается, что объясняется неоправданно высоким выкачиванием воды, стоком удобрений и пестицидов и протечкой промышленных отходов. Половина миллиона людей живут в странах, которые, согласно определению, являются странами, испытывающими дефицит водных ресурсов; предполагается, что к 2025 году

этот показатель увеличится и составит 2,4-3,4 миллиарда.

Изменения климата. В результате потребления твердого топлива уровень двуокси углерода сегодня на 18 процентов выше, чем в 1960 году, и на 31 процент выше, чем в период начала промышленной революции в 1750 году. Накопление парниковых газов в атмосфере, включая двуокись углерода, вызвано увеличением и резким изменением температур, а также более сильными бурями.

Уровень моря повысился на 10-12 сантиметров, что главным образом является результатом таяния ледовых масс и увеличения площади океанов, что объясняется региональным и глобальным потеплением. Малые островные государства и находящиеся в низине города и фермы являются жертвами сильных потоков.

тов, связанных с населением, репродуктивным здоровьем и гендерной проблематикой, в стратегии для выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, включая седьмую цель, а именно обеспечение экологической устойчивости.

В проведенном в 2003 году обследовании ЮНФПА было установлено, что страны добились прогресса в оказании помощи в решении демографических проблем в контексте нищеты, окружающей среды и децентрализованных процессов планирования. Сто двадцать две страны сообщили о разработке планов или стратегий, увязывающих вопросы народонаселения и окружающей среды. Сорок стран разработали конкретную политику, а 22 - ввели законы или законодательные акты, касающиеся динамики населения и окружающей среды.

Однако ставки высоки, так как деятельность людей продолжает изменять нашу планету в беспрецедентных масштабах. Все большее число людей используют больший объем ресурсов с большей активностью и оставляют все больший "след" на Земле, чем когда-либо ранее.

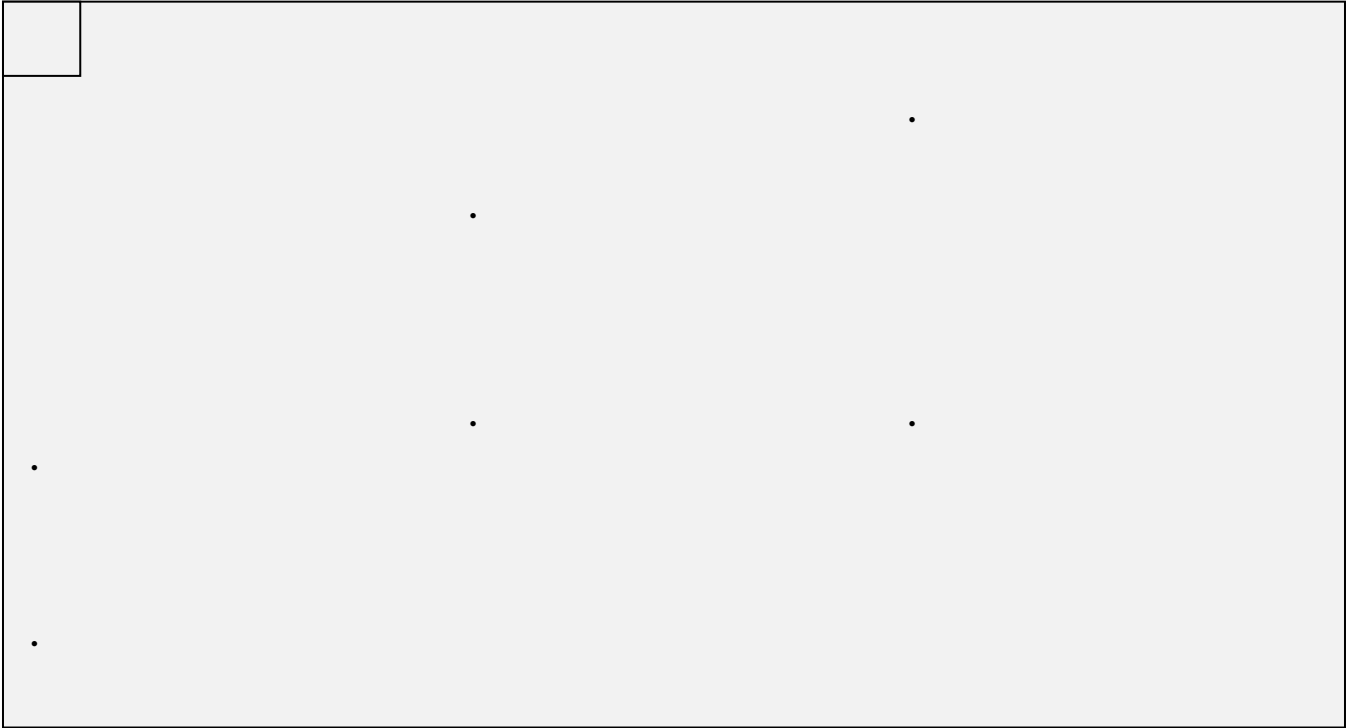
Одни лишь цифры не отражают результаты взаимодействия между людьми и окружающей средой. Размер и все

"**экологического следа**", который оставляет каждый человек на Земле, определяется тем, как люди используют ресурсы, и что определяет тот объем ресурсов, который они потребляют. Например, вегетарианец, который в основном пользуется велосипедом, оказывает значительно меньшее воздействие на ресурсы, чем тот, кто ест мясо и управляет спортивным автомобилем повышенной проходимости.

"Экологический след" среднего человека в стране с высоким уровнем доходов примерно в шесть раз больше, чем человека, живущего в стране с низким уровнем доходов, и намного больше того "следа", который оставляет житель наименее развитой страны. Общий "след" населения в каком-либо регионе определяет перспективы спасения или окончательной утраты имеющегося там биологического многообразия.

Многие экономисты и экологи пользуются уравнением, увязывающим народонаселение, потребление и технологию для описания их относительного воздействия ($B = НПТ$: воздействие = население \times изобилие \times технологии).

Поскольку показатели рождаемости сокращаются, уровень и модели потребления (изобилие) в сочетании с технологией приобретут новое важное значение в



Воздействие населения на использование ресурсов

определении состояния глобальной окружающей среды. Однако население останется крайне важным фактором в условиях, когда отсутствие доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья и планирования семьи, низкий уровень образования девочек и женщин, нищета и ограниченные возможности женщин по сравнению с мужчинами будут и далее способствовать повышению рождаемости.

Быстро увеличивающийся глобальный класс потребителей, в который сегодня входят 1,7 миллиардов человек, несут ответственность за основную часть расходовемых ресурсов, отражением чего является потребление мяса, использование бумаги, управление автомобилем, потребление энергии на планете, а также окончательное воздействие этих мероприятий на природные ресурсы. Этот класс не ограничивается промышленно развитыми странами; по мере роста населения в развивающихся странах и приобретения мировой экономикой все более глобального характера все больше людей имеют средства для приобретения более широкого комплекса товаров и услуг, чем когда-либо ранее.²

6 СОДЕЙСТВИЕ ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНЕРГОПОЛЬЗОВАНИЯ

В рамках ряда инициатив странам предлагается принять серьезные меры для сокращения вредных моделей производства и потребления. Например, в прошлом году Китай начал регулировать свою быстрорастущую автопромышленность, предъявив новые требования к продаваемым в крупных городах семейным автомобилям, с тем чтобы они соответствовали таким же строгим стандартам загрязнения, как в Соединенных Штатах и Западной Европе. Начиная с этого года новые нормы экономии горючего автомобилей станут более строгими, чем в Соединенных Штатах.

Передача энергоэффективных технологий также расширяется. Китай стал крупнейшим в мире производителем эффективных компактных флуоресцентных ламп, в частности через совместные предприятия с производящими электрические лампочки фирмами в Японии, Нидерландах и других странах. Индия стала одним из крупнейших производителей усовершенствованных ветровых турбин, для производства которых она использует технологию, полученную на основе сотрудничества в рамках совместных предприятий и в соответствии с лицензионными соглашениями, заключенными с датскими, нидерландскими и немецкими фирмами.

Вместе с тем 2,8 миллиардов человек, т.е. двое из пяти, продолжают вести борьбу за выживание менее чем на 2 долл. США в день. В 2000 году 1,1 миллиард человек не имели достаточного доступа к безопасной питьевой воде, а 2,4 миллиарда человек во всем мире жили, не имея базовых санитарных условий. В 2000 году результатом недостаточного доступа к чистой воде и объектам санитарии в развивающихся странах стала смерть 1,7 миллиона человек.³

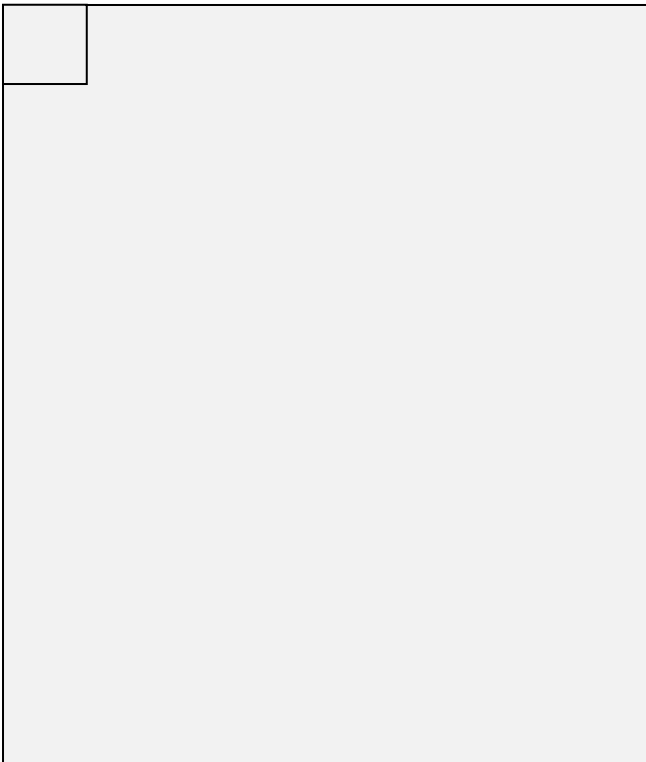
В тех случаях, когда прирост населения и высокий уровень потребления совпадают, как это происходит в некоторых промышленно развитых странах, важное значение имеет воздействие роста. Например, хотя население Соединенных Штатов составляет лишь одну четвертую часть населения Индии, их экологический след более чем в три раза больше: Соединенные Штаты ежегодно выпускают в атмосферу 15,7 млн. тонн углерода, в то время как Индия выпускает 4,9 млн. тонн.⁴ Поэтому воздействие ежегодного трехмиллионного увеличения населения в Соединенных Штатах сильнее воздействия увеличения населения Индии, составляющего 16 миллионов человек.

Экологическое воздействие может продолжать увеличиваться даже в случае стабилизации прироста населения. В Китае прирост населения резко сократился, однако потребление нефти и угля и связанное с этим загрязнение продолжают увеличиваться. Хотя правительство Китая способствует повышению эффективности автомобильного топлива (см. вставку 7), оно не поощряет расширение пользования государственным транспортом, использования велосипедов, ходьбы пешком или же эффективного городского планирования, с тем чтобы у населения не было необходимости пользоваться автомобилями.

Помимо сокращения общего потребления ресурсов, правительства могут уменьшить воздействие на окружающую среду растущего потребления путем поощрения надлежащей технологии, предусматривающей более эффективное использование ресурсов.⁵ Промышленно развитые страны могут оказать помощь развивающимся странам на основе содействия распространению и принятию чистых технологий.⁶ Другие демографические тенденции удивительным образом пересекаются с моделями потребления. Одним

ГЛОБАЛЬНЫЕ ПОТРЕБИТЕЛИ И СОХРАНЯЮЩАЯСЯ НИЩЕТА.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ.



из результатов повышения доходов, урбанизации и уменьшения размера семьи стало то, что среднее число людей, живущих под одной крышей, в период с 1970 по 2000 год сократилось с 5,1 до 4,4 в развивающихся странах и с 3,2 до 2,5 в промышленно развитых, при этом общее количество домашних хозяйств увеличилось. Для строительства каждого нового дома требуется земля и материалы. При уменьшении числа членов домашних хозяйств экономия от совместного потребления энергии и пользования бытовыми приборами исчезает. В домашнем хозяйстве, состоящем из одного человека, в Соединенных Штатах, например, потребляется на 17 процентов энергии на человека больше, чем в домашнем хозяйстве, состоящем из двух человек.

Даже в некоторых европейских странах и Японии, где прирост населения прекратился, изменяющаяся динамика домашних хозяйств является важной движущей силой увеличивающегося потребления.⁷

Хотя потребители, особенно в самых богатых странах больше, чем другие группы населения, способствуют изменению состояния природы, пользуясь ее ресурсами и товарами, быстрорастущее население в беднейших наименее развитых странах также вносят свой вклад. Биологическое многообразие в этих странах часто бывает значительным, а ухудшение состояния окружающей среды уже приобрело широкие масштабы.

Часто неимущее население во многих богатых с точки зрения биологического многообразия регионах, главным образом в сельских районах, которые часто не имеют надлежащих объектов здравоохранения, школ и базовой инфраструктуры, не имеет другого выхода, как эксплуатировать свою местную окружающую среду для удовлетворения потребностей в продовольствии и топливе.

В подобных обстоятельствах традиционная практика, которая в условиях небольшой численности населения могла бы быть рациональной с экологической точки зрения, по мере роста численности населения и повышения спроса становится все менее удобной для жизни видов и экосистем. Например, торговля мясом диких животных в Центральной Африке расширилась до такой степени, что будущее животных, обитающих в лесах, в том числе приматов, находится под угрозой.⁸

окружающей среды может оказывать разное воздействие на здоровье людей, а источниками этого воздействия могут быть загрязненный воздух, загрязненная вода и токсины в пище. Как женщины, так и мужчины подвергаются все большему воздействию экологических катастроф, особенно в бедных общинах. В сельских районах фермеры и работники часто вступают в контакты с различными пестицидами, растворителями и неизвестными токсинами; некоторые из этих веществ влияют на репродуктивное здоровье, причем непропорционально большое воздействие они оказывают на женщин.⁹

Гендерные аспекты играют заметную роль в использовании и освоении ресурсов, особенно в развивающихся странах. Например, женщины и девушки часто расходуют слишком много времени для доставки воды для бытовых целей; в случае прекращения водоснабжения, они становятся жертвами самых серьезных последствий.¹⁰ По информации Всемирной организации здравоохранения, в Судане, где в результате облесения в четыре раза увеличилось время, которое женщины расходуют для сбора воды для приготовления пищи, и на энергию, расходуемую для доставки воды и топлива, приходится одна треть ежедневно потребляемых женщинами калорий.¹¹

Нередко к правам на природные ресурсы относятся с большими предрассудками. Немногие женщины владеют собственностью (в некоторых странах это запрещено законом) и немногие участвуют в принятии решений по окружающей среде на высоком уровне. Как и прежде, в основном мужчины несут основную ответственность за принятие решений о том, как природные ресурсы мира используются промышленными предприятиями, в добывающей промышленности, при выпаске скота и освоении земельных угодий.

Учреждения, занимающиеся вопросами развития, продолжают оказывать техническую помощь в основном мужчинам, даже в тех районах, где женщины занимаются доставкой древесины и воды и обработкой почвы. Когда государственные служащие или лидеры общин отказываются признать различные способы использования ресурсов женщинами (например, выращивание овощей для семейного потребления на

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ.

Гендерные аспекты экологических изменений

Нищета и чрезмерная нагрузка на окружающую среду

участках между обрабатываемыми землями, на которых мужчины выращивают сельскохозяйственные культуры), эти ресурсы могут быть легко уничтожены.¹²

Однако когда женщины участвуют в управлении природными ресурсами, достигнутые результаты могут потрясти воображение.

Когда реализация проекта в области водоснабжения, не предусматривавшего участие в нем женщин, в округе Кирияга, Кения, сорвалась, местные женщины сформировали женскую группу "Кутерья" и обратились в министерство водоснабжения с просьбой оказать им помощь в получении доступа к безопасным с санитарной точки зрения источникам водоснабжения. Благодаря их усилиям были обеспечены водой, 300 семей, улучшились

санитарные условия, а также повысился объем сельскохозяйственного производства. Кроме того, женщины стали лидерами общин и занимаются строительством поликлиники и обеспечением доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья и планирования семьи.¹³

После принятия Повестки дня на XXI век и проведения МКНР страны мира стали уделять больше внимания рациональному использованию женщинами природных ресурсов, в том числе усилиям по включению аспектов, касающихся репродуктивного здоровья и планирования семьи, в программы консервации. Некоторые экологические группы наладили партнерские



РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНЫХ ПОДХОДОВ.

7 МКНР И ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ, ОСНОВНОЙ УПОР В КОТОРОМ ДЕЛАЕТСЯ НА ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР

До МКНР многие директивные органы, как правило, рассматривали понятие "развитие" в ограниченном смысле экономического роста с учетом валового национального продукта. Рекомендации в отношении развития зачастую ограничивались экономической программой, включавшей в себя такие элементы, как инвестиции, торговые переговоры, создание инфраструктуры и денежная помощь. Такие аспекты, как равенство мужчин и женщин и справедливость, охрана здоровья, просветительская работа и состояние окружающей среды, рассматривались как второстепенные, а порой и совсем не учитывались.

За десять лет, прошедших после Каирской конференции, расширилось признание того, что эффективное регулирование аспектов, касающихся окружающей среды, здоровья населения и положения женщин, взаимосвязаны и влияют на темпы и масштабы развития страны. Подлинное развитие должно повысить качество жизни отдельных лиц.

Некоторые демографы и ученые, занимающиеся изучением взаимосвязи между народонаселением, развитием и вопросами экологии, считают, что на Каирской конференции слишком большой упор был сделан на услуги по охране сексуального репродуктивного здоровья и что в меньшей мере были учтены существующие на макроуровне связи между приростом населения и окружающей средой, экономикой, сокращением масштабов нищеты, образованием и жильем.

Такая критика представляется необоснованной. В Каире было признано, что поощрение прав отдельных лиц в отношении сексуального и репродуктивного здоровья приведет также к достижению прогресса на макроуровне: удовлетворение выраженных пожеланий и обеспечение осуществления права людей выбирать число детей, время их рождения и период между родами, замедлит быстрые темпы прироста населения, при этом не будет необходимости в постановке каких-либо демографических целей. По сути дела создание условий для того, чтобы медицинские системы эффективнее удовлетворяли потребности и желания отдельных лиц, может даже привести к расширению использования противозачаточных средств.

отношения с организациями, занимающимися демографическими вопросами. Например, организация "Консервейшн интернэшнл" наладила связь с НПО, занимающимися планированием семьи и Мексиканским институтом социальной безопасности для расширения доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и прекращение вырубki лесов в окрестностях заповедника "Монтес асулес".

В горных провинциях Центрального Эквадора, где женщины не имеют доступа к услугам по охране репро-

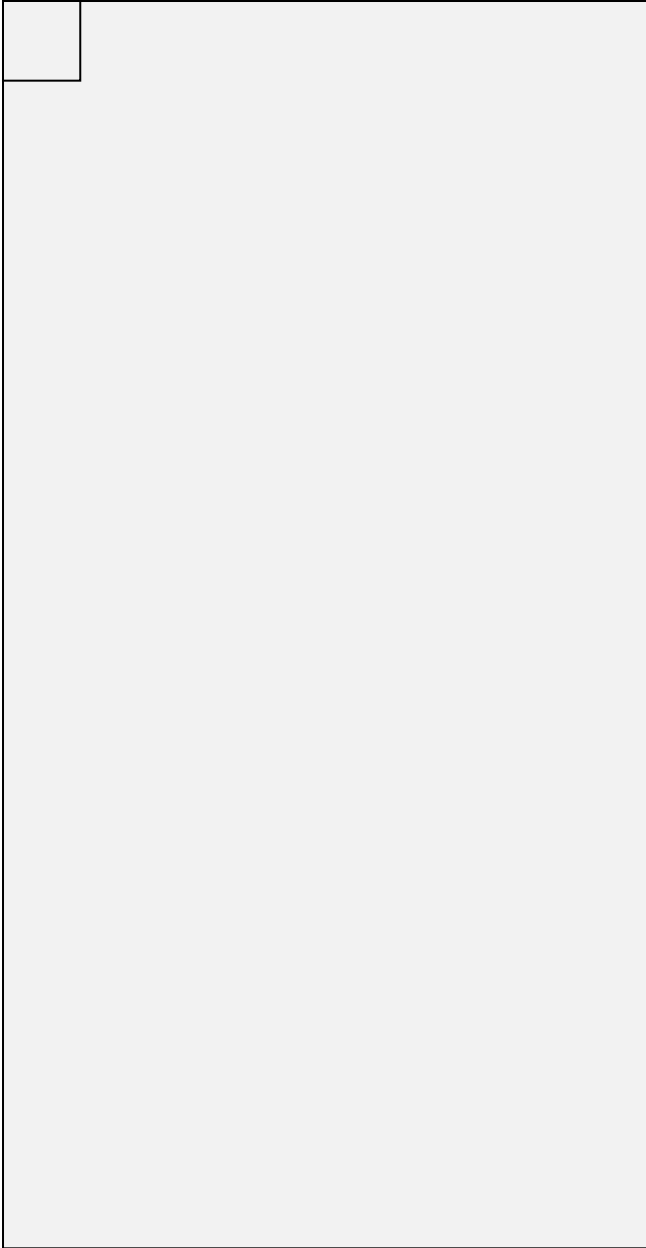
дуктивного здоровья, а эрозия почвы является широко распространенным явлением, организация "Уорлд нейборз" наладила контакт с местной НПО "Центр медицинских консультаций и планирование семьи" для оказания услуг по охране репродуктивного здоровья и содействия улучшению местного использования природных ресурсов более чем для 4000 семей.

В марте 2002 года в Хельсинки министры, в ведение которых входят вопросы, касающиеся положения женщин и охраны окружающей среды, а также представители 19 промышленно развитых и развивающихся стран встретились с представителями женских НПО и выступили с заявлением, в котором призвали: обеспечить равноправный доступ женщин к природным ресурсам и контролю за ними, включая земельные угодия; разработать политику, предусматривающую привлечение женщин к принятию решений об использовании ресурсов; улучшить просветительскую работу среди потребителей об экологическом воздействии товаров; разработать "политику, законы и стратегии для обеспечения гендерного баланса в защите окружающей среды и распределении ее благ".¹⁴

На политическом уровне, пользуясь рекомендациями МКНР, его пятилетнего обзора, Саммита тысячелетия и Всемирной встречи на высшем уровне в интересах устойчивого развития 2002 года, многие страны подчеркнули наличие связи между динамикой населения, устойчивым развитием и защитой окружающей среды.

Как, например, в Азербайджане, государственная программа в области сокращения нищеты и экономического развития, учитывает взаимосвязь между населением и окружающей средой; способствует проведению просветительской работы по экологическим вопросам, которые непосредственным образом оказывают воздействие на группы населения; ведет работу по контролю за экологическим воздействием политики на местном и общинном уровне; подчеркивает значение охраны и сохранения окружающей среды как источника устойчивого экономического роста и ее результата.

В течение прошлого десятилетия на Сейшельских островах было подготовлено два комплексных плана охраны окружающей среды, в которых учитываются вопросы, касающиеся народонаселения и развития. В



ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ.

последнем плане, охватывающем период 2000-2010 годов, основной упор делается на урбанизацию, водопользование, население и охрану здоровья, гендерные аспекты, экологическую экономику и устойчивое финансирование.



吉野家

YOSHINOYA

興廣場

口在全馬倫里



生美堂
TONGTIA

鄭明明美的世界

CHENG MING MING BEAUTY

押

YAMAHA

PA, AV, MP3, CAR AUDIO & MULTI-MEDIA

TOMMY HILF

Music

通利琴

ANGIE 天使

存德

End

終止

SAMPO

Fuji

ADJUSTABLE

東方

3 concepts

Миграция и урбанизация

В течение последних десяти лет расширились масштабы миграции как внутри стран, так и между ними, и это явление приобретает все большее политическое значение.

Признавая, что упорядоченная миграция может иметь позитивные последствия как для направляющих, так и получающих стран, в Программе действий МКНР (главы IX и X) содержится призыв, предусматривающий применение комплексного подхода к регулированию миграции. В Программе подчеркиваются как права, так и благополучие мигрантов, а также необходимость международной поддержки для оказания помощи пострадавшим странам и содействия расширению сотрудничества между странами в этой области.

К 2007 году впервые за всю историю человечества более половины населения мира будет жить в городах, что является результатом постоянного перемещения людей, и в прошлом десятилетии это привело к колоссальному росту городских районов в развивающихся странах. Одной из важнейших приоритетных задач МКНР является оказание

помощи странам в принятии ответных мер в связи с перемещением населения.

В Программе действий целая глава посвящена территориальному распределению населения и его внутреннему перемещению. В ней признается, что люди переезжают внутри страны из-за несправедливого распределения ресурсов и услуг и неодинаковых возможностей. Такому перемещению населения способствует как "выталкивающие" факторы, — прежде всего нищета в сельских районах, — так и "притягивающие" — привлекательность более динамичных в экономическом отношении городских районов и возможность освоения новых земель в сельских районах.

Так же как и в международной миграции, значительная часть внутренней миграции является временной, например, трудовые мигранты возвращаются на свои фермы в периоды большой рабочей нагрузки.

Так же как и на предыдущих конференциях по вопросам народонаселения, на МКНР была предпринята попытка содействовать разработке комплексной и устойчивой политики в области развития, с тем чтобы устранить диспропорции внутри стран, а также дисбаланс между приоро-

В целях достижения сбалансированного территориального распределения производства, рабочих мест и населения странам следует принять устойчивые стратегии в области регионального развития и стратегии поощрения укрупнения городов, роста мелких и средних городских центров и устойчивого развития сельских районов, включая выполнение трудоемких проектов, обучение молодежи несельскохозяйственным профессиям и эффективные транспортные системы и системы связи. Для создания обстановки, делающей возможным процесс развития на местах, включая предоставление услуг, правительствам следует рассмотреть вопрос о децентрализации своих административных систем.

Урбанизация и перемещение населения

РЕГУЛИРОВАНИЕ МИГРАЦИИ

–Программа действий МКНР, пункт 9.4

стом населения и экономическим ростом. Целью рекомендаций к действию является повышение качества инфраструктуры и услуг для неимущих слоев населения, коренных групп и других получающих недостаточный объем услуг категорий населения в сельских районах.

Большое внимание уделяется также регулированию прироста населения и развитию инфраструктур в крупных городских районах. Это крайне острые вопросы для развития и улучшения жизни бедных людей, многие из которых живут в трущобах и полугородских поселениях, имея ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию и другим услугам.¹

На МКНР была признана экономическая динамика крупных городских поселений, но вместе с тем было отмечено растущее значение средних по размеру городов и миграции между городами.² Сегодня большее политическое внимание уделяется экономическому многообразию жизни в городах и поселках, где часто богатые и неимущие группы населения живут вместе друг с другом.³

Цель 7 целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, касающаяся обеспечения экологической устойчивости, гласит: "К 2020 году добиться существенного улучшения жизни по меньшей мере 100 миллионов жителей трущоб".

Последние расчеты и прогнозы свидетельствуют о том, что к 2007 году большинство населения мира станут жителями городов.⁴ Число жителей городов увеличится с 3 миллиардов человек в 2003 году (48 процентов от общей численности населения) до 5 миллиардов человек в 2030 году (60 процентов). В основном такой прирост городского населения будет объясняться естественной рождаемостью, а не миграцией. В течение этого периода численность сельского населения несколько уменьшится с 3,3 до 3,2 миллиарда человек.

Предполагается, что в период с 2000 года по 2030 год численность городского населения будет увеличиваться на 1,8 процента в год, т.е. почти в два раза быстрее, чем глобальный прирост населения. Население в наименее развитых регионах будет увеличиваться на 2,3 процента и ожидается, что к 2017 году большинство проживающих в них людей станут городскими жителями. К 2030 году во всех регионах мира большинство населения будет проживать в городах (Африка — 54 процента городского населения; Азия — 55 процентов). Почти весь прирост населения в мире в течение этого периода будет приходиться на городские районы развивающихся стран.

Инфекция ВИЧ/СПИД добавила в эти прогнозы новый элемент неуверенности.⁵ В целом показатели инфекции в городских районах, как правило, выше. В серьезно пострадавших от инфекции районах более высокие показатели смерти в городах и более низкие показатели рождаемости могут способствовать замедлению темпов урбанизации или даже привести к сокращению численности городского населения.

Сегодня на 20 городов, в которых проживает 10 миллионов человек (15 из них в развивающихся странах), приходится 4 процента от глобальной численности населения; к 2015 году будет 22 таких мегагорода (16 в развивающихся странах) и в них будет проживать 5 процентов населения мира.

Численность населения городов, составляющая 1 миллион человек, увеличится к 2015 году на 400 миллионов, при этом более 90 процентов этого роста будет приходиться на города с населением менее 500 000 человек. Это потребует значительного улучшения местной инфраструктуры и укрепления потенциала в плане регулирования государственных услуг, прежде всего потому, что принятие решений все чаще становится децентрализованным и осуществляется на уровне местных муниципалитетов и округов.

Большее внимание будет необходимо уделять также потребностям городского населения, доступ к медицинским и другим услугам которого значительно хуже, чем у более обеспеченных жителей городов, а условия жизни которого часто не на много лучше, чем у жителей сельских районов. Например, в Азии и странах Африки, расположенных к югу от Сахары, неудовлетворенные потребности в планировании семьи у неимущих слоев городского населения почти такие же, как и у жителей сельских районов (в Юго-Восточной Азии эти потребности выше). Неимущие жители городов также находятся в неблагоприятном положении в том, что касается родов с участием квалифицированного медицинского персонала и информации о предотвращении ВИЧ/СПИДа.

Почти две трети развивающихся стран, участвовавших в проведенном глобальном обследовании ЮНФПА 2003 года, (97 из 151) сообщили, что приняли определенные меры в отношении внутренней миграции, в то время как в 1994 году доля представивших такую информацию стран

Разработка политики в период после МКНР

Правительствам стран происхождения и принимающих стран следует стремиться обеспечивать всему населению возможность оставаться в своей стране. С этой целью следует расширять усилия по достижению устойчивого экономического и социального развития, обеспечивая большую сбалансированность экономики промышленно развитых и развивающихся стран и стран с переходной экономикой. Необходимо также расширять усилия по предупреждению международных и внутренних конфликтов до того, как произойдет их эскалация; обеспечивать уважение прав лиц, принадлежащих к этническим, религиозным или языковым меньшинствам и коренному населению; а также уважать нормы права, содействовать обеспечению эффективности управления на самом высоком уровне, укреплению демократии и защите прав человека.

составила 41 процент; 52 процента приняли планы, касающиеся миграции; 51 процент имеют планы оказания воздействия на территориальное распределение населения (включая схемы переселений, планы перераспределения населения на основе создания новых центров экономического роста и децентрализацию социального и экономического планирования и принятия политических решений); 16 процентов оказывают услуги лицам, перемещенным внутри страны; 10 процентов имеют специальные учреждения, занимающиеся вопросами миграции. Более урбанизированные страны, а также страны с более высоким ростом городского населения, имеют небольшие, чем другие страны, возможности принимать широкий круг мер для решения проблем, вызванных внутренней миграцией.

Три четверти всех правительств и почти 80 процентов правительств развивающихся стран сообщили, что они не удовлетворены в связи с территориальным распределением их населения. В проведенном глобальном обследовании показано, что большинство развивающихся стран разработали политику относительно миграции или же выделили инвестиции на цели развития для оказания воздействия на распределение населения. Однако в разных странах этим вопросам уделяется далеко не одинаковое внимание.⁶ Дальнейшая разработка политики, касающейся перемещения населения из сельских районов в городские и условий жизни в городах, потребует более подробной информации и проведения научных исследований.

По информации Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций⁷, в 2000 году в мире насчитывалось 175 миллионов международных мигрантов, т.е. международным мигрантом был один из каждых 35 человек, в то время как в 1960 году число таких людей составляло 79 миллионов.⁸ Почти 50 процентов из них — это женщины, а 4 миллиона — беженцы. В период с 1990 года по 2000 год две трети прироста мигрантов приходилось на Северную Америку. До 1980 года в менее развитых регионах была отмечена более высокая доля международных мигрантов, однако к 2000 году три пятых от общей численности международных мигрантов находились в более развитых регионах.

Сегодня, когда экономика приобретает все более глобальный характер, часто миграция предоставляет возможности в плане трудоустройства, что способствует беспрецедентному увеличению потока мигрантов, при этом увеличивается также число женщин-мигрантов.⁹ Вместе с тем в результате стихийных бедствий, вооруженных конфликтов, социальных беспорядков или экономических и политических кризисов увеличивается число беженцев и лиц, перемещенных внутри страны.

Международные миграционные перемещения оказывают существенное экономическое, социально-культурное и демографическое воздействие на направляющие, транзитные и принимающие районы.¹⁰ Транзитные и принимающие районы сталкиваются с трудностями в

ЛИКВИДАЦИЯ ПРИЧИН МИГРАЦИИ

–Программа действий МКНР, пункт 10.3

Международная миграция

регулировании потоков миграции и интеграции мигрантов в жизнь общества. Направляющие зоны теряют квалифицированную рабочую силу, при этом рушатся семьи и женщины часто становятся главами домашних хозяйств после отъезда их мужей.

Результатом миграции трудящихся молодого возраста становится то, что люди старшего возраста занимаются физической работой в секторе сельского хозяйства. Растущая озабоченность по поводу терроризма заставила многие страны повысить меры безопасности на своих границах, в результате чего увеличилась незаконная миграция, прежде всего путем незаконной перевозки людей и торговли ими. Миграционные перемещения способствовали распространению ВИЧ/СПИДа и других заболеваний.

Экономические результаты миграции имели как положительный, так и отрицательный характер. Денежные переводы от мигрантов поступают из более развитых стран в менее развитые. По сообщению Всемирного банка, в 2002 году общая сумма переводов трудящихся в развивающиеся страны составила 88 млрд. долл. США (на 30 млрд. долл. США больше, чем официальная помощь в целях развития), а также, что в период с 1988 года по 1999 год объем переводов, поступающих по официальным каналам, увеличился более чем в два раза.¹¹

На МКНР к странам был обращен призыв: ликвидировать коренные причины миграции, прежде всего причины, связанные с нищетой, например, на основе содействия устойчивому развитию в целях обеспечения лучшего экономического баланса между развитыми и развивающимися странами, а также на основе прекращения международных и внутренних конфликтов; способствовать расширению сотрудничества и диалога между странами происхождения и странами назначения, с тем чтобы в максимальной степени использовать преимущества, которые дает миграция; содействовать реинтеграции возвращающихся мигрантов в жизнь общества.¹²

Рекомендации предусматривали использование краткосрочной миграции для повышения квалификации граждан стран происхождения, сбор данных о потоках международных мигрантов и их численности и о факторах, вызывающих миграцию, а также укрепление международной защиты беженцев и перемещенных лиц и расширение помощи им.¹³

В поддержку МКНР и других международных соглашений на Саммите тысячелетия в 2000 году была достигнута договоренность относительно того, что страны должны уважать и защищать права человека мигрантов, трудящихся мигрантов и членов их семей. В окончательном докла-

8 СОСТАВЛЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ КАРТ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ

Разработанные в прошлом десятилетии информационные системы дают точную географическую информацию о людях, участвующих в переписи населения. Это позволит более подробно изучить распределение материальных ценностей, возможности и проблемы в странах, а также лучше понять факторы, способствующие и привлекающие перемещение населения, а также воздействие политики, направленной на решение этой проблемы.

Например, недавно проведенное исследование одновременно включает в себя данные переписи и обследования, с тем чтобы показать на карте распределение населения. Результаты проделанной работы говорят о том, что территории, занимаемые городскими центрами и полугородскими поселениями, могут быть значительно больше и их воздействие на окружающую среду могут быть зна-

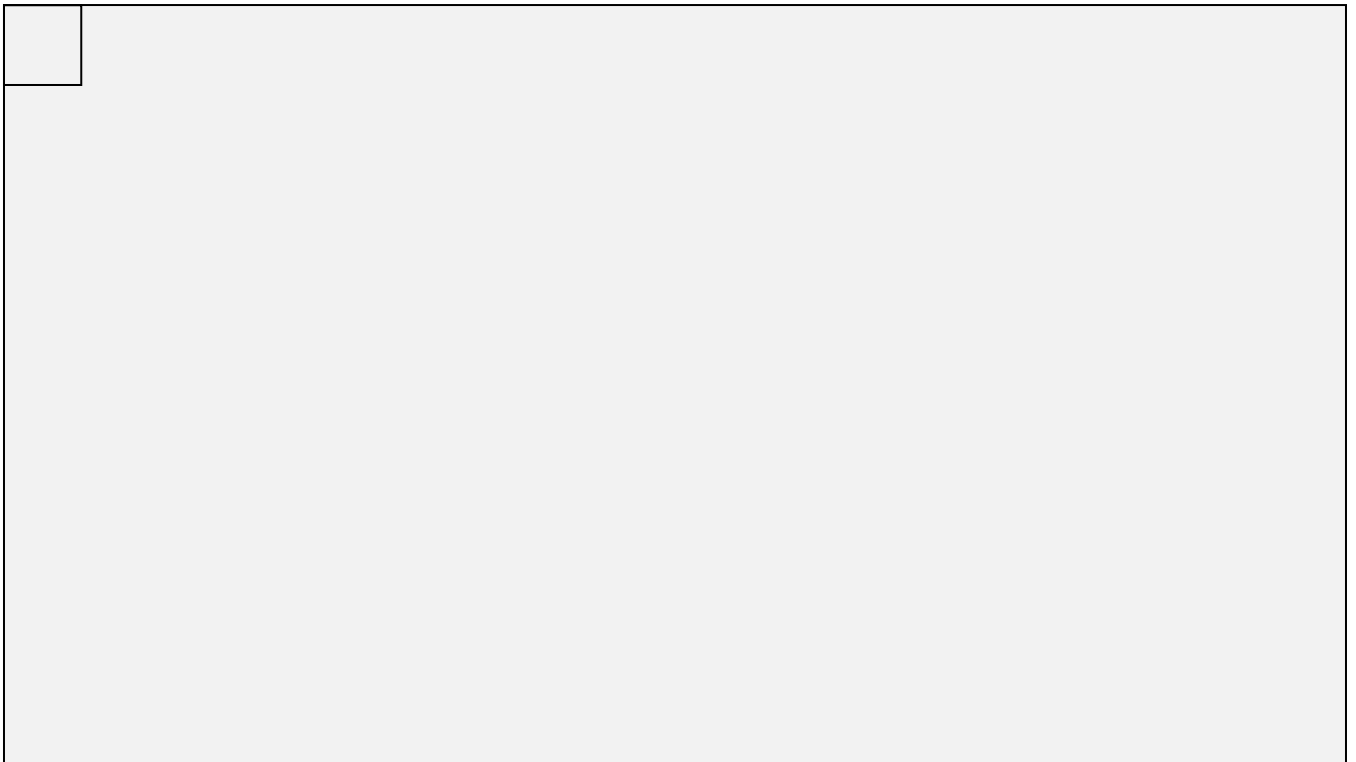
чительно сильнее, чем ранее сделанные прогнозы, в основе которых лежали расчеты, базирующиеся на информации, полученной с учетом административного деления. Новые методы позволяют также определить численность населения, живущего в прибрежных и других экологически неустойчивых районах.

Для исследования детской смертности в 10 странах Западной Африки использовался метод составления карт. Полученные результаты вновь подтвердили уже давно сделанные выводы (например, 6-лшшая смертность мальчиков, более благоприятные условия жизни в городах, чем в сельских районах, благоприятное воздействие обучения матерей и улучшение санитарных условий), однако были установлены также неожиданные новые факторы, свидетельствующие о высокой концентрации районов, в которых проживают наиболее неимущие слои населения, что могло бы способствовать улучшению охвата программ.

Для того чтобы в полной мере воспользоваться новыми технологиями сбора данных и методологи-

ями анализа потребуются значительные инвестиции в деятельность по созданию потенциала и передачи технологий. Более подробные анализы городских социальных сетей и информацию о конкретных районах будет также необходимо учитывать при разработке страновых научных исследований и программ.

Это могло бы способствовать расширению процесса принятия решений в области развития на местах и привести к повышению эффективности политики, касающейся широкого комплекса моделей населенных пунктов, с тем чтобы сократить масштабы нищеты и повысить качество жизни. Например, в общинах, в которых проживают люди с разными доходами, темпы распространения нищеты могут быть более высокими.¹⁶ Географический целевой охват и сотрудничество с местными ассоциациями могут способствовать реализации плана МКНР, предусматривающего участие населения в жизни общества.



де Комиссии по безопасности населения 2003 года¹⁴ говорится: "Перемещение людей через границы усиливает взаимозависимость стран и общин и расширяет многообразие".

Однако международная миграция по-прежнему является весьма сложным вопросом, и пока еще страны не смогли прийти к договоренности о созыве конференции Организации Объединенных Наций для выработки руководящих указаний, с тем чтобы, как это было предложено, решить эту проблему.¹⁵

В проведенном на местах обследовании ЮНФПА было установлено, что 73 процента представляющих ответы стран (110 из 151) сообщили, что приняли определенные меры для решения вопроса о международной миграции, в то время как в 1994 году такую информацию представило 18 процентов стран. Почти половина стран приняла программы или стратегии, касающиеся международных мигрантов или беженцев; 37 процентов ввели законы о международных мигрантах и трудящихся мигрантах; 33 процента приняли политику в области миграции; 11 процентов приложили усилия, направленные на расширение международных конвенций о беженцах, лицах, ищущих убежище, и незаконных мигрантах; и 10 процентов приняли законы о торговле людьми, особенно женщинами и детьми.

Увеличилось число стран, создавших координационные механизмы различного типа: в рамках государственных учреждений, между правительствами и среди правительств, НПО и международных доноров.

В политике ряда африканских стран, таких, как Гана и Объединенная Республика Танзания, особо подчеркивается вопрос о расселении беженцев. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна основной упор делался на создание стимулов для возвращения граждан, а в Восточной Европе, арабских государствах и центральноазиатских республиках основное внимание уделялось защите рынков труда и борьбе с наркоманией.

В целях улучшения интеграции иммигрантов в жизнь их обществ несколько стран приняли меры, способствующие созданию равных возможностей для доступа к рабочим местам, жилью, здравоохранению и образованию. В прошлом десятилетии ряд развитых стран изменили свою политику в области воссоединения семей.

Например, с июля 2002 года в соответствии с законами Дании право на воссоединение с супругом/супругой более не предоставляется и в большинстве случаев не дается разрешения на воссоединение, если один из супругов моложе 24 лет. Новая Зеландия признает более широкий комплекс семейных структур, чем ранее, однако она также повысила правовую ответственность спонсоров за членов семьи, которых они ввозят в страну. Вместе с тем, политика Канады стала носить менее ограничительный характер и в настоящее время к категории детей-иждивенцев относятся лица моложе 22 лет, в то время как ранее такой возраст составлял 19 лет.

В связи с дефицитом рабочей силы некоторые развитые страны выдвинули инициативы, способствующие иммиграции квалифицированных кадров. Некоторые из этих стран приняли политику, направленную на привлечение и удержание талантливых студентов из развивающихся стран.

В целях сдерживания расширяющейся торговли людьми страны усилили пограничный контроль и ввели дополнительные ограничения на политику предоставления убежища; в некоторых случаях это непреднамеренно сделало торговлю людьми еще более прибыльной. В связи с этим несколько стран ввели строгие наказания за торговлю людьми.

Хотя большинство принимающих стран признают позитивный вклад миграции в экономическое и культурное развитие как стран, направляющих мигрантов, так и стран, принимающих их, расширяющиеся масштабы незаконной иммиграции и непрекращающиеся потоки беженцев и лиц, ищущих убежища, как и прежде, являются серьезными проблемами.

Многие страны выступают за расширение международного сотрудничества в деле более эффективного регулирования миграции. В период с 1994 года было сформировано восемь региональных и субрегиональных процессов, охватывающих практически все страны. В рамках начатой в 1998 году программы политики в области международной миграции было проведено 15 региональных совещаний, целью которых было содействие расширению сотрудничества и укрепление потенциала. В декабре 2003 года была создана Всемирная комиссия по международной миграции; в середине 2005 года планируется подготовить рекомендации для Генерального секретаря Организации Объединенных Наций.

Ответные меры в области политики



Равенство мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

90-е годы были десятилетием, когда вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, насилия в отношении женщин и ответственности мужчин за отношение с женщинами находились в центре глобальных и национальных дискуссий по правам человека и развитию человеческого фактора. Конференции Организации Объединенных Наций 90-х годов, прежде всего Всемирная конференция по правам человека (Вена, 1993 год), МКНР (Каир, 1994 год) и четвертая Всемирная конференция по положению женщин (Пекин, 1995 год), сыграли решающую роль в

серьезном изменении понятий в демографической политике.

В Каире правительства стран мира пришли к консенсусу, подтвердившему их обязательства поощрять и защищать полное осуществление прав человека всеми женщинами на протяжении всей жизни. Они также пришли к договоренности принимать меры для предоставления женщинам больших полномочий и обеспечения их равенства в отношении с мужчинами в том, что касается законов и экономической системы, а также домашних хозяйств.

Странам следует как можно скорее принять меры в целях расширения возможностей женщин и предпринять шаги к устранению неравенства между мужчинами и женщинами посредством: ...ликвидации любой практики, допускающей дискриминацию в отношении женщин; оказание женщинам помощи в закреплении и осуществлении их прав, включая связанные с репродуктивным и сексуальным здоровьем; ...искоренения насилия в отношении женщин; ликвидации дискриминационной практики нанимателей в отношении женщин, например практики, основанной на требовании к поступающим на работу женщинам использовать контрацептивы или не допускать беременностей; обеспечения женщинам — посредством законов, правил и других соответствующих мер — возможности совмещать свои функции, связанные с деторождением, грудным вскармливанием и воспитанием детей, с трудовой деятельностью.

МЕРЫ ПО РАСШИРЕНИЮ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН

—Программа действий МКНР, пункт 4.4

В Программу действий МКНР, являющейся важным международным документом, посвященным демографической политике, впервые включена полная и подробная глава (Глава IV) о расширении прав и обязанностей женщин и о равенстве женщин. Частично в ней говорится: "...повышение статуса женщин также укрепляет их потенциал в плане принятия решений на всех уровнях во всех сферах жизни, прежде всего в сексуальной области и области воспроизводства".

Равенство мужчин и женщин и расширение прав и обязанностей женщин лежали в основе программы МКНР на будущее. Предусмотренные в Программе действий цели по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите репродуктивных прав тесным образом связаны с ее целями в отношении расширения прав и возможностей женщин и обеспечения равенства мужчин и женщин. На МКНР было взято серьезное новое обязательство с целью "...способствовать равноправию полов во всех сферах жизни и в семье, и в обществе, поощрять мужчин к тому, чтобы они ответственно относились к своему сексуальному и репродуктивному поведению и к своей роли в обществе и семье" (пункт 4.25).

На МКНР был также обращен призыв ко всем странам "принимать всяческие меры" в целях ликвидации всех форм эксплуатации, жестокого обращения, домогательств и насилия в отношении женщин, подростков и детей (пункт 4.9). Кроме того, был обращен призыв нести общую ответственность за воспитание детей, обеспечение одинакового отношения к детям обоего пола, их учебу и недопущение насилия в отношении детей. Кроме того, Конференция настоятельно призвала обеспечить, чтобы мужчины вместе с женщинами активно участвовали в решении проблем, связанных с ответственным поведением, касающимся сексуальных и репродуктивных аспектов (пункт 4.27).

В разных странах изменение сложившихся установок, произошедшее благодаря МКНР, способствовало также созданию стимулов для важных изменений в подходе системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне. Например, в Индии подход МКНР применяется одновременно с осуществлением Рамочной программы Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития (РПООНПР) и приоритетное внимание в этом подходе уделяется равенству мужчин и женщин и децентрализации в качестве межсекторальных тем для всей

помощи, оказываемой системой Организации Объединенных Наций Индии. Главной целью рамок в поощрении равенства мужчин и женщин является укрепление потенциала женщин в плане принятия решений; поощрение равных возможностей и поддержка изменений в области политики.

В Индии совместные действия, определенные для поощрения прав мужчин и женщин, включают в себя:

разработку рамок анализа гендерной политики;

введение всеобъемлющей базы данных с разбивкой по гендерному признаку;

поддержку в целях поощрения равенства мужчин и женщин;

помощь в разработке государственных планов, учитывающих гендерные особенности;

содействие проведению межучрежденческого научного исследования по мерам, принимаемым для решения гендерных вопросов.

В 2003 году Управление генерального регистра Индии и комиссара по проведению переписи, Министерство здравоохранения и ЮНФПА обратили внимание на проблему аборт, которые делаются с учетом пола ребенка, и женский инфантицид и вызванное этим сокращение числа девочек по отношению к мальчикам, информация о чем приводится в брошюре, озаглавленной "Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India" ("Пропавшие дети: неблагоприятное соотношение числа мальчиков и девочек в Индии").

В своем обзоре об осуществлении решений МКНР 1999 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций призвала удвоить усилия для ликвидации неравенства между мужчинами и женщинами, включая искоренение вредной практики, установок и дискриминации в отношении женщин и девочек. К общественности был обращен призыв быть нетерпимой в отношении такой практики, как предпочтение сыновей, неравный уход за девочками, все формы насилия в отношении женщин, включая калечащие операции на женских половых органах, кровосмешение, сексуальное насилие и торговлю.

•

•

•

•

•

9 **ПОДГОТОВКА РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ, КАСАЮЩИМСЯ ЛИКВИДАЦИИ НАСИЛИЯ ПО ПОЛОВОМУ ПРИЗНАКУ**

Насилие по половому признаку — это общемировая проблема, которая, как показывает проведенное исследование, может касаться одной из трех женщин. Жестокое обращение, начиная от словесных оскорблений до изнасилований и кончая такой традиционной практикой, как калечащие операции на женских половых органах, наносят физический и психологический ущерб и являются нарушениями прав человека. Многие жертвы никогда не были на приеме у врачей для получения у них помощи для решения своих проблем.

В рамках работы по борьбе с насилием по признаку пола ЮНФПА оказал поддержку в подготовке работников сферы медицинского обслуживания, с тем чтобы они лучше понимали чувства женщин, которые могли стать жертвами

насилия, и удовлетворяли их медицинские потребности. Экспериментальные мероприятия были проведены в 10 странах — Гватемале, Кабо-Верде, Ливане, Литве, Мозамбике, Непале, России, Румынии, Шри-Ланке и Эквадоре.

В рамках рая экспериментальных проктов после консультаций с работниками сферы медицинского обслуживания и клиентами был проведен опрос всех женщин по поводу жестокого обращения с ними. Возможным жертвам была оказана и продолжает оказываться правовая, медицинская и психологическая поддержка, а также, в случае необходимости, их отправляют к врачам-специалистам. Некоторые из этих экспериментов были проведены при участии местных органов власти и больниц, а некоторые совместно с сетями НПО. Уделяется внимание вопросу о привлечении общин и созданию сетей поддержки жертв насилия по признаку пола, в работе которых участвуют сотрудники полиции и медицинских учреждений, а также

сотрудники консультативных служб.

Кроме того, ЮНФПА организовал для сотрудников медицинских учреждений практикумы по вопросу о признании последствий насилия по признаку пола для здоровья женщин, а также по вопросу о том, как обнаруживать жертв, оказывать им помощь и предотвращать насилие. Была подчеркнута необходимость конфиденциальности и контроля, а также важного значения обследования всех женщин-пациентов.

В ходе оценки были установлены успешные и заслуживающие дальнейшей поддержки опытные проекты. Рекомендации включают в себя обращение с призывом к правительствам признать, что насилие по признаку пола — это вопрос, относящийся к сфере государственного здравоохранения.

Исходя из этого опыта, ЮНФПА подготовил руководство "Практический подход к насилию по признаку пола", которое переведено на семь языков.

Правительствам настоятельно рекомендовалось внести правовые изменения, а также способствовать проведению изменений в социальной, культурной и экономической сферах.¹

За десять лет, прошедших после МКНР, был достигнут существенный прогресс в осуществлении этих целей, однако этот прогресс был нестабильным и по-прежнему имеется множество проблем. В проведенном в 1993 году ЮНФПА глобальном обзоре национального прогресса представлена неоднородная картина.² Некоторые страны ввели соответствующие законы и политику, однако немного еще сделано для разработки надлежащих программ, обеспечении их выполнения и контроля за ними.

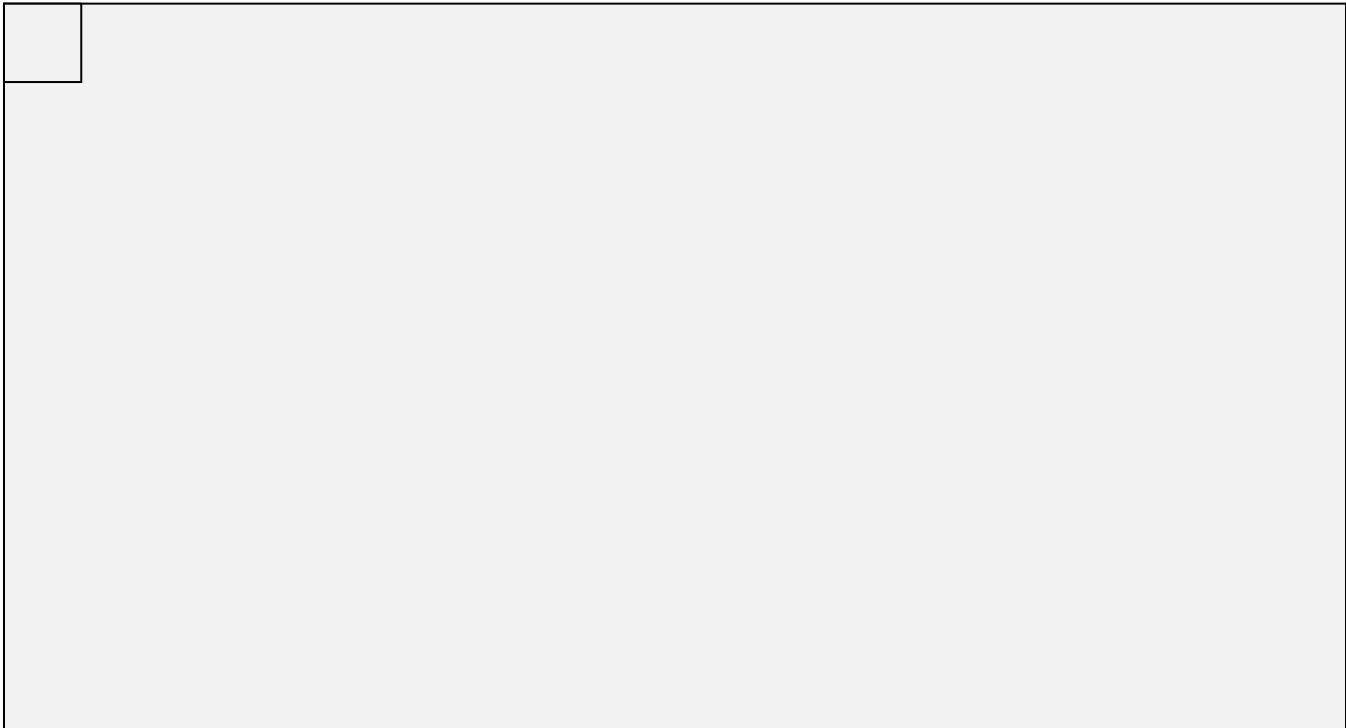
Однако были приняты важные меры.

Например, в Мексике в рамках Программы охраны здоровья женщин, осуществляемой под эгидой министра здравоохранения, ведется подготовка работников сферы здравоохранения, целью которой является содействие обеспечению равенства мужчин и женщин в конкретных областях их деятельности. В Индонезии претворяются в жизнь поручения президента о включении гендерных аспектов в процесс национального развития с помощью

групп по управлению процессом развития на региональном уровне и уровне провинций, в состав которых входят государственные служащие, местные НПО и ученые. Иран создал специальные центры для женщин-полицейских для оказания услуг женщинам, являющимся жертвами насилия, и оказания профилактических и консультативных услуг, включая телефонные "горячие линии".

Несмотря на сохраняющийся разрыв в образовании между представителями обоих полов в Индии, в некоторых штатах, которые традиционно сталкивались с наиболее серьезными проблемами, гендерный разрыв в грамотности сокращается, — отмечается в переписи насилия, проведенной в 2001 году. Прилагаются новаторские усилия, как, например, в штате Хараяна, для повышения показателя посещаемости школ женщинами на основе предоставления им сопровождающих, с тем чтобы уменьшить озабоченность семей относительно угроз их безопасности. В Мексике Национальный демографический совет стал прилагать серьезные усилия по расширению масштабов охвата сбора данных по широкому кругу вопросов, связанных с сексуальным и репродуктивным поведением.

НПО также выполнили широкий ряд задач, с тем чтобы взятые на МКНР обязательства, касающиеся равенства мужчин и женщин, стали реальностью. Так, например, в



Достижения

Калабаре, Нигерия, в рамках "Инициативы права девушек" проводится работа по мобилизации общественности и расширяются права и возможности девушек в плане регулирования их жизни, и девушки выступают против насилия и требуют осуществления своих прав. Аналогичная программа для мальчиков предусматривает проведение с ними подготовительной работы, с тем чтобы они лучше понимали гендерные аспекты.

Многие программы по сокращению нежелательной беременности осуществляются в условиях, когда женщины не имеют достаточной самостоятельности и, как правило, не испытывают достаточной уверенности в отношениях со своими мужьями или же работниками медицинских учреждений.

Мероприятия, такие как программа "Лучшая жизнь" для молодых женщин в Индии,³ программа для молодых матерей на Ямайке⁴ и программа подготовки инструкторов по вопросам охраны здоровья и расширения прав и возможностей в Мексике⁵ также направлены на закрепление практических навыков женщин в таких сферах, как долгосрочное планирование, решение проблем и принятие решений, а также на то, чтобы убедить их, что они способны принимать важные решения относительно своей жизни и здоровья.

В некоторых успешных программах для женщин ведется просветительская работа по репродуктивным правам и правам человека; в других проводится подготовка по ликвидации неграмотности, формированию навыков, необходимых для трудоустройства, юридическим вопросам, уходу за детьми, охране здоровья ребенка и социальной мобилизации.

Проведенное в 2003 году ЮНФПА глобальное обследование является полезной основой для оценки проделанной работы в области равенства мужчин и женщин и расширения прав и возможностей женщин. Они предусматривают пять комплексов мер: i) обеспечение защиты прав девушек и женщин и содействие расширению их прав и возможностей; ii) ликвидация насилия по половому признаку, особенно в отношении девушек и женщин; iii) расширение доступа к начальному и среднему образованию и ликвидация неравенства лиц мужского и женского пола в области образования; iv) формирование мировоззрения,

способствующего обеспечению равенства мужчин и женщин и оказание поддержки в осуществлении прав женщин и расширении возможностей мальчиков и мужчин; v) содействие формированию у мужчин чувства ответственности за свое репродуктивное здоровье и репродуктивное здоровье их партнеров.

Хотя более половины из 151 представившей ответы страны приняли национальные законы, ратифицировали конвенции Организации Объединенных Наций и создали национальные комиссии для женщин, не было принято аналогичных мер по разработке политики и внедрению программ. Лишь треть стран приняла такие меры. Еще меньшее число стран (лишь 13) разработали пропагандистские программы по вопросам гендерного равенства.

Около половины стран разработали планы и стратегии для женщин, с тем чтобы предоставить им экономические возможности, однако лишь 28 стран расширили участие женщин в политической жизни страны и лишь 16 стран имеют программы, направленные на привлечение государственных служащих к решению этих проблем.

В обследовании установлено, что в 91 стране приняты законы по борьбе с насилием по признаку пола и наказанию за это, однако лишь 21 страна фактически ввела эти законы в действие. Только в 34 странах была организована подготовка работников сферы медицинского обслуживания и государственных служащих по вопросам гендерного насилия и лишь 33 страны создали механизмы наблюдения.

Лишь 42 страны смогли увеличить объем государственных ассигнований, выделяемых школам, и только 28 стран создали стимулы для бедных семей направлять своих детей в школы. Кроме того, лишь 13 стран включили вопросы гендерного воспитания в учебный план и лишь в 16 странах увеличилось число девочек, обучающихся в средней школе.

Лишь 20 стран сообщили о разработке планов просветительской

СОДЕЙСТВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЮ РАВЕНСТВА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН.

МЕРЫ ПО ЛИКВИДАЦИИ НЕРАВЕНСТВА, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ В ПРОГРАММАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН.

НАСИЛИЕ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА.

Результаты глобального обследования

ДОСТУП К ОБРАЗОВАНИЮ.

МИРОВОЗЗРЕНИЕ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МУЖЧИН.

работы по охране репродуктивного здоровья молодежи и подростков. Менее половины стран, представивших доклады, имеют программы просветительской работы для мужчин, касающиеся их репродуктивного здоровья и репродуктивного здоровья их партнеров.

За прошедшие десять лет многие страны приняли новые законы или же внесли поправки в законодательство, с тем чтобы способствовать расширению равенства мужчин и женщин, при этом предпринимаются попытки ликвидировать все формы дискриминации, основанные на половой принадлежности, а также предотвратить насилие по признаку пола и усилить наказание лиц, совершающих акты такого насилия.

К числу стран, принимающих законы, объявляющие дискриминацию по признаку пола незаконной, относятся Мальта, Маврикий (это законодательство обеспечивает также равные права для женщин независимо от беременности или семейного положения) и Мексика. Колумбия и Словения ввели законы, поощряющие равные права женщин и мужчин, а принятый в Коста-Рике декрет требует обеспечения улучшения условий жизни и расширения возможностей женщин из неимущих слоев населения.

В Джибути утвержден закон, принимающий Национальную стратегию по активизации участия женщин в процессе развития и Национальный план действий, в которых отмечается, что вся политика и законы будут оцениваться на основе их воздействия на интеграцию гендерных аспектов в процесс развития. В этом законе подробно изложены также мероприятия, которые правительство осуществит для поощрения репродуктивного здоровья и равноправного обучения женщин, а также расширит участие женщин в принятии решений (в государственной сфере и в семье) и в экономическом развитии. Республика Корея приняла закон, учреждающий Комиссию по гендерному равенству, для регулирования политики по гендерным вопросам.

В ряде недавно разработанных конституций и конституциях, в которые внесены поправки, содержатся широкие положения, касающиеся равенства мужчин и женщин. Например, хотя в конституции Бахрейна 2002 года отмечается, что шариат является основой для принятия законов, в ней утверждается также равенство женщин и мужчин в политике и в экономической, со-

циальной и культурной сферах. В принятой в 2002 году конституции Кубы указывается, что супруги имеют равные права и обязанности. В принятой после получения независимости конституции Тимора-Лешти отмечаются равные права женщин и мужчин в браке и в семье, а также в социальной, экономической и политической сфере.

Конституция Руанды 2003 года также гарантирует равные права супругам в браке и при разводе, объявляет незаконной дискриминацию по признаку пола и учреждает Национальную комиссию по правам человека и Национальный женский совет. Она гарантирует также право женщин и мужчин голосовать и выдвигать свою кандидатуру на выборах, предусматривает равную оплату за равный труд и право на образование. В 2002 году Того ввела поправки в свою конституцию, с тем чтобы обеспечить равенство мужчин и женщин перед законом и на работе.

В Польше создана должность уполномоченного по равноправию женщин, работающего в канцелярии премьер-министра, в функции которого входит изучение правового и социального положения женщин и поощрение равенства на основе принятия соответствующих законов и политики.⁶

В 2000 году в Азербайджане в соответствии с указом президента правительству было поручено обеспечить, чтобы женщины и мужчины были в равной мере представлены в государственной администрации и имели равные возможности в реализации проводимых в настоящее время реформ. Государственным учреждениям было также предписано назначить координатора по гендерным вопросам в административном органе каждого района.⁷

Ликвидация бытового и сексуального насилия в отношении женщин также является приоритетной задачей для многих государственных законодательных органов.⁸ В Бангладеш в соответствии с новыми законами насилие в отношении женщин является наказуемым правонарушением, а в кодексах поведения содержатся положения о сексуальном домогательстве на рабочих местах. Бельгия, Перу и Югославия внесли правки в законы для определения сексуального домогательства и для отнесения его к категории преступлений, за совершение которых жертвы могут привлекать виновных к суду и требовать возмещения.

Прогресс в правовой сфере

НАСИЛИЕ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА.

Бельгия, Доминиканская Республика, Испания, Португалия, Уругвай и другие страны приняли законы, повышающие наказание за насилие по признаку пола. В Бразилии в соответствии с принятым в 2003 году законом была установлена национальная бесплатная телефонная линия "горячей связи", обслуживаемой специально подготовленным персоналом, по которой женщины могут сообщить о случаях насилия в семье.

Торговля людьми также была предметом изменения законов. Многие страны ввели законы по борьбе с торговлей женщинами и девушками, а многие ратифицировали международные договоры.⁹ В своем кодексе о труде 2002 года Демократическая Республика Конго объявила торговлю детьми незаконной.

Хотя большинство правительств утверждают, что они признают важное значение поощрения равенства мужчин и женщин и расширения прав и возможностей женщин, многие из них считают трудным работать с женщинами непосредственно на уровне общин. Согласно заявлениям таких стран, как Малайзия, Мозамбик и Ямайка, сделанным через организацию "Форум Мюлер", женские НПО осуществляют такие программы. Часто наиболее эффективную деятельность НПО осуществляют в работе с жертвами насилия по признаку пола, поскольку они испытывают большее доверие по отношению к неформальным организациям.

Кроме того, НПО проводят подготовку полицейских, судей и других по вопросам о том, как обращаться с жертвами насилия по признаку пола, когда те обращаются за помощью. В Эфиопии, например, Ассоциация женщин-юристов осуществляет деятельность по борьбе с насилием в быту и сексуальным домогательством. Национальный совет по вопросам традиционной практики и другие НПО Эфиопии принимают активные меры для ликвидации вредной традиционной практики, такой, например, как калечащие операции на женских половых органах. На Филиппинах для жертв насилия в семье НПО учредили центры по улаживанию кризисных ситуаций, в которых оказываются женщины.

В период с 1999 года по 2002 год на Ямайке НПО, в том числе Ассоциация женских организаций, организация "Фазерс инкорпорейтед" и Бюро по женским вопросам, осуществляли сотрудничество в целях улучшения осведомленности общественности по вопросам насилия по половому признаку. Они принимали меры для расши-

рения освещения средствами массовой информации этого вопроса, а также вели среди сотрудников полиции, судебных органов и врачей и юристов просветительскую работу о важном значении принятия решительных мер в связи с насилием в отношении женщин и о системах поддержки жертв насилия.

В прошлом десятилетии во многих странах НПО стали все более активно привлекаться к контролю за репродуктивными правами и использованию репродуктивных процедур для международных механизмов в области прав человека, которые ратифицировали их правительства. Многие представляют "теневые доклады", с тем чтобы дополнить доклады, представленные правительствами, и участвуют в заседаниях соответствующего контрольного комитета при рассмотрении доклада их страны.

В таких странах, как Индия, Индонезия, Малайзия и Нигерия, комиссии по правам человека могут играть важную роль в обеспечении соблюдения репродуктивных прав, а также они могут способствовать проведению расследований по делам о насилии. В некоторых странах имеются омбудсмены или другие механизмы, которые могут использовать группы гражданского общества.

Признается, что НПО часто действуют более эффективно, чем государственные учреждения в создании для мужчин стимулов, с тем чтобы они ответственно подходили к их сексуальному и репродуктивному поведению и их роли в обществе и семье. Например, в Камбодже организация "Мужчины против насилия в отношении женщин" совместно с женскими и другими НПО активно участвовали в продолжавшейся в течение 16 дней кампании по борьбе с насилием по признаку пола.

На Филиппинах НПО активно способствуют тому, чтобы мужчины оказывали поддержку в расширении прав и возможностей женщин в отношении репродуктивного здоровья. Организация "Женский центр фондов Ямайки" предоставляет консультации молодым отцам и в рамках своей программы "Молодые мужчины в опасности" проводит подготовку лиц мужского пола для ведения просветительской работы среди своих сверстников.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА.

УЧАСТИЕ МУЖЧИН.

10 ЛИКВИДАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ГЕНДЕРНЫХ ПРЕДРАССУДКОВ

В 2003 году Департамент по гендерным вопросам и здоровью женщин ВОЗ провел анализ того, насколько участие женщин повысит эффективность усилий, направленных на связанные с охраной здоровья цели в области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия, в дополнение к цели 3.

Рекомендации ВОЗ включают в себя, в частности: уделение внимания воздействию предпочтения сыновей на потреблении пищи и доступ девочек и женщин к услугам по охране здоровья; сокращение рабочей нагрузки девочек и женщин; решение проблемы растущей "феминизации" пандемии ВИЧ, вызванной основанной на гендерных предрассудках традиционной практикой и неправильной направленностью программ; рассмотрение конкретных последствий гендерных аспектов в распространении малярии и туберкулеза. В целях сокращения загрязнения воздуха в помещениях, что оказывает особенно неблагоприятное воздействие на женщин и девушек, ВОЗ выделяет в качестве приоритетной задачи обеспечение приготовления пищи в более чистых с санитарной точки зрения условиях и предоставление топлива.

Цель в области развития 3, закрепленная в Декларации тысячелетия "Поощрять равенство мужчин и женщин и расширять возможности женщин" отражает цели МКНР. Однако ее основной показатель, определяющий достигнутый прогресс, достаточно ограничен: искоренить гендерные диспропорции в начальном и среднем образовании к 2005 году и на всех уровнях образования к 2015 году.

Целевая группа по гендерному равенству, действующая в рамках проекта тысячелетия Организации Объединенных Наций, приняла более широкие оперативные рамки, определяющие степень равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин по трем аспектам: 1) человеческий потенциал, определяемый на основе таких факторов, как образование, охрана здоровья и питание; 2) доступ к ресурсам и имеющиеся возможности со ссылкой на экономические активы и участие в политической жизни; 3) безопасность с точки зрения уязвимости к насилию.¹⁰

На основе использования широких доказательств, полученных от многих стран, целевая группа определила стратегические приоритеты для национальных и международных действий; между этими приоритетами и подходом МКНР существует весьма тесное взаимодействие. Важными элементами укрепления потенциала женщин

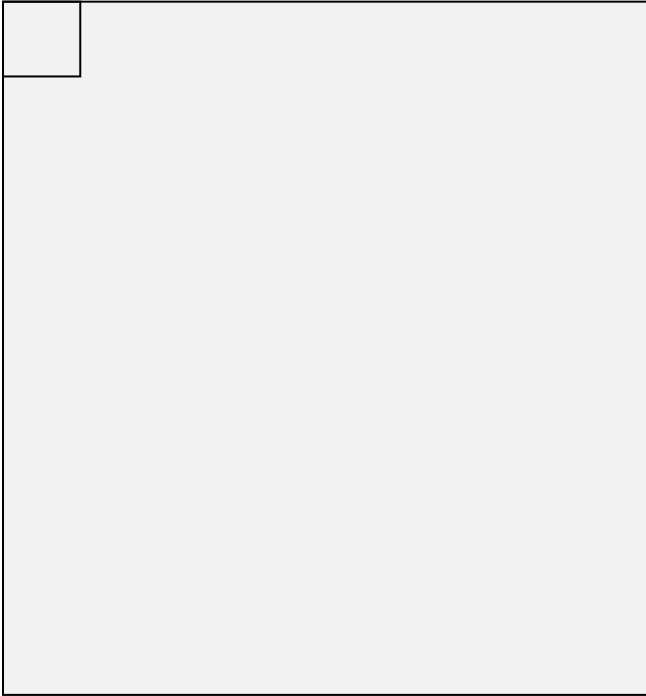
являются: ликвидация гендерного разрыва в среднем образовании и расширение доступа подростков и женщин к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Приоритетными задачами расширения экономических и политических возможностей являются: инвестиции в инфраструктуру в интересах женщин, с тем чтобы сократить рабочее время и уменьшить объем тяжелой физической работы; уменьшить дискриминацию в отношении женщин при найме на работу и в получении доходов; уменьшить гендерное неравенство в том, что касается владения имуществом и наследования; увеличить долю мест женщин в местных и национальных государственных органах. Главным элементом повышения безопасности женщин является принятие мер, которые существенно сократят количество случаев насилия в отношении девочек и женщин.

В ходе проведенного недавно анализа национальных докладов о достижении прогресса в выполнении целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, отмечается, что "несмотря на подход, основывающийся на правах человека, который отражен в большинстве докладов в ходе обсуждения по цели 3 (равенство мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин), подход к положению женщин в обсуждениях по другим целям, как и прежде, имеет важное значение, но не основывается на правах человека. Примером этого является обсуждение вопроса о детской смертности в нескольких докладах, в которых отсутствие знаний о практике ухода и вскармливания часто определяется как одно из препятствий для достижения этой цели. Такой подход игнорирует переменные величины, определяющие выживание детей, при этом без всяких комментариев признается недостаточная роль отцов в уходе за детьми".¹¹

В докладе отмечается, что даже через 10 лет после Каирской конференции "женщины по-прежнему рассматриваются с точки зрения их уязвимости" и чаще всего они традиционно рассматриваются в качестве матерей или жертв, а не субъектов, участвующих в процессе развития.

Другими препятствиями на пути к прогрессу являются постоянное отсутствие высококачественных данных с разбивкой по признаку пола, дефицит финансовых и тех-



Проблемы: заполнение полупустого стакана

МКНР и цели области развития, закрепленные в Декларации тысячелетия

нических ресурсов для женских программ как на международном, так и на национальном уровнях, а также недо-разумения, связанные с относительными преимуществами программ, учитывающих гендерный фактор, по сравнению с программами, в которых основной упор делается на женщин.

В отсутствие данных с разбивкой по половому признаку становится невозможным определить критерии эффективности политики или программ и контролировать их. В большинстве стран по-прежнему существуют значительные пробелы в имеющихся данных об экономической деятельности женщин и потенциале в плане принятия решений, а также в данных о различном воздействии программ по борьбе с нищетой и других программ. Испытывается еще больший дефицит данных, позволяющих проводить сопоставление между странами. Необходимо установить приоритеты прилагаемых в настоящее время усилий по заполнению этих пробелов и активизировать их.¹²

Второй существующей в настоящее время проблемой является дефицит ресурсов.

11 **КОНВЕНЦИЯ О ЛИКВИДАЦИИ ВСЕХ ФОРМ ДИСКРИМИНАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН**

Для того чтобы основывающийся на правах человека подход к демографическим вопросам применялся при разработке эффективных законов, политики и программ, важно, чтобы активно использовался имеющий наиболее существенное значение документ в области прав человека – Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Целевая группа 3 по начальному образованию и равенству мужчин и женщин Проекта тысячелетия Организации Объединенных Наций рекомендовала использовать эту Конвенцию для контроля за прогрессом в деле обеспечения равенства мужчин и женщин и расширения прав и возможностей женщин. В проведенном в 2000 году исследовании делается вывод о том, что эффективное использование Конвенции зависит от широко распространенной информации о Конвенции; диалога между представителями государств, членами Комитета Конвенции и НПО; использования показателей с разбивкой по признакам пола для отслеживания политики, законов и бюджетов; признание правительством необходимости увязки политики с Конвенцией.

Сегодня, Конвенция в недостаточной мере используется для отслеживания осуществления Программы действий МКНР и для разработки механизмов такого осуществления.

Многие обязательства, взятые правительствами и учреждениями, не могут быть выполнены из-за отсутствия финансовых средств. Национальные программы, способствующие улучшению положения женщин, особенно уязвимы к произвольным бюджетным сокращениям в условиях нехватки финансовых средств. Особенно неблагоприятной представляется тенденция к сокращению финансирования программ, основной упор в которых делается на женщин, или же учреждений на основе довода о том, что сегодня гендерные аспекты учитываются всеми структурами.

Учет гендерных факторов — это подход, который был выбран в 90-е годы в связи с признанием того, что программы, в которых основной упор делается на женщин, или учреждения, занимающиеся осуществлением этих программ, легко изолировать. Однако учет гендерных факторов — это трудный процесс, в рамках которого эффективные методы еще не применяются.

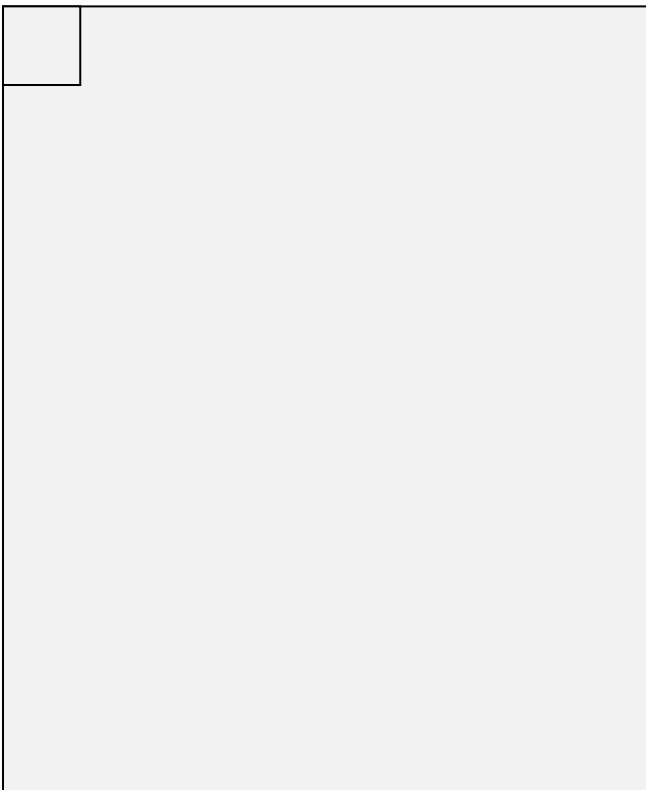
В ходе проведенного ЮНФПА глобального обследования были установлены существенные недостатки в понимании того, что означает подход к обеспечению равенства мужчин и женщин, а также как ввести его в действие в рамках программ и политики, предусмотренных на МКНР. Усилия по учету гендерных факторов, прилагаемые без поддержки какой-либо женской организации, могут быть непоследовательными и их может быть легче проигнорировать, чем инициативы, основной упор в которых делается на женщин. Требуется комбинация усилий по учету (с четким подходом, предусматривающим исследование операций, для определения сильных и слабых мест основных учреждений¹³), а также необходим должным образом финансируемый и имеющий соответствующие ресурсы механизм (включая министерства, занимающиеся женскими вопросами или вопросами равенства мужчин и женщин, и координационные центры для решения гендерных вопросов в министерствах, комиссиях и департаментах), имеющий технический и политический потенциал для разработки политики и программ.

В основе этих факторов лежит вопрос о политическом влиянии и политических обязательствах. В тех случаях, когда мощное национальное женское движение может отстаивать политику, программы и ресурсы, движение вперед может быть быстрым. В других

ДАННЫЕ.

УЧЕТ.

ОГРАНИЧЕННЫЕ РЕСУРСЫ.



ПОЛИТИЧЕСКАЯ ВОЛЯ.

ситуациях НПО и другие организации гражданского общества осуществляют интересные программы по обеспечению равенства мужчин и женщин, однако многие из них не включены в программы, поддерживаемые правительством. Однако даже в тех случаях, когда женское движение не является мощным, политическое руководство может играть важную роль в оказании поддержки в достижении равенства мужчин и женщин и расширении прав и возможностей женщин на политическом уровне.



Репродуктивное здоровье и планирование семьи

Проблемы, связанные с охраной репродуктивного и сексуального здоровья являются причиной почти одной пятой части всех болезней и случаев преждевременной смерти в мире, и одной третьей частью всех заболеваний и смертей среди женщин репродуктивного возраста.¹

На Каирской конференции международное сообщество приняло новую широкомасштабную концепцию репродуктивного здоровья и репродуктивных прав, включая планирование семьи и охрану сексуального здоровья. Конференция призвала включать услуги в области планирования семьи и охраны здоровья матери и ребенка в более широкий комплекс услуг, в том числе борьбу с ВИЧ и болезнями, передаваемыми половым путем. Расширение доступа к услугам и удовлетворение потребностей и пожеланий клиентов рассматриваются как важный элемент сокращения нежелательных беременностей, улучшения

охраны здоровья матери и сокращения пандемии ВИЧ/СПИДа.

МКНР установила цель обеспечения всеобщего добровольного доступа к полному комплексу информации и услуг и охраны репродуктивного здоровья к 2015 году. Участники Конференции пришли также к договоренности о том, что охрана сексуального и репродуктивного здоровья - это одно из прав человека, являющееся частью общего права на охрану здоровья.

В период после 1994 года был достигнут существенный прогресс в выполнении целей МКНР по обеспечению универсального доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья. В ходе глобального обследования ЮНФПА 2003 года было установлено, что большинство стран разработали или расширили программы и политику в области репродуктивного здоровья. Мно-

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов.

Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя и что они вольны принимать решения о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования, деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца

ЦЕЛОСТНАЯ КОНЦЕПЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

- Программа действий МКНР, пункт 7.2

гие из них существенно изменили методы оказания услуг по охране здоровья матери и ребенка и услугам по планированию семьи,² переориентировав их на повышение качества и полное удовлетворение потребностей и пожеланий клиентов. Расширение использования противозачаточных средств супружескими парами свидетельствует о расширении доступа к планированию семьи.³ Больше внимание в законах и политике уделяется репродуктивным правам.

С 1994 года правительства, международные учреждения и НПО сосредоточили свое внимание на повышении спроса на противозачаточные средства, а не только на расширении предложения. Расширение предложения означает более полное удовлетворение потребностей и желаний клиентов и предоставление широкого комплекса методов планирования семьи и повышения качества услуг при наличии имеющихся надлежащие запасы оборудования и предметов медицинского назначения медицинских учреждений и высококвалифицированного, обладающего соответствующей информацией и внимательного персонала.

Однако миллионы людей, прежде всего неимущие слои населения, по-прежнему не имеют достаточного доступа к высококачественным услугам, включая современные методы планирования семьи, неотложные гинекологические услуги и предупреждение и лечение болезней, передаваемых половым путем. Во многих странах широкий комплекс факторов сдерживает прогресс в объединении существующих услуг и обеспечении взаимодействия деятельности, предусмотренной МКНР.

Представленные странами ответы на проведенное ЮНФПА в 2003 году глобальное обследование указывают на прогресс в расширении доступа к охране репродуктивного здоровья и объединении услуг в области планирования семьи с другими услугами. Однако страны сообщили также о наличии серьезных проблем. За 10 лет, прошедших после МКНР, страны реализовали на практике идею охраны репродуктивного здоровья. Они расширили программы, с тем чтобы охватить дополнительное население, нуждающееся в услугах, и объединить услуги в области планирования семьи с услугами, оказываемыми в дородовых и послеродовый период, оказанием акушерской помощи при родах, предупреждением болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа, обнаружением рака матки и

направлением к специалистам для лечения, когда это необходимо.

Все большее внимание уделялось также расширению доступа к группам населения, не получающим услуг в достаточном объеме, включая очень бедное и бедное насе-

12 **ВОЗ ПРИНИМАЕТ ГЛОБАЛЬНУЮ СТРАТЕГИЮ В ОБЛАСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

В мае 2004 года 57-я Всемирная ассамблея здравоохранения приняла первую стратегию Всемирной организации здравоохранения в области репродуктивного здоровья. Ее цель состоит в ускорении прогресса в выполнении целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, и целей в области развития МКНР и последующих мероприятий по ее итогам.

В стратегии определяются пять приоритетных аспектов охраны репродуктивного и сексуального здоровья:

повышение качества услуг в дородовый период, во время родов, в период после родов, а также услуг по уходу за новорожденным;

предоставление качественных услуг в области планирования семьи, включая услуги по лечению бесплодия;

искоренение неквалифицированных абортов;

борьба с болезнями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, инфекции половых путей, рак матки и другие гинекологические заболевания;

содействие укреплению сексуального здоровья.

Ассамблея признала Программу действий МКНР и настоятельно призвала страны:

принять и реализовать новую стратегию в рамках национальных усилий, направленных на достижение целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия;

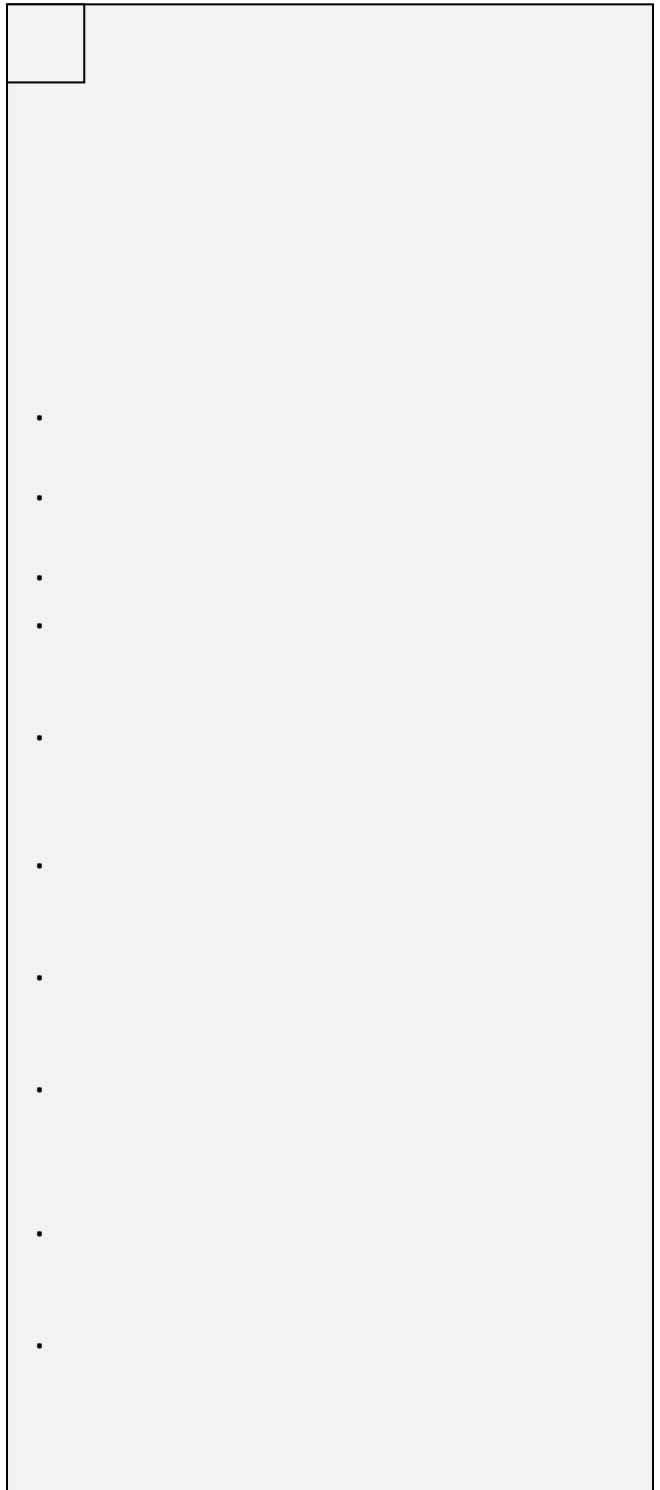
включение вопросов о репродуктивном и сексуальном здоровье в качестве неотъемлемых элементов в процессы планирования и составления бюджетов;

укрепление потенциала систем здравоохранения в плане обеспечения всеобщего доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, прежде всего здоровья матери и новорожденных при участии общин и НПО;

обеспечение того, чтобы процесс осуществления стратегии положительно сказывался на неимущих слоях населения и других маргинальных группах, включая подростков и мужчин;

включение всех аспектов, касающихся репродуктивного сексуального здоровья, в национальные процессы контроля и представления докладов о ходе выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.



ление, живущее в сельских районах, а также обеспечению того, чтобы неимущие слои населения играли более активную роль в разработке политики, с тем чтобы информация и услуги адаптировались к их особым обстоятельствам. Кроме того, страны объединяют услуги по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и охрану сексуального здоровья, с первичными медико-санитарными услугами в контексте реформы сектора здравоохранения и имеющих далеко идущие последствия изменений в организационных, административных и финансовых механизмах.

После МКНР многие страны приняли законы, направленные на расширение доступа всех женщин и мужчин к услугам по охране репродуктивного здоровья и обеспечения того, чтобы для беременных женщин и беременных подростков не создавалось препятствий при поступлении в школу или на работу и чтобы они не подвергались дискриминации. В ходе глобального обследования ЮНФПА было установлено, что с 1994 года 46 стран приняли новые законы и положения.

Например, в Папуа -Новой Гвинее требование о "согласии супруга" относительно использования противозачаточных средств было отменено, а подростки старше 16 лет могут иметь доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья без согласия родителей. Лаосская Народно-Демократическая Республика приняла национальную политику регулирования периода между родами, что в корне изменило принятую в 90-е годы политику, поощрявшую рождение детей. В соответствии с новой политикой противозачаточные средства предоставляются бесплатно и без принуждения.

Национальная политика в области здравоохранения Белиза затрагивает репродуктивные права, включая добровольные консультативные услуги и тестирование инфекции ВИЧ; кроме того, она обеспечивает освобождение от налогов НПО, оказывающие медицинские услуги. Вместе с тем она определяет нормы оказания услуг в области планирования семьи.

В ходе проведения глобального обследования 20 стран сообщили о проведении информационно-пропагандистских кампаний, поощряющих репродуктивные права. Восемнадцать стран представили информацию о произошедших изменениях институционального характера. Например, в Микронезии беременным учащимся разрешается продолжать обучение в школе, подросткам

13 ЗАТРАТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

Благодаря использованию современных контрацептивных методов, стоимость которых составляет около 7,1 млрд. долл. США в год, ежегодно удается предотвратить:

180 млн. случаев нежелательной беременности;

60 млн. незапланированных родов;

105 млн. принудительных абортов;

2,7 млн. случаев младенческой смертности;

215 000 случаев смерти, вызванных беременностью (в том числе 79 000 случаев смерти в результате некавалифицированных абортов);

6685 000 случаев потери детьми своих родителей в результате смерти, вызванной беременностью.

Насчитывается около 201 миллиона женщин, потребности которых в эффективных противозачаточных средствах не удовлетворены. Благодаря удовлетворению потребностей в этой области на сумму 3,9 млн. долл. США ежегодно удастся избежать приблизительно 52 млн. беременностей каждый год (половина из которых будет отложена на более поздний срок).

В результате предупреждения или переноса на более поздний срок таких нежелательных беременностей будет способствовать также предотвращение:

23 млн. случаев незапланированной беременности (сокращение на 72процента);

22 млн. случаев насильственных абортов (сокращение на 64 процента);

1,4 млн. случаев младенческой смертности;

142 000 случаев смерти, вызванной беременностью (включая 53 000 случаев в результате некавалифицированных абортов);

505 000 случаев потери матерей по причинам, связанным с беременностью.

разрешено иметь доступ к противозачаточным средствам без письменного согласия родителей. Десять стран приняли законы и законодательные положения о семье, с тем чтобы повысить ответственность мужчин, связанную с репродуктивным здоровьем.

На МКНР ко всем странам был обращен призыв принять меры для удовлетворения потребностей в области планирования семьи, их населения и обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к полному комплексу безопасных и на-

дежных методов планирования семьи. Цель состоит в оказании помощи супружеским парам и отдельным лицам в выполнении их репродуктивных целей; предупредить нежелательную беременность и сократить риск, связанный с беременностью; оказывать качественные, доступные по цене и приемлемые услуги для всех; повысить качество информации, консультаций и услуг в области планирования семьи; расширить участие мужчин в практической деятельности по планированию семьи.

Преимущества выбора. Планирование семьи позволяет отдельным лицам и супружеским парам определить число своих детей и регулировать период между родами, что является признанным основным правом человека. Практические преимущества извлекается на многих уровнях:

для отдельных лиц: улучшение здоровья матери и младенца, расширение возможностей для женщин получить образование, работу и участвовать в жизни общества; сокращение подверженности рискам, связанным с охраной здоровья; уменьшение количества случаев абортов;

для семей: уменьшение конкуренции и масштабов истощения ресурсов; сокращение нищеты в домашних хозяйствах; расширение возможностей для совместного принятия решений;

для сокращения периода естественного движения населения и возможность использовать "демографический бонус" (см. главу 2) для ускорения экономического развития.

С 1994 года в глобальных масштабах использование методов планирования семьи увеличилось с 55 процентов среди супружеских пар приблизительно до 61 процента; этот показатель увеличивался, по меньшей мере, на 1 процент в год в 68 процентах стран, имеющих информацию, и, по меньшей мере, на 2 процента в год в 15 процентах стран. В различных регионах он неодинаков и колеблется приблизительно от 25 процентов в Африке до почти 65 процентов в Азии (где отмечаются широкие масштабы использования противозачаточных средств в Китае) и 70 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне и в развитых регионах.

Однако многие страны, особенно наиболее бедные, все еще имеют ограниченный доступ к противозачаточным средствам и ограниченный выбор. Если Китай (с большим населением и высокими показателями использования противозачаточных средств) не принимается во внимание в расчетах, то лишь 46 процентов состоящих в браке женщин в Азии используют контрацептивные средства). В наименее развитых странах средний показатель значительно ниже.

Поддержка правительства в использовании противозачаточных методов в рамках государственных учреждений, таких, как больницы, поликлиники, медпункты и центры охраны здоровья, а также благодаря усилиям государственных служащих на местах, постоянно увеличивается начиная с 70-х годов. К 2001 году правительства 92 процентов оказывали поддержку программам в области планирования семьи.

Использование противозачаточных средств повысилось в каждой из 20 стран, в которых с середины 90-х годов было проведено два обследования, в среднем на 28-35 процентов. Доля потребностей, удовлетворяемых благодаря применению современных методов, увеличилось в 19 из этих стран,⁴ при этом среди наименее бедного населения она увеличилась в среднем на 94 процента. В 10 странах ежегодное увеличение показателя удовлетворения потребностей наиболее бедных групп населения выше, чем средний национальный показатель.

Когда речь идет о неудовлетворенных потребностях, имеется в виду ситуация, когда женщины и супружеские пары не хотят рожать еще одного ребенка в течение следующих двух лет или не хотят этого вообще, но не используют противозачаточные методы.⁵ Неудовлетворенные потребности являются результатом растущего спроса, трудностей, связанных с оказанием услуг; отсутствием поддержки со стороны общин и супругов, растущего спроса, трудностей, связанных с оказанием услуг; отсутствием поддержки со стороны общин и супругов, ложной информации, финансовых затрат и транспортных ограничений.

Приоритетное внимание на МКНР уделялось сокращению неудовлетворенных потребностей в качестве одного из основных принципов обеспечения рождения детей на основе добровольного и осознанного выбора.⁶ При проведении Организацией Объединенных Наций в 1999 году

-

-

-

Неудовлетворенные потребности

Доступ к противозачаточным средствам и их использование

обзора прогресса осуществления деятельности были приняты основные показатели: сокращение неудовлетворенных потребностей до половины уровня 1990 года к 2005 году и удовлетворение всех потребностей, связанных с фертильностью, к 2015 году.⁷

Способность людей регулировать размер семьи и период между родами имеет важное значение как для отдельных лиц, так и для деятельности в области демографии. В развивающихся странах общий показатель фертильности обычно превышает уровень того, что люди называют желательной фертильностью; в среднем различие составляет 0,8 ребенка.⁸ По мере того, как желание сократить размер семьи уменьшается, неудовлетворенные потребности, как правило, возрастают до тех пор, пока возможности в плане оказания услуг не достигают уровня спроса, связанного с уменьшением рождаемости и увеличением интервала между родами. После этого другие положительные результаты, достигнутые в обеспечении доступности услуг, уменьшают уровень неудовлетворенных потребностей.⁹

Несмотря на расширение масштабов использования противозачаточных средств, потребности приблизительно 137 миллионов женщин в противозачаточных средствах еще не удовлетворены,¹⁰ а 64 миллиона женщин используют традиционные методы планирования семьи, кото-

рые менее надежны, чем современные методы.¹¹

В целом не удовлетворены потребности в современных контрацептивных средствах 29 процентов женщин в развивающихся странах. Самая большая доля, которая в несколько раз превышает нынешний уровень, приходится на страны Африки, расположенные к югу от Сахары, где 46 процентов женщин, подвергающихся риску незапланированной беременности, не используют противозачаточные методы.¹²

Препятствия, стоящие на пути использования противозачаточных средств, включают в себя:

отсутствие доступных услуг и нехватку оборудования, товаров и персонала;

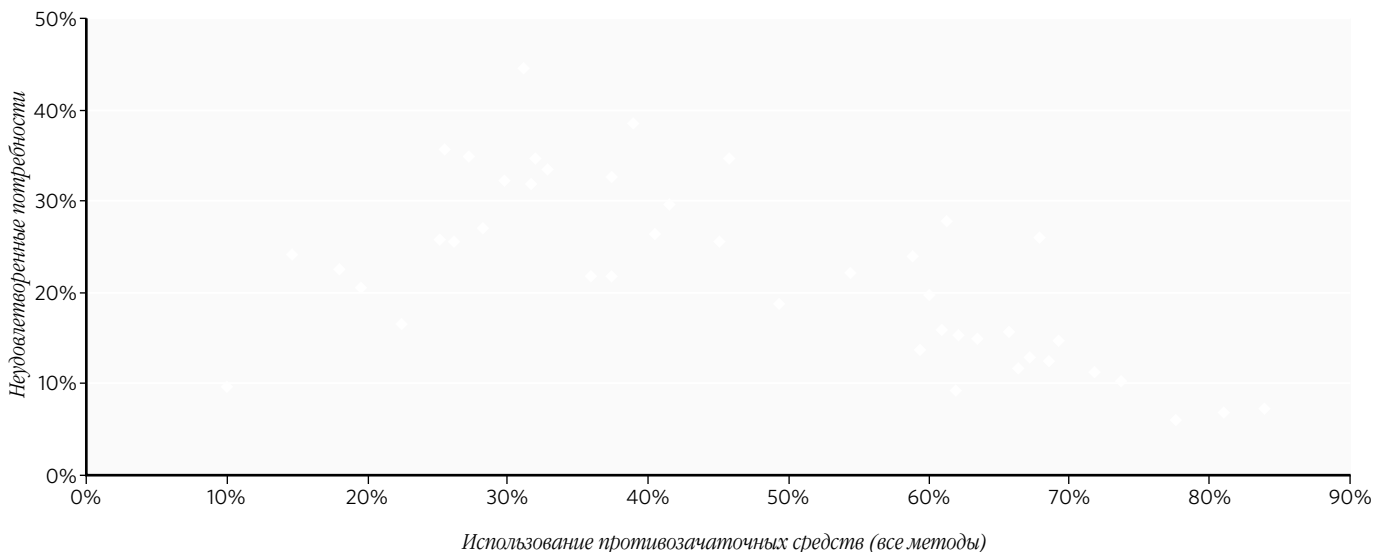
отсутствие выбора методов, отвечающих положению женщины и ее семьи;¹³

отсутствие знаний, безопасности и эффективности и наличия выбора;

недостаточное взаимодействие на уровне "пациент-клиент";¹⁴

отсутствие поддержки со стороны общины или супруга/супруги;

Диаграмма 3: Неудовлетворенные потребности и использование противозачаточных средств



Источник: Данные представлены К. Johnson, ORC MACRO, International, Demographic and Health Surveys.

СУЩЕСТВЕННЫЕ И УВЕЛИЧИВАЮЩИЕСЯ РАЗРЫВЫ.

-
-
-
-
-

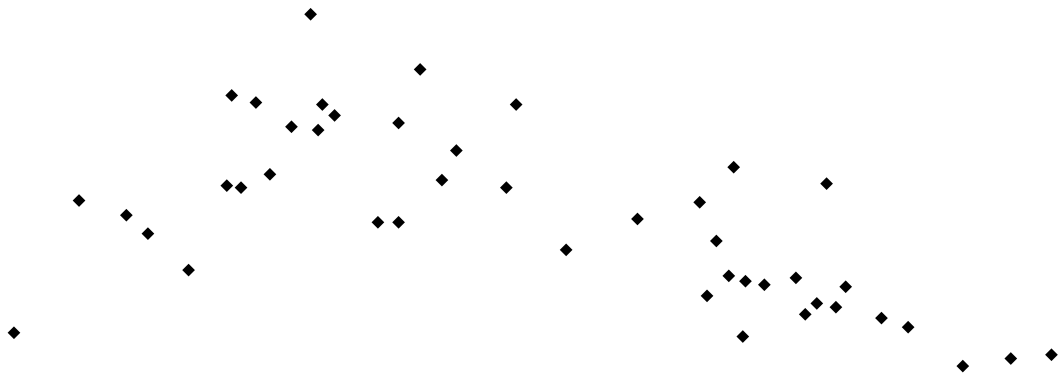
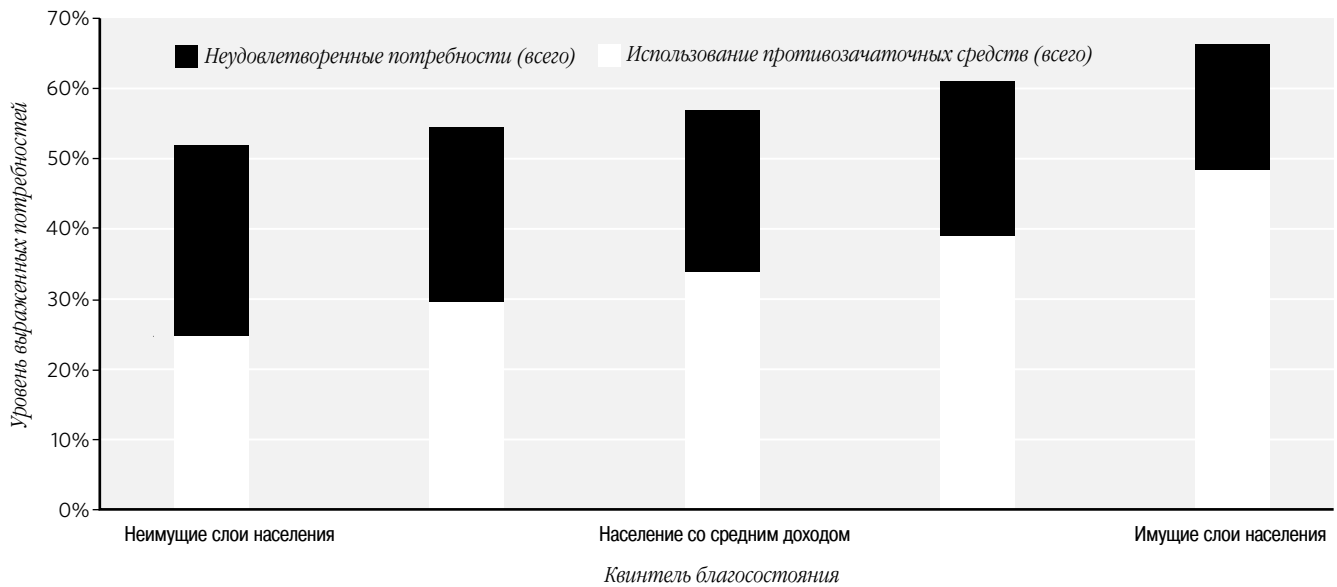


Диаграмма 4: Средний общий спрос в группах с разбивкой по уровню доходов



Источник: Данные представлены К. Johnson, ORC MACRO, International, Demographic and Health Surveys.

ложную информацию и сплетни;

побочные эффекты и недостаточные последующие мероприятия, поощряющие изменение методов или обеспечение их использования;

финансовые проблемы.

Молодежь особенно страдает от отсутствия временных методов, недостаточной конфиденциальности, а также от того, что сотрудники медицинских учреждений не задумываются над их будущим.¹⁵

Несмотря на продолжающуюся в течение многих десятилетий деятельность по уменьшению этих трудностей, многие проблемы остаются. Уменьшение масштабов деятельности систем здравоохранения во многих странах способствовало сокращению доступа к услугам и понижению эффективности работы персонала. Уменьшение поддержки доноров и неадекватные национальные инвестиции неблагоприятно сказались на программах. Платежи за пользование услугами, предназначенными для содействия устойчивости и сокращения затрат государственного сектора, усилили неравенство. Низкий размер заработной платы и плохие условия работы заставили

медицинских работников перейти из государственных медицинских учреждений в частный сектор, что еще в большей мере ограничивает доступ неимущим слоям населения, а люди, живущие на уровне, близком к бедности, становятся нищими.

В 1999 году, по меньшей мере, 30 миллионов замужних женщин не имели доступа к контрацептивным таблеткам и внутриматочным и другим противозачаточным средствам.¹⁶ Около 400 миллионов человек не имели возможности в полной мере выбирать метод контрацепции. В представленных в последующий период национальных докладах отмечаются успехи в обеспечении наличия широкого комплекса методов контрацепции.

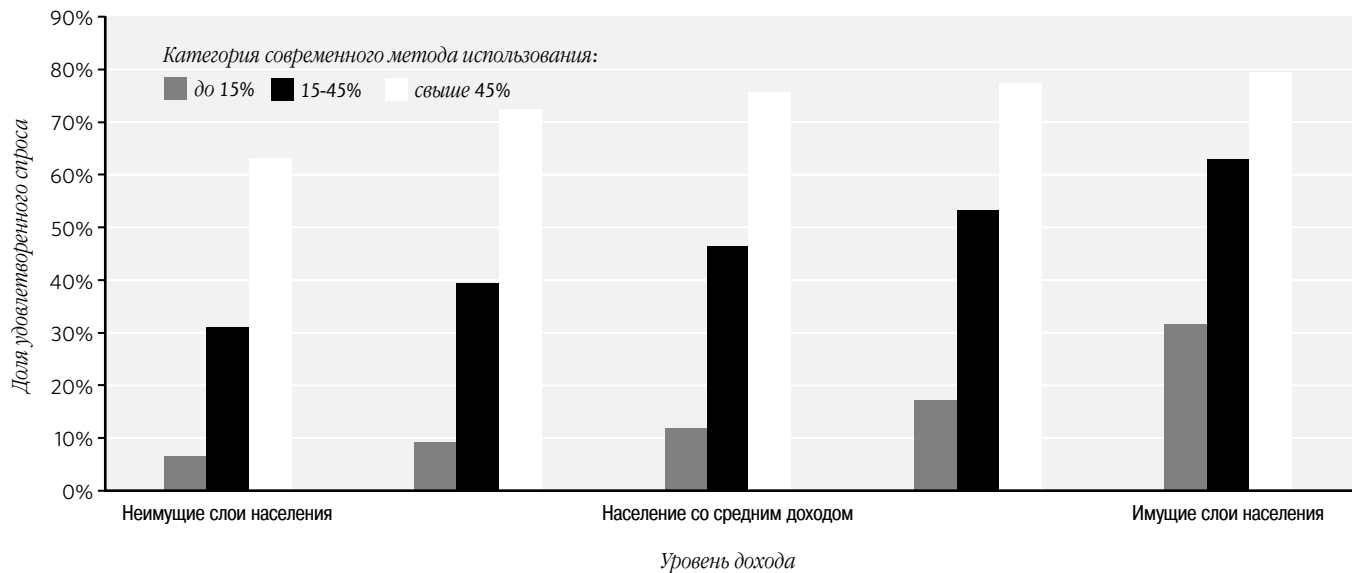
На диаграмме 3 показана взаимосвязь между использованием противозачаточных средств (включая традиционные методы) и неудовлетворенными потребностями на основе данных, полученных в прошлом десятилетии. Предполагаемая модель очевидна: неудовлетворенные потребности являются самыми высокими в странах. Масштабы использования противозачаточных средств составляют 25-40 процентов.

Расширение использования современных методов, как правило, приводит к сокращению неудовлетворенных потребностей. При низком уровне использования



-
-
-

Диаграмма 5: Процентная доля спроса на услуги в области планирования семьи, удовлетворенного в различных группах с разным благосостоянием на трех уровнях использования современных противозачаточных средств



Источник: Данные представлены K. Johnson, ORC MACRO, International, Demographic and Health Surveys.

современных методов показатели неудовлетворенных потребностей далеко неодинаковы и зависят от неудовлетворенного спроса и степени, в которой население прибегает к имеющимся традиционным методам до того момента, пока не появится возможность использовать современные контрацептивные услуги.

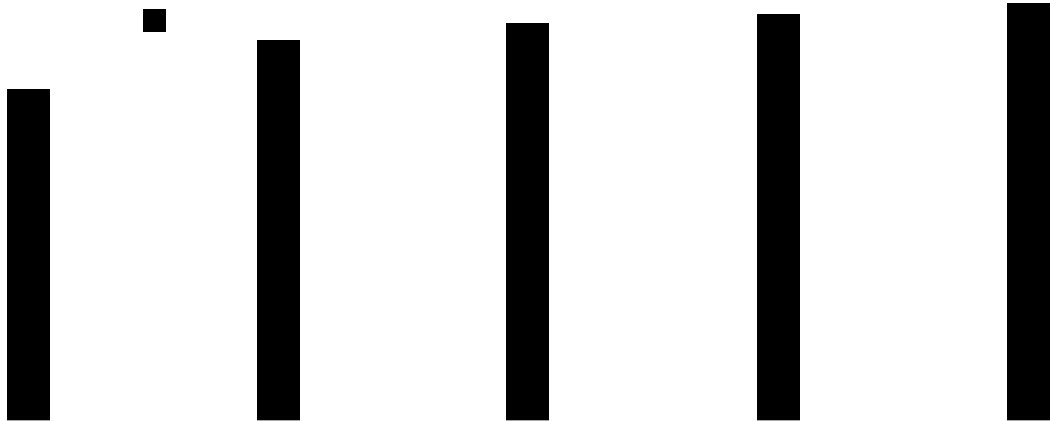
Как правило, бедные люди хотят иметь больше детей, чем богатые¹⁷. Родители могут видеть преимущество большого числа детей в том, например, что появятся дополнительные руки для работы в сельском хозяйстве, или же они надеются на то, что в старости дети будут оказывать им помощь. Ограниченные возможности также сокращают шансы неимущих слоев населения найти социально-экономические стимулы для инвестирования дополнительных средств для удовлетворения потребностей меньшего числа детей.¹⁸

Однако даже в бедных семьях желаемый размер семьи сокращается на протяжении десятилетий, несмотря на сохранение мировоззрения и традиций, поощряющих семьи большого размера. Отражением этого является высокий уровень неудовлетворенных потребностей среди неимущих слоев населения. Имеются значительно

меньшие различия между бедными и богатыми людьми в том, что касается желания отложить или не допустить рождения еще одного ребенка, значительно меньше, чем различия в использовании противозачаточных средств.

Доля удовлетворенного спроса на основе использования современных методов планирования семьи постепенно увеличивается по мере расширения масштабов использования современных противозачаточных средств. В любом случае более богатые группы населения могут в большей мере удовлетворить свои репродуктивные желания на основе использования современных противозачаточных средств. Если масштабы использования противозачаточных средств низки, то почти одна треть супружеских пар, относящихся к группе с самыми высокими доходами, хочет перенести на более поздний срок или не допустить рождения детей на основе использования современных контрацептивных методов. Что касается бедных, то удовлетворение их желаний¹⁹ путем использования современных методов не достигает этого уровня, и это может произойти лишь в случае расширения масштабов использования противозачаточных средств.

Существуют колоссальные различия в доступе неимущего и богатого населения к услугам в области пла-



НИЩЕТА И ЖЕЛАЕМЫЙ РАЗМЕР СЕМЬИ.

14 ЮНФПА СПОСОБСТВУЕТ СТРАНАМ В РАСШИРЕНИИ КОМПЛЕКСА ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИМИ МЕТОДОВ

ЮНФПА обеспечивает поставку 40 процентов контрацептивных средств, предоставляемых международными донорами. Кроме того, он является важным партнером правительств и доноров в принятии мер по устранению проблем, связанных с поставками.

В 2003 году 60 стран сообщили о наличии пунктов по оказанию услуг, где предоставляются услуги, связанные с различными контрацептивными методами, как в районах, в которых осуществляются программы ЮНФПА, так и на территории всей страны. В 24 странах доля медицинских учреждений, предлагающих по меньшей мере три метода, была выше в районах деятельности ЮНФПА, а в 24 странах оказывались такие же услуги. Еще в 11 странах, где основной упор Фонд делает конкретно на расширение доступа для населенных пунктов (обычно наиболее бедные районы) или групп (особенно подростков), не получающих услуг в достаточном объеме, на ряде объектов, охваченных программой ЮНФПА, предоставляется по меньшей мере три метода.

20 стран обеспечили всеобщий доступ по меньшей мере к трем контрацептивным методам в пунктах по оказанию услуг в районах, охватываемых программами ЮНФПА. Сообщения из 26 стран свидетельствуют об успешном расширении использования контрацептивных методов. Доступ уменьшился лишь в пяти странах, причем в трех из этих стран - после гражданского конфликта.

нирования семьи. Например, в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, у женщин, относящихся к наиболее богатой группе населения, в пять раз больше шансов иметь доступ к противозачаточным средствам и использовать их, чем у женщин, относящимся к наиболее бедным группам.²⁰

Сегодня на современные методы приходится 90 процентов использования противозачаточных средств в мире. В частности, наиболее часто используются три ориентированных на женщин метода: стерилизация женщин, внутриматочные противозачаточные средства и пероральные средства. В трети стран на один метод, как правило стерилизацию или пероральные противозачаточные средства, приходится, по меньшей мере, половина использования противозачаточных средств. В большинстве развивающихся стран расширилось применение презервативов.

В 2003 году в проведенном ЮНФПА глобальном обследовании 26 стран сообщили о том, что принимают меры по расширению выбора противозачаточных средств. Восемьдесят восемь стран приняли комплексные меры,

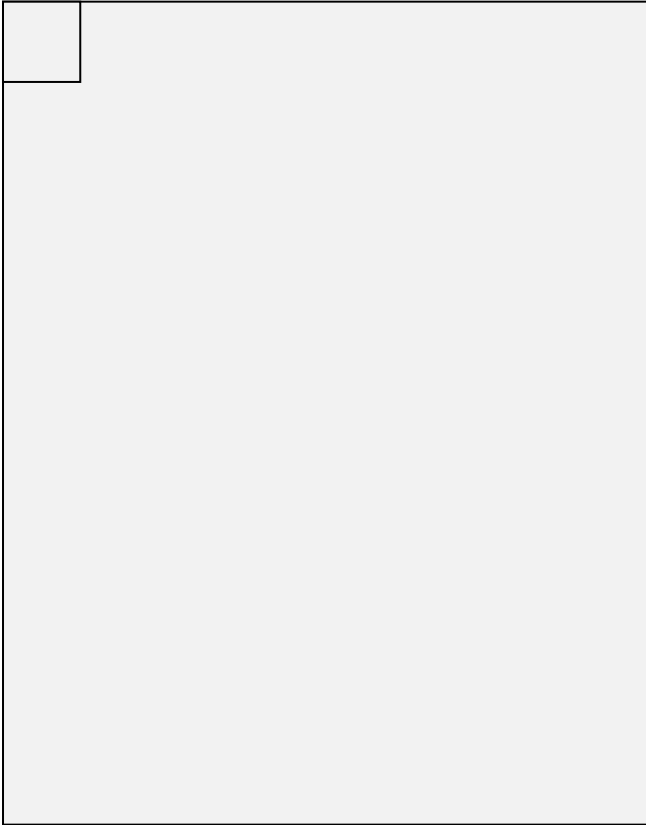
включая расширение наличия чрезвычайных противозачаточных средств (68 стран) и женских презервативов (65 стран), что расширило материально-технические возможности для обеспечения наличия противозачаточных средств (43) и предоставление противозачаточных средств или услуг по субсидированным ценам или бесплатно (27).²¹

Чрезвычайные противозачаточные средства предназначены для предупреждения беременности после полового акта без средств защиты. Проведенные на протяжении последних 30 лет исследования показали, что чрезвычайные противозачаточные пероральные средства (специальные дозы обычных противозачаточных таблеток) являются безопасными и эффективными, если их принять в течение 72 часов. Как отметила ВОЗ, "чрезвычайные противозачаточные средства не прерывают беременность и поэтому не являются формой аборта".²²

Все больше стран вводят чрезвычайные противозачаточные средства после МКНР; некоторые страны облегчили женщинам доступ к этим средствам, например, сняв ограничения на их свободную продажу. Индия, Иран и Непал предоставляют чрезвычайные противозачаточные средства в рамках программы планирования семьи. В Доминиканской Республике эти средства можно получить в частных аптеках, а в Малайзии и Пакистане их предоставляют НПО.

В рамках программ, касающихся сексуального насилия, часто предоставляются противозачаточные пероральные средства, а также предоставляются консультации подвергшимся изнасилованию женщинам. В Чили врачи и сотрудники пунктов чрезвычайной помощи могут предоставлять пероральные средства изнасилованным женщинам.

Каждый год отмечается около 300 миллионов новых случаев бактериальных инфекций, передаваемых половым путем (включая сифилис, гонорею, хламидия и трихомониаз) среди лиц в возрасте от 15 до 49 лет.²³ Хотя большинство из этих болезней поддаются лечению, во многих случаях они не диагностируются и не лечатся по причине отсутствия доступных услуг.²⁴ Невылеченные болезни, передаваемые половым путем, являются основной причиной бесплодия, жертвами которого в мире являются 60-80 млн. супружеских пар.



Выбор методов

Инфекции, передаваемые половым путем

Каждый год более трех четвертых из 5 млн. новых случаев инфекции ВИЧ вызваны болезнями, передаваемое половым путем (см. главу 8). Невылеченное заболевание, передаваемое половым путем, может повысить возможность передачи ВИЧ в десять раз.²⁵ Другим вирусным заболеванием, передаваемым половым путем, является папилломар-вирус человека, который связан с раком шейки матки, и ежегодно эта болезнь уносит жизнь 240 тысяч женщин. Презервативы, как мужские, так и женские, являются единственным противозачаточным средством, обеспечивающим надежную защиту от вирусных и бактериальных заболеваний, передаваемых половым путем.²⁶

МКНР призвала проводить обследования и лечение заболеваний, передаваемых половым путем, а также предоставлять информацию, консультации, с тем чтобы консультации стали "неотъемлемым компонентом всех услуг в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья".²⁷

На протяжении последнего десятилетия большее внимания уделялось крайне важной роли гендерных факторов в диагностировании и лечении заболеваний, передаваемых половым путем. Женщины подвергаются большему риску инфекций, чем мужчины, и труднее проводить их обследование: 70 процентов женщин, зараженных заболеваниями, передаваемыми половым путем, не имеют симптомов (по сравнению с 10 процентами для мужчин).²⁸

Лечение заболеваний, передаваемых половым путем, может играть важную роль в оказании услуг в области планирования семьи. В случае отсутствия оборудования для тестирования заболеваний, передаваемых половым путем, работники сферы здравоохранения используют "синдромный подход" к диагностированию на основе факторов риска и симптомов клиентов. Однако такой подход имеет недостатки, и часто инфекции не диагностируются и не лечатся.²⁹

Невылеченные болезни, передаваемые половым путем, у беременных женщин могут способствовать передаче инфекции младенцу и повышают риск досрочных родов, родов младенца с низким весом или же возможность того, что ребенок родится слепым.³⁰

Обследование, диагностирование и лечение заболеваний, передаваемых половым путем, в рамках услуг по охране репродуктивного здоровья предоставляет

возможность охватить миллионы желающих получить такие услуги женщин, многие из которых не имеют более никаких контактов с системой здравоохранения. Опыт показывает, что интеграция мероприятий по предупреждению заболеваний, передаваемых половым путем, планирования семьи и консультативных услуг по вопросам половой жизни и взаимоотношений между партнерами может привести к расширению использования услуг.³¹

Комплексные услуги, а не отдельные медицинские учреждения или лечение частными врачами позволяют сократить расходы, численность персонала, предметы поставок и оборудование и, как правило, они удобнее для пациентов.³² Однако усилия, направленные на изменение вертикальных программ борьбы с заболеваниями, передаваемыми половым путем, встретили определенное сопротивление.

Индонезия стала объединять услуги по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, с другими услугами по охране репродуктивного здоровья в 1995 году. Для преодоления чувства стыда, связанного с лечением болезней, передаваемых половым путем, или же озабоченностью в связи с тем, что работники индустрии секса пользуются медицинскими учреждениями, услуги по лечению этих заболеваний стали оказываться не в обычные часы работы поликлиник и в отдельных помещениях.³³

В проведенном ЮНФПА в 2003 году обследовании 43 страны сообщили, что в период после МКНР они принимают меры для включения услуг по предоставлению информации о заболеваниях, передаваемых половым путем и/или предупреждения ВИЧ/СПИДа в услуги первичного медико-санитарного обслуживания.³⁴ Например, сегодня в Зимбабве, Либерии, Мозамбике и Эквадоре услуги по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, оказываются в учреждениях первичного медико-санитарного обслуживания.³⁵

В программе действий МКНР признается, что в дополнение к обеспечению универсального оказания услуг по охране репродуктивного здоровья "в рамках всех программ по планированию семьи должны предприниматься значительные усилия по повышению качества услуг" (пункт 7.23). Цель должна заключаться в том, чтобы "обеспечить осознанный выбор, а также дать возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов (пункт 7.12).

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.

Качество лечения

ИНТЕГРАЦИЯ.

С 1994 года во многих странах оказываемые услуги ориентированы на повышение их качества и более широкое удовлетворение потребностей и пожеланий клиентов на основе широкого выбора противозачаточных методов, улучшения последующей работы и повышения качества профессиональной подготовки персонала для предоставления информации и консультативных услуг (при этом основной упор делается на деликатность ситуации, конфиденциальность и осознанный выбор). Повышение качества услуг для неимущего населения также является глобальной приоритетной задачей.³⁶

В опубликованном в 1999 году издании об основах качественных услуг³⁷ определяются компоненты эффективных услуг по охране репродуктивного здоровья. Пациенты должны иметь выбор контрацептивных методов, точную и полную информацию, надлежащий с технической точки зрения уход, должное взаимодействие с медицинскими работниками, постоянное оказание услуг и широкий комплекс смежных услуг. В другом издании представлена подробная информация о поддержке, механизмах и ресурсах, необходимых для оказания качественных услуг сотрудниками сферы здравоохранения.³⁸

Прилагаются усилия, направленные на то, чтобы улучшить направленность деятельности по обеспечению качества на основе улучшения условий для оказания услуг, с тем чтобы удовлетворить потребности клиентов путем привлечения сотрудников всех уровней для установления проблем и предложения их решения. После МКНР подходы, которые уже широко использовались в развитых странах, были адаптированы для применения в международных программах в области планирования семьи.³⁹

В проведенном в 2003 году ЮНФПА глобальном обследовании было установлено, что 143 страны приняли меры для расширения доступа к качественным услугам по охране репродуктивного здоровья, а 115 стран сообщили о принятии комплексных мер. К их числу относятся увеличение численности персонала и организация профессиональной подготовки (77 стран); введение стандартов качества (45) и повышение эффективности управления и материально-технического обеспечения (36). Например, в настоящее время в Бангладеш, Корейской Народно-Демократической Республике и Монголии в рамках широкого круга услуг по охране ре-

15 МНЕНИЕ КЛИЕНТОВ О ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫХ УСЛУГАХ

Клиенты анализируют качество получаемых ими услуг. При наличии выбора они предпочитают пользоваться услугами учреждений и работников сферы здравоохранения, предлагающих наиболее эффективные услуги. Проведенные в разных странах мира исследования показывают, что клиенты высоко оценивают следующие факторы, связанные с оказанием услуг:

уважение, дружеское отношение и любезность;

конфиденциальность;

работники медицинских учреждений понимают ситуацию и потребности каждого пациента;

полная и точная информация, включая объяснения побочных эффектов использования противозачаточных средств;

техническая компетентность;

постоянный доступ к надежным, доступным по цене и легкодоступным товарам и услугам;

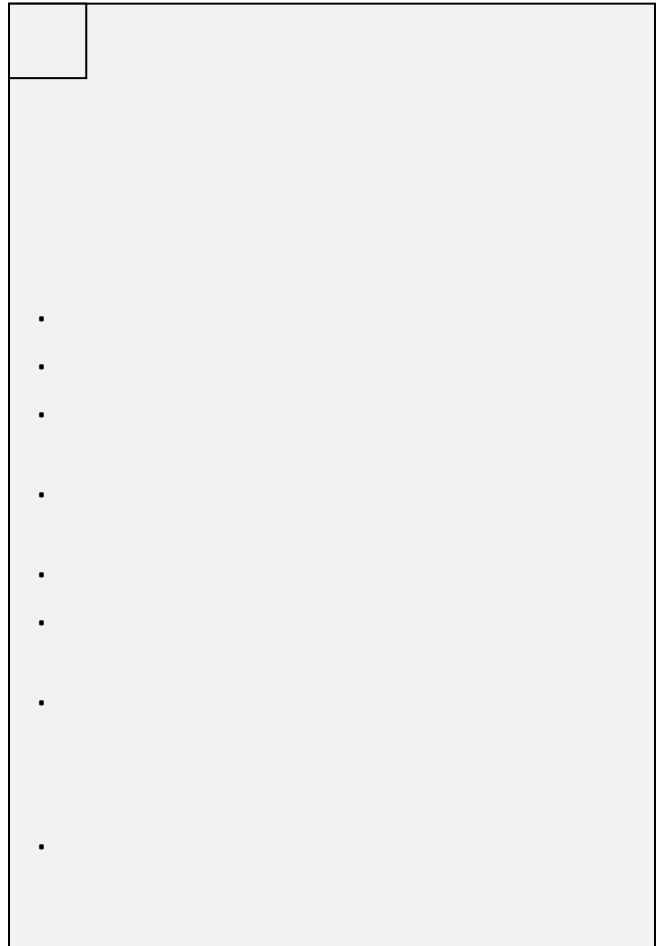
справедливость. Информация и услуги должны предоставляться каждому человеку независимо от его возраста, семейного положения, пола, сексуальной ориентации, положения в обществе или этнического происхождения;

результаты. Клиенты испытывают разочарование, когда им предлагают подождать или же придти снова.

продуктивного здоровья осуществляется контроль качества. Индонезия вносит изменения в существующие нормы. Ямайка определяет показатели для оценки и контроля качества услуг.

В государственном секторе ассоциации по планированию семьи и программы НПО в области охраны здоровья женщин в Гватемале, Индии и Кении включают оказание качественных услуг в свои цели и задачи.⁴⁰

Качественный уход может повысить спрос на услуги на основе оказания помощи клиентам в выборе соответствующего контрацептивного метода и продолжения пользования методами планирования семьи, если они хотят ограничить число беременностей или регулировать период между родами. Женщины и мужчины в общинах, в которых оказываются качественные услуги, скорее будут пользоваться методами планирования семьи, чем те, кто не имеет доступа к этим услугам; такой вывод делается в исследовании, проведенном в



КОНКРЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.

ВОЗДЕЙСТВИЕ КАЧЕСТВА.

Перу.⁴¹ В сельских районах Объединенной Республики Танзании высокое качество услуг в учреждении, оказывающем услуги в области планирования семьи, оказывают существенное воздействие на масштабы использования противозачаточных средств членами общин.⁴²

Большое значение для клиентов имеет возможность выбора контрацептивного метода. В Индонезии 91 процент женщин, которые смогли выбрать желаемые ими методы, продолжают придерживаться его после года пользования, а 38 процентов не имеют такой возможности.⁴³ В Гамбии и Нигере было установлено, что у недавно начавших пользоваться этими методами лиц, которым были предоставлены надлежащие консультации по вопросу о его побочных результатах, имеют на 30-50 процентов меньше шансов прекратить пользоваться контрацептивами через восемь месяцев, чем лиц, которым были предоставлены неадекватные консультации.⁴⁴

Особенно большое значение для женщин из неимущих слоев населения имеет улучшение лечения. В проведенном недавно в Бангладеш исследовании отмечается, что женщины, которые считают, что работники отделений на местах оказали им надлежащие услуги,⁴⁵ имеют на 60 процентов шансов больше начать использовать противозачаточные методы, а у 34 процентов больше шансов продолжать их использование, чем у тех, кому были оказаны некачественные услуги.⁴⁶ Хотя качество услуг оказывает воздействие на использование контрацептивных методов всеми женщинами, оно имеет более важное значение в качестве определяющей постоянного использования контрацептивных методов неимущими и необразованными женщинами.

Взаимодействие между пациентами и сотрудниками медицинских учреждений имеет крайне важное значение для качественного обслуживания. Работники медицинских учреждений должны выяснить отношение пациентов к принятым по ним решениям, разъяснить вызывающие у них озабоченность вопросы о побочных результатах и предоставить им возможность играть активную роль в ходе консультаций. Знания и навыки межличностного общения работников медицинских учреждений можно улучшить на основе определения их четкого поведения в рамках взаимодействия

с пациентами, предоставления им информации об их работе и повышения эффективности профессиональной подготовки. Важно также предоставлять соответствующие компенсации, помещения, предметы снабжения и время; кроме того, важно, чтобы специалисты занимались той работой, по которой они обладают соответствующими навыками.⁴⁷

После проведения МКНР такие страны, как Объединенная Республика Танзания, Сенегал и Турция, провели общесистемные реформы для оказания пациентам высококачественных услуг. Они повысили эффективность профессиональной подготовки, расширили учебную деятельность, повысили качество инфраструктуры и оборудования, обновили политику и процедурные руководящие принципы, а также улучшили системы управления.⁴⁸

Многие страны повысили эффективность профессиональной подготовки персонала и контроля за ним, а также улучшили методы работы, предусматривающие обеспечение наличия товаров и услуг и возможность их выбора.⁴⁹

16 СОДЕЙСТВИЕ РАСШИРЕНИЮ УЧАСТИЯ

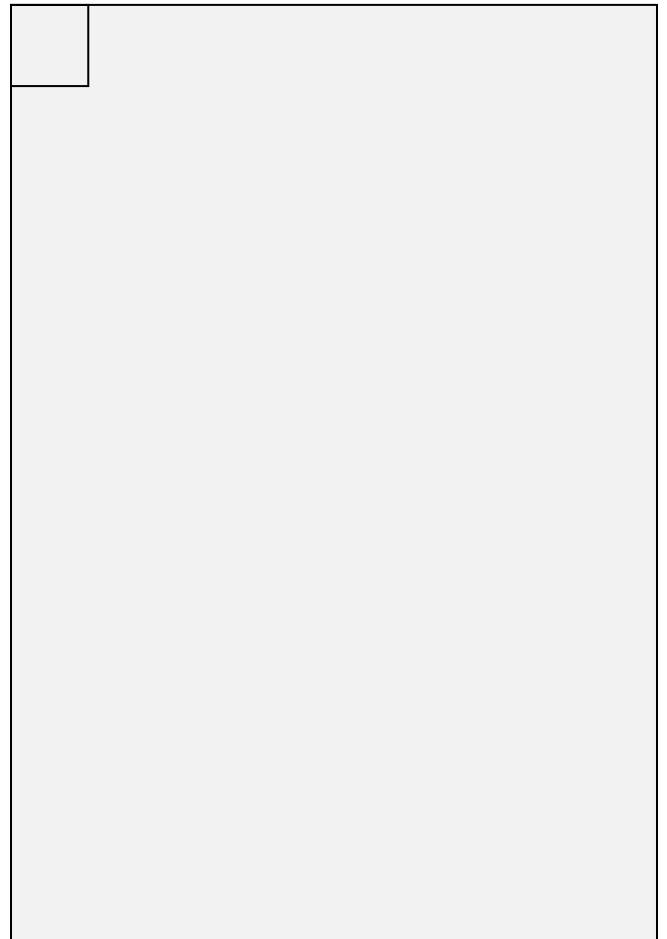
На МКНР было подчеркнуто важное значение привлечения бенефициаров программ по охране репродуктивного здоровья к процессам планирования, осуществления и контроля. В проведенном ЮНФПА в 2003 году глобальном обследовании установлено, что 124 страны сообщили о принятии мер в этой области, а 48 стран сообщили о том, что приняли широкий комплекс мер. В некоторых странах были проведены общественные слушания и обследования потребителей, а члены общин были привлечены к разработке программ, отражающих потребности и мнения населения.

Кения привлекла вождей деревень и традиционных знахарей для участия в этом процессе в качестве специалистов. В Малайзии был налажен диалог между работниками сферы здравоохранения и пациентами. В Бразилии учреждены национальные, региональные и муниципальные советы по охране здоровья. В Гондурасе для получения информации в рамках обратной связи о всех системах здравоохранения использовались анкеты и расширенные собеседования. В Латвии создано "Бюро прав клиентов", которое проводит обследования степени удовлетворенности пациентов оказываемыми им медицинскими услугами.

Ряд доноров и международных организаций приступили к осуществлению деятельности, направленной на содействие расширению участия организаций гражданского общества в удовлетворении потребностей по охране репродуктивного здоровья. Тридцать четыре национальные ассоциации по планированию семьи Международной федерации планируемого родительства осуществляют пятилетнюю инициативу, целью которой является определение и исправление недостатков, связанных с качеством.

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕИМУЩИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА.



Многие страны принимали меры для повышения эффективности их медицинских учреждений, занимающихся охраной репродуктивного здоровья. Принятые меры включают в себя: сертификацию или аккредитацию учреждений (Мозамбик); улучшение инфраструктуры и обеспечение предоставления специализированных последующих услуг (Бразилия); проведение экспериментов с мобильными медицинскими пунктами (Армения и Сальвадор); предоставление бесплатных или недорогих услуг для жителей трущоб и населения на незащищенной территории в городах (148 стран).

После МКНР ЮНФПА принимал меры для повышения качества обслуживания, расширения доступа к услугам, обеспечения адекватного объема предметов поставок и оборудования и усовершенствования технических и управленческих навыков и навыков межличностного общения медицинского персонала на основе оказания поддержки, предоставления оборудования и организации профессиональной подготовки.

Недавно внимание стало концентрироваться также на мобилизации общин в деле повышения качества медицинских услуг и расширения участия женщин в управлении этими услугами. ЮНФПА оказывает содействие в реализации инициативы "Более решительная поддержка охраны репродуктивного здоровья", целью которой является расширение возможностей лиц, владеющих информацией о репродуктивном здоровье и репродуктивных правах, и оказание поддержки общинным механизмам, с тем чтобы они оказывали "более решительную поддержку" для обеспечения принятия мер, направленных на повышение качества услуг по охране репродуктивного здоровья. Партнерами ЮНФПА в реализации этой инициативы являются Международная организация труда, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Посылка заключается в том, что обладающие лучшей информацией потребители будут осуществлять эффективное взаимодействие с работниками медицинских учреждений, а также, что существует большая вероятность мобилизации их для осуществления изменений на общинном уровне. Поощрение коллективных действий общин, связанных с требованиями об оказании качественных услуг, может также способ-

ствовать обеспечению того, что децентрализация медицинского обслуживания, осуществляемая во многих странах, не приведет к сокращению объема ресурсов, необходимых для оказания услуг в области охраны репродуктивного здоровья.

В рамках проекта "Более решительная поддержка" удалось установить связь между организациями, которые ранее не сотрудничали, а именно: организации сторонников защиты репродуктивных прав, организованные женские группы, медицинские учреждения и организации, которые основной упор в своей деятельности делают на финансирование общин и реформу в области здравоохранения.

Осуществление этого проекта началось в Индии, Кыргызстане, Мавритании, Непале, Объединенной Республике Танзании и Перу и в рамках его реализации применялись подходы, предусматривающие участие широких слоев общественности, с тем чтобы расширить доступ женщин к услугам в области охраны репродуктивного здоровья, связать группы женщин с сотрудниками медицинских учреждений, способствовать повышению качества услуги, а также мобилизовать молодежь для работы совместно с медицинскими учреждениями по оказанию услуг, отвечающих интересам молодежи.

В Кыргызстане общинные группы собрали средства и обновили гинекологические отделения на местах; женщины в общинах выступают против старых традиций, являющихся нарушением репродуктивных прав. В Мавритании две действующих на уровне общин микросистемы страхования здоровья были созданы для обеспечения того, чтобы женщины из неимущих слоев населения имели доступ к услугам по охране материнства. Действующие в рамках проекта партнеры в Непале разработали передовую национальную стратегию обеспечения высокого качества услуг по охране репродуктивного здоровья, которая предусматривает, что "спрос" и репродуктивные права имеют важное значение для оказания высококачественных услуг.

В Объединенной Республике Танзании партнеры по проекту разработали первый в стране основанный на репродуктивных правах подход к обеспечению качества услуг; основной упор в котором делается на создании местного потенциала и контроль со стороны общин за оказанием услуг с учетом усилий по децентрализации деятельности.

Многие страны проводят оценку средств для взимания платежей за услуги с учетом дефицита фи-

Более решительная поддержка охраны репродуктивного здоровья.

ОБЩИНЫ ОБРАЗОВАННЫХ КЛИЕНТОВ.

ОПЛАТА УСЛУГ.

нансовых средств для охраны репродуктивного здоровья как у правительства, так и у доноров. Усилия по возмещению расходов имели смешанные результаты. Например, в Бангладеш в разработанной в 1997 году стратегии в области здравоохранения и народонаселения НПО предлагалось отказаться от услуг по планированию семьи на уровне домашних хозяйств и взимать небольшие платежи за услуги, которые ранее оказывались бесплатно. Вместе с тем НПО осуществляли деятельность по повышению качества оказываемых ими услуг.

В ходе оценки изменений было установлено, что клиенты высоко оценивали оказываемые услуги и считали, что в поликлиниках НПО к ним относились с теплотой и уважением. Однако вместе с тем было установлено, что изменения привели к "широко укоренившемуся мнению о том, что бедные люди подвергаются дискриминации в медицинских учреждениях и что им не оказываются высококачественные услуги, так как они не могут оплачивать их".⁵⁰

Способность оказывать качественные услуги по охране репродуктивного здоровья зависит от наличия политической поддержки, финансовых средств, людей, медицинских учреждений и товаров.

Хотя в национальных программах часто предусматривается наличие неблагоприятных факторов, таких, как дефицит персонала и помещений, отсутствие водопровода, регулярное отключение электроэнергии и перебои с транспортом, отсутствие товаров означает, что инвестиции и усилия будут потрачены впустую.

"Товарная безопасность репродуктивного здоровья" предусматривает гарантирование адекватных и бесперебойных поставок основных товаров для охраны репродуктивного здоровья. Эти товары должны на постоянной основе закупаться, доставляться и распределяться в точках, в которых испытывается необходимость в них. Во многих бедных странах охрана репродуктивного здоровья будет в значительной мере зависеть от долгосрочной помощи доноров по предоставлению товаров.

За прошедшие десять лет поддержка донорами поставок товаров для охраны репродуктивного здоровья, включая контрацептивные средства для планирования семьи и презервативы для предупреждения ВИЧ, сократилась, что способствовало созданию постоянно расширяющегося

разрыва между общепринятыми расчетами потребностей и фактическими поставками.

В начале 90-х годов четыре международных донора удовлетворили приблизительно 41 процент общих сметных потребностей в противозачаточных средствах - таблетках, внутриматочных противозачаточных средствах, инъеклируемых контрацептивных средствах и презервативах (системы для точного количественного определения спроса и предложения на другие товары по охране репродуктивного здоровья находятся на стадии разработки). Агентство международного развития Соединенных Штатов (ЮСАИД), которое занимает ведущее место в поставке противозачаточных средств с 60-х годов, было крупнейшей организацией, действующей в этой сфере, на которую приходилось почти три четвертых предоставленной в качестве донорской помощи суммы в размере 79 млн. долл. США в 90-е годы.⁵¹

К 2000 году число активных доноров увеличилось до 12 или более, однако общая поддержка доноров (с поправкой на инфляцию) оставалась на протяжении всего десятилетия относительно постоянной. Доля ЮСАИД сократилась до 30 процентов, а доля ЮНФПА возросла до 40 процентов. На эти учреждения и четыре других учреждения (организация "Попьюлэшн сервисез интернэшнл", Всемирный банк, Федеральное министерство сотрудничества в области экономического развития Германии и Департамент международного развития Соединенного Королевства) приходилось 95 процентов противозачаточных средств, поставляемых в развивающиеся страны.

В 2001 году Нидерланды, Соединенное Королевство и Канада приняли меры в связи с острым дефицитом поставок противозачаточных средств в ряд стран, выделив дополнительно 97 млн. долл. США на товары и техническую поддержку для укрепления национального потенциала и расширение доступа. Выделенная в том году сумма донорами на цели поддержки в размере 224 млн. долл. США была почти на 50 процентов больше по сравнению с предыдущим годом, однако в 2002 году (последний год, за который имеются данные) общая сумма сократилась до 198 млн. долл. США.

Для удовлетворения потребностей в противозачаточных средствах и презервативах и сохранения объема их поставок на уровне 41 процента, как это было в 1990 году, необходимо, чтобы в 2004 году была предоставлена помощь на сумму около 450 млн. долл. США. Значительно

Гарантия поставок

большая сумма понадобится для покрытия всех затрат на прогнозируемые товары для охраны репродуктивного здоровья и повышение качества оказываемых услуг.

Маловероятно, что правительства развивающихся стран, НПО и коммерческие секторы смогут компенсировать недостаточное увеличение донорской поддержки в предоставлении товаров по охране репродуктивного здоровья. В результате этого мы можем ожидать сокращения и нарушения поставок товаров для удовлетворения услуг по охране репродуктивного здоровья, что будет иметь серьезные последствия для здоровья женщин и детей.⁵²

Что касается растущих потребностей в товарах, то развивающиеся страны нуждаются как в технической поддержке, так и финансовых средствах, с тем чтобы укрепить человеческий, финансовый и технический потенциал национальных программ в области охраны здоровья для сбора, анализа и надлежащего использования данных о товарах, для охраны репродуктивного здоровья и спросе на них и представления докладов по этому вопросу, а также для поставки, хранения и распределения необходимых товаров.

ЮНФПА играет ведущую роль в глобальных усилиях по обеспечению адекватного и постоянного потока товаров для охраны репродуктивного здоровья, включая противозачаточные средства. Фонд является крупнейшим международным учреждением, поставляющим такие товары, и единственным учреждением и поставщиком приблизительно для 25 стран. В 2001 и 2002 годах Фонд удовлетворил запросы 94 стран на общую сумму 300 млн. долл. США.

Кроме того, ЮНФПА помогает странам в планировании их потребностей, проведении агитационно-пропагандистской работы для мобилизации стабильного финансирования, налаживания сотрудничества с правительствами и другими партнерами в целях укрепления национального потенциала, координации усилий партнеров и сборе данных о деятельности доноров, направленной на содействие расширению сотрудничества и обеспечению отчетности.⁵³

В 1999 году в сотрудничестве с партнерами НПО ЮНФПА приступил к деятельности по разработке глобальной стратегии обеспечения поставок для охраны репродуктивного здоровья.⁵⁴ Были налажены два важных механизма партнерских отношений: "Инициатива в об-

17 ПОСЛЕДСТВИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ДЕФИЦИТОМ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Результатом финансового дефицита в оказании помощи по предоставлению противозачаточных средств в размере 1 млн. долл. США являются:

360 000 случаев непреднамеренной беременности;

150 000 случаев аборт;

800 случаев материнской смертности;

11 000 случаев младенческой смертности;

14 000 случаев смерти детей в возрасте до пяти лет;

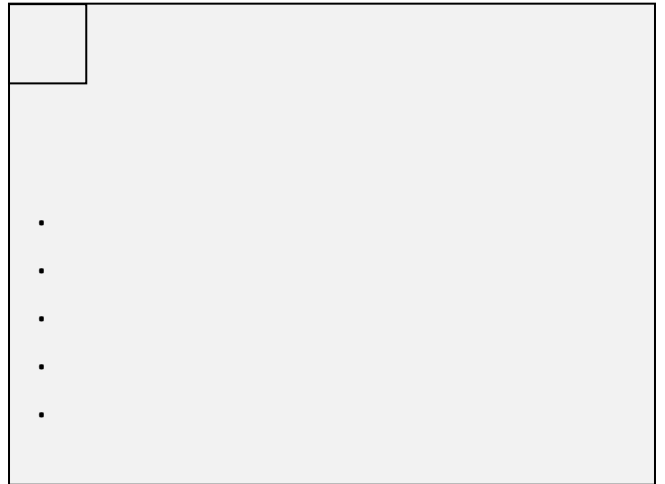
ласти поставок" и "Целевая группа по созданию механизма поставок товаров для охраны репродуктивного здоровья".

При помощи финансовых средств, полученных от Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Фонда "Воллас глобал" в рамках "Инициативы в области поставок" была создана основанная на веб-сайте информационная система для сведения воедино данных о закупках, предоставляемых ЮНФПА, ЮСАИД, Международной федерацией планируемого родительства и, в конечном счете, другими донорами. В будущем будут прогнозироваться потребности в поставках каждой страны.

Целевая группа по вопросам поставок товаров по охране репродуктивного здоровья изучает возможность создания нового механизма для содействия мобилизации ресурсов, а также и содействия налаживанию сотрудничества. Однако на данный момент доноры не проявляют достаточного интереса этому.

В целях укрепления национального потенциала недавно ЮНФПА оказал содействие в проведении шести региональных семинаров, в рамках которых участники (персонал отделений ЮНФПА и представители правительств) разработали типовые планы управления поставок товаров для охраны репродуктивного здоровья.

Недавно Всемирная организация здравоохранения и ЮНФПА издали совместный проект документа, озаглавленный "Основные медикаменты и другие товары для оказания услуг по охране репродуктивного здоровья". Цель этого документа состоит в обеспечении общего понимания термина "товары для охраны репродуктивного здоровья", и в его основе ле-



РОЛЬ И ПРИОРИТЕТЫ ЮНФПА.

ДРУГИЕ ИНИЦИАТИВЫ.

жит концепция "основных медикаментов", введенная ВОЗ приблизительно 25 лет; в документе перечислены товары, необходимые для уровня первичного медико-санитарного обслуживания (для целей планирования семьи, охраны здоровья матери и новорожденных и предупреждения инфекций половых путей и ВИЧ), а также товары, необходимые для ухода за матерями. В нем отмечаются четыре фактора, необходимые для обеспечения устойчивого доступа к этим крайне важным товарам:

рациональный отбор на основе национального перечня основных медикаментов и руководящих принципов лечения;

доступные цены для правительств, медицинских учреждений и потребителей;

устойчивое финансирование в рамках механизмов финансирования, предусматривающих справедливое отношение к пациентам, таких, как государственные доходы или системы медицинского страхования;

надежные системы поставок, предусматривающие оказание услуг по поставкам из государственных и частных источников.⁵⁵

В некоторых развивающихся странах в рамках систем управления информацией для целей прогнозирования, закупок и распределения поставок предоставляются надежные данные о материально-техническом обеспечении.

Ожидается, что в период с 2000 по 2015 год число лиц, пользующихся противозачаточными средствами в развивающихся странах, увеличится на 40 процентов, поскольку число супружеских пар репродуктивного возраста увеличивается на 23 процента и спрос на товары и услуги в области планирования семьи повышается.⁵⁶ По прогнозам ЮНФПА, в 2015 году потребности в противозачаточных средствах составят около 1,8 млрд. долл. США, из которых, как можно предполагать, учитывая уровень поддержки 1990 года, 739 млн. долл. США поступит от доноров. Указанный показатель включает в себя средства, выделяемые для приобретения презервативов в целях предупреждения ВИЧ/СПИДа и болезней, передаваемых половым путем.

Для достижения этого уровня необходимой поддержки потребуются: усиление руководящей роли на директивном уровне как в странах-донорах, так и в странах-получателях; повышение эффективности агитационно-пропагандистской работы в целях мобилизации долгосрочной финансовой поддержки; механизмы покрытия затрат, где они необходимы; повышение эффективности координации деятельности между основными международными партнерами; создание в развивающихся странах механизмов планирования и контроля за использованием товаров; более надежные данные, представляемые странами; улучшение отчетности всех партнеров.

Часть новаторской работы, проведенной после МКНР, была нацелена на привлечение мужчин к обеспечению охраны репродуктивного здоровья их партнеров, а также их собственного репродуктивного здоровья. На основе обеспечения более широкого доступа к ресурсам часто мужчины определяют сроки и условия сексуальных отношений, размер семьи и доступ к медицинским услугам. Программы в области репродуктивного здоровья все чаще разрабатываются для того, чтобы положить конец ограничениям женщин, а иногда и мужчин в плане доступа к медицинским услугам, в основе чего лежит гендерное неравенство.⁵⁷

До МКНР основной упор в деятельности в области народонаселения практически исключительно делался на модели фертильного поведения женщин, при этом в исследовании о макроаспектах и последствиях прироста населения и повышения показателей фертильности вопросу о роли мужчины уделялось недостаточно внимания.⁵⁸ Поэтому базовые программы в области планирования семьи практически полностью были рассчитаны на женщин.

Проведенные научные исследования свидетельствуют о том, что мужчины хотят получать дополнительную информацию о репродуктивном здоровье, а также активнее оказывать поддержку своим партнерам.

Желание мужчин ограничить размер их семей часто дает возможность женщинам, которые хотят этого, пользоваться противозачаточными средствами. В исследовании о позиции мужчин в отношении противозачаточных средств и практики их использования, а также в проведенном в 17 странах анализе данных, собранных

-

Мужчины и репродуктивное здоровье

-

-

-

БУДУЩИЕ ДЕЙСТВИЯ.

ПОЗИЦИЯ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ И УСЛУГ.

в ходе демографического и медицинского обследования в 90-е годы,⁵⁹ отмечается, что позиции мужчин и женщин в отношении противозачаточных средств и размера семьи значительно ближе, чем многие полагают.⁶⁰ Как правило, мужчины хотят получить большую по объему и более эффективную информацию и доступ к услугам.⁶¹ Мужчины в возрасте от 15 до 24 лет хотят иметь меньше детей, чем 25 или 34-летние мужчины, которые, в свою очередь, хотят иметь меньше детей, чем мужчины в возрасте от 50 до 60 лет.⁶²

Если в реализации программ мужчины не участвуют, то их эффективность понижается. Репродуктивное здоровье мужчин непосредственным образом воздействует на репродуктивное здоровье их партнеров; эта реальность стала очевидной благодаря пандемии СПИДа. Лечение болезней, передаваемых половым путем, у женщин не имеет смысла, если их партнеры, от которых они получили инфекцию, не проходят лечение и не участвуют в просветительской работе по вопросам предупреждения.

Практически в каждой стране и в тысячах государственных программах и программах НПО изыскиваются творческие подходы к привлечению мужчин для участия в программах по охране репродуктивного здоровья. Мужчины позитивно отреагировали на прилагаемые в этой области усилия.

Все страны, представившие ответы на глобальное обследование ЮНФПА 2003 года, сообщили о принятии мер, направленных на поощрение использования мужчинами контрацептивных методов. Во всех странах Центральной Азии и в большинстве стран Азиатско-Тихоокеанского региона, Африки и Карибского бассейна были проведены просветительские кампании, посвященные вопросу о поддержке женщин со стороны мужчин. Более половины стран Карибского бассейна сообщили о разработке планов, стимулирующих более активное участие мужчин в охране репродуктивного здоровья.

Разработанные в последние годы программы предусматривают применение различных подходов к привлечению мужчин к деятельности о охране репродуктивного здоровья. В одном из подходов мужчины рассматриваются как препят-

ствия на пути к использованию противозачаточных средств женщинами и как потенциальная группа пользователей этими средствами.⁶³

Основной упор в третьем подходе делается на мужчин как партнеров, оказывающих поддержку женщинам, а также создаются возможности для рассмотрения вопроса о роли мужчин и женщин в охране сексуального репродуктивного здоровья.⁶⁴ В некоторых программах недвусмысленно рассматриваются несправедливые в гендерном отношении нормы, неблагоприятно сказывающиеся на здоровье как мужчин, так и женщин. Предпринимаются попытки предоставить мужчинам информацию о том, как контроль в отношении ресурсов семьи, насилие в семье или же мнения о сексуальной роли мужчин и женщин могут препятствовать поддержанию надлежащего репродуктивного здоровья.

Такие программы, как "Мобилизация молодых мужчин в Южной Африке", "Программа вариантов улучшения женщин для мальчиков" в Индии, "Мужчины могут остановить изнасилования" в рамках "Кампании силы" в Соединенных Штатах, "Сознание подростков" в Нигерии и "Кантера" в Центральной Америке, направлены на трансформацию ценностей, подчеркивающих вредные модели поведения.⁶⁵ В них продемонстрировано, что создание стимула для мужчин к обсуждению их мировоззрения заставляет их пересмотреть вредные элементы традиционной позиции по отношению к "мужскому началу", кроме того, мужчины приветствуют возможность изменять свои привычки.

Некоторые программы способствуют улучшению понимания и уважения между мужчинами и женщинами в отношении вопросов, касающихся репродуктивного здоровья, и их целью является развитие навыков для ведения дискуссий. Основной упор во многих усилиях делается на молодых и неженатых мужчин, идеи которых относительно роли мужчин и женщин и сексуальности находятся на стадии формирования.⁶⁶ От Коста-Рики до Кении и Филиппин программы охватывают молодых людей, предлагая им различные варианты охраны сексуального здоровья и развивая соответствующие навыки. Например, "Молодежная спортивная ассоциация" "Матхары" в Кении разработала просветительскую программу по предупреждению ВИЧ, осуществляемую молодыми людьми среди их сверстников.⁶⁷ Бразильская

УСИЛИЯ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ГЕНДЕРНЫХ НОРМ.

ПРИВЛЕЧЕНИЕ МУЖЧИН К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ К "ПРИВЛЕЧЕНИЮ МУЖЧИН".

НПО ЭКОС подчеркивает наличие связей между такими аспектами, как мужское начало, отцовство и охрана здоровья.⁶⁸

Другая важная стратегия предусматривает сотрудничество с мужчинами, занимающими руководящие должности, которые могут оказать воздействие на других мужчин и способствовать пропагандированию вопросов, связанных с охраной здоровья женщин.



© 2015 Anurag Kashyap

Охрана здоровья матери

Сегодня осложнения после беременности и родов являются основной причиной смерти женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах и являются одной из самых неотложных и трудно устранимых проблем, связанных с охраной здоровья.¹ Признано, что сокращение материнской смертности и заболеваний является моральным и правозащитным императивом, а также одной из важнейших международных задач, связанных с развитием, которая отражена также в Программе действий МКНР и в целях в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.

В недавно проведенных ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА расчетах отмечается, что, к сожалению, несмотря на прогресс, достигнутый в некоторых странах, общее число смертей в мире в год - приблизительно 539 000, или же одна каждую минуту, - существенно не изменилось после МКНР; 99 процентов этих смертей приходится на развивающиеся страны.² Миллионы женщин выживают, но страдают от болезней и увечий, вызванных беременностью и родами. Трудно определить точные данные, однако, по расчетам организации "Инициатива безопасного материнства", являющейся коалицией учреждений Организации Объединенных Наций и НПО на каждый случай материнской смертности приходится 30-50 случаев заболеваемости, как временной, так и хронической.³

Признавая, что большинство из указанных случаев смертей и увечий можно было бы предотвратить на основе обеспечения более широкого доступа к квалифицированным услугам до, во время и после беременности, МКНР призвала страны расширить услуги по охране материнского здоровья в контексте первичного медико-санитарного обслуживания и разработать стратегии для ликвидации основных причин материнской смертности и заболеваемости.⁴

На протяжении последнего десятилетия произошли загадочные изменения в глобальных приоритетах, касающихся сокращения материнской смертности и заболеваемости. В прошлом исследователи и практики считали, что беременность, подвергающаяся высокой степени риска, можно обнаружить и вылечить и что дородовой уход мог бы предотвратить многие случаи материнской смертности. Они предложили также проводить подготовку традиционных акушерок, с тем чтобы уменьшить риск смертности и заболеваемости во время беременности.

Однако указанные два мероприятия не способствовали сокращению материнской смертности.⁵ Сегодня среди специалистов и политических деятелей достигнуто широкое понимание относительно того, что большинство случаев материнской смертности связаны с проблемами, которые трудно установить и выявить, так как любая женщина может иметь осложнения во время беременности, родов и в послеродовой период, однако практически всегда эти осложнения поддаются лечению при условии наличия высококачественных неотложных гинекологических услуг.

С середины 90-х годов правительства, международные учреждения, в том числе ЮНФПА, исследователи и гражданское общество сосредоточили внимание на мероприятиях, которые считаются наиболее эффективными: расширение доступа женщин к услугам квалифицированного персонала во время родов; улучшение условий, в которых оказываются неотложные гинекологические услуги по лечению осложнений после беременности, и расширение доступа женщин к этим услугам; обеспечение наличия систем направления к специалистам и транспортировки пациентов, с тем чтобы женщины, имеющие осложнения, могли в оперативном порядке получить необходимые услуги.

Кроме того, одна из основных приоритетных задач по обеспечению охраны здоровья матери в глобальных мас-

Новые подходы

Услуги [по охране здоровья матери], основанные на концепции сознательного выбора, должны включать просвещение по вопросам безопасного материнства, помощь в дородовый период, которая носила бы целенаправленный и эффективный характер, программы в области питания матерей, надлежащее родовспоможение, позволяющее избежать чрезмерного применения кесарева сечения, и обеспечить экстренную акушерскую помощь; специализированную медицинскую помощь в случае возникновения осложнений при беременности и родах и осложнений в результате аборта; помощь в послеродовый период и услуги в области планирования семьи...

штабах состоит в том, чтобы женщины имели доступ к услугам в области планирования семьи для сокращения нежелательных беременностей, а также в повышении общего качества, укреплении потенциала систем здравоохранения стран, прежде всего на районном уровне и повышении квалификации людских ресурсов.

Еще одним элементом, характерным для периода после проведения МКНР, является признание того, что материнская смертность и инвалидность являются нарушениями прав человека женщин и тесным образом связаны с положением женщин в обществе и экономической взаимозависимостью.⁶ Многие конвенции в области прав человека подерживают точку зрения о том, что женщины имеют право на медицинское обслуживание, что повышает шансы того, что они успешно пройдут через период беременности и родов у них закончится благополучно.⁷ Связанным с правами вопросы, таким, например, как равноправие мужчин и женщин в охране материнского здоровья и воз-

действие насилия по признаку пола на беременность, уделяется все большее внимание на всех уровнях.⁸

Через десять лет после Каирской конференции вопрос о потребностях женщин нередко не занимает ведущего места в перечне приоритетных задач правительств или общин. Женщины по-прежнему не имеют достаточных возможностей выбирать те гинекологические услуги, которые они хотели бы получить. Нищета, конфликты и стихийные бедствия ухудшают репродуктивное здоровье и добавляют новые проблемы в обеспечении охраны здоровья матерей.⁹

Таблица 1: Показатели материнской смертности в разбивкой по регионам в 2000 году

Регион	Показатель материнской смертности (количество случаев материнской смертности на 100 000 живорождений)	Количество случаев материнской смертности	Вероятность смерти матери во время родов
ВСЕГО В МИРЕ	400	529,000	1 / 74
РАЗВИТЫЕ РЕГИОНЫ	20	2,500	1 / 2,800
Европа	24	1,700	1 / 2,400
РАЗВИВАЮЩИЕСЯ РЕГИОНЫ	440	527,000	1 / 61
Африка	830	251,000	1 / 20
Северная Африка	130	4,600	1 / 210
Страны Африки, расположенные к югу от Сахары	920	247,000	1 / 16
Азия	330	253,000	1 / 94
Восточная Азия	55	11,000	1 / 840
Южная часть Центральной Азии	520	207,000	1 / 46
Юго-Восточная Азия	210	25,000	1 / 140
Западная Азия	190	9,800	1 / 120
Латинская Америка и Карибский бассейн	190	22,000	1 / 160
Океания	240	530	1 / 83

Источник: ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА, "Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA", 2003, Всемирная организация здравоохранения, Женева.

УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

Программа действий МКНР, пункт 8.22

УДЕЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ВНИМАНИЯ ПРАВАМ.

На МКНР была поставлена цель сократить материнскую смертность наполовину от показателя 1990 года к 2000 году и еще наполовину к 2015 году. Странам настоятельно рекомендовалось также уменьшить различия между развивающимися и развитыми странами и внутри стран, а также существенно сократить показатели случаев смерти и заболеваемости в результате неадекватных с медицинской точки зрения аборт.

В ходе проведенного в 1999 году обзора осуществления решений МКНР была подчеркнута связь между высоким уровнем материнской смертности и нищеты, а также к государствам был обращен призыв относительно "сокращения материнской смертности и заболеваемости в качестве одной из приоритетных задач в области медицинского обслуживания и проблем, касающихся репродуктивных прав", на основе обеспечения того, чтобы "женщины имели свободный доступ к основным гинекологическим услугам, должным образом оборудованным и надлежащим образом укомплектованным персоналом медицинским учреждениям, услугам квалифицированных специалистов во время родов, неотложной гинекологической помощи, эффективным системам направления к специалистам и транспортировке пациентов, если это необходимо".¹⁰

На Саммите тысячелетия в 2000 году охрана здоровья матери была также определена в качестве одного из основных приоритетов борьбы с нищетой. Цель 5 целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, предусматривает 75-процентное сокращение к 2015 году коэффициента материнской смертности (количество случаев материнской смертности на каждые 100 000 живорождений) от уровня 1990 года.

Выполнить эти цели будет нелегко. В развивающихся странах в целом приблизительно 65 процентов всех беременных женщин получают по меньшей мере несколько услуг во время беременности; 40 процентов родов принимаются в медицинских учреждениях; квалифицированный персонал оказывает помощь чуть более половине рожениц. Однако в 2000 году квалифицированные специалисты принимали лишь 35 процентов родов в Южной Азии; в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, этот показатель составил 41 процент (по сравнению с одной третьей частью родов в 1985 году); в Восточной Азии и Латинской Америке и Карибском бассейне эта доля составила 80 процентов."

Во многих случаях в рамках оказываемых услуг по

охране здоровья матери невозможно удовлетворить существующий спрос или же эти услуги недоступны для женщин в силу факторов, связанных с отдаленностью, затратами и социально-экономическими причинами. Учитывая затраты, связанные со временем и финансовыми средствами, услуги в период беременности могут занимать одно из последних мест в списке приоритетных задач. По-прежнему существует мнение о том, что не следует вкладывать средства в охрану здоровья женщин, что имеет трагические последствия для них, их детей, у которых меньше шансов выжить без матери, а также общин и стран.

В своих ответах на проведенное ЮНФПА в 2003 году глобальное обследование 144 страны сообщили, что принимают конкретные меры для сокращения материнской смертности и увечий; 113 стран сообщили о том, что принимают комплекс мер. Наиболее общими элементами в этих ответах были: подготовка работников сферы медицинского обслуживания (76 стран); разработка планов, программ и стратегий (68 стран), повышение качества услуг в дородовый и послеродовый период (66 стран), повышение качества сбора данных и систем их ведения (45 стран), а также предоставление информации или пропагандистской работы (40 стран).

Лишь несколько стран добились успеха в сокращении уровня материнской смертности (в основном страны со средним уровнем доходов, а также несколько бедных стран). На протяжении прошлого десятилетия значительно сократились показатели смертности в Гондурасе, Египте, Индонезии, Иордании, Китае, Мексике, Монголии, Тунисе, Шри-Ланке и Ямайке. Общим признаком усилий по охране здоровья матери всех этих стран было наличие квалифицированных акушерок, эффективная система направления к специалистам и базовых или комплексных неотложных гинекологических услуг.

В большинстве стран прогресс был медленным, а в нескольких регионах показатели материнской смертности и заболеваемости остаются чрезвычайно высокими, в том числе в большинстве стран Африки, расположенных к югу от Сахары, и в бедных странах Южной Азии. Хотя предполагается, что в течение следующих десяти лет будут достигнуты определенные успехи в борьбе с материнской смертностью и заболеваемостью, будет необходимо расширить осуществляемые в настоящее время мероприя-

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

тия и выделить дополнительные ресурсы на них, с тем чтобы добиться существенного прогресса в охране жизни и здоровья женщин.

ВОЗ определяет материнскую смертность как "смерть женщины в период беременности или же в течение 42 дней после завершения периода беременности независимо от продолжительности беременности и того места, где она имела место, по любой причине, связанной с беременностью или же ее лечением в период беременности, но не по случайным причинам, связанным с несчастными случаями".¹²

Причины материнской смертности одинаковы во всем мире.¹³ Около 80 процентов случаев материнской смертей происходит из-за прямых гинекологических осложнений: геморрой, сепсис, осложнения после абортов, преэклампсия и эклампсия и затянувшиеся роды или роды при наличии механического препятствия прохождению плода. Около 20 процентов смертей вызваны косвенными причинами, обычно заболеваниями, которые усугубляются беременностью или родами. К их числу относятся анемия, малярия, гепатит и все чаще СПИД.

Существуют огромные различия в степени риска беременности между женщинами, проживающими в богатых и бедных странах, и эти различия являются самыми большими в медицинских показателях, за которыми наблюдает ВОЗ. Риск того, что женщина в Западной Африке умрет во время беременности или родов, составляет один к двенадцати. В развитых странах такой риск составляет один к 4000 случаев.¹⁴

В странах нищета резко повышает шансы женщин на смерть во время беременности или вскоре после ее завершения.¹⁵ Во многих странах существуют огромные различия между положением имущих и неимущих женщин и оказываемыми им услугами по охране здоровья матери. В Бангладеш, Непале, Нигере и Чаде показатели оказания помощи при родах элитной части населения квалифицированным персоналом высоки, а почти для всех остальных женщин услуги квалифицированных специалистов являются редкостью (показатели участия квалифицированных специалистов в родах в этих странах самые низкие в мире). В других странах, в которых показатели участия квалифицированных акушерок являются доста-

точно высокими, включая Бразилию, Вьетнам и Турцию, у женщин из бедных слоев населения мало шансов получить такие услуги.¹⁶

Поскольку в развитых странах женщины получают быстрое и эффективное лечение, редки случаи смерти или получения постоянной инвалидности в результате проблем, связанных с беременностью.

В процессе домашних родов эксперты квалифицировали основные причины материнской смертности в соответствии с моделью "трех задерживающих факторов": задержка в принятии решения о необходимости обратиться за медицинской помощью; задержка в охвате соответствующими услугами; задержка в получении услуг в медицинском учреждении.

Первая задержка вызвана тем, что не признаются опасные признаки. Обычно это является следствием отсутствия квалифицированных акушерок, однако причиной этого может также быть нежелание семей или общин отправлять женщину в медицинское учреждение в силу препятствий финансового или культурного характера.

Вторая задержка вызвана отсутствием доступа к системе направления к специалистам, отсутствием транспорта, а также информации об оказываемых услугах. Третья задержка связана с проблемами направления к специалистам (включая неадекватное оборудование или же отсутствие квалифицированного персонала, необходимых в срочном порядке медикаментов или крови).

Поэтому приоритетное внимание в программах сокращения материнской смертности следует уделять наличию учреждений, оказывающих медицинские услуги, их доступности и качеству лечения в них. Все страны, сократившие материнскую смертность, добились этого на основе резкого увеличения количества родов, принимаемых в больницах.

Те же факторы, которые вызывают материнскую смертность, делают болезни и увечья, связанные с беременностью и родами, второй после ВИЧ/СПИДа основной причиной потери многих лет здоровой жизни среди женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах, почти 31 миллион из которых ежегодно умирают.¹⁷

Хотя количество случаев и распространение материнской заболеваемости недостаточно хорошо известны, принято считать, что 15 процентов беременных женщин

**Причины и последствия
ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ.**

"ТРИ ЗАДЕРЖИВАЮЩИХ ФАКТОРА".

СУЩЕСТВЕННАЯ РАЗНИЦА В ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ.

Материнская заболеваемость

будут иметь во время беременности или родов достаточно серьезные осложнения, что требует экстренной акушерской помощи, показываемой в медицинском учреждении.¹⁸

Непосредственными причинами материнской помощи являются осложнения во время беременности или родов в послеродовый период из-за ошибок или неправильного лечения. Результатом косвенной материнской заболеваемости являются ранее перенесенные болезни, обострившиеся в результате беременности; такой тип инвалидности может произойти в любое время и продолжаться на протяжении всей жизни женщины. Материнская заболеваемость может также иметь причины психологического характера, проявлением которых также могут быть депрессии, вызывающие осложнения после беременности и родов, существующая культурная практика или принуждение.¹⁹

Утровоагинальная фистула - это имеющее разрушительные последствия женское заболевание, которому не уделяется должного внимания в практике оказания услуг по охране репродуктивного здоровья в мире. Фистула, причиной образования которой являются длительные и трудные роды, - это патологическое соединение между мочевым пузырем, влагалищем и прямой кишкой, приводящее к недержанию мочи. В большинстве случаев родившийся ребенок умирает.

У женщин с фистулой происходит постоянное вытекание мочи. Постоянно присутствует запах мочи и фекалий, что унижает достоинство женщин. Не менее трагичными являются социальные последствия: многие девушки и женщины с фистулой подвергаются острагизму со стороны общества, мужа бросают их и общество считает их виновными в том, что они страдают от такой болезни.

Фистула - это не просто женская проблема. Как правило, от нее страдают члены общества, находящиеся в наиболее маргинальном состоянии: бедные слои населения, неграмотные девушки и молодые женщины, живущие в отдаленных районах. Основными причинами ее являются роды в раннем возрасте, недоедание и ограниченный доступ к экстренной акушерской помощи. Она широко распространена в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, Южной Азии и некоторых арабских государствах; от фистулы страдают более 2 миллионов девушек и женщин во всем мире, и, по под-

счетам, ежегодно возникает от 50 000 до 100 000 новых случаев этого заболевания.²⁰

Фистулу можно предотвратить на основе усилий, направленных на обеспечение вступления в брак и начала беременности в более позднем возрасте, расширения доступа к услугам по планированию семьи и своевременного оказания экстренной акушерской помощи, прежде всего проведения операций кесарева сечения для того, чтобы избежать трудных родов. Она поддается лечению путем хирургической операции, причем 90 процентов этих операций проводятся успешно. После консультаций, социальной реабилитации и интеграции в жизнь общин большинство женщин возвращаются к полнокровной и нормальной жизни.

Однако затраты на транспортировку для оказания помощи, проведение операций и восстановление здоровья (около 300 долл. США) часто кажутся слишком высокими. Имеется немного лечебных учреждений, которые расположены на большом расстоянии друг от друга, а кроме того испытывается нехватка специально подготовленных врачей и медицинских сестер.

18 КАМПАНИЯ ПО БОРЬБЕ С ФИСТУЛОЙ

В 2003 году ЮНФПА приступил к осуществлению глобальной кампании по борьбе с фистулой, направленной на то, что в развивающихся странах фистула была таким же редким явлением, как в развитых. В рамках этой кампании улучшается понимание общественностью этого вопроса, проводятся оценки потребностей и расширяется комплекс услуг по профилактике и лечению.

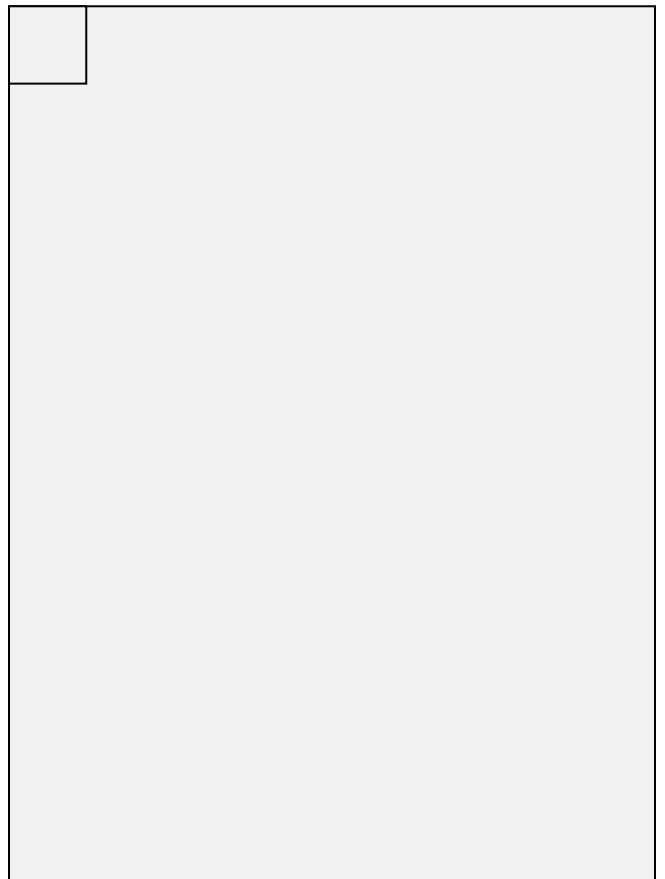
Основная цель заключается в том, чтобы подчеркнуть важное значение экстренной акушерской помощи для всех беременных женщин. Сегодня это кампания, в рамках которой осуществляется сотрудничество с правительствами-партнерами, НПО и международным сообществом, проводится более чем в 25 странах.

В Бангладеш, где от утровоагинальной фистулы страдают около 70 000 женщин, в Медицинском колледже Дакки был создан центр по лечению фистулы. Этот центр оказывает помощь в лечении и подготовке медицинских работников в Южной Азии.

В Замбии поддержку этой кампании оказывают отделения по лечению фистулы в больнице "Монзе миша". Первые усилия способствовали улучшению понимания этой проблемы общественностью и повышению качества лечения.

В Судане проводилась национальная кампания под лозунгом "Фистула - мы должны проявлять заботу". ЮНФПА приобрел медицинское оборудование и предметы медицинского назначения для Центра по лечению фистулы в Хартуме, являющегося единственным медицинским учреждением подобного рода в стране.

Утеровагинальная фистула



Когда матери подвергаются высокой степени риска материнской смертности или заболеваемости, риску подвергаются также их дети. Результатом неонатальной и младенческой смертности может быть плохой уход и неадекватное лечение во время беременности, родов и, что крайне важно, в послеродовой период.²¹ Инфекции и родовая асфиксия и увечья являются основной причиной неонатальной смертности, однако ей способствуют также такие факторы, как низкий вес при рождении, осложнения после родов и врожденные пороки развития.

Каждая страна с низкими показателями материнской смертности разработала системный подход, в рамках которого роды принимает квалифицированный персонал, оказываются неотложные акушерские услуги для лечения осложнений, а также функционирует система направления к специалистам и транспортировки, что обеспечивает широкий доступ к лечению.

Усовершенствование медицинских учреждений, оказывающих услуги женщинами, и расширение круга услуг - это первый шаг на пути к предупреждению материнской смертности и инвалидности. Особое внимание следует уделять охвату неимущих слоев населения, населения, живущего в отдаленных районах, а также лиц, пострадавших от войны и стихийных бедствий.

Крайне важное значение имеет также мобилизация семей, общин и стран на оказание поддержки женщинам во время беременности и родов на основе активизации политики и законодательных и регулирующих рамок по охране здоровья матери.²²

Не менее важное значение для сокращения материнской смертности и заболеваемости имеет планирование семьи. Благодаря удовлетворению нынешних потребностей в противозачаточных средствах число беременных женщин уменьшится во всем мире, в результате чего материнская смертность сократится на 25-35 процентов.²³ Существенное воздействие окажет также сокращение подростковой беременности.

Для осуществления стратегий по сокращению материнской смертности необходимо также оказывать поддержку более широкомасштабным усилиям по решению проблем, связанных со здоровьем женщин, в том числе улучшение питания женщин и девочек и недопущение

анемии, при этом необходимо вести борьбу с инфекционными заболеваниями, такими, как малярия, и не допускать насилия в отношении женщин. Мероприятия по охране репродуктивного здоровья способствуют укреплению здоровья и выживанию младенцев, а также являются важным связующим звеном в деле реализации целей охраны здоровья матери и ребенка.

Трудно определить показатели материнской смертности в силу как концептуальных, так и практических причин, поэтому в определенной мере расчеты являются неточными. Во многих случаях не ведется эффективного учета данных, и семьи и общины не сообщают о случаях смерти женщин и их причинах.²⁴

В целом методы, используемые для установления количества случаев материнской смертности (на основе использования систем регистрации населения, обследования домашних хозяйств, данных переписей и исследований, касающихся смертности в репродуктивном возрасте),²⁵ не дают результата, необходимого для разработки программ предупреждения и контроля за ними, а также информации, необходимой для оценки наличия количества и качества услуг по охране здоровья.

Определение показателей материнской заболеваемости также является проблемой, что объясняется многими причинами: данные медицинских учреждений (например, медицинские карты) неизбежно содержат пристрастную информацию;²⁶ клиническое наблюдение за большим числом женщин в период беременности и после родов представляется непрактичным; подготовленные медицинскими учреждениями доклады не содержат надежной информации; испытывая чувство стыда и боязни, женщины не желают обсуждать вопросы, связанные с охраной здоровья матери и осложнениями.

Несмотря на эти трудности, после МКНР некоторые страны приняли меры, направленные на повышение качества сбора данных и их учета для контроля за материнской смертностью и заболеваемостью. К числу этих стран относятся Ангола, Аргентина, Боливия, Зимбабве, Камбоджа, Куба, Марокко, Мозамбик, Намибия, Никарагуа, Сенегал, Шри-Ланка и Филиппины. Для анализа национальных данных в Сент-Винсенте и Гренадинах проводятся ежегодные конференции по вопросу о заболеваемости и смертности в перинатальный период.²⁷

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ.

Трудности в сборе информации

**Сокращение материнской смертности и
заболеваемости**

Резкое сокращение материнской смертности в Шри-Ланке (наполовину за три года) и Малайзии (на три четверти за 20 лет) явилось результатом поэтапной разработки широко распространенных доступных сетей учреждений, способных оказывать экстренные акушерские услуги, а также проводить учебную подготовку и обеспечивать надлежащее направление к пациентам профессиональных акушерок при поддержке служб по оказанию экстренной акушерской помощи.²⁸ Затраты на эти цели были невысокими, однако уделялось внимание развитию системы первичного медико-санитарного обслуживания, охватывающей все слои населения, независимо от этнического происхождения, места в обществе и места проживания в соответствии с рекомендациями, содержащимися в Программе МКНР.²⁹ В рамках этих усилий обе страны пытались найти соответствующую систему покрытия затрат как частным, так и государственным сектором.³⁰

Министерство здравоохранения Гаити создало Комитет по сокращению материнской смертности, который разработал национальный план. Модель комплексных экстренных акушерских услуг, разработанная в восьми больницах, включает в себя предупреждение инфекций, уход в период после аборт и включение услуг по охране здоровья матери в услуги по разъяснению методов планирования семьи и консультативные услуги.³¹

Хотя исключительное внимание, оказываемое в период беременности, не оказало непосредственного воздействия на материнскую смертность, уход в дородовой период является важным начальным элементом системы охраны здоровья женщин. Он предоставляет возможность оценить будущее состояние матери, продиагностировать и вылечить инфекции, выявить анемию и ВИЧ, охватить женщин программой по предупреждению передачи ВИЧ младенцам, а также предотвратить рождение ребенка с низким весом. У женщин, получающих услуги в дородовой период, больше шансов получить услуги квалифицированного специалиста во время родов.

С момента проведения МКНР был достигнут определенный прогресс в повышении показателей охвата в дородовой период. Согласно последнему докладу ВОЗ и ЮНИСЕФ, число беременных женщин, получивших услуги в дородовой период квали-

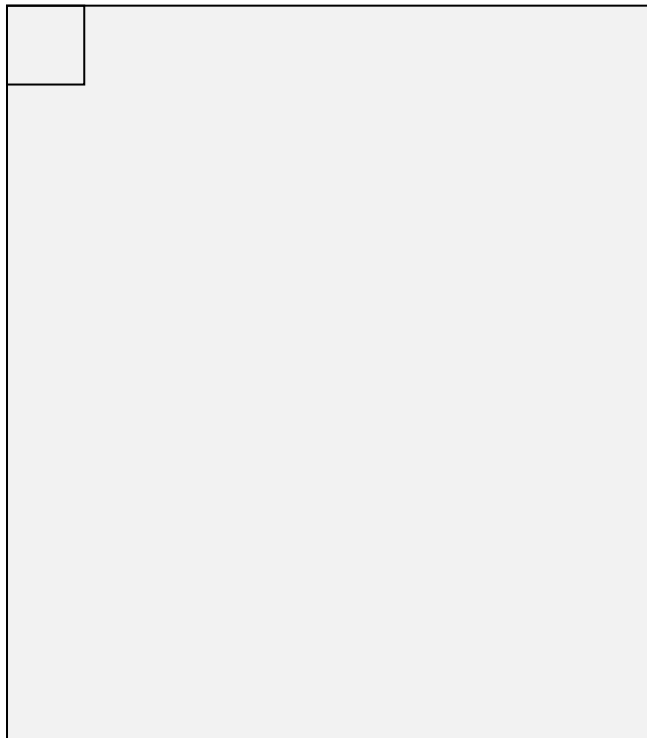
фицированных сотрудников сферы медицинского обслуживания, увеличилось на 20 процентов по сравнению с 1990 годом. Самое большое увеличение - 31 процент - отмечено в Азии, а число женщин, получивших услуги по дородовому уходу в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, увеличилось всего лишь на 4 процента.

Сегодня более половины всех женщин в развивающихся странах в период беременности посещают врача по меньшей мере четыре раза (число, рекомендованное ВОЗ), однако следует отметить, что именно женщины с низким уровнем образования значительно реже обращаются к врачам. У женщин со средним образованием в два-три раза больше шансов получить услуги в дородовой период, чем у женщин без образования. Бедные женщины также значительно реже получают дородовые услуги, равно как и все другие услуги по охране здоровья.³²

Хотя высококачественные дородовые услуги могут улучшить здоровье женщин в период, непосредственно предшествующий родам и сразу после родов, они не могут оказать существенного воздействия на риск материнской смертности, если во время родов не оказывается качественных услуг.³³ Многие страны увязывают расширение услуг в дородовой период с другими услугами по охране здоровья матери. Например, в Монголии, стране с суровым климатом, где населенные пункты

99

Последовательные ответные меры



Уход в дородовый период

ПРОГРЕСС И НЕОБХОДИМЫЕ УСЛУГИ.

20 УЛУЧШЕНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ СЕНЕГАЛА

Для того чтобы из деревни Гудири в Сенегале попасть в районную больницу в Тамбакумбе, беременной женщине приходится преодолевать расстояние в 70 км по пыльной проселочной дороге, причем часто поездка в больницу совершается на осле. Восемь из десяти женщин, имеющих последствия в результате беременности, не получают своевременной помощи, и многие умирают.

Таким было положение до 2001 года, когда ЮНФПА оказал поддержку в расширении небольшой поликлиники в Гудири и преобразовании ее в центр по оказанию акушерских услуг, в котором имеется соответствующее оборудование и персонал для переливания крови и операций по кесареву сечению. Эта поликлиника уже спасла жизнь более 100 женщин.

Анестезиолог, 17 медицинских сестер и несколько подготовленных общинных работников оказывают выездные услуги, включая предоставление информации по вопросам об охране репродуктивного здоровья. Кроме того, они распространяют противозачаточные средства в прилегающих районах.

Показатели материнской смертности в Сенегале составляют почти 700 смертей на 100 000 живорождений. В среднем имеется один гинеколог на 30 000 женщин детородного возраста, и в основном они практикуют в столице страны. В сельских районах женщины рожают в среднем по пять-шесть детей. Главными причинами материнской смертности являются сильные кровотечения и эклампсия. Ранние браки, обрезание у женщин и инфекции, передаваемые половым путем, являются дополнительными факторами, усложняющими деторождение для многих женщин.

удалены друг от друга, создано 316 домов отдыха матерей, в которых женщины-пастушки могут проводить время и получать основные услуги в течение нескольких недель до родов.³⁴

Большинство случаев материнской смертности происходит в результате неожиданных осложнений. Однако в настоящее время квалифицированные специалисты оказывают помощь лишь половине рожаящих женщин в мире. Квалифицированная помощь при родах - это единственный способ обеспечить оказание экстренных акушерских услуг для всех женщин, имеющих осложнения. Обладающие соответствующими навыками специалисты, оказывающие услуги во время беременности, во время родов и после них, могут способствовать сокращению количества смертей, вызванных трудными родами, геморроем, сепсисом и эклампсией, на 16-33 процента.³⁵

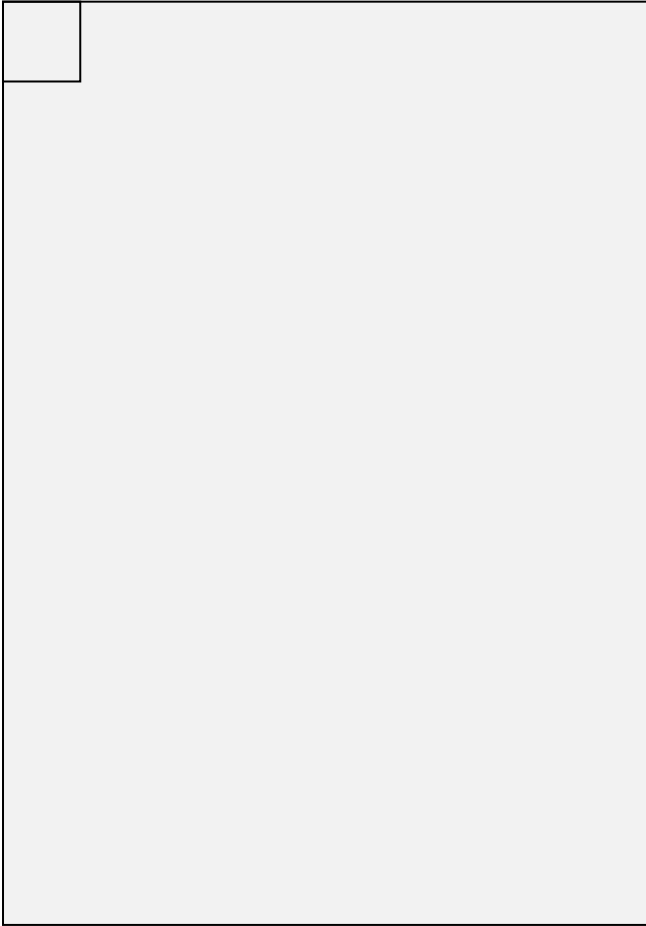
Квалифицированный специалист по оказанию помощи при родах - это прошедший соответствующую про-

фессиональную подготовку работник сферы охраны здоровья, как правило доктор, акушерка³⁶ или медицинская сестра, имеющие соответствующие навыки для работы с беременными женщинами и роженицами, способные своевременно определить осложнения и принять соответствующие меры, начать лечение, а также контролировать оказание услуг матери и ребенку специалистами на следующем этапе лечения, если это необходимо. Прошедшие и не прошедшие подготовку традиционные акушерки не относятся к категории квалифицированных специалистов.³⁷

Квалифицированный специалист может предотвратить смерть матери, пользуясь безопасными и гигиеничными методами во время родов. Однако он не сможет предотвратить возникновения угрожающих жизни инфекций, которые возникают из-за позднего начала лечения осложнений, таких, как трудные роды, разрыв матки и т.д.³⁸

Когда роды происходят дома, то квалифицированный обслуживающий персонал может оказать весьма узкий круг услуг. Для правильного принятия родов необходимо иметь соответствующие предметы медицинского назначения, оборудование и инфраструктуру, а также эффективные и действенные системы связи и направления в медицинские учреждения, оказывающие неотложную акушерскую помощь. Весьма важное значение имеют также политическая поддержка и соответствующая политика, включая профессиональную подготовку до начала и в период работы, контроль и финансирование систем здравоохранения.³⁹ Существуют самые разные формы поддержки и контроля за обслуживающим персоналом со стороны систем здравоохранения.

После МКНР ряд стран приняли меры для повышения эффективности подготовки квалифицированного обслуживающего персонала, а также для увеличения числа медицинских работников (и расширения потенциала) в сельских и других районах, не получающих услуг в достаточном объеме. Например, в Иране сельские акушерки проходят теоретическую и практическую подготовку в течение шести месяцев и должны принять по меньшей мере 20 родов для получения квалификации акушерок. В Панаме приоритетной задачей является организация профессиональной подготовки акушерок, работающих в сельских районах и с местным населением.⁴⁰



СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Квалифицированная медицинская помощь

Любая женщина может иметь осложнения во время беременности. Однако фактически все гинекологические осложнения можно вылечить. Низкие показатели материнской смертности в значительной мере объясняются тем фактом, что осложнения были установлены своевременно и была предоставлена соответствующая медицинская помощь.

Модель "трех задерживающих факторов" оказалась удачной в разработке программ для лечения гинекологических осложнений. Преодоление отсрочек в принятии решения, в лечении, в прибытии в соответствующие медицинские учреждения и получении услуг в этих учреждениях требует последовательных процедур начиная от дородового ухода и подготовки и кончая родами с участием подготовленного персонала, при этом должны существовать возможности направления пациентов к специалистам.

Медицинские услуги, связанные с экстренной акушерской помощью, подразделяются на базовые и комплексные.⁴¹ Базовые экстренные функции, выполняемые в медицинском учреждении без оперативного вмешательства, включают в себя: оказание помощи при родах через естественные родовые пути, ручное удаление плаценты для предотвращения инфекций; использование антибиотиков для лечения инфекций и медицинских препаратов для предупреждения или лечения кровотечений, конвульсий и высокого кровяного давления.

Комплексные услуги предусматривают оперативное вмешательство и, как правило, оказываются в районных больницах. Они включают в себя все функции базовых услуг плюс способность проводить операцию (кесарево сечение) для принятия родов при наличии механического препятствия прохождению плода и обеспечения безопасного переливания крови.

В ряде стран предпринимаются попытки увеличить количество учреждений, оказывающих базовую и экстренную акушерскую помощь, а также укрепить потенциал персонала и повысить качество оказываемых услуг. Например, при поддержке ЮНФПА в Гвинее-Бисау была проведена оценка потребностей в экстренной акушерской помощи, а также были разработаны планы увеличения числа медицинских учреждений, оказывающих базовые акушерские услуги, а также учреждений, обеспечивающих предоставление комплексных услуг.⁴²

Качество экстренной акушерской помощи - это путь к успеху. Услуги должны предоставляться в течение 24 часов в сутки семь дней в неделю, а также необходимо иметь высокопрофессиональный и имеющий соответствующие стимулы персонал, основные предметы медицинского назначения и систему материально-технического обеспечения, и эффективно функционирующие системы транспортировки и коммуникации, а также осуществлять постоянный контроль.

В ряде стран приоритетное внимание стало уделяться расширению доступа к экстренным акушерским услугам и повышению качества. В Ливане и Омане было повышено качество услуг по направлению к специалистам. В Сальвадоре в больницах и поликлиниках были созданы службы по оказанию качественных типовых экстренных акушерских услуг. На Ямайке в каждом районе обеспечивается доступ к экстренной акушерской помощи, включая возможности для транспортировки и направления к специалистам для оказания услуг на более высоком уровне.⁴³

После МКНР многие страны Африки, расположенные к югу от Сахары, организовали профессиональную подготовку медицинского персонала по основной акушерской помощи. Эти страны включают в себя Анголу, Бенин, Бурунди, Гвинею, Замбию, Камерун, Кению, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерию, Мозамбик, Намибию, Нигер, Свазиленд, Сенегал и Чад.

В Марокко работники сферы медицинского обслуживания прошли подготовку для использования новых механизмов оказания акушерской помощи в чрезвычайных ситуациях. В пяти сельских больницах оказываются комплексные услуги, а в десяти больницах провинций повысилось качество неотложной акушерской помощи, в результате чего произошло существенное увеличение числа женщин, получающих соответствующие услуги.⁴⁴

Неимущие семьи часто не могут, а иногда не хотят оплачивать доставку роженицы в медицинское учреждение. Движение за интересы матерей в Индонезии оказало общинам помощь в признании необходимости создания экстренных транспортных систем для рожениц.⁴⁵

Прилагаются новые усилия, направленные на то, чтобы обеспечить понимание существующих препятствий и

Экстренная акушерская помощь

ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ УСЛУГИ.

БОРЬБА С "ТРЕМЯ ЗАДЕРЖИВАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ".

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ
И УСТРАНЕНИЕ ДРУГИХ ПРЕПЯТСТВИЙ.**

способствовать использованию имеющихся услуг. Совместно с канадскими и угандийскими медицинскими ассоциациями в рамках инициативы "Спасение матерей" Международной федерации гинекологии и акушерства в сельских районах округа Кибога в Уганде велась работа, направленная на повышение качества экстренных акушерских услуг и расширения их использования.

В окружной больнице увеличилось число квалифицированного обслуживающего персонала и расширились его возможности, а местные аптеки стали работать в течение 24 часов в сутки; было улучшено обслуживание в медицинских учреждениях и пополнены их запасы медикаментов; кроме того, были организованы семинары, с тем чтобы улучшить понимание работниками сферы медицинского обслуживания интересов членов общин. ЮНФПА предоставил два автомобиля скорой помощи.

В результате осуществляемых мероприятий показатель удовлетворенных потребностей в лечении женщин с гинекологическими осложнениями увеличился с 4 процентов в 1998 году, когда началось осуществление этого проекта, до 47 процентов в 2000 году. Количество случаев материнской смертности женщин, получивших экстренную акушерскую помощь, сократилось с 9,4 процентов в 1998 году до приблизительно 2 процентов в 1999 и 2000 годах.⁴⁶

Около 19 миллионов из приблизительно 45 миллионов ежегодно производимых искусственных абортов - это опасные с медицинской точки зрения аборты (делаются неквалифицированными людьми в антисанитарных условиях). В результате этих абортов умирают почти 70 000 женщин, что составляет 13 процентов смертей, вызванных беременностью.⁴⁷

На национальном уровне многие медицинские услуги оказываются медицинскими учреждениями второго и третьего уровня, в которых наблюдается большое число женщин, нуждающихся в неотложном лечении после абортов. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, до 50 процентов коек в гинекологических отделениях заняты пациентами, имеющими осложнения после абортов.⁴⁸

На МКНР, на которой был достигнут беспрецедентный консенсус, был обращен призыв обеспечить, чтобы все женщины имели доступ к лечению от осложнений, связанных с абортами, консультациям в период после

абортов, информации и услугам в области планирования семьи независимо от того, является аборт законным или нет.⁴⁹

Уход после аборта является оправданным с точки зрения затрат, так благодаря ему уменьшается вероятность повторных абортов, а кроме того он способствует удовлетворению репродуктивных потребностей отдельных лиц.⁵⁰ Сегодня многие страны признают тот вклад, который они могут внести в спасение жизни женщин. Например, в руководстве по оказанию услуг в области охраны репродуктивного здоровья Кении 1997 года говорится: "Быстрое лечение осложнений, вызванных абортами, является важным элементом медицинского обслуживания, которое должно проводиться в каждой больнице на уровне районов".⁵¹

Международный консорциум принял модель ухода после абортов, целью которой является оказание помощи женщинами, недопущение дополнительных нежелательных беременностей и возникновение других проблем, связанных с репродуктивным здоровьем, в дополнение к удовлетворению их неотложных потребностей. Эта модель, впервые разработанная НПО "ИПАС", предусматривает следующие элементы: экстренное лечение осложнений, вызванных выкидышами или искусственными абортами; консультации и услуги в области планирования семьи; лечение болезней, передаваемых половым путем; консультации с учетом эмоциональных и физических потребностей каждой женщины; партнерские отношения между общинами и работниками сферы здравоохранения.⁵²

После МКНР к осуществлению программ по уходу после абортов приступили по меньшей мере 40 стран, включая Гондурас, Зимбабве, Малави и Мексику.⁵³ В период с 1999 по 2001 год в Египте увеличилось количество медицинских учреждений, предоставляющих услуги по уходу после абортов,⁵⁴ а лечение осложнений, вызванных незавершенными абортами, является в настоящее время частью основных акушерских услуг.⁵⁵

Министерство здравоохранения Мьянмы включило услуги по уходу после абортов и предоставление противозачаточных средств в комплект медицинских услуг, оказываемых на уровне городов. Сегодня акушерки посещают женщин, имеющих осложнения, вызванные абортами, на дому и по их просьбе предоставляют им информацию о методах планирования семьи.⁵⁶

Уход после абортов

Однако отсутствие доступа к лечению незавершенных аборт по-прежнему является серьезной проблемой. В ходе проведенного в Эфиопии исследования было установлено, что лишь 16 из 20 медицинских центров могли принять меры по чрезвычайной транспортировке для оказания помощи женщине, нуждающейся в услугах по уходу после аборта.⁵⁷ Трудно обосновать необходимость ухода после абортов. В исследовании, проведенном в одной из больниц Кении, было установлено, что аборты являются важной причиной для того, чтобы быть принятым в медицинское учреждение, но они редко регистрировались как причина смерти, что "возможно объясняется чувством стыда в связи со смертью, вызванной абортom".⁵⁸

Социальное табу, связанное с абортами,⁵⁹ и наказание как женщин, желающих сделать аборт, так и тех, кто делает их, - это серьезная проблема во многих странах, даже в тех, где уход после абортов считается законным. В проведенном в Зимбабве исследовании было установлено, что наиболее общей причиной того, что пострадав-

шие женщины сразу же не обращаются за медицинской помощью в связи с осложнениями после абортов, является боязнь того, что информация об этом будет передана в полицию.⁶⁰

Значительная доля незаконных абортов приходится на подростков. Многие из них не обращаются за медицинской помощью потому, что испытывают чувство стыда и не уверены в реакции со стороны работников системы здравоохранения.

Так же, как и в случае с планированием семьи качество имеет важное значение для программ по охране здоровья матери.⁶¹ И оно может повысить вероятность того, что женщины, нуждающиеся в экстренной гинекологической помощи, будут обращаться в медицинские учреждения. В ходе проведенного в Мексике обследования 164 домашних хозяйств, в которых были зарегистрированы случаи смерти матерей, было установлено, что качество медицинского обслуживания является важным фактором для рожениц, которые своевременно не обращались за помощью.⁶²

В ходе других исследований была выявлена аналогичная озабоченность у потенциальных потребителей услуг. В Боливии женщины заявляют, что достойное лечение имеет крайне важное значение и что снисходительное отношение медицинских работников является самым мощным фактором, сдерживающим обращение за услугами по охране материнского здоровья.⁶³ В проведенном в Йемене исследовании произвольно взятых домашних хозяйств было установлено, что женщины как в городских, так и в сельских районах предпочитают рожать дома, несмотря на понимание важной роли их медицинских потребностей, так как они испытывают опасения, в основе которых лежит их опыт или опыт других женщин, рожавших в государственных учреждениях.⁶⁴

После МКНР значительно повысилось внимание, уделяемое вопросам качества, и многие страны приступили к реализации инициатив, направленных на улучшение услуг по охране здоровья матери. Например, при помощи доноров в Азербайджане осуществляется проект "Безопасное материнство и уход за новорожденными", предусматривающий создание потенциала у работников сферы здравоохранения, улучшение понимания женщинами и девочками-подростками вопросов, касающихся здорового образа жизни, оказание содействия созданию удобных ус-



ДЕФИЦИТ УСЛУГ.

Качество услуг по охране здоровья матери



ловий для матерей и детей в палатах родильных отделений, а также уделение особого внимания уязвимым группам населения. Правительства нескольких стран в Карибском регионе создали комитеты по охране здоровья матери и ребенка или же технические консультативные группы, в состав которых входят врачи, медицинские сестры и социальные работники.⁶⁵

Подготовка врачей и медицинских работников среднего звена является важным элементом повышения качества оказываемых услуг и изменения отношения пациентов к ним. Это может также оказать позитивное воздействие на охрану здоровья матери.⁶⁶ Например, результатом учебной программы в Молдове стало то, что отцы и члены семьи оказывают поддержку роженицам, в родильных домах разрешено посещение молодых матерей после родов, женщины сообщают о сокращении случаев агрессивного отношения к ним и все больше супругов посещают недавно организованные занятия, посвященные родам.⁶⁷

После подготовки 24 инструкторов на Украине случаи прерывания беременности и операции по кесареву сечению стали более редкими, а работники сферы медицинского обслуживания сообщили, что, по их мнению, улучшились условия, в которых принимаются роды.⁶⁸ Результатом подготовки работников медицинских учреждений в России стало резкое увеличение числа пациентов, остающихся в больнице после родов, от 0,5 процентов до 86 процентов за один год.⁶⁹

Социальная поддержка женщин во время беременности и родов дает позитивные результаты в плане охраны материнского здоровья.⁷⁰ В Гватемале мужья часто осуществляют уход и оказывают поддержку женщинам во время беременности, сопровождают жен во время их посещения врачей в дородовый период и, как правило, участвуют в родах, принимаемых дома, или же находятся рядом; хотя они не могут быть рядом со своими женами, рожаящими в больнице, они берут на себя заботу по подготовке к приему ребенка.⁷¹ В проведенных в Египте исследованиях показано, что привлечение мужей к уходу в период после абортов ускоряет выздоровление жен, и результатом этого является более широкое использование противозачаточных средств в последующий период.⁷²

Однако многим мужчинам, желающим оказать женщинам более активную помощь в период беременности и родов, препятствуют такие факторы, как больничные правила, график работы и т.д.

Во многих программах успешно применяется тактика, предусматривающая уделение более приоритетного внимания охране здоровья женщин во время беременности и в послеродовый период со стороны мужчин, семей и общин. Например, в рамках проекта "Пяти сам-парк" мужьям предоставляется информация о беременности и родах и отмечается конкретная роль, которую они могут сыграть, включая оказание помощи в ведении домашнего хозяйства во время беременности жены и составление планов, связанных с перевозкой беременных женщин.⁷³

21 УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРУ

В поликлинике "МаксСалуд", в которой оказываются медицинские услуги первичного уровня, расположенной в поселке городского типа в Перу, руководители медицинских учреждений были озабочены в связи с низкими показателями использования оказываемых поликлиникой услуг женщин в 2000 году. В ходе оценки было установлено, что женщины не желают обращаться за услугами в области охраны репродуктивного здоровья к врачу-гинекологу-мужчине после того, как акушерка была переведена в другую поликлинику. Были сокращены цены на услуги, проведена активная информационная кампания, пропагандирующая новые цены за услуги, а к работе в гинекологическом кабинете вновь приступила имеющая соответствующее удостоверение акушерка. Показатели пользования этими услугами резко возросли. Пациентки сообщили о том, что весьма удовлетворены услугами, оказываемыми женщиной, а также о том, что предпочитают, чтобы врачами были лица женского пола.

В целях сокращения материнской смертности и заболеваемости ЮНФПА оказывает поддержку в осуществлении широкого круга мероприятий в развивающихся странах⁷⁴ с учетом таких факторов, как сокращение масштабов нищеты, управление, экономическое и социальное развитие и реформы системы здравоохранения.

На основе сотрудничества с программой "Избежание материнской смертности и инвалидности" Медицинского института им. Мэйлмена Колумбийского университета и при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс ЮНФПА провел оценки потребностей, в частности, в Индии, Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Мавритании, Марокко, Мозамбике, Нигере, Никарагуа и Сенегале.

Мужчины и охрана здоровья матери



ЮНФПА и безопасное материнство

ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ.

22 РЕФОРМА ЭКСТРЕННОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В МОЗАМБИКЕ

В результате войны и стихийных бедствий в системе здравоохранения в провинции Софала в Мозамбике произошли нарушения и она не могла оказывать экстренную помощь беременным женщинам. В рамках инициативы ЮНФПА/АМДД оказывалась поддержка в организации профессиональной подготовки медицинских работников для больниц провинций и медицинских пунктов более низкого уровня, предоставлялись медикаменты и товары медицинского назначения и оборудование. В результате этого число получающих необходимую помощь имеющих осложнения женщин увеличилось почти в два раза. Благодаря финансированию других доноров этот проект будет осуществляться в девяти других провинциях и вскоре им будет охвачена вся страна.

В Никарагуа результатом анализа деятельности 125 медицинских учреждений стало существенное улучшение положения в области медицинского обслуживания в трех районах, был проведен ремонт зданий и помещений, опубликованы стандарты и нормы оказания медицинских услуг, организована профессиональная подготовка персонала и предприняты усилия, направленные на повышение качества услуг. В период с 2000 по 2003 год доля женщин с осложнениями, получающих экстренную помощь, в этих районах увеличилась на одну треть.⁷⁵

Подготовка врачей, медицинских сестер, акушеров и анестезиологов по вопросам ухода в случае оказания экстренной акушерской помощи и оказания услуг в период после абортотв продолжается во всех районах, а также проводится подготовка врачей и медицинских работников по ведению учета и сбору данных. Медицинский персонал проходит подготовку по оценке случаев материнской смертности и осложнений. Кроме того, Фонд разработал технические материалы, подготовил курс дистанционного обучения и перечень экстренных акушерских услуг для сотрудников, занимающихся планированием.

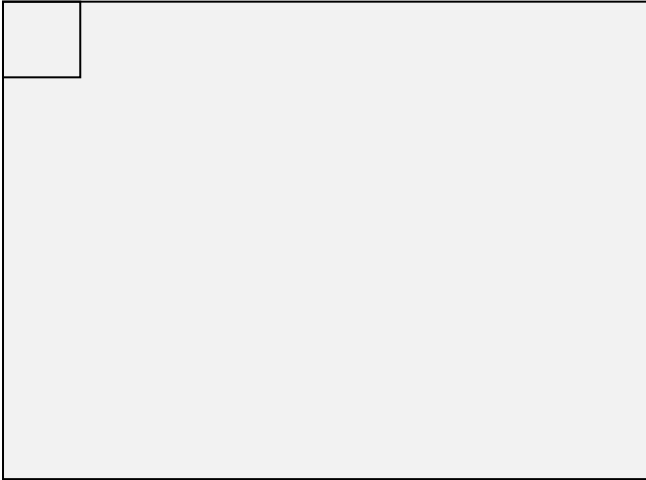
ЮНФПА отремонтировал и построил новые здания, предоставил оборудование и товары медицинского назначения, а также закупил автомобили скорой помощи и средства радиосвязи.

В Индии в штате Раджастан при поддержке ЮНФПА и инициативы АМДД было отремонтировано 79 зданий и помещений для оказания гинекологических услуг, в которых получают помощь 13 миллионов человек. Кроме того,

персонал районной больницы прошел двухнедельную подготовку по экстренной акушерской помощи и просветительской и пропагандистской работе, охватывающей общины, работников сферы здравоохранения, руководителей деревень и политиков. В каждом районе была также создана группа специалистов, которой поручено ведение списков беременных женщин, информирование их семей об опасных признаках осложнений и оказание помощи в доставке женщин в медицинские учреждения и направлении их к специалистам. Благодаря этой инициативе количество пунктов, в которых оказывается подобная помощь, увеличилось в два раза, а число прошедших лечение женщин увеличилось на 50 процентов.⁷⁶

Совместно с ЮНИСЕФ и ВОЗ ЮНФПА организовал проект "Видение 2010" для широкого освещения мероприятий по борьбе с материнской смертностью и смертностью в неонатальный период в Центральной и Западной Африке, а также совместно с Панамериканской организацией здравоохранения организовал Форум по вопросам сокращения материнской смертности в Латинской Америке. Фонд сотрудничал с министерствами здравоохранения в разработке руководящих указаний для оказания экстренных акушерских услуг, разработки национальной политики в области охраны здоровья матери и ведения регулярного контроля за системами направления к специалистам.

Фонд проводит обучение добровольцев и медицинских инструкторов, с тем чтобы они вели просветительскую работу в общинах по вопросам, касающимся услуг в области охраны здоровья матери и планирования семьи, а также поощряли разработку систем организации доставки женщин в медицинские учреждения.



ПОЛИТИКА И ИНФОРМАЦИОННО-ПРОПАГАНДИСТСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА.

МОБИЛИЗАЦИЯ ОБЩИН.

РАЗВИТИЕ ИНФРАСТРУКТУРЫ.

WELCOME



Предупреждение ВИЧ/СПИДа

Более чем за два десятилетия существования пандемии СПИДа около 38 млн. человек инфицированы ВИЧ/СПИДом, а 20 млн. человек умерли от этой инфекции.¹ Несмотря на расширяющуюся деятельность и ее предупреждению, каждый год регистрируется около 5 млн. новых инфекций. В наиболее пострадавших странах пандемия сводит на нет успехи в области развития, достигнутые на протяжении нескольких десятилетий.

В 1994 году в Программе действий МКНР были отмечены широкие масштабы пандемии и в отсутствие эффективных стратегий профилактики прогнозируется увеличение числа ВИЧ-инфицированных до 30-40 млн. человек.²

МКНР призвала применять многосекторальный подход к СПИДу, включающий в себя работу по улучшению осведомленности общественности о катастрофических последствиях этой болезни, предоставлении информации о средствах предупреждения и преодоления социального, экономического, полового и расового неравенства, повышающего уязвимость к воздействию этой болезни.³ Признается тот вред, который наносит практика остракизма и дискриминация, и необходимость защиты прав человека лиц, зараженных ВИЧ/СПИДом.

В Программе действий отмечается, что "социально-экономические лишения, с которыми сталкиваются женщины,

делают их особенно уязвимыми к инфекциям, передаваемым половым путем, включая ВИЧ-инфекции".⁴ Сегодня в Африке у женщин в 1,3 раза больше шансов быть инфицированными ВИЧ, чем у мужчин. Молодые женщины в возрасте от 15 до 24 лет имеют в два раза больше шансов получить инфекцию, чем молодые мужчины.

Было признано, что охрана репродуктивного здоровья имеет крайне важное значение для предупреждения ВИЧ на основе профилактики, обнаружения и лечения болезней, передаваемых половым путем; представления информации, ведения просветительской работы и организации консультаций по вопросам, касающимся ответственного полового поведения; обеспечения надежного источника поставок презервативов.

В пятилетнем обзоре по итогам МКНР, проведенном в 1999 году, Организация Объединенных Наций приняла к сведению ухудшение положения в плане пандемии и призвала увеличить объем ресурсов и активизировать усилия для борьбы с ее распространением. Были определены целевые показатели для сокращения масштабов ВИЧ среди молодых людей и расширения их доступа к информации и услугам для предупреждения инфекции.

Учитывая, что более трех четвертых всех случаев ВИЧ передаются половым путем, а еще 10 процентов переда-

Правительства должны обеспечить, чтобы предупреждение и услуги по лечению болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа стали неотъемлемым компонентом программ в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья на уровне первичного медико-санитарного обслуживания.

ВКЛЮЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВИЧ/СПИДА В УСЛУГИ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

- Основные меры по осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, пункт 68

ются от матери детям во время беременности или родов или же кормления грудью,⁵ крайне важное значение имеет включение услуг по лечению ВИЧ в услуги по охране репродуктивного здоровья. Пандемия продемонстрировала, что существует настоятельная необходимость повысить качество услуг на уровне первичного медико-санитарного обслуживания и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Инфекция ВИЧ/СПИДа приносит огромные страдания отдельным лицам и общинам в странах, где она получила широкое распространение. В некоторых странах Африки, расположенных к югу от Сахары, одна четвертая часть

лиц трудоспособного возраста инфицирована ВИЧ. По подсчетам, если 15 процентов населения страны имеют позитивную реакцию на ВИЧ (предполагается, что к 2010 году этого уровня достигнут девять стран), то валовой внутренний продукт будет сокращаться каждый год приблизительно на 1 процент.⁶ В этом случае к 2010 году ВВП Южной Африки может сократиться на 17 процентов.

В последнем докладе Всемирного банка и Университета Хайдельберга содержится предупреждение о том, что долгосрочное воздействие ВИЧ может иметь еще более разрушительные последствия.⁷ СПИД убивает людей в расцвете сил, а также влияет на то, как знания и навыки передаются от поколения к поколению. Кроме того, преждевременная смертность взрослого населения, свя-

23 **БОРЬБА С НЕРАВЕНСТВОМ**

В целях сокращения непропорционального воздействия ВИЧ/СПИДа на женщин и девочек в феврале 2001 года на заседании, на котором председательствовала Директор-исполнитель ЮНФПА Сорайя Обейд, ЮНЭЙДС создал Глобальную коалицию по вопросам женщин и СПИДа. Основной упор в рамках этой пропагандистской инициативы будет делаться на предупреждение новых случаев инфекции ВИЧ среди женщин и девочек, поощрение равного доступа к услугам по лечению ВИЧ, ускорение научных исследований в области микробицидов, защиту прав женщин и права наследования, а также сокращение масштабов насилия в отношении женщин.

В июле 2004 года ЮНЭЙДС, Фонд для развития в интересах женщин Организации Объединенных Наций (ЮНИФЕМ) и ЮНФПА выпустили совместный доклад "Women and AIDS, Confronting the Crisis" ("Женщины и СПИД: преодоление кризиса"). В этом докладе к правительствам и к мировому сообществу обращены следующие призывы:

Обеспечить, чтобы девочки-подростки и женщины имели знания и средства для предупреждения инфекции ВИЧ на основе агитационно-пропагандистских кампаний, в рамках которых распространяется базовая информация о повышенной психологической уязвимости женщин и разоблачаются вредные мифы и закрепленные в сознании мужчин стереотипы в отношении женщин, представляется информация о том, что брак не обязательно обеспечивает защиту от передачи ВИЧ, а моло-

дые женщины привлекаются к участию в усилиях, направленных на содействие укреплению сексуального и репродуктивного здоровья.

Поощрять равный и универсальный доступ к лечению на основе обеспечения того, чтобы женщины составляли до 50 процентов населения, имеющего доступ к расширенному лечению, расширения доступа к конфиденциальным добровольным услугам по предоставлению консультаций и тестированию, учитывающим неравноправные отношения между мужчинами и женщинами и способствующие проведению тестирования партнеров, расширения комплекса услуг по охране репродуктивного и сексуального здоровья и организации профессиональной подготовки работников медицинских учреждений по предоставлению услуг и лечению с учетом гендерных факторов.

Поощрение получения девочками начального и среднего образования и ликвидации неграмотности у женщин на основе отмены платежей за обучение в школе, поощрения "нулевой терпимости" в отношении насилия по признаку пола и сексуального домогательства, организации занятий по ликвидации неграмотности для женщин, основное внимание в которых уделяется ВИЧ/СПИДу и равенству мужчин и женщин, формирования необходимых для жизни навыков как для учащихся школ, так и для детей, не посещающих школы, и разработку учебных программ, ликвидирующих гендерные стереотипы и развивающие у девочек чувство уважения к самим себе.

Положить конец практике неравного распределения нагрузки при работе в домашних хозяйствах и неравной ответственности женщин и девочек по уходу за больными членами семьи и сиротами на основе обеспечения механизмов социальной защиты и поддержки лиц, осуществляющих уход, содействия тому, чтобы мужчины и женщины выполняли равные функции в домашних хозяйствах, распределения комплектов, необходимых для домашних хозяйств, и создания общинных кухонь, дополняющих функции отдельных домашних хозяйств.

Ликвидировать все формы насилия в отношении женщин и девочек на основе проведения в средствах массовой информации кампаний нетерпимости к насилию, повышению ответственности мужчин и уважения женщин, борьбы с опасными нормами поведения и предоставления консультативных и профилактических услуг жертвам сексуального насилия.

Поощрять права человека женщин и девочек и обеспечивать их защиту на основе принятия, укрепления и соблюдения законов, обеспечивающих защиту их прав, представления Комитету Организации Объединенных Наций по ликвидации дискриминации в отношении женщин информации об имеющихся местах нарушениях, защиты прав на собственность и наследия женщин и поддержки в оказании бесплатных или доступных по цене юридических услуг женщинам, инфицированным ВИЧ/СПИДом.

Воздействие пандемии и ответные меры



занная с ВИЧ, уменьшает объем инвестиций в сферу образования и сокращает долю семей, которые могут позволить себе отправить своих детей в школы.

Как отмечается в докладе Глобальной рабочей группы по предупреждению ВИЧ, являющейся группой экспертов по вопросам ВИЧ, за 2003 год, менее одного из пяти человек, подвергающихся высокой степени риска инфекции ВИЧ, имеют доступ к эффективным профилактическим услугам. В докладе отмечается, что существенное расширение деятельности в рамках эффективных стратегий предупреждения могло бы способствовать тому, что количество новых ожидаемых к 2010 году инфекций ВИЧ, составляющее 45 миллионов, было бы меньше на 29 миллионов.⁸

В 90-е годы повысилась эффективность режимов лечения ВИЧ, однако расходы на него остаются чересчур высокими для всех, за исключением наиболее богатых стран. Хотя в настоящее время прилагаются согласованные усилия по расширению доступа к лечению, включая осуществляемую под эгидой ВОЗ Инициативу ЮНЭЙДС "3 x 5", цель которой состоит в охвате 3 миллионов человек к 2005 году и понижении стоимости лекарств, подавляющее большинство инфицированного населения по-прежнему не имеет доступа к противовирусной терапии, что может привести к тому, что СПИД станет хроническим заболеванием.

В докладе, представленном в июне 2004 года Глобальной рабочей группой по предупреждению ВИЧ,⁹ подчеркивается важное значение включения мероприятий по предупреждению ВИЧ в расширяющиеся программы лечения. В докладе отмечается, что расширение услуг в рамках противовирусной терапии поставит большее число людей под контроль медицинских учреждений, где их можно будет охватить работой по профилактике ВИЧ. Однако если предоставление консультативных услуг по вопросам предупреждения не будет включено в программу лечения, это может способствовать распространению рискованных моделей поведения. Группа рекомендовала использовать новаторские методы лечения во всех медицинских учреждениях, в которых население имеет доступ к услугам в области противовирусной терапии.

Половина взрослого населения, инфицированного ВИЧ/СПИДом, - это женщины, а в 1997 году доля женщин среди инфицированных составляла 41 процент. В странах, расположенных к югу от Сахары, являющихся самым пострадавшим регионом, этот показа-

тель составляет около 60 процентов. Повышение показателей инфекции среди женщин и девочек-подростков отражает их большую уязвимость, обусловленную как биологическими, так и социальными факторами. Неравенство мужчин и женщин и доминирующая роль мужчин в отношениях между мужчиной и женщиной может повысить риск инфекции у женщин и ограничить их способность обсуждать вопрос об использовании презервативов. Нищета заставляет многих женщин и девочек вступать в небезопасные сексуальные отношения, зачастую со старшими по возрасту партнерами.

Такая "феминизация" эпидемии еще в большей мере усугубляется тем фактом, что в семьях женщины выступают в роли руководителей домашних хозяйств и основных кормильцев членов семьи, инфицированных ВИЧ. К числу других факторов, делающих непропорциональным воздействие эпидемии, относятся правовое, экономическое и социальное неравенство женщин, которое часто характерно для таких областей, как образование, здравоохранение, обеспечения жизненных возможностей, правовая защита и принятие решений.

Три четверти стран, представивших ответы на проведенное в 2003 году глобальное обследование ЮНФПА, сообщили о принятии национальной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а 36 процентов отметили, что разработали специальные стратегии, направленные на группы высокого риска. Во многих странах были созданы национальные комиссии по СПИДу и разработаны политика и программы для решения проблем, связанных с воздействием пандемии. Все большее число стран применяют многосекторальный подход, включающий в себя широкий круг министерств и предусматривающий более активное привлечение НПО. Однако лишь 16 процентов стран сообщили о принятии законов в поддержку усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Поскольку в основном передача ВИЧ происходит в результате половых контактов, информация и услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья являются крайне важным элементом для предупреждения ВИЧ/СПИДа. Кроме того, эта информация лежит в основе программ по уходу и лечению.

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ СТРАН.

Включение аспектов, касающихся предупреждения ВИЧ, в программы в области охраны репродуктивного здоровья

ФЕМИНИЗАЦИЯ ПАНДЕМИИ.

Услуги в области охраны репродуктивного здоровья могут способствовать предупреждению передачи ВИЧ на основе: ведения просветительской работы о рисках в целях оказания воздействия на сексуальное поведение; определения и лечения инфекций, передаваемых половым путем; поощрения правильного и последовательного использования презервативов; оказания помощи в предупреждении передачи инфекции от матери ребенку.¹⁰ Включение аспектов, связанных с предупреждением ВИЧ и предупреждением и лечением болезней, передаваемых половым путем, в мероприятия по планированию семьи и охране здоровья матери может способствовать расширению охвата, уменьшению практики остракизма и экономии средств за счет использования имеющихся ресурсов и инфраструктуры.

Ряд инициатив, прежде всего в Африке, направлены на увязку программ по борьбе с ВИЧ и программ по охране репродуктивного здоровья.¹¹ Однако в основном эти две программы не связаны друг с другом.

В июне 2004 года ЮНФПА, ЮНЭЙДС и Организация "Фэмили кэр интер-

нешнл" провели глобальные консультации на высоком уровне, в которых участвовали министры здравоохранения, члены парламентов, послы, руководители учреждений системы Организации Объединенных Наций, организации-доноры, общинные лидеры и руководители НПО, молодежь и лица, инфицированные ВИЧ. Результатом этой встречи был призыв о выполнении обязательств, в котором подчеркивалась "настоятельная необходимость значительно более тесной увязки политики, программ и услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и борьбы с ВИЧ/СПИДом".

Более тесные связи, включая предоставление информации и услуг в области репродуктивного здоровья всем лицам, охватываемых программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также информации и услуг, касающихся ВИЧ/СПИДа, всему населению, охватываемому медицинскими программами, имеют крайне важное значение в обеих областях, а также для достижения целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, и, как отмечается в призыве, "результатом этого будут более актуальные и эффективные с точки зрения затрат программы, имеющие более широкое воздействие".



До сегодняшнего дня в нескольких программах по планированию семьи основной упор делался на создание благоприятных условий для решения проблем, связанных с сексуальностью, для сотрудников медицинских учреждений. Например, в последнем проведенном в Объединенной Республике Танзании исследовании установлено, что вопрос о ВИЧ/СПИДе лишь вскользь упоминался клиентом, обращающимся за услугами в области планирования семьи, во время консультаций по вопросу об осознанном выборе, когда "женщин информировали о том, что презервативы предупреждают болезни, передаваемые половым путем,

ПРИЗЫВ ВЫПОЛНЯТЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.

**ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО
ВОПРОСУ О РИСКАХ.**

такие, как ВИЧ, в то время как другие методы не обеспечивают этого".¹²

Международная федерация планируемого родительства провела для ряда ассоциаций по планированию семьи подготовку по таким вопросам, как сексуальное поведение, гендерные вопросы и качество лечения.¹³ Накопленный в этой области опыт показал, что консультации по вопросу о половой жизни могут проводиться в том случае, если консультанты прошли соответствующую подготовку. Однако в проведенных в Кении и Замбии исследованиях показано, что большинство работников сферы здравоохранения не уверены в том, что имеют соответствующие способности для консультирования клиентов по вопросу о потребностях в противозачаточных средствах в связи с ВИЧ.¹⁴

Необходимо разработать программы для подготовки всех врачей оказывать пациентам помощь в оценке риска ВИЧ и консультировать их по вопросу об избежании обоих заболеваний и нежелательной беременности. Подготовка должна также включать в себя правильную информацию о противозачаточных методах, с тем чтобы оказать содействие в развеянии связанных с этим мифов и сплетен.

Наличие одного или большего количества заболеваний, передаваемых половым путем, значительно повышает риск инфекции ВИЧ. В недавно проведенном в США исследовании было установлено, что лечение болезней, передаваемых половым путем, у ВИЧ-инфицированного может привести к сокращению шансов передачи ВИЧ до 27 процентов, при этом не будут меняться какие-либо другие модели поведения инфицированного лица.¹⁵ В исследовании, проведенном в Объединенной Республике Танзании в середине 90-х годов, продемонстрировано, что предупреждение и лечение заболеваний, передаваемых половым путем, может способствовать предупреждению приблизительно 40 процентов новых инфекций ВИЧ.¹⁶ В исследовании показано также, что такие мероприятия, как широкое освещение этого факта в общинах, уведомление партнеров и лечение, могут сократить распространение заболеваний, передаваемых половым путем.

В рамках программ по охране репродуктивного здоровья среди пользователей может проводиться просветительская работа о болезнях, передаваемых половым путем, их симптомах и о здоровых моделях поведения. Однако диагностирование и лечение болезней, передаваемых по-

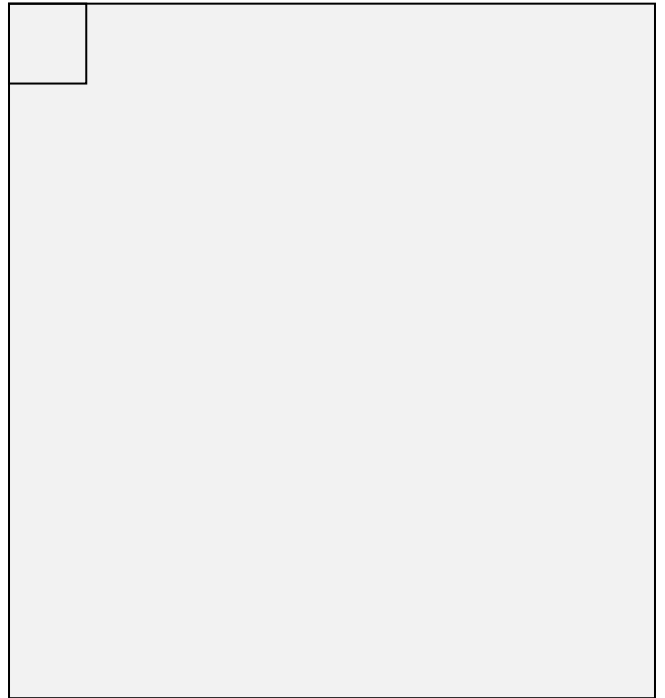
24 ОБЪЕДИНЕНИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВИЧ В ЗАМБИИ

Недавно был расширен осуществляемый в Лусаке, Замбия, проект, в рамках которого распределяются презервативы для предупреждения ВИЧ, и теперь распространяются другие виды противозачаточных средств, запрошенных клиентами, так как услуги по планированию семьи являются неадекватными. Показатели использования презервативов остаются высокими. По сути дела, персонал Программы выяснил, что пользователи других типов противозачаточных средств могут использовать презервативы, а пользователи презервативов могут начать пользоваться другими видами противозачаточных средств, если их предложить им". "Для расширения использования противозачаточных средств нам надо было только получить их", - говорит директор проекта.

Как заявил директор, для рекламирования этих новых услуг супружеским парам, пришедшим в Центр, предлагалось выступать в качестве пропагандистов. "Мы платили им за то, чтобы они распространяли информацию о нашей деятельности или среди своих друзей. Кроме того, мы направляли приглашения Центр, и треть людей, получивших такие предложения, пришла к нам".

ловым путем, оказалось трудным делом. Большинство женщин, зараженных заболеваниями, передаваемыми половым путем, не имеет никаких симптомов и поэтому усилия по определению диагнозов и их лечению в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по охране репродуктивного здоровья, принесли мало пользы женщинам.¹⁷ Заболеваниям, передаваемым половым путем, не уделяется должного внимания в программах охраны репродуктивного здоровья и борьбе с ВИЧ,¹⁸ а министерства здравоохранения не проделали достаточной работы для обеспечения того, чтобы касающиеся их вопросы были включены в указанные программы.¹⁹ Подготовленные недавно более дешевые тесты на общие заболевания, передаваемые половым путем, могут способствовать ослаблению этой проблемы.

Как мужские, так и женские презервативы являются ключевым компонентом усилий по предотвращению беременности среди активных в половом отношении групп населения. Программы могут способствовать использованию презервативов для защиты от нежелательной беременности, заболеваний, передаваемых половым путем, а также ВИЧ, и предоставлять клиентам информацию о том, что другие виды противозачаточных средств не предупреждают передачу ВИЧ. Правильное и последовательное



ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.

Презервативы

25 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ ПО КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ТЕСТИРОВАНИЮ В ЭФИОПИИ

Назрет, Эфиопия, находится на оживленной магистрали между Аддис-Абебой и Джибути и на этой трассе работают многие проститутки. Приблизительно 18,7 процента всех взрослых, проживающих в этом районе, имеют позитивную реакцию на ВИЧ. Для более глубокого понимания этого вопроса Ассоциация семейной жизни Эфиопии организовала предоставление консультаций и тестирования два дня в неделю в поликлинике, в которой оказываются услуги по охране репродуктивного здоровья, в Назрете, и этими услугами пользуются около 100 человек в день.

В ходе дискуссий с членами общин и работниками сферы здравоохранения была выявлена необходимость объединения услуг по консультированию и тестированию с другими услугами. Некоторые клиенты заявили, что они не будут обращаться в нынешние центры по предоставлению консультаций и тестированию, так как испытывают чувство стыда в связи с их посещением, а будут обращаться в поликлинику, в которой оказываются услуги по охране репродуктивного здоровья, за получением услуг в области добровольного консультирования и тестирования. Разработаны планы относительно тестирования, предоставления консультаций до и после тестирования, просветительской работы среди общин по вопросу о предупреждении ВИЧ, лечения большинства инфекций и направления к специалистам для дальнейшего лечения.

Персонал поликлиники прошел подготовку по вопросу о ВИЧ/СПИДе, а медицинские сестры прошли обучение для диагностирования и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. Были созданы общинные службы по распределению презервативов, а пропагандисты прошли обучение для рекламирования их использования. Местные институты были привлечены к созданию механизмов для оказания медицинской, социальной и экономической поддержки клиентам, имеющим позитивную реакцию. Кроме того, были разработаны системы контроля и оценки.

Более половины клиентов служб по добровольному консультированию и тестированию - это мужчины, а 43 процента из них - молодые люди. Результаты приблизительно 20 процентов тестов являются позитивными, а масштабы распространения инфекции такие же, как и в других районах.

использование презервативов имеет крайне важное значение: в проведенном в Уганде исследовании показано, что ни одна из 350 женщин, сообщивших о постоянном использовании презервативов, не была инфицирована ВИЧ, однако среди женщин, сообщивших об их непостоянном использовании, количество случаев инфицирования было значительным.²⁰

Однако на пути более широкого использования презервативов имеется немало препятствий. Существует огромный дефицит поставок по сравнению с имеющимися потребностями, часто этих противозачаточных средств нет на складах, а кроме того, выделяются ограниченные

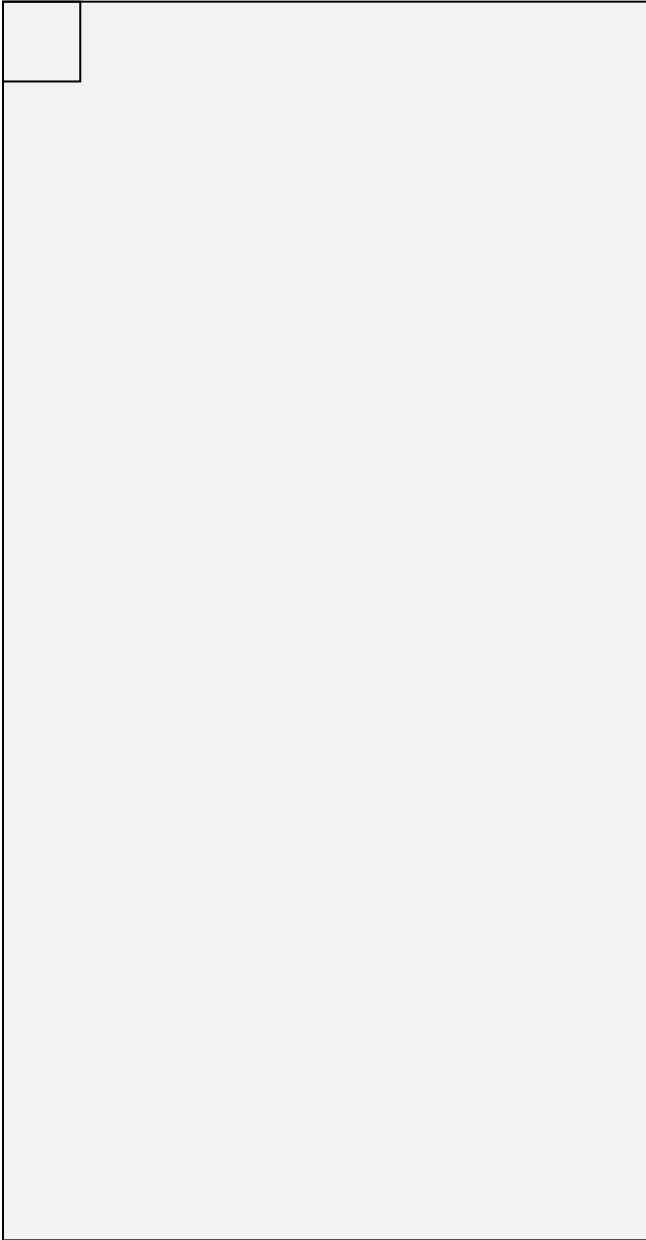
ресурсы на разработку программ для ведения безопасных моделей сексуального поведения. Использованию презервативов препятствуют также связанные с ними широко распространенные мифы, неправильные представления и опасения.

Обеспечение постоянных поставок доступных по цене высококачественных презервативов включает в себя такие элементы, как прогнозирование потребностей, закупки, материально-техническое обеспечение и гарантирование качества. Содействие расширению использования противозачаточных средств требует также понимания потребностей и предпочтений населения, а также создания соответствующих социально-культурных условий в общинах и странах.

Введенные в 90-е годы, расширили ограниченный выбор средств защиты для женщин. Более широкому использованию этих противозачаточных средств препятствует их цена, которая в десять раз выше цены мужского презерватива.²¹ Хотя имеются данные о том, что женский презерватив можно повторно использовать до семи раз, если промывать его дезинфицирующими средствами, ВОЗ рекомендует пользоваться им только один раз до получения дополнительных данных о безопасности повторного использования.²²

Более 19 миллионов женских презервативов были поставлены более чем в 70 стран. Широкие программы разработаны в Бразилии, Гане, Замбии, Зимбабве, Намибии и Южной Африке. В ходе проведенного в Индонезии, Коста-Рике, Мексике и Сенегале исследования было установлено, что женские презервативы являются наиболее приемлемыми средствами в тех случаях, когда мужчины согласны использовать методы планирования семьи и считают, что их партнеры также будут пользоваться этими методами, когда работники индустрии секса имеют навыки обсуждения вопросов о безопасном сексе, а также когда женские презервативы считаются более предпочтительными, чем мужские.²³ Это дает основание полагать, что "сбыт должен ориентироваться на женщин, которые могут обсуждать вопрос об использовании женского презерватива со своими партнерами, а также уговорить мужчин согласиться на его использование".²⁴

Научные исследования в этой области продолжаются и имеются свидетельства того, что через несколько лет может появиться новое поколение менее дорогостоящих женских презервативов.



ЖЕНСКИЕ ПРЕЗЕРВАТИВЫ,

Полученные из Объединенной Республики Танзании данные свидетельствуют о том, что среди замужних молодых женщин ВИЧ/СПИД распространяется более быстрыми темпами, чем среди ведущих половую жизнь женщин, не состоящих в браке. Замужние женщины, особенно молодые, часто не могут обсуждать вопрос об использовании презервативов, даже если им известно, что в настоящий момент или ранее у их мужей было несколько партнеров; однако им легче будет делать это, если будет широко признано, что презервативы являются важным компонентом общей защиты.

В ходе научных исследований, проведенных в Южной Африке, было установлено, что женщины, пользующиеся презервативами, лучше осознают тот факт, что презервативы могут предотвратить ВИЧ, чем женщины, которые не пользуются ими.²⁵ Молодые, более образованные и живущие в городских районах женщины чаще пользуются презервативами. По сравнению с состоящими в браке женщинами женщины, имеющие случайных партнеров, пользуются презервативами в четыре раза чаще, а женщины, имеющие регулярные связи с женатыми партнерами, в два раза чаще пользуются ими.

Врачи, занимающиеся планированием семьи и дородовым уходом, должны оказывать помощь пациентам в развитии навыков общения со своими партнерами, с тем чтобы они могли должным образом защитить себя от передачи ВИЧ.

Врачи должны иметь информацию о двойной защите - стратегией предупреждения передачи ВИЧ и заболеваний, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности на основе использования презервативов, использования презервативов в сочетании с другими методами защиты от беременности (двойной метод) или избежания половых связей, считающихся рискованными. Метод двойной защиты может быть расширен и предусматривать защиту от беременности на основе предупреждения заболеваний, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, при этом следует отметить, что прежде всего этот метод рассчитан на молодых, еще не рожавших женщин.²⁶

Вот уже в течение нескольких лет разрабатываются микробициды, обеспечивающие защиту женщин от передачи ВИЧ. Для лиц, которые не имеют

возможности обсуждать вопрос об использовании презервативов, введение микробицидов значительно расширит их возможности защитить себя от инфекции. По расчетам организации "Глобальная кампания за микробициды", они будут получены в начале 2007 года, и если в развивающихся странах будут использоваться микробициды, эффективность которых составляет 60 процентов, то можно будет предотвратить 2,5 млн. случаев инфекции ВИЧ.²⁷

Программы добровольного консультирования и тестирования на конфиденциальной основе предоставляют женщинам и мужчинам информацию об их положении и рисках и способствуют применению здоровых моделей поведения. Эти программы являются эффективным средством предупреждения передачи ВИЧ и важным начальным элементом лечения заболеваний, связанных с ВИЧ, предупреждения передачи инфекции от матери детям, борьбы с туберкулезом и психологической и правовой поддержки.

Осуществляемые в Кот-д'Ивуаре и Индии проекты свидетельствуют о том, что включение добровольного консультирования и тестирования в услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья ослабляют чувство стыда, связанного с ВИЧ/СПИДом, улучшают понимание здоровых моделей сексуального поведения и расширяют доступ к использованию услуг. Однако часто добровольное консультирование и тестирование предлагаются отдельно от других услуг.²⁸

Программы по охране репродуктивного здоровья могут помочь матерям предотвратить передачу ВИЧ от матери детям на основе предупреждения этой инфекции среди женщин, обеспечения того, чтобы имеющие позитивную реакцию на ВИЧ женщины и мужчины имели информацию о существующих вариантах и рисках, с тем чтобы они могли сделать обоснованный вывод, а также на основе обеспечения доступа к современным методам лечения и широкому комплексу контрацептивных методов для содействия в оказании поддержки в принятии решений.

Во многих случаях беременность является благоприятным случаем для обращения женщин к услугам врачей, что дает отличную возможность провести мероприятия по предупреждению ВИЧ, прежде всего на основе кон-

**ТРУДНОСТИ С ОБСУЖДЕНИЕМ ВОПРОСА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
ПРЕЗЕРВАТИВОВ.**

Добровольное консультирование и тестирование

ДВОЙНАЯ ЗАЩИТА.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ ДЕТЯМ.

МИКРОБИЦИДЫ.

сультирования. Комплексные услуги для предупреждения ВИЧ и охраны здоровья матери могут способствовать расширению использования презервативов, лечению заболеваний, передаваемых половым путем, оказанию услуг в дородовый и послеродовый период, обеспечению безопасных родов и консультированию по вопросам грудного вскармливания.

Существует острая необходимость в расширении инициатив, направленных на предупреждение передачи инфекции от матери детям, которыми охвачена в настоящее время лишь небольшая доля женщин.²⁹

За последние два года в связи с заявлением об увеличении объема финансирования лечебных мероприятий и расширения наличия непатентованных лекарственных препаратов изменились основные направления программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. ВОЗ и ее партнеры в Объединенной программе Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу выполнили колоссальную задачу по предоставлению к 200

году услуг по лечению 3 миллионам человек.³⁰ В 2003 году в Африке лишь 100 000 человек получали эти услуги, т.е. лишь 2 процента от приблизительно 4,4 миллиона человек, нуждающиеся в них. В Южной и Восточной Азии этими услугами были охвачены лишь 7 процентов нуждающихся.

Соединенные Штаты заявили о выделении финансовых средств 15 странам Африки и региона Карибского бассейна для лечения 2 миллионов человек в течение следующих пяти лет в рамках новой инициативы, целью которой является предупреждение возникновения 7 миллионов новых случаев инфекций и оказание услуг и поддержки 10 миллионам человека, инфицированным ВИЧ/СПИДом.

ВОЗ и ЮНЭЙДС признают, что инициативы по лечению являются долгосрочным обязательством. "Лечение на протяжении всей жизни должно быть гарантировано всем тем, кто начал лечиться на основе использования противовирусной терапии. Так, инициатива "3 x 5" - это лишь начало расширения противовирусной терапии и укрепления систем здравоохранения".³¹

Масштабы распространения ВИЧ в Уганде достигли максимального уровня, составившего около 15 процентов в 1991 году, а затем к 2001 году сократившемуся до 5 процентов. Такое сокращение объясняется усилиями по предупреждению, которые прилагались в нескольких направлениях, на основе использования комбинированного медицинского подхода к изменению моделей поведения, известному как "ABC", а именно поощрение воздержания, просветительская работа с партнерами (которую называют "будь верным"), а также последовательное и правильное использование презервативов в сочетании с услугами по добровольному консультированию и тестированию.

Воздержание. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что молодые угандийцы все чаще начинают половую жизнь в более позднем возрасте. В период с 1989 по 2000 год возраст начала половых связей повысился с 15,9 до 16,6 лет среди женщин и с 17,3 до 18,5 среди молодых мужчин. Просветительская работа, в рамках которой поощряется воздержание, и улучшение имеющихся

знаний об этой болезни играли свою роль.

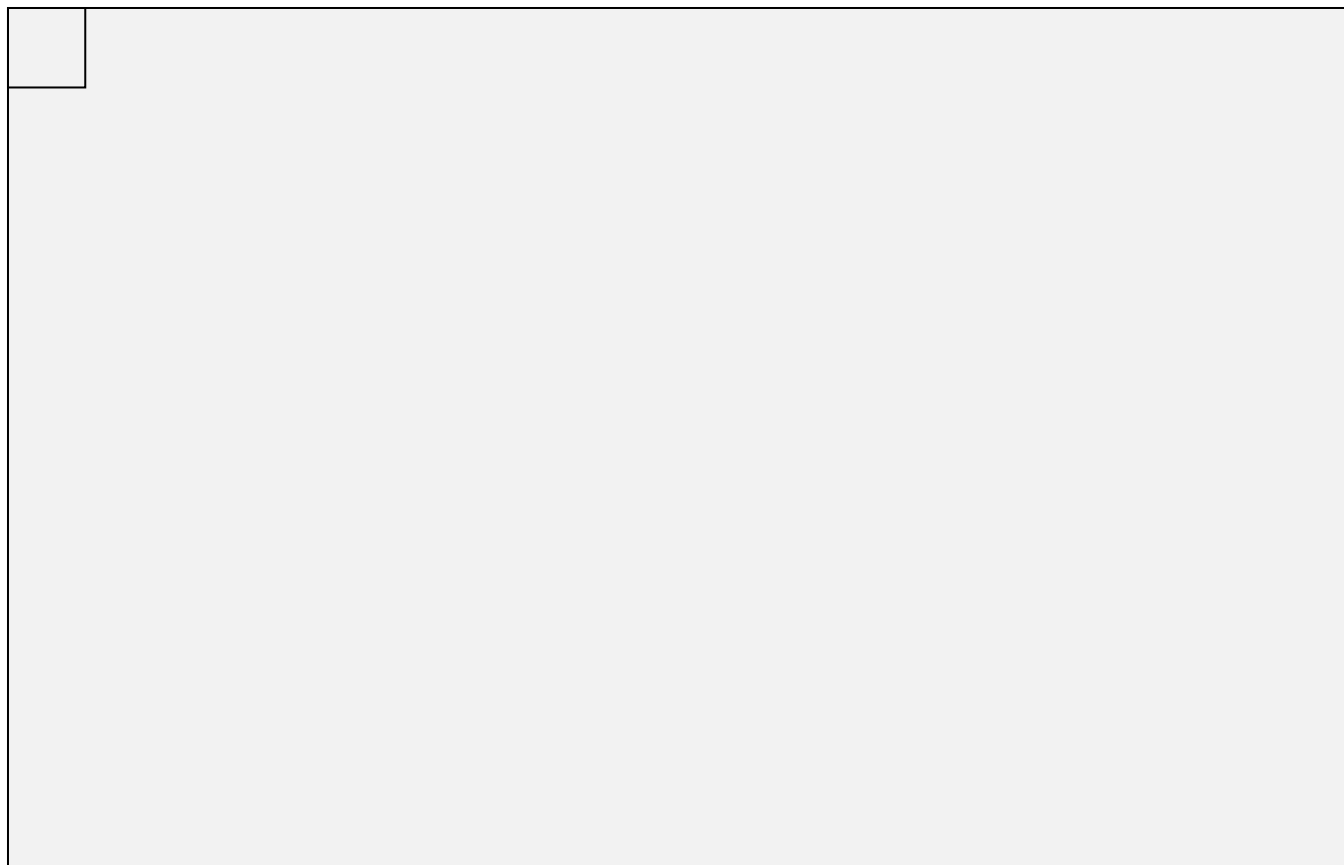
Однако доля сексуального активного населения существенно сократилась лишь среди подростковых женщин в возрасте от 15 до 17 лет, а не в других группах. Около половины незамужних женщин жили в 2000 году половой жизнью, т.е. та же доля, что и в конце 80-х годов. Свыше половины неженатых мужчин состоят в половых отношениях, что на одну треть меньше.

"Будь верным" (сокращение числа партнеров). В период с 1989 по 1995 год расширилась моногамия, особенно среди ведущих половую жизнь не состоящих в браке женщин, однако впоследствии этот показатель слегка изменился. Доля женщин, имеющих много партнеров, сократилась наполовину, но число таких женщин и ранее было незначительным. В противоположность этому свыше 25 процентов неженатых мужчин имеют нескольких партнеров. Число состоящих в браке мужчин, имеющих несколько партнеров, увеличилось в нескольких возрастных группах, а в других группах оно сократилось.

Использование презервативов. В 90-е годы двадцатого столетия произошло существенное изменение моделей использования презервативов, прежде всего среди не состоящих в браке мужчин и женщин. До 1989 года их использование мужчинами и женщинами было незначительным. К 1995 году оно увеличилось до 8 процентов среди женщин и 11 процентов среди мужчин. Произшедшие впоследствии увеличения имели широкие последствия, особенно среди самых молодых (и самых уязвимых) возрастных групп.

Использование презервативов ведущими половую жизнь женщинами в возрасте 15-17 лет увеличилось с 6 до 25 процентов, женщинами в возрасте 18-19 лет - с 3 до 12 процентов. Среди мужчин в возрасте от 15 до 17 лет показатель использования презервативов увеличился с 16 до 55 процентов, среди мужчин в возрасте от 18 до 19 лет - с 20 до 23 процентов. последние данные свидетельствуют о том, что использование презервативов продолжает расширяться.

Основные проблемы
РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ.



Быстрое расширение масштабов лечения потребует немедленного укрепления систем здравоохранения, которые могут также повысить качество программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также увеличение количества медицинских учреждений (цель инициативы "3 x 5").

Более широкое наличие услуг будет способствовать усилиям по предупреждению ВИЧ, так как меньше вероятность того, что лица, проходящие антивирусное лечение, будут распространять вирус, а оказание этих услуг создаст возможности для распространения информации по предупреждению ВИЧ и распространения презервативов. Однако необходимо также расширить поддержку программ в области предупреждения и включить услуги по предупреждению в мероприятия по лечению. Крайняя необходимость испытывается также в расширении всеобщих мер безопасности (включая процедуры безопасности и удаление использованных перчаток и режущих предметов). В настоящее время даже в тех случаях, когда медицинским работникам известно о мерах предосторожности в связи с передачей ВИЧ, часто они не носят защитных перчаток и не пользуются антивирусными средствами (в случае укола иглой или в других подобных случаях). В недавно проведенном в Замбии исследовании отмечается, что в поликлиниках нет руководящих принципов по вопросам безопасности и профилактических наборов. В случае отсутствия перчаток пациентам предлагается купить их. Уменьшение профессионального риска может способствовать улучшению морального состояния персонала и повысить качество оказываемых услуг.³²

Недавно проведенные исследования по распространению ВИЧ в Камбодже, Гондурасе, Индонезии, Кении и России свидетельствуют о том, что основной упор в деятельности по предупреждению следует делать на тщательный анализ инфекций, а не просто на широкие категории групп, подвергающихся риску.³³ Например, в Камбодже количество новых инфекций, приобретенных в результате коммерческого секса, сократилось, а доля новых инфекций, приобретенных в рамках брачных отношений, увеличилось с 11 до 46 процентов. Однако первоначальная передача ВИЧ по-прежнему тесно связана с индустрией секса, и большая часть населения, получающего инфекции, - это лица, партнеры которых вели ранее рискованный образ жизни. Таким образом, основной упор в превентивной работе

27 ПРОЕКТ "ПОЗИТИВНЫЕ ЖЕНЩИНЫ: МНЕНИЯ И ВЫБОР"

В рамках пропагандистского и научно-исследовательского проекта "Позитивные женщины: мнения и выбор", разработанного организацией "Международная община женщин, инфицированных ВИЧ/СПИДом, изучается воздействие ВИЧ/СПИДа на сексуальную и репродуктивную жизнь женщин, ведется борьба с нарушением их прав и пропагандируется улучшение разрабатываемой политики и оказываемых услуг.

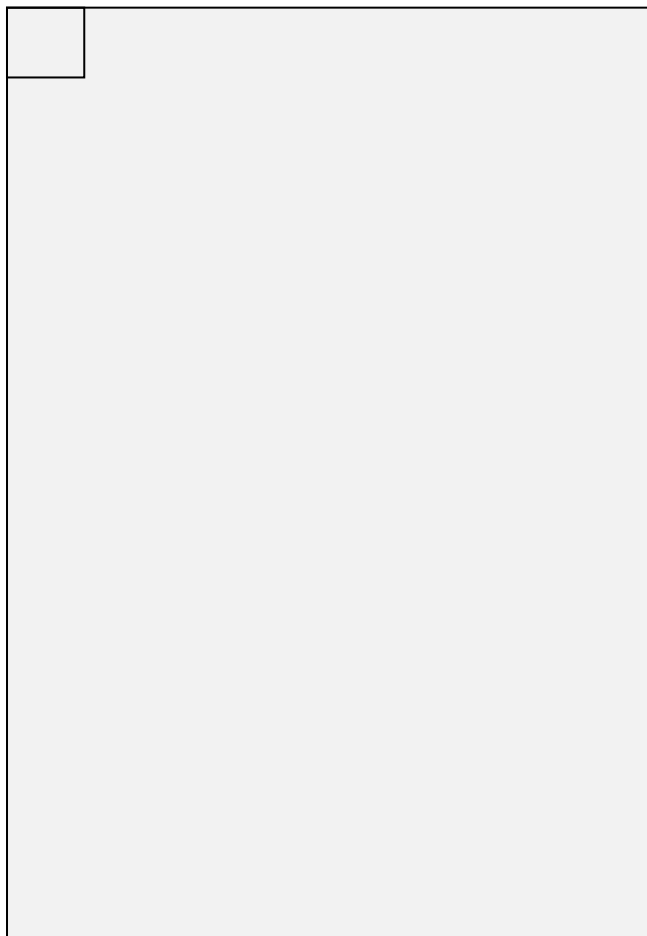
С 1998 по 2001 год осуществлялись мероприятия в Зимбабве, являющейся одной из трех охваченных проектом стран. Как правило, женщины, имеющие позитивную реакцию на ВИЧ, не имели информации о риске, которому они подвергались, до тестирования. Гендерные нормы и экономическая зависимость от мужей или партнеров ограничивали их контроль в отношении сексуальной и репродуктивной жизни. Учитывая существующее предубеждение в отношении того, что женщина должна быть сексуально активной и иметь детей, они не информировали работников медицинских учреждений о своем состоянии, что затрудняло удовлетворение их потребностей. Использование презервативов в браке считалось неуместным.

Молодые женщины хотели иметь детей, а женщины более старшего возраста, имеющие нескольких детей, хотели ограничить их рождение после диагностирования ВИЧ. Среди женщин, посещающих такие группы, значительно расширилось использование презервативов и противозачаточных средств. Проект подтвердил, что женщины, имеющие позитивную реакцию на ВИЧ, должны иметь более широкие экономические возможности, а услуги в период беременности и родов должны быть объединены с услугами по планированию семьи и борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ.

должен делаться как на работников индустрии секса, так и на предупреждение передачи ВИЧ в рамках семейных отношений.

Крайне важно отметить также, что нельзя уделять большее внимание предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа за счет других программ в области информации и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Полученные в ходе демографического и медицинского обследования 2003 года данные свидетельствуют о том, что такое положение сложилось в Кении, где в 90-е годы успешно осуществлялись программы в области планирования семьи. Показатели использования контрацептивных средств постепенно увеличились с 27 процентов в 1989 году до 39 процентов в 1998 году, однако в последующий период никаких повышений этих показателей отмечено не было.

В контексте широких масштабов распространения ВИЧ крайне важно и далее оказывать поддержку в области планирования семьи, являющуюся одним из ключевых



ПРИОРИТЕТЫ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ.

28 **ВСЕОБЪЕМЛЮЩИЙ ПОДХОД К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВИЧ/СПИДА В СЬЕРРА-ЛЕОНЕ**

Недавно в Сьерра-Леоне завершилась продолжавшаяся более десяти лет война, которая серьезно нарушила жизнь во всех секторах общества. Почти две трети населения лишились крова, изнасилования и сексуальные домогательства получили широкое распространение, а тысячи девочек и женщин, потерявших свои семьи, встали на путь проституции для того, чтобы выжить. Сегодня повышенная уязвимость населения к воздействию ВИЧ/СПИДа стала одной из главных задач.

ЮНФПА принял ответные меры на основе скоординированной инициативы, которая охватывает различные группы населения и привлекает к работе широкий круг национальных организаций и государственных учреждений. Общая цель состоит в уменьшении риска заражения ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, уменьшении необходимости того, чтобы женщина склонялась к работе в индустрии секса, ослаблении последствий нищеты, улучшении семейной жизни и повышении общинной безопасности.

Осуществляемый совместно с правительством, ЮНЭЙДС, Департаментом операций по поддержанию мира Организации Объединенных Наций, ЮНИФЕМ и другими партнерами всеобъемлющий подход ЮНФПА предусматривает:

- проведение семинаров и других мероприятий, направленных на содействие предупреждению ВИЧ/СПИДа среди сотрудников полиции Сьерра-Леоне, сьерра-леонских военнослужащих, международных миротворцев и демобилизованных военнослужащих;

- поощрение предупреждения ВИЧ/СПИДа среди лиц, занятых в индустрии секса, на основе медицинской просветительской работы и подготовки по формированию навыков для оказания им помощи в поиске других источников получения дохода;

- укрепление потенциала партнеров-НПО;

- содействие предупреждению ВИЧ/СПИДа среди беженцев и лиц, перемещенных внутри страны;

- обеспечение безопасного кровоснабжения.

В 2003 году Совет Безопасности Организации Объединенных Наций признал многостороннюю инициативу в качестве важного элемента принятия ответных мер в связи с ВИЧ/СПИДом в ходе военной реконструкции, в которой участвуют все стороны, в том числе бывшие комбатанты, военнослужащие и международные миротворцы, с тем чтобы укрепить здоровье населения и предупредить инфицирование ВИЧ. ЮНФПА и партнеры применяют аналогичные подходы в соседних странах, таких, как Либерия и Демократическая Республика Конго.

компонентов сокращения возможностей передачи инфекции от матери детям. В проведенных недавно в Кении и Замбии исследованиях было установлено, что врачи, оказывающие услуги в области планирования семьи, пациентки, получающие услуги в области дородового ухода и планирования семьи, а также женщины, имеющие позитивную реакцию на ВИЧ, осознают острую необходимость использования методов планирования семьи для избежания нежелательной беременности.³⁴

Вместе с тем сотрудникам медицинских учреждений необходимо уважать права всех людей, в том числе инфицированных, с тем чтобы они могли сами принимать решение о том, следует ли им иметь детей, и иметь доступ к точной информации и испытывать к себе гуманное отношение. Во многих случаях женщинам, имеющим позитивную реакцию на ВИЧ, заявлялось, что они не должны иметь детей. Результатом такого дискриминационного отношения является то, что такие женщины не раскрывают информацию о состоянии своего здоровья сотрудникам медицинских учреждений.

В недавно проведенном исследовании было установлено, что "многие реформы в секторе здравоохранения отделяют просвещение по половым вопросам [услуги по охране репродуктивного здоровья] и программы борьбы с заболеваниями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом, друг от друга, в результате чего ответственность за них несут разные министерства или подразделения министерств здравоохранения, что создает возможность для появления конкуренции в плане бюджетного контроля и финансирования".³⁵

В ходе проведенного в районе Каолак Сенегала в 2001 году исследования отмечалась недостаточная интеграция услуг в области планирования семьи и охраны здоровья матери и ребенка с услугами по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом. "Очевидное отсутствие услуг по борьбе с ВИЧ/СПИДом в органах здравоохранения на районном уровне и в общинных структурах вновь свидетельствует о том, что недостаточная децентрализация этой деятельности препятствует появлению любой возможности обсуждения вопроса об интеграции на этих уровнях".³⁶

Реформы, направленные на укрепление систем здравоохранения, включая создание минимальных комплексов услуг, должны обеспечить включение услуг по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа, а также услуг в области планирования семьи.³⁷

Работники медицинских учреждений, которые сталкиваются с растущим объемом работы и часто с сокращением персонала, должны иметь возможность не только предоставлять противозачаточные средства клиентам, но и определять проблемы, связанные с репродуктивным



ЗАДАЧИ ОБЪЕДИНЕНИЯ.

-
-
-
-
-

здоровьем. Они должны иметь возможность изучать пациентов и предоставлять им консультации в приватной обстановке, а также иметь предметы медицинского назначения и оборудования, которого часто нет в поликлиниках развивающихся стран, включая перчатки, влагалищные зеркала, фонари и шприцы для инъекций противозачаточных средств.

Работники медицинских учреждений должны также пройти обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа для преодоления предрассудков и оказанию помощи отдельным лицам, имеющим доступ к услугам, в оценке степени риска инфекции.

Борьба с ВИЧ/СПИДом

Дом предусматривает решение проблем, связанных с основными социально-экономическими, культурными и поведенческими факторами, способствующими их распространению, включая отсутствие оплачиваемой работы, прежде всего для женщин, политику в области миграции и занятости, заставляющую многих людей мигрировать в поисках работы, насилие по признаку пола и торговлю женщинами.³⁸

Изменение поведения носит постепенный и многосторонний характер; оно должно улучшить состояние здоровья и уменьшить риск среди различных групп состоящих и не состоящих в браке молодых людей. Как показывает опыт, накопленный в Уганде и Сенегале,³⁹ поощрение ответственных и безопасных моделей поведения требует всеобъемлющих и многосекторальных усилий, способствующих налаживанию партнерских отношений между центральными и местными органами управления, частным сектором, партнерами по процессу развития, известными культурными деятелями и широким кругом организаций гражданского общества.

Осуществляемый в Зимбабве проект направлен на обеспечение финансовой защиты женщин, с тем чтобы они отказывались вступать в половую связь с мужчинами более старшего возраста, часто называемых "сахарными папашами", которые оказывают поддержку в обмен на сексуальные услуги.⁴⁰ В рамках программы проводится профессиональное обучение и формирование необходимых для жизни навыков, предоставляются займы и работа, связанная с просветительской деятельностью об охране репродуктивного здоровья и пропагандированием использования противозачаточных средств. В этом исследовании будет проведена оценка воздействия программы

на такие факторы, как ВИЧ, болезни, передаваемые половым путем, начало половой жизни и беременность.

В последние годы значительно большее внимание стало уделяться охвату подвергающихся высокой степени риска групп информацией о предупреждении ВИЧ/СПИДа и лечению или уходу. Большинство стран, охваченные глобальным обследованием ЮНФПА, сообщили об осуществлении программ, направленных на охват таких групп, как работники индустрии секса, наркоманы, пользующиеся шприцами, водители грузовиков, работающих на дальних маршрутах, гомосексуалисты, беспризорные дети, военнослужащие и трудящиеся-мигранты, а также подростки и молодежь.

НПО часто являются основными партнерами по осуществлению деятельности или ее инициаторами. Например, в Кении проект, в рамках которого проводится просветительская работа и предоставление консультаций по вопросам ответственного сексуального поведения и использования презервативов, а также предлагаются экономические альтернативы, охватывает 15 000 работников индустрии секса и их клиентов. В Бангладеш многие организации оказывают услуги по охране сексуального здоровья проституткам.⁴¹

Страны Латинской Америки прилагают особенно активно усилия в проведении просветительской деятельности среди военнослужащих, с тем чтобы выявить инфекцию ВИЧ и прекратить ее дальнейшую передачу.⁴²

Люди, инфицированные ВИЧ/СПИДом, по-прежнему являются жертвами практики остракизма и правовой и социальной дискриминации во всех регионах. Гана, Уганда и Южная Африка относятся к числу стран, приступивших в осуществлению программ по борьбе с этими серьезными препятствиями для сдерживания эпидемии. Багамские Острова являются одной из многих стран, запретивших в своих законах дискриминацию в отношении лиц, инфицированных ВИЧ, на рабочих местах.

**ОХВАТ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВЫСОКОЙ
СТЕПЕНИ РИСКА.**

ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ.

БОРЬБА С ОСТРАКИЗМОМ И ПРЕДРАССУДКАМИ.



Подростки и молодежь

Обеспечение охраны здоровья и благополучия подростков и молодых людей в мире, формирование у них необходимых для жизни навыков и создание возможностей в плане получения образования и трудоустройства - это главное обязательное условие для выполнения задач, связанных с развитием, в XXI веке. На МКНР беспрецедентное внимание уделялось различным потребностям подростков в отношении репродуктивного здоровья как в качестве одной из приоритетных задач, связанных с правами человека, так и в качестве практической необходимости.

С 1994 года, и особенно на протяжении последних нескольких лет, страны добились существенного прогресса в решении, порой, деликатных вопросов, связанных с репродуктивным здоровьем подростков, включая удовлетворение потребностей в информации, образовании и услугах, позволяющих молодым людям избежать нежелательной беременности и инфекций. Все в большей мере эти усилия прилагаются в рамках широкого целостного подхода, направленного на охват молодых людей, находящихся в различных ситуациях, и предоставление им условий определять свое будущее.

Однако остаются колоссальные проблемы. Один человек из каждого пяти (всего 1,3 миллиарда человек) - это подросток (в возрасте от 10 до 19 лет), т.е. численность нынешнего поколения молодежи является самой большой за всю историю. Половина из них - это лица, относящиеся к неимущим слоям, а одна четвертая живет менее чем на один доллар США в день. Многие из них ведут половую жизнь, зачастую не имея знаний или средств для защиты или же возможности направить свою энергию на более продуктивные области жизни.

На молодых людей (от 15 до 24 лет) приходится половина всех новых инфекций ВИЧ, а именно 2 миллиона каждый год, при этом девушки и молодые женщины подвергаются особому риску. Несмотря на тенденцию к

вступлению в брак в более позднем возрасте, в большинстве стран мира по-прежнему предполагается, что миллионы девушек вступят в брак и начнут рожать детей в подростковом возрасте еще до того, как физически готовы к этому.

Создание условий, позволяющих молодым женщинам переносить беременность на более поздний срок, - это императив, связанный не только со здравоохранением и правами человека; это один из ключевых элементов, необходимых для замедления постоянного импульса, придаваемого приросту населения и позволяющему развивающимся странам использовать экономические преимущества, способствующие снижению рождаемости, который может и должен быть приоритетной задачей в глобальных усилиях по искоренению нищеты и выполнению целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия (см. главу 2).

Инвестиции для целей охраны здоровья и образования молодых людей и формирование у них соответствующих навыков, а также создание условий, позволяющих девочкам оставаться в школе и вступать в брак в более позднем возрасте, также являются необходимыми элементами выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, которые связаны с такими аспектами, как равенство мужчин и женщин, детская смертность, охрана здоровья матери и ВИЧ/СПИД.

На МКНР были рассмотрены вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем подростков, включая нежелательную беременность, неквалифицированные аборты и болезни, передаваемые половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, на основе содействия формированию

**ПОДРОСТКИ И ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ, ЗАКРЕПЛЕННЫЕ В
ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ.**

Формирование консенсуса МКНР

До сих пор службы охраны репродуктивного здоровья практически не уделяли внимания потребностям подростков как группе, нуждающейся в охране репродуктивного здоровья. Предпринимаемые обществом усилия по удовлетворению потребностей подростков в области охраны репродуктивного здоровья должны основываться на информации, помогающей им достичь такой степени зрелости, которой необходимо для принятия ответственных решений. Так, например, подросткам должны предоставляться сведения и услуги, которые помогали им осознавать себя в сексуальном отношении и ограждали бы их от нежелательных беременностей, заболеваний, передаваемых половым путем, и связанной с этим угрозой бесплодия. Такие меры должны сопровождаться проведением среди молодых людей воспитательной работы, с тем чтобы они уважали право женщин самим определять свою судьбу и разделяли с женщинами ответственность в вопросах полового поведения и воспроизводства потомства.

ответственного и здорового поведения в области репродуктивного и сексуального здоровья, включая добровольное воздержание, и оказания соответствующих услуг и предоставления консультаций, конкретно адаптированных для этой возрастной группы. Целью является также существенное сокращение подростковой беременности.¹

В программе действий признается, что недостаточные образовательные и экономические возможности, насилие по признаку пола, ранняя беременность и сексуальная эксплуатация повышают уязвимость подростков, особенно девочек, к воздействию рисков, связанных с репродуктивным здоровьем. В ней содержится призыв к правительствам и международному сообществу обеспечить, чтобы все подростки имели доступ к учитывающей их возраст информации в области репродуктивного здоровья, образованию и услугам, при этом должно соблюдаться право на их личную жизнь и конфиденциальность и обеспечиваться, чтобы отношение работников сферы медицинского обслуживания и другие препятствия (законы, положения или социальные традиции) не ограничивали их доступ. В Программе содержится также призыв к родителям и семьям, общинам, религиозным учреждениям, школам, средствам массовой информации и однородным по составу группам участвовать в деятельности по удовлетворению потребностей в области репродуктивного здоровья подростков.²

В ходе проведения обзора МКНР было установлено, что репродуктивные права молодых людей и их потребности в охране здоровья по-прежнему в значительной мере игнорируются, и растет озабоченность в связи с повышением показателя распространения ВИЧ.³ Были поставлены новые целевые показатели, включая 25-процентное сокращение случаев инфекции ВИЧ среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет к 2005 году в наиболее пострадавших странах и к 2010 году в глобальных масштабах. Было также достигнуто согласие относительно того, что подавляющее большинство лиц в возрасте от 15 до 24 лет (90 процентов к 2005 году и 95 процентов к 2010 году) должны иметь доступ к информации, образованию и услугам, необходимым для формирования требуемых жизненных навыков, с тем чтобы уменьшить их уязвимость к воздействию инфекции ВИЧ.⁴

Основываясь на опыте, накопленном с 1994 года, сформировался комплексный подход к разработке программ в интересах молодежи, что стало отражением глобального консенсуса, достигнутого в течение последних нескольких лет. Этот подход увязывает мероприятия по охране репродуктивного здоровья (включая программы, расширяющие права и возможности подростков переносить начало половой жизни на более поздний срок, отказываться от нежелательных связей и защитить себя в случае веде-

- Программа действий МКНР, пункт 7.41

НОВЫЕ КРИТЕРИИ.

Второе поколение программ

ния половой жизни) и усилия по предоставлению подросткам выбора и вариантов на основе вложения инвестиций в сферу образования, профессиональную подготовку и привития подросткам чувства гражданской ответственности. Другая приоритетная задача заключается в том, чтобы повысить роль и расширить участие молодых людей в принятии решений в области здравоохранения и развития и в расширении жизни их общин.

В этих программах для подростков и молодежи второго поколения приоритетное внимание уделяется также охвату не получающих в достаточном объеме услуг групп молодых людей, включая состоящую в браке молодежь, лиц, живущих в сельских районах и бедных городских поселениях, а также молодежь, не проходящую обучение в школах (большинство подростков во многих странах).

Усилия в этом направлении деятельности представляются весьма перспективными, однако необходимо проводить их широкомасштабную активизацию, с тем чтобы эффективным образом решить серьезнейшие задачи, стоящие перед молодежью мира.

Более 90 процентов стран, представивших ответы для глобального обследования ЮНФПА 2003 года, сообщили, что приняли меры для решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем и репродуктивными правами, на основе разработки политики, законов и программ.⁵ Например, принятый в Панаме закон гарантирует право беременных подростков оставаться в школе и получать комплексные услуги в области охраны репродуктивного здоровья. В Эквадоре в новом кодексе, касающемся детей и подростков, закреплены права на образование, информацию и охрану репродуктивного здоровья.⁶ В Сьерра-Леоне была разработана национальная молодежная политика, рассчитанная на то, чтобы проблемы, связанные с молодежными инициативами, рассматривались в качестве центральных элементов политики и программ в области развития. Осуществляемый в настоящее время в Непале план сокращения масштабов нищеты выдвигает в качестве приоритетной задачи деятельность в области охраны здоровья и образования подростков.⁷

Почти все страны включили медико-санитарную просветительскую работу, включая формирование необходимых для

жизни навыков, в учебные школьные программы (в основном в рамках среднего образования), а также программы, разработанные для молодежи, не посещающей школы. Поступают также сообщения о введении обучения сверстниками для охвата как молодежи, посещающей школы, так и не посещающей ее. Во многих странах введены программы для охвата не обучающихся в школах молодых людей в рамках клубов, лагерей и семинаров, а некоторые страны используют средства массовой информации для предоставления широкому кругу молодых людей информации о репродуктивном здоровье.

В Боливии при поддержке ЮНФПА министерство здравоохранения создало программу для молодых женщин из числа коренных народов, объединяющую доступ к услугам в области репродуктивного здоровья, обучение

29 **ОБЪЕДИНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Активная работа ведется в новом комплексе мультимедийного центра в Котону, Бенин. В каждом помещении молодые люди из многих стран мира - всего около 300 человек - получают специальности журналистов, фотографов, радио- и телеведущих, сотрудников журналов, оформителей, экспертов в области компьютерной графики, дизайнеров веб-сайтов, видеографов, редакторов цифровых видеопленок и радио- и телевизионных техников.

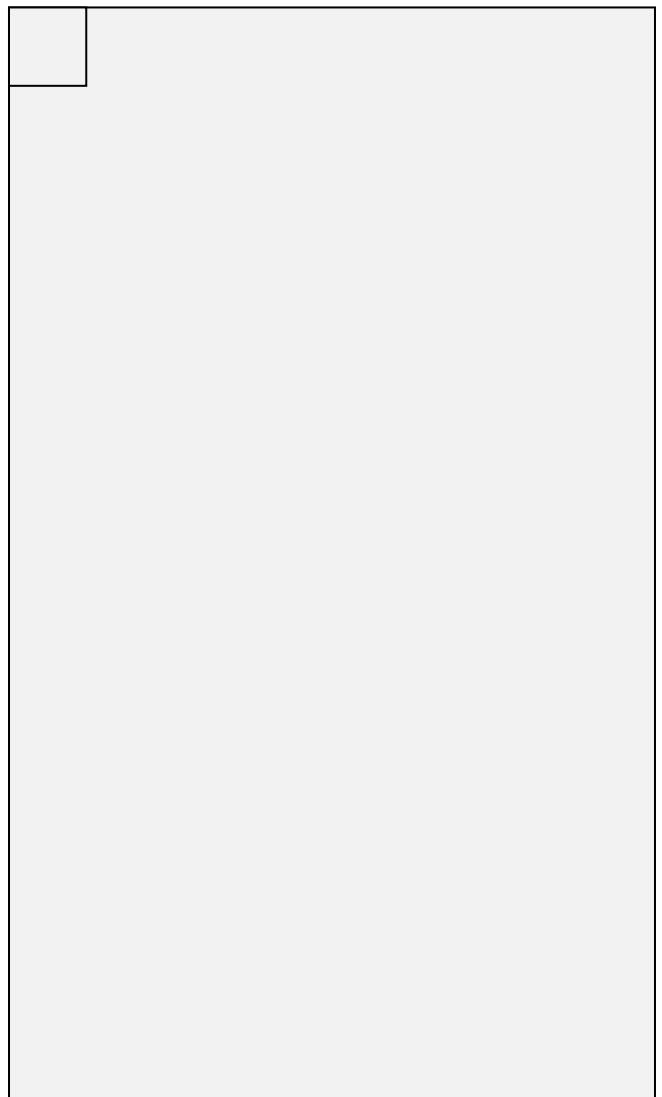
Этот центр, основанный ЮНФПА в сотрудничестве с правительством, объединяет профессиональную подготовку с просветительской работой о предупреждении ВИЧ/СПИДа и нежелательной беременности, с тем чтобы проходящие обучение молодые люди стали также пропагандистами здорового образа жизни на местном уровне. На телевидении и вещающей 24 часа в сутки радиостанции предлагаются подготовленные молодежью программы, аудитория которых весьма широка: один миллион телезрителей и 300 000 радиослушателей ежедневно.

Многие подростки, посещающие центр, бросили школы (в Бенине лишь 7 процентов девочек и 17 процентов мальчиков посещают среднюю школу). Если бы не было центра, то у них не было бы достаточно возможностей для формирования необходимых жизненных навыков и получения устойчивой информации о репродуктивном здоровье.

Центр является одним из компонентов комплексного проекта "Здоровье подростков и оказываемые им социальные услуги", который осуществляется при поддержке Фонда Организации Объединенных Наций в рамках многострановой инициативы в интересах девочек-подростков. Этот проект оказывает также поддержку молодежным центрам и центрам по проведению досуга, клиникам, рассчитанным на удовлетворение потребностей молодежи, и образовательным центрам, при этом основной упор делается на сокращение неграмотности среди молодых женщин и девочек.

**Выводы глобального обследования ЮНФПА
ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА.**

МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА.



грамоте на испанском языке и местных языках, а также усилия по укреплению чувства самоуважения. Этой программе была присуждена Международная премия по ликвидации неграмотности ЮНЕСКО за 2000 год.⁸

Почти 90 процентов представивших информацию стран приняли меры для обеспечения подросткам доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья. Во многих странах были созданы службы по удовлетворению потребностей молодежи, специально рассчитанные на молодых людей. Большинство из них осуществляют деятельность на местном уровне, а многие функционируют в рамках НПО. По-прежнему испытываются огромные потребности. Даже в районах, где оказываются услуги, подростки могут сталкиваться с препятствиями, включая отсутствие информации, чувство стыда, позицию семьи, негативное отношение со стороны медицинских работников, боязнь того, что будет нарушена конфиденциальность, а также неправильное понимание вопросов, связанных с безопасностью использования контрацептивных методов и их побочных эффектов.

Ряд стран организуют для молодых людей профессиональную подготовку, обеспечивают занятость и формирование необходимых для жизни навыков, а большинство из них сообщили о мерах, направленных на содействие расширению участия молодежи в разработке политики и программ в рамках консультативных советов или неофициальных консультаций на основе организации семинаров и налаживания диалога с молодежными организациями. В Коста-Рике началась реализация инициативы, предусматривающей привлечение молодых людей к разработке национальной молодежной политики в рамках недавно созданного национального молодежного совета, функционирующего при поддержке ЮНФПА.⁹

Через десять лет после МКНР в некоторых странах предоставление информации и услуг в области репродуктивного здоровья подростков по-прежнему носит противоречивый характер. Общепризнано, что необходимо расширить возможности подростков, с тем чтобы они воздерживались от половой жизни или же, в случае сексуальной активности, защищали от нежелательной беременности ВИЧ/СПИДа и других заболева-

ний, передаваемых половым путем. Дисбаланс между потребностями и услугами усугубляется потому, что часто подростки не верят медикам, особенно тем, кто работает в переполненных государственных поликлиниках, и считают, что они не соблюдают основных принципов оказания эффективных услуг, включая обеспечение конфиденциальности.

НПО играют важную роль в оказании услуг и предоставлении информации, а также в содействии осуществлению репродуктивных прав подростков. Например, в Индонезии правительство признает, что НПО часто играют более активную роль в оказании услуг подросткам. Оно сообщает, что подростки и "другие люди", понимающие молодежь, руководят работой молодежных центров, созданных Ассоциацией планируемого родительства Индонезии.

В Эфиопии НПО сотрудничают в деле оказания услуг в области репродуктивного здоровья подросткам в рамках молодежных центров и общинных программ. Кроме того, они создают для молодежи стимулы заниматься приносящей доход деятельностью на основе выделения им небольших займов.

На Ямайке международная неправительственная организация "Фьючерз групп интернэшнл" сотрудничает с Министерством здравоохранения в проведении в средствах массовой информации кампании, поощряющей воздержание среди всех подростков, и проведение среди подростков старшего возраста просветительской работы, касающейся безопасного секса.

В Индии семь НПО, функционирующие в рамках Сети "Кидаври" для формирования навыков у подростков (объединение религиозных, общественных, исследовательских и гуманитарных организаций), обслуживают различные группы неимущих и маргинальных подростков, в том числе беспризорных, и способствуют расширению участия молодежи в процессе принятия решений.

Восемьдесят семь процентов молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет живут в развивающихся странах.¹⁰ Люди моложе 15 лет составляют 31 процент населения в развивающихся странах и 43 процента в наименее развитых.¹¹ В 2000 году подростки и молодые люди в возрасте от 10 до 4 лет составляли 29 процентов населения в развивающихся-

УСЛУГИ.

Роль НПО

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА, ФОРМИРОВАНИЕ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ЖИЗНИ НАВЫКОВ И УЧАСТИЕ.

ПРЕПЯТСТВИЯ.

Основные проблемы в области здравоохранения и развития

ся странах и 32 процента в наименее развитых по сравнению с 20 процентами в развитых странах.¹²

Молодые люди составляют четверть от одного миллиарда человек, живущих ниже черты крайней бедности, на один доллар США в день.¹³ Около 106 миллионов молодых людей живут в условиях крайней нищеты в Южной Азии, 61 миллион человек - в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, 51 миллион - в Восточной Азии и регионе Тихого океана и 15 миллионов человек - в Латинской Америке и Карибском бассейне. Крайняя нищета зачастую препятствует подросткам посещать школу, что увековечивает цикл нищеты и в еще большей мере затрудняет охват молодежи программами в области здравоохранения, образования и развития молодежи.

В бедных странах численность молодежи продолжает увеличиваться. Чем беднее страна, тем большую долю населения составляют молодые люди. Показатели использования противозачаточных средств и доступа к медицинским услугам увеличиваются с повышением образовательного и экономического статуса так же, как и возраст вступления в брак и рождения первого ребенка.

В период с 1990 по 2000 год во всех регионах показатель неграмотности среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет сократился, однако для женщин этот показатель по-прежнему выше, чем для мужчин и с 1990 года достигнут незначительный прогресс в сокращении этого разрыва.¹⁴ Девушки по-прежнему имеют ограниченные возможности в плане получения образования, чему часто препятствует традиционное гендерное мировоззрение, в соответствии с которым обучение мальчиков считается более приоритетной задачей.

В большинстве стран мира молодые люди достигают половой зрелости в более раннем возрасте и вступают в брак позже, чем в предыдущие годы, и, как представляется, число случаев добрых сексуальных связей увеличивается.

Данные на конец 90-х годов показывают, что среди молодых женщин, начавших половую жизнь до достижения 20-летнего возраста, 51 процент в Африке и 45 процентов в Латинской Америке и Карибском бассейне начали половую активность до вступления в брак. В противоположность этому соответствующая доля мужчин составляла 90 процентов в Африке и 95 процентов в Латинской Америке

и Карибском бассейне.¹⁵ Во многих развитых странах начало половой жизни происходит в основном до вступления в брак как у мужчин, так и у женщин.

В Программе действий МКНР странам предлагается "защищать и поощрять права подростков на образование, информацию и помощь в области репродуктивного здоровья и значительно сократить число беременностей в подростковом возрасте".¹⁶ Хотя во многих странах подростковая беременность сокращается, она по-прежнему вызывает серьезную озабоченность, особенно в связи с тем риском для здоровья, который ранняя беременность представляет как для матери, так и для ребенка, и ее воздействием на учебу и жизненные перспективы девушек. На женщин и девушек в возрасте до 20 лет по-прежнему приходится 17 процентов всех родов в наименее развитых странах¹⁷ и 14 млн. родов в мире ежегодно.

Одна из трех женщин в развивающихся странах рожают до достижения 20-летнего возраста; в разных регионах эти показатели неодинаковы и составляют от 8 процентов в Южной Азии до 50 процентов в Западной Африке.¹⁸

Беременность является одной из ведущих причин смертности людей в возрасте от 15 до 19 лет, а основными факторами смертности являются осложнения при родах и не отвечающие адекватным требованиям аборт. На женщин в возрасте от 15 до 19 лет приходится, по меньшей мере, одна четвертая часть 20 млн. неадекватных с медицинской точки зрения аборт, и каждый год в связи с абортами умирают около 70 000 женщин.

В силу психологических и социальных причин у матерей в возрасте от 15 до 19 лет в два раза больше шансов умереть при родах, чем у женщин старше 20 лет, а у девочек в возрасте до 15 лет вероятность смерти в пять раз выше, чем у женщин старше 20 лет. Роды при наличии механического препятствия прохождению плода - это особенно широко распространенное явление среди рожавших первый раз молодых физически не зрелых женщин. Выживающие в таких случаях женщины могут потерять своих детей, и у них образуется фистула, в результате чего они страдают от недержания мочи и нередко становятся изгоями в обществе.

Каждые 14 секунд молодой человек инфицируется ВИЧ/СПИДом. Во многих случаях количество но-

НИЩЕТА И ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ: ЦИКЛЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ.

ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

РАННЯЯ СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ.

**РИСК БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И
ВИЧ/СПИДА.**

30 СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ДЕВОЧКИ РЕАЛИЗОВАЛИ СВОИ МЕЧТЫ

"Я считаю, что, когда ты учишься, ты реализуешь свои мечты, но когда ты выходишь замуж в слишком молодом возрасте, ты теряешь шанс добиться своей мечты", - говорит Сафа, 15-летняя девочка из Йемена.

Сафа участвует в организуемой под эгидой ЮНФПА программе "Девушки-проводники", являющиеся одной из многих программ, осуществляемых в рамках партнерских отношений между Фондом и правительством и социальными и религиозными группами, прилагающими усилия, направленные на улучшение осведомленности общественности о последствиях раннего вступления в брак для девочек, включая риск ранней беременности для здоровья, утраченные возможности в плане развития и ограниченный жизненный выбор.

Сафа и другие девушки участвуют в широком круге мероприятий: освоение ремесел, спорт, искусство и просвещение по вопросам охраны репродуктивного здоровья и социальным вопросам. После пяти лет участия в программе Сафа обрела чувство уверенности и хочет рассказать своим друзьям и членам семьи о полученных ею знаниях, прежде всего о раннем вступлении в брак. Хотя многие ее ровесники не имеют выбора и вынуждены жениться в молодом возрасте, Сафа вынашивает другие планы: "Я хочу быть юристом, самым известным юристом во всем Йемене".

вых инфекций среди молодых женщин в несколько раз больше, чем у молодых мужчин.¹⁹ Две трети недавно инфицированных молодых людей в странах, расположенных к югу от Сахары, - это женщины. Лишь небольшая доля молодых людей, зараженных ВИЧ/СПИДом, знают об их состоянии. Как в развитых, так и наименее развитых странах большинство людей, начинающих половую жизнь в молодом возрасте, не имеют информации о том, как защитить себя.

Часто молодые женщины не могут обсуждать вопрос об использовании презерватива с партнером-мужчиной, и они могут опасаться насильственной реакции в том случае, если попытаются сделать это.

Одна треть новых случаев, подлежащих излечению болезней, передаваемых половым путем, каждый год, т.е. более 100 млн. приходится на женщин и мужчин моложе 25 лет.²⁰ Инфицирование еще одним заболеванием, передаваемым половым путем, существенно повышает риск инфекции ВИЧ.

Несмотря на глобальную тенденцию к более позднему вступлению в брак (средний возраст первого вступления в брак среди женщин увеличился с 21,4 в 1970 году до 25,5

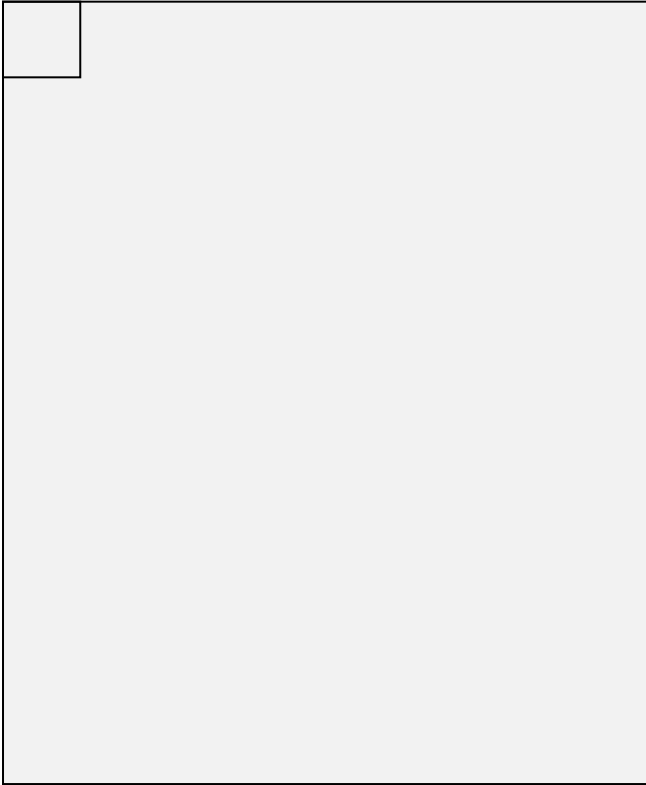
в 2000 году²¹), 82 миллиона девочек, в развивающихся странах, которым сегодня 10-17 лет, выйдут замуж по исполнению им 18 лет.²²

Женатые подростки часто подвергаются большему риску в области репродуктивного здоровья, чем неженатые. Зачастую они оправдывают надежды семьи и общества и начинают деторождение сразу после свадьбы. Нередко их доступ к противозачаточным средствам ограничен. Многие из них сталкиваются с риском болезней, передаваемых половым путем, или инфекции ВИЧ, передаваемой от старших по возрасту мужей, которые могут иметь несколько сексуальных партнеров, однако никаких обсуждений вопроса об использовании противозачаточного средства не ведется.

В ходе проведенного в конце 90-х годов исследования было установлено, что в семи странах Африки, расположенных к югу от Сахары (Бенин, Замбия, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Нигерия и Южная Африка) противозачаточными средствами пользуются 30 процентов ведущих половую жизнь не состоящих в браке подростков, а в шести странах Латинской Америки и Карибского бассейна (Боливия, Бразилия, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика и Перу) - более 60 процентов, при этом следует отметить, что в обоих случаях эти показатели намного выше, чем аналогичные показатели для состоящих в браке подростков.²³ В частности, в этих странах значительно выше показатель использования презервативов среди неженатых подростков, чем женатых.²⁴

Оказание помощи подросткам людям и молодым людям в том, чтобы избежать нежелательной беременности и болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, требует усилий в области образования, направленных на поощрение ответственного отношения и более здорового сексуального поведения, обеспечение широкого доступа к отвечающим потребностям молодежи услугам в области охраны репродуктивного здоровья, профессиональной подготовки и просветительской работы по формированию необходимых для жизни навыков и практической деятельности для поощрения прав женщин и девушек.

Основной упор ЮНФПА делает на обеспечение того, чтобы вопрос об охране репродуктивного здоровья подростков и их репродуктивных правах включался в нацио-



Удовлетворение потребностей молодых людей

ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ДЛЯ СОСТОЯЩИХ В БРАКЕ ПОДРОСТКОВ.

нальные программы, политику и практическую деятельность, которые дают позитивные результаты. Фонд осуществляет деятельность по поощрению прав человека и содействию обеспечения равенства мужчин и женщин, а также оказывает поддержку в обеспечении успешного вступления молодых людей во взрослую жизнь. Приоритетное внимание уделяется охвату наиболее уязвимых, в том числе лиц, живущих в условиях нищеты или трудных условиях, состоящим в браке молодым людям, молодым людям, инфицированным ВИЧ/СПИДом или ставшим сиротами в результате эпидемии, а также беспризорным детям. Кроме того, ЮНФПА принимает меры для более широкого решения вопросов, связанных с охраной и правами подростков, на основе уделения основного внимания целостной разработке программ, касающихся широкого комплекса потребностей и учитывающих широкий социальный, экономический и культурный контекст жизни молодых людей.

Было продемонстрировано, что предоставление информации о половой жизни с учетом возрастных особенностей и предупреждения беременности и инфекций способствует формированию ответственных моделей поведения (включая воздержание, перенос начала половой жизни на более поздний срок и ограничение числа партнеров). Помимо осуществления программ в школах, предпринимаются попытки охватить не обучающуюся в школах молодежь, которая часто является наиболее уязвимой и подвергается наибольшему риску.

После КНР использовались немало новаторских методов, а также средств массовой информации, в том числе осуществлялась постановка пьес и организовывались концерты, информация передавалась через средства массовой информации, проводились спортивные мероприятия, создавались телефонные "горячие линии", а также организовывалось предоставление консультативных услуг и обучение силами ровесников. Все чаще основной упор в программах делается на формирование у подростков необходимых для жизни навыков, а также передачу информации, связанную с сексуальными вопросами.

Программы просветительской деятельности подростков могут помочь молодым людям понять, как стереотипы, касающиеся роли женщин, ухудшают их репродуктивное здоровье, а также эти программы могут придать им уверенность, с тем чтобы отказаться от этих

стереотипов. Например, некоторые программы нацелены на расширение прав и возможностей молодых людей, с тем чтобы отказаться от половых отношений и заявить о своем праве говорить "нет" и, в случае половой активности, настаивать на безопасном сексе и использовании презервативов. Другие программы стимулируют молодых мужчин подвергать сомнению сложившиеся понятия доминирующей роли мужчин в отношениях с женщинами и проявлять терпимость и не прибегать к принуждению и сексуальному насилию.

Важное значение имеет также участие общин. В Камбодже общинные лидеры, преподаватели, родители и даже

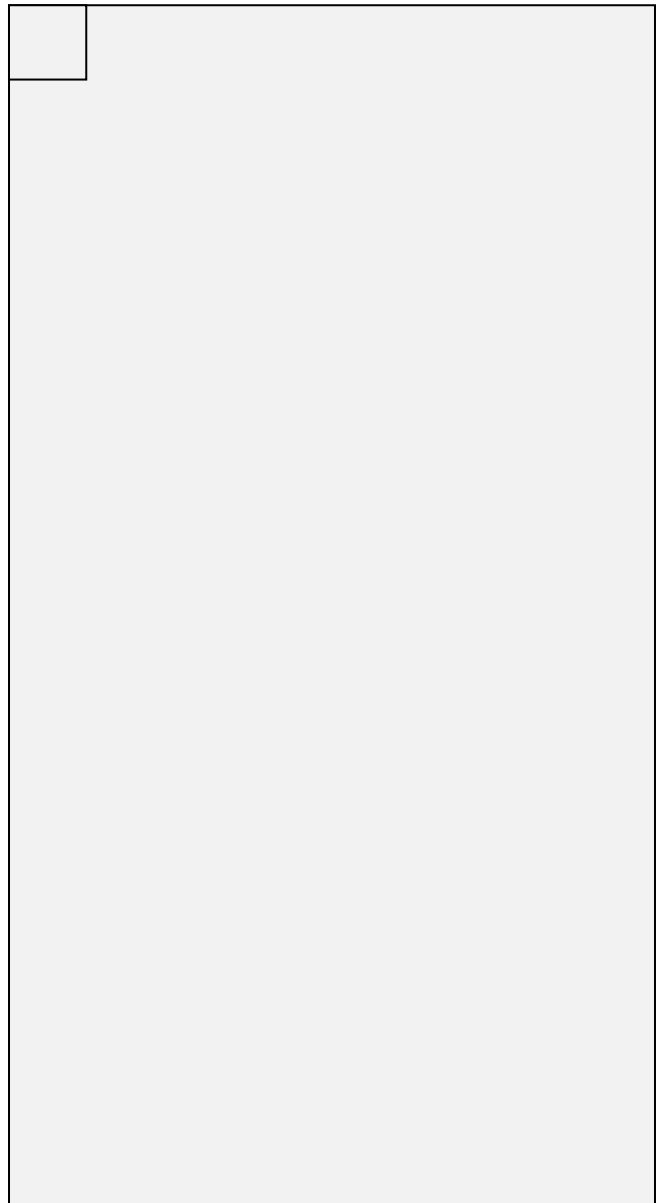
31 АФРИКАНСКИЙ МОЛОДЕЖНЫЙ АЛЬЯНС

Африканский молодежный альянс (АМЛ) играет ведущую роль в преобразовании программ по предоставлению информации и оказанию услуг в области репродуктивного здоровья в реальность для молодых людей, прежде всего молодежи от 10 до 19 лет. Цель Африканского молодежного альянса состоит в сокращении масштабов и темпов распространения ВИЧ/СПИДа и других болезней, передаваемых половым путем, а также в улучшении общего репродуктивного здоровья подростков в Ботсване, Гане, Объединенной Республике Танзании и Уганде. Финансируемый Фондом Билла и Мелинды Гейтс Африканский молодежный альянс сотрудничает с ЮНФПА, программой соответствующей технологии по охране здоровья, организацией "Пэтфайндер интернэшнл" и местными НПО, с тем чтобы расширить применяемые в рамках программ успешные подходы.

Например, в Ботсване Африканский молодежный альянс оказывает помощь Ассоциации по обеспечению благополучия семьи Ботсваны и Отделу охраны здоровья семьи Министерства здравоохранения в повышении качества их услуг, рассчитанных на удовлетворение интересов молодежи. Деятельность в области социального маркетинга и пропагандистская деятельность направлена на улучшение понимания молодежью вопроса о новых и усовершенствованных услугах. В Гане в целях обеспечения активного участия правительства в деятельности по охране репродуктивного здоровья подростков был сформирован Комитет Африканского молодежного альянса. Африканский молодежный альянс активно сотрудничает с министерством здравоохранения в подготовке работников сферы здравоохранения по оказанию услуг, рассчитанных на удовлетворение интересов молодежи.

Приближается пятый и последний год осуществления программы, и Африканский молодежный союз уделяет основное внимание как созданию потенциала местных партнеров, так и расширению осуществляемой им в настоящее время деятельности, с тем чтобы продолжить осуществление этой программы после окончания предусмотренного для ее реализации срока. Ряд страновых партнеров Африканского молодежного союза получили от него эффективную помощь в деле управления финансовыми ресурсами и стратегического планирования.

Поощрение более здоровых моделей поведения



32 ОХВАТ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ БАНГЛАДЕШ

В Бангладеш более половины всех девочек выходят замуж и рожают детей, не достигнув 20-летнего возраста. ЮНФПА и ЮНИСЕФ объединили усилия для оказания не состоящим в браке подросткам помощи в переносе брака на более поздний срок, а женатым подросткам - в улучшении понимания их прав. В рамках осуществляемого ЮНИСЕФ мероприятия "Кишори Абиджан" поощряется ведущая роль подростков в общественной жизни, а также ведется совместная деятельность с правительством и НПО (Советом по вопросам народонаселения, БРАК и Центром массового научного обучения). Девочки являются активными партнерами и участвуют в нетрадиционных программах профессиональной подготовки по таким темам, как журналистика и фотододело, с тем чтобы усилить их уверенность в себе и повысить роль в общинах. ЮНФПА оказывает поддержку усилиям по улучшению понимания подростками вопроса об их репродуктивных правах. В обоих проектах основной упор делается на расширение прав и возможностей подростков, а кроме того, оказывается помощь правительству, семьям и общинам в деле развития девочек.

монахи (многие из них - люди молодого возраста) проходят подготовку по вопросам охраны репродуктивного здоровья, с тем чтобы улучшить понимание этого вопроса и оказать поддержку подросткам.²⁵

Широкий круг программных моделей используется для оказания учитывающих культурные особенности и рассчитанные на удовлетворение потребностей молодежи услуги по охране репродуктивного здоровья, предусматривающие обеспечение конфиденциальности, оказываемой в удобное время и в близлежащих пунктах, а также доступных по цене. Перспективные подходы включают в себя охват работы подростков, мобильные поликлиники, программы в школах и на рабочих местах и социальный маркетинг презервативов в нетрадиционных пунктах, легко доступных для молодых людей.

В Сенегале проект "Девочки-подростки", получающий поддержку от Фонда Организации Объединенных Наций и осуществляемых ЮНФПА и ЮНИСЕФ, предоставляет 10 000 девочек и молодым женщинам в возрасте от 15 до 24 лет из бедных семей всеобъемлющую информацию об охране репродуктивного здоровья и рассчитанные на молодежь услуги, а также формируют у них необходимые для жизни навыки и предлагает им работу, обеспечивающую доход. Кроме того, этот проект

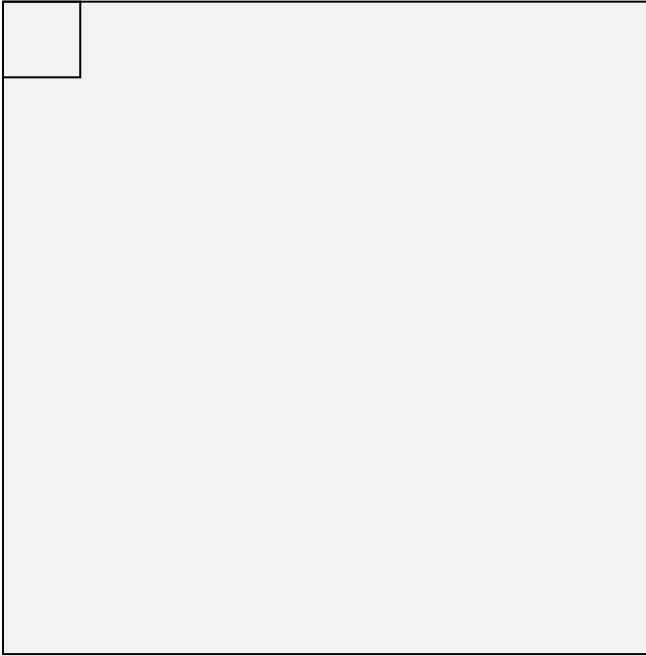
рассчитан на удовлетворение интересов инвалидов из числа молодежи.

В течение нескольких прошлых лет ряд стран приняли законы, разработали новые конституции или утвердили поправки к правовым кодексам, обеспечивающим охрану и поощрение прав подростков, включая их право на услуги по охране репродуктивного здоровья, и целью этих законодательных актов является ликвидация диспропорций в отношениях к мальчикам и девочкам в семьях и в обществе.

В Перу был принят закон, гарантирующий право на образование, при этом предусматриваются равные возможности как для девочек, так и для мальчиков. Другой закон направлен на создание условий для того, чтобы в сельских районах девочки оканчивали среднюю школу, а кроме того, он предусматривает ликвидацию дискриминации в отношении девочек младшего и подросткового возраста. Кроме того, этот закон предусматривает оказание отдельных медицинских услуг женщинам в учебных заведениях. Тунис также принял закон, гарантирующий право на образование без дискриминации по признаку пола или другим факторам.

Законодательство Аргентины и Панамы гарантирует беременным подросткам осуществление права на продолжение учебы. Панамский закон предусматривает право беременных подростков получать комплексные медицинские услуги во время беременности, родов и в послеродовой период (услуги оказываются бесплатно, если молодежь не может позволить себе произвести оплату). В рамках Министерства здравоохранения будет проводиться подготовка преподавателей, с тем чтобы они предоставляли учащимся консультации по вопросам репродуктивного здоровья и вели борьбу с дискриминацией.

В Никарагуа был принят всеобъемлющий закон о развитии молодежи, в котором определены права молодых людей (лиц в возрасте от 18 до 30 лет) на получение информации в области охраны репродуктивного здоровья и участия в просветительской деятельности по половым вопросам, а также репродуктивные права, включая доступ к услугам в области планирования семьи и информацию о болезнях, передаваемых половым путем, нежелательной беременности, сделанных в неадекватных условиях абортax и ВИЧ/СПИДе.



Прогресс в принятии законодательных актов.

Услуги, рассчитанные на удовлетворение интересов молодежи

После МКНР в мире осуществляется немало эффективных программ, направленных на решение проблем, связанных с репродуктивным здоровьем подростков, однако большинство из них осуществляется в относительно небольших масштабах. Главная задача состоит в обеспечении ресурсов и укреплении приверженности, необходимых для расширения этих программ.

Одной из добившихся успеха в этой области организаций является "Экшн хелт инкорпорейтед" в Нигерии, опыт которой помог разработать национальную программу просветительской работы в области репродуктивного здоровья.²⁶ Кроме того, реализуются инициативы правительства.

После МКНР Мозамбик взял на себя обязательства вкладывать средства в деятельность по удовлетворению потребностей молодежи. Он принял многосекторальный национальный молодежный план, в рамках которого действуют различные правительственные министерства, НПО и общинные организации, с тем чтобы расширить участие молодежи в разработке политики и улучшить охрану репродуктивного здоровья молодых людей. Разработанный молодежью национальный проект "Жеракао Биз" способствует изменению модели поведения и рассчитан на широкий круг подростков, включая учащуюся и неучащуюся молодежь.

Необходимо институционализировать участие молодежи в процессах разработки программы политики, а эти процессы, в свою очередь, должны расширить возможности молодежи. В рамках разработанной ЮНИСЕФ, ВОЗ и ЮНФПА инициативы "Осуществление прав девочек-подростков на развитие и участие в жизни общества" прилагаются усилия, направленные на обеспечение того, чтобы вопросу о подростках уделялось главное внимание в программе развития на основе обеспечения участия молодежи в процессе разработки политики.

При помощи ЮНФПА и ЮНИСЕФ в Никарагуа была разработана и осуществлялась национальная молодежная политика, включающая вопрос о репродуктивном здоровье в более широкие рамки таких понятий, как гражданство, обучение сверстниками и участие в политической жизни. После проведения общенациональной консультации с подростками правительство включило вопрос о потребностях подростков в области репродуктивного

здоровья в свой стратегический документ о сокращении масштабов нищеты. Никарагуа была первой страной в мире, которая сделала это.²⁷

При поддержке Финляндии ЮНФПА создает молодежную консультативную группу для обеспечения того, чтобы в осуществляемой ею политике учитывались интересы молодых людей и удовлетворялись их потребности и желания. В состав группы будут входить представители как развитых, так и развивающихся стран, и на начальном этапе основной упор она будет делать на следующие три темы: ВИЧ/СПИД, потребности состоящих в браке подростков и роль культуры в охране репродуктивного здоровья подростков.²⁸

В недавно проведенной оценке вклада ЮНФПА и Международной федерации планируемого родительства в улучшение здоровья подростков и поощрение их прав в шести странах, в которых осуществляются программы, было установлено, что благодаря уделению большего внимания политике, процессам и стратегическому использованию основанных на правах и учитывающих гендерные аспекты подходах к разработке программ, реализация нынешних инициатив была бы более эффективной.²⁹ Ряд усилий направлен на охват маргинальных групп молодежи, и необходимо проделать дополнительную работу для расширения наличия и улучшения доступности качественных услуг по охране репродуктивного здоровья молодежи в целом. Выводы этой оценки, проведение которой финансировались рядом двусторонних доноров, будут использованы ЮНФПА в его деятельности в интересах молодежи в последующие годы.

Основные задачи
РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБОВ.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ.

УЧАСТИЕ И ПАРТНЕРСКИЕ ОТНОШЕНИЯ.



Охрана репродуктивного здоровья общин, находящихся в кризисных ситуациях

Одним из наиболее важных успехов, достигнутых после МКНР, явилось уделение значительно большего внимания потребностям в области репродуктивного здоровья населения, ставшего уязвимым в результате вооруженных конфликтов или стихийных бедствий.

Десять лет назад гуманитарная помощь населению, находившемуся в сложных чрезвычайных обстоятельствах, как правило, ограничивалась обеспечением продовольствием, водой и предметами санитарии, жильем и средствами защиты, а также базовыми предметами медицинского назначения. Все больше людей во всем мире умирают от предотвратимых последствий беременности и родов, чем от голода, однако базовые материалы, необходимые для безопасных родов и оказания неотложных гинекологических услуг, редко включаются в наборы для оказания неотложной помощи. Риск нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем, резко увеличивается в лагерях для перемещенных лиц, однако несколько действующих в них гуманитарных организаций оказывают услуги по планированию семьи, лечению и консультированию жертв изнасилований и даже распространяют противозачаточные средства.

Такое положение стало изменяться на МКНР в 1994 году, когда в Программе действий были конкретно затронуты потребности по охране репродуктивного здоровья перемещенных лиц, а беженцам из числа женщин было впервые на международном уровне предложено выступить и поделиться информацией о своих потребностях по охране репродуктивного здоровья.

В середине 90-х годов ЮНФПА, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ), ВОЗ и другие партнеры сотрудничали в подготовке "Inter-agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Settings" ("Межучрежденческое пособие по охране репродуктивного здоровья беженцев")¹ и согласовали комплекс минимальных стандартов ухода за больными.

ЮНФПА подготовил комплекты по охране репродуктивного здоровья, необходимые в чрезвычайных ситуациях, в которые входят 12 предметов, включая предметы, необходимые для безопасных с санитарной точки зрения родов, лечения гинекологических осложнений, а также для лечения заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, и

Во многих районах мира мигранты и перемещенные лица имеют ограниченные возможности в области охраны репродуктивного здоровья, а их репродуктивное здоровье и права могут подвергаться серьезной и конкретной угрозе. При оказании услуг необходимо, в частности, учитывать потребности конкретных женщин и подростков и их во многих случаях беспомощное положение с уделением особого внимания тем, кто стал жертвой сексуального насилия.

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

- Программа действий МКНР, пункт 7.11

планирования семьи. С 1996 года учреждения, организации и правительства заказали комплекты для более чем 50 стран и территорий и распространяли их в этих странах.

Женщины репродуктивного возраста составляют около 25 процентов от десятков миллионов беженцев и лиц, перемещенных внутри страны в результате войн, голода, преследований и стихийных бедствий. Одна из пяти указанных женщин может быть беременной. Игнорирование вопросов, касающихся репродуктивного здоровья, в чрезвычайных обстоятельствах имеет серьезные последствия, включая нежелательные беременности, предотвратимые случаи материнской и младенческой смертности и распространение заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД.

На МКНР было заявлено, что право на охрану репродуктивного здоровья имеют все люди во все времена. Эффективные программы по охране репродуктивного здоровья гарантируют осуществление прав человека, таких, как право на охрану здоровья, право свободно принимать решение о числе детей и регулировании периода между родами, право на информацию и образование и право на свободу от сексуального насилия и принуждения.

Беременность и роды могут представлять опасность даже для женщин, находящихся в наиболее благоприятных условиях. Конфликты и стихийные бедствия подвергают беременных женщин еще большему риску из-за внезапной потери медицинской помощи, что во многих случаях усугубляется травмами, недоеданием или болезнями и насилием.

Когда в декабре 2003 года в Баме, Иран, произошло сильнейшее землетрясение, менее чем за одну минуту на пострадавшей территории было разрушено более 85 процентов объектов инфраструктуры системы здравоохранения и погибло более половины работавшего на них медицинского персонала. Эта катастрофа вызвала преждевременные роды или выкидыши у многих беременных женщин.

Когда в результате произошедших недавно в Судане боевых действий более 100 000 беженцев были

33 ВОЗДЕЙСТВИЕ КОНФЛИКТА НА ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

В дополнение к общему воздействию насилия и оказания неадекватных медицинских услуг:

Женщины подвержены воздействию нехватки витаминов и железа, прежде все анемии, что может иметь фатальные последствия для беременных женщин и их детей.

Женщины страдают от различных проблем, начиная от отсутствия предметов санитарного назначения, необходимых в период менструаций, и кончая угрожающими жизни осложнениями, вызванными беременностью.

Стресс и военные разрушения часто приводят к всплеску насилия по признаку пола и сексуального насилия.

Женщины несут основную ответственность за лиц, ставших уязвимыми в результате войны: дети, больные и престарелые.

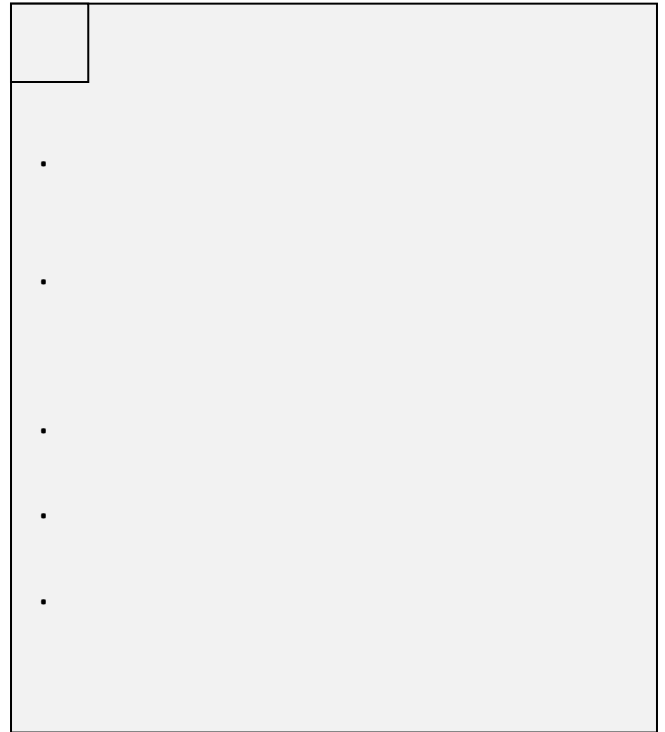
Уязвимость женщин еще в большей мере возрастает в результате потери мужчин и мальчиков, разрушения социальной структуры и других факторов, вызванных конфликтами.

вынуждены бежать в Чад, беременные женщины рожали на обочинах дорог и в пустыне. Отсутствие даже самых базовых предметов, необходимых для безопасных с санитарной точки зрения родов, а именно мыла, чистых бритв для обрезания пуповины и пластиковых простынь, которых можно постелить на землю, явилось причиной появления у многих женщин фатальных инфекций, в результате чего их дети остались без матерей и подвергаются повышенному риску.²

В проведенном в 2002 году исследовании было установлено, что осложнение после беременности и родов является главной причиной смерти женщин детородного возраста в опустошенном войной Афганистане. Лишь 7 процентов афганских женщин, умерших во время родов, рожали в присутствии квалифицированного медицинского персонала.

В более стабильных условиях почти всех женщин, имеющих осложнения, вызванные беременностью, можно спасти от смерти и инвалидности, если им будет вовремя предоставлено лечение. В течение 72 часов после землетрясения в Баме ЮНФПА оказал помощь Министерству здравоохранения и медицинского просвещения Ирана в приобретении предметов поставок, с тем чтобы беременные женщины могли рожать в безопасных условиях дома, а также в развертывании

**ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРАВ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПО
МЕРЕ ВОЗРАСТАНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ.**



Охрана здоровья матери

временных пунктов для оказания неотложной гинекологической помощи. В Чаде и других странах, где находятся беженцы, ЮНФПА сотрудничает с местными партнерами в оказании поддержки в дородовый период и создании системы направления к специалистам в случае необходимости получения срочной гинекологической помощи. В Афганистане ЮНФПА принял меры по предоставлению чрезвычайных предметов поставок и оборудования во время критического этапа кризиса, а в долгосрочном плане оказывал помощь на основе восстановления родильных домов и организации подготовки работников медицинских учреждений.

В ходе проведенной недавно Межучрежденческой рабочей группой по охране репродуктивного здоровья беженцев глобальной оценки было установлено, что в настоящее время в большинстве мест проживания беженцев им предоставляется по меньшей мере определенная комбинация дородовых услуг, оказывается помощь при родах и неотложные гинекологические услуги и услуги по уходу за новорожденными и детьми и матерями в послеродовой период. Было определено, что в лагерях беженцев в Кении, Объединенной Республике Танзании и Пакистане показатели материнской смертности ниже, чем в принимающей стране в целом или же в странах происхождения беженцев. Хотя некоторые компоненты услуг по охране репродуктивного здоровья (прежде всего неотложная гинекологическая помощь) требуют существенно-го улучшения, в период после 1994 года удалось добиться значительных успехов.

В чрезвычайных и постконфликтных ситуациях планирование семьи часто считается второстепенной задачей. Однако в разрушенных войной странах, таких, как Ангола и Сьерра-Леоне, где отсутствуют адекватные услуги, оказываемые в дородовой период, не предоставляется помощь во время родов и не оказываются экстренные акушерские услуги, одна из девяти женщин умирает в результате беременности или родов. Для женщин, находящихся в кризисных обстоятельствах, незапланированная беременность может иметь фатальный результат.

Игнорирование планирования семьи может иметь другие серьезные последствия, включая неадекватные с санитарной точки зрения аборт, причиной которых яв-

ляются нежелательные беременности, слишком небольшой период между родами, опасная беременность для женщин старшего или молодого возраста и передача заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД.

Поддержание постоянного уровня противозачаточных средств может стать серьезной проблемой в чрезвычайных обстоятельствах. Могут быть отрезаны пути перевозок, нарушены сети распределения и уничтожены медицинские учреждения. Существующие поставки могут быть недостаточными для удовлетворения спроса, когда большое число людей прибывает в новые пункты.

Хотя в этих условиях многие женщины хотят забеременеть, у многих, не желающих столкнуться с трудностями, вызванными беременностью, родами и воспитанием ребенка в лагере для перемещенных лиц, нет иного выбора из-за недостаточного доступа к презервативам и другим противозачаточным средствам.

Даже в тех случаях, когда предоставляются услуги и необходимые товары, их использованию может препятствовать ряд факторов. В оценке, проведенной в 2001 году организацией "Женская комиссия по делам женщин и детей из числа беженцев", было установлено, что многие ангольские беженцы в Замбии не хотели пользоваться методами планирования семьи, несмотря на их наличие. К числу установленных препятствий относятся: сопротивление со стороны мужей; религиозные и общинные убеждения относительно того, что женщины должны иметь столько детей, сколь они могут; отсутствие общинных программ распределения; трудность для женщин убеждать своих партнеров в необходимости пользоваться презервативами. В целях содействия принятию методов планирования семьи Комиссия рекомендовала провести информационную кампанию, охватывающую мужчин, и организовать профессиональную подготовку инструкторов из числа сверстников и общинных работников.³

В различных чрезвычайных обстоятельствах во всем мире в качестве первого шага по восстановлению услуг в области планирования семьи ЮНФПА осуществлял поставку бесплатных презервативов. Когда позволяет ситуация в плане безопасности, Фонд проводит оперативные оценки для определения потребностей в планировании семьи и часто он может представить соответствующую

Планирование семьи

справочную информацию о населении, в том числе данные о том, какие методы планирования семьи являются предпочтительными. При планировании среднесрочных и долгосрочных программ ЮНФПА и его партнеры стремятся привлечь женщин, мужчин и подростков из категории пострадавшего населения для содействия обеспечению надлежащих, учитывающих культурные особенности и эффективных услуг по планированию семьи.

Изнасилования являются характерным для вооруженных конфликтов элементом на протяжении многих веков и часто к нему прибегают на систематической основе для того, чтобы унижить "врага" и нарушить его социальные связи.

В ходе некоторых конфликтов, произошедших после МКНР, в том числе в Боснии, Руанде и Косово, гражданское население намеренно выбиралось в качестве целей сексуального насилия, на которое обращалось внимание правозащитных и женских организаций и международной прессы.

Меньшее внимание уделялось женщинам и девочкам, которых во время вооруженных конфликтов и в лагерях беженцев могли заставлять предлагать сексуальные услуги в обмен на продовольствие, убежище или защиту. Среди перемещенных лиц резко возрастает насилие в семье и браке, поскольку многие мужчины, которые потеряли работу и лишились своего привычного статуса и стабильности, вымещают свое разочарование на партнерах.

Воздействие насилия, прежде всего изнасилований, может иметь разрушительные результаты. Физические последствия могут включать в себя ранения, нежелательную беременность, нарушение половой функции и ВИЧ/СПИД. Тем, кому удастся выжить, могут столкнуться с такими явлениями, как изгнание из семьи и социальная изоляция. Вред, наносимый психическому здоровью, может привести к возникновению чувства беспокойства, нарушениям в связи со стрессами, вызванными полученными травмами, депрессии и самоубийствам. Многие жертвы не сообщают об изнасилованиях, а другие, возможно, считают, что они не могут сделать этого.

До недавнего времени предпринимался ряд попыток предотвратить сексуальное насилие и насилие

по признаку пола в период конфликтов или перемещения населения. Однако различные инициативы, нацеленные на пострадавшее от конфликтов население, продемонстрировали, что это насилие можно предотвратить на основе:

улучшения понимания общественностью вопросов, связанных с сексуальным насилием, и в качестве нарушения прав человека и угрозы для общественности;

оказания поддержки в проведении просветительских и информационных кампаний;

поощрения принятия мер по обеспечению безопасности женщин, находящихся в лагерях для перемещенных лиц, включая установку адекватных систем освещения, патрулирование сил безопасности, обеспечение безопасности пунктов по оказанию услуг и соответствующих учреждений, а также обеспечения того, чтобы вода, топливо, корм для скота и другие материалы можно было получить в непосредственной близости от лагерей;

осуществления деятельности в интересах введения в действие и соблюдения законов и политики, направленных против сексуального насилия и насилия по признаку пола, и организации подготовки для сотрудников полиции и судей;

привлечения мужчин к деятельности, способствующей изменению моделей поведения.

ЮНФПА оказывает поддержку в этих усилиях, а также в лечении и консультировании, что помогает формированию чувства безопасности и дает возможность обсуждать вопросы, связанные с применением насилия. Консультирование и просветительская деятельность могут помочь членам семьи и общинам признать и поддержать женщин, права которых были нарушены. Организация по подготовке по вопросу об оказании помощи жертвам сексуального насилия может способствовать улучшению работы медицинских учреждений. Медицинское и психологическое лечение включают в себя распространение противозачаточных средств, предоставление консультаций и оказание услуг по охране репродуктивного здоровья.

-

Сексуальное насилие и насилие по признаку пола

-

-

-

-

34 **ОСОБО УЯЗВИМЫЕ И ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА ЛИЦА, ПЕРЕМЕЩЕННЫЕ ВНУТРИ СТРАНЫ**

Хотя в прошлом десятилетии охват услугами по охране репродуктивного здоровья международных беженцев улучшился, не было достигнуто прогресса в оказании услуг лицам, перемещенным внутри страны, число которых в два раза превышает число беженцев в мире.

В Анголе, где сотни тысяч человек остаются перемещенными почти через три десятилетия после окончания войны, острый дефицит базовых услуг по охране здоровья матери стал причиной одного из самых высоких показателей материнской смертности в мире. Сложившаяся ситуация вряд ли улучшится без широкомасштабных долгосрочных усилий, включая реконструкцию медицинских учреждений, подготовку работников сферы здравоохранения, оказание базовых услуг по направлению к специалистам и транспортировку пациентов для лечения осложнений, требующих неотложных гинекологических услуг.

В Либерии лица, перемещенные, внутри страны, также не получали минимальных медицинских услуг на протяжении более десяти лет.

Лица, перемещенные внутри страны, представляют особую проблему для гуманитарного сообщества, прежде всего в связи с оказанием им услуг в области охраны репродуктивного здоровья. Национальные органы нередко игнорируют перемещенных лиц, а иногда испытывают к ним враждебное отношение. В прошлом десятилетии такие учреждения, как УВКБ и ЮНФПА, расширили свои мандаты и распространили сферу своей деятельности на лиц, перемещенных внутри страны, а также добились определенного прогресса в обеспечении того, чтобы эти лица были охвачены национальными системами здравоохранения. Однако миллионы людей по-прежнему не имеют доступа к этим услугам.

Правительства стран, в которых проживают перемещенные лица, должны приложить дополнительные усилия и признать их права, а страны-доноры должны увеличить объем предоставляемых им финансовых средств и усилить политическое давление для обеспечения того, чтобы потребности этих людей не игнорировались.

Масштабы всех передаваемых половым путем инфекций, включая ВИЧ/СПИДа, в условиях кризиса расширяются, что совпадает с ограничением доступа к средствам предупреждения, лечению и уходу.

Другими факторами, способствующими повышению риска в чрезвычайных ситуациях, являются:

широкомасштабное перемещение населения;

разрыв стабильных связей и дезинтеграция общин и семейной жизни;

нарушение социальных норм, регулирующих модели полового поведения;

начало половой жизни подростками в раннем возрасте;

принуждение женщин и девочек- и мальчиков-подростков к половым связям в обмен на продовольствие, жилье, деньги и защиту;

общение с группами населения, показатели инфекции ВИЧ которых выше;

повышение риска сексуального насилия.

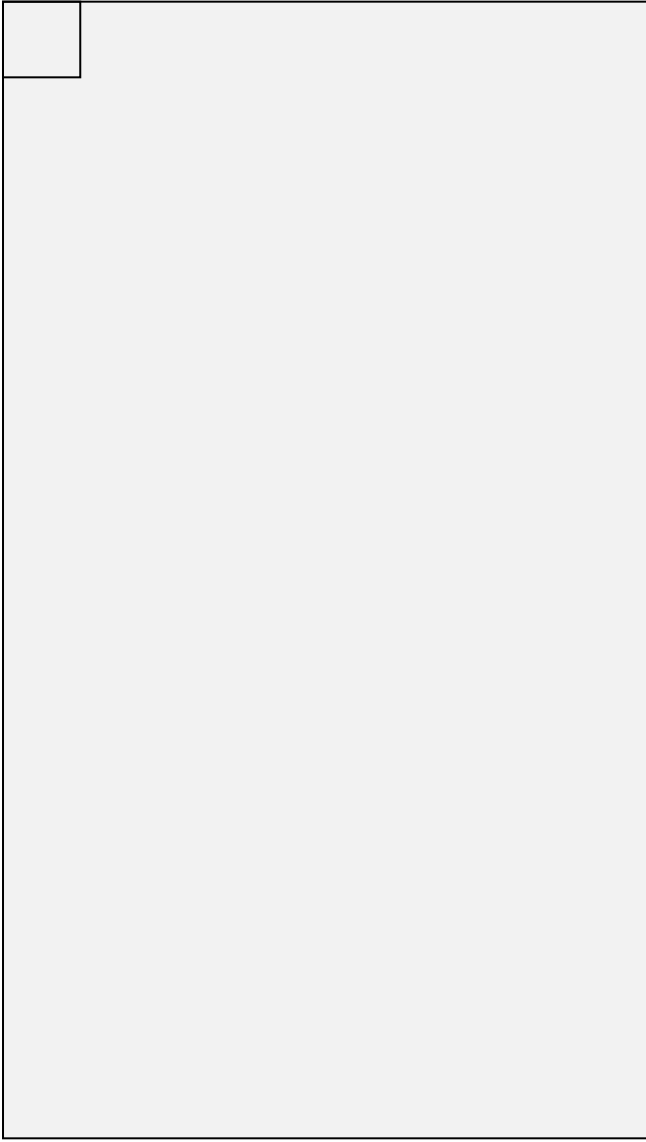
Сексуальное насилие со стороны инфицированных мужчин непосредственно подвергает женщин опасности заражения ВИЧ, а связанная с этим эрозия и разрыв вагинальных тканей могут способствовать резкому повышению риска инфекции.

В некоторых конфликтах планируемое и намеренное инфицирование женщин ВИЧ является механизмом "этнической чистки". Ассоциация вдов, ставших жертвами геноцида Руанды, установила, что две трети ее членов, которые подверглись изнасилованию со стороны боевиков хуту, имели позитивную реакцию на ВИЧ.

Хотя не имеется достаточных данных о масштабах распространения ВИЧ в лагерях беженцев, недостатком считается, что перемещенные лица подвергаются повышенному риску заражения вирусом во время перемещения и после него.⁴

Мероприятия по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем/ВИЧ/СПИДом, необходимые для находящихся в лагерях беженцев после стабилизации положения, не отличаются от аналогичных мероприятий для населения, живущего в стабильных условиях: информация и просвещение, пропагандирование использования и распространение презервативов, использование метода комплексного лечения заболеваний, передаваемых половым путем, добровольное консультирование в связи с ВИЧ, меры предосторожности для обеспечения безопасного кровоснабжения и предупреждение передачи инфекций от матери детям.

Однако в постконфликтных условиях, как, например, в Сьерра-Леоне и Либерии, где в результате многих лет военных действий и постоянного перемещения населения создалась ситуация, когда растущие



-
-
-
-
-

ВИЧ/СПИД и другие заболевания, передаваемые половым путем

-
-

масштабы распространения ВИЧ/СПИДа представляют серьезную угрозу для постконфликтного перемирия и реконструкции, ЮНФПА и партнеры разработали более широкомасштабный подход (см. вставку 28).

Молодые люди, отделенные от своих семей и общин, особенно уязвимы к воздействию сексуальной эксплуатации и чаще используют рискованные модели сексуального поведения. Сильное воздействие на пострадавших от войны подростков может оказать разрушение социальных или культурных систем, потеря доступа к образованию и медицинским услугам, нарушение связи со школой и друзьями, подверженность насилию и потеря членов семьи.

В Колумбии насилие и перемещение сопровождались резким увеличением случаев подростковой беременности и неадекватных с медицинской точки зрения аборт. В одном из исследований было установлено, что перемещенные девочки имеют в три раза больше шансов забеременеть, не достигнув 15-летнего возраста, по сравнению с другими девушками.⁵ По данным представителя ВОЗ, в Либерии, где беременность у 11- и 12-летних девочек не вызывает удивления, в 2002 году до 80 процентов перемещенных девушек делали аборты, не достигнув пятнадцатилетнего возраста.⁶

Ранняя беременность может иметь серьезные последствия для здоровья и благополучия девочек, тела которых еще недостаточно развиты для беременности и родов. У девочек в возрасте от 10 до 14 лет в пять раз больше шансов умереть во время беременности и родов, чем у женщин в возрасте от 20 до 24 лет. Неадекватные аборты представляют также колоссальный риск для здоровья.⁷ Во многих конфликтных ситуациях девочки чрезвычайно уязвимы к воздействию ВИЧ и других заболеваний, передаваемых половым путем. Одним из наиболее эффективных способов защиты здоровья подростков, ставших жертвами стихийных бедствий, является обеспечение для них доступа к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Это предусматривает предоставление интересующей молодежь информации и поддержки, а также консультаций, что может быть особенно важным для жертв сексуального насилия.

При поддержке Бельгии ЮНФПА сотрудничает с местными партнерами в расширении услуг и оказании

помощи молодым людям, перемещенным внутри страны, в Бурунди, Демократической Республике Конго, Либерии, на оккупированной палестинской территории, в Руанде и Сьерра-Леоне.

В Демократической Республике Конго, например, ЮНФПА и местные НПО создали молодежные центры для перемещенных молодых людей, живущих за пределами лагерей или в больших городах. Эти центры оказывают услуги по охране репродуктивного здоровья, включая добровольное консультирование и тестирование заболеваний, передаваемых половым путем. В рамках этого проекта десять НПО прошли подготовку для оказания услуг и предоставления информации в области охраны репродуктивного здоровья подростков. По мере повышения спроса на эти услуги потребуются дополнительные финансовые средства, материальные ресурсы, а кроме того, также будет необходимо расширить партнерские отношения.

Хотя после 1994 года объем международных финансовых средств для удовлетворения потребностей в области охраны репродуктивного здоровья в чрезвычайных ситуациях увеличился, число людей, нуждающихся в этих услугах, увеличивалось быстрее, чем темпы оказания связанной с этим помощи. В прошлом десятилетии более половины стран Африки, расположенных к югу от Сахары, пострадали от этого кризиса непосредственным образом, например, Руанда и Либерия, или косвенным, например, Объединенная Республика Танзания и Гвинея, на которые дополнительным бременем легло большое число беженцев из соседних стран.

Если потребности в охране репродуктивного здоровья населения, пострадавшего от кризиса, особенно в период распространения СПИДа, не будут удовлетворены, это может иметь трагические последствия не только для отдельных женщин, мужчин и детей. Это может также подорвать стабильность всей страны и перспективы достижения согласия, реконструкции и развития в период после завершения конфликта.

В проведенной Межучрежденческой рабочей группой по охране репродуктивного здоровья и делам беженцев оценке отмечается, что достигнутому недавно в этой области прогрессу сегодня угрожает неизменяющийся или сокращающийся объем предоставляемых донорами средств, что усугубляется политическим демаршем

Охрана репродуктивного здоровья подростков

Успехи и недостатки

администрации Соединенных Штатов, выступающей против определенных аспектов охраны репродуктивного здоровья. Расширение пропагандистской работы и увеличение объема финансовых средств имеют сегодня более важное значение, чем когда-либо ранее, поскольку геополитическая нестабильность и расширяющаяся уязвимость к воздействию стихийных бедствий создают угрозу, связанную с увеличением численности нуждающегося населения в последующие годы.



Приоритетные действия

Приняв Программу действий МКНР в 1994 году, правительства стран мира признали, что инвестирование в развитие человеческого фактора, расширение возможностей людей и создание для них возможностей реализовать свой потенциал, является основой устойчивого экономического роста и устойчивого развития.

Успешная деятельность по осуществлению Каирской программы и борьбе с нищетой зависят от соответствующего финансирования и прочных партнерских отношений.

В этой главе рассматривается вопрос о роли партнерских отношений в содействии укреплению репродуктивного здоровья и активизации усилий, направленных на достижение целей МКНР и целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, а также вопрос об объеме необходимых ресурсов. После этого приводится резюме приоритетных действий.

Неправительственные организации, являющиеся основным элементом многих программ во всем мире, сыграли крайне важную роль в формировании консенсуса МКНР, а масштабы их участия в межправительственном процессе были беспрецедентными. Рекомендации Программы действий по содействию налаживанию партнерских отношений с НПО и другими институтами гражданского общества и частным сектором носили широкомасштабный характер.

Сегодня во многих странах НПО активно участвуют в оказании услуг по охране репродуктивного здоровья и содействии реализации Каирской программы во многих других направлениях, включая пропагандистскую деятельность.

До 1994 года партнерские отношения между правительствами и НПО в основном предусматривали налажи-

вание связей между ассоциациями по планированию семьи, которые были основными учреждениями, оказывавшими услуги в области планирования семьи во многих развивающихся странах. Такое сотрудничество продолжалось на протяжении всего прошлого десятилетия, при этом НПО часто получали значительные суммы в рамках внешнего финансирования для самостоятельного оказания услуг без участия правительств.

После МКНР и проведенного после Конференции обзора в 1999 году были налажены партнерские отношения между правительствами и широким кругом организаций гражданского общества, включая профессиональные организации, общинные группы и т.д.

В рамках проведенного в 2003 году ЮНФПА глобального обследования 90 правительств во всех регионах сообщили о поддержании активных партнерских отношений в области народонаселения и репродуктивного здоровья. Обе стороны признали, что НПО часто могут легче охватить определенные группы и осуществить некоторые программы более эффективно, чем правительства.

Некоторые правительства не оказывают определенных услуг в области охраны репродуктивного здоровья из-за финансовых трудностей и отсутствия потенциала. В ряде ситуаций, требующих гибкости и скорости охвата, НПО эффективнее, чем правительства содействуют обеспечению равенства мужчин и женщин, решению проблем, связанных с насилием по признаку пола, стимулированию формирования чувства ответственности у мужчин, предоставлению информации и услуг по охране репродуктивного здоровья подросткам, реализации программ развития молодежи и обеспечению охвата групп, подвергающихся высокой степени риска инфицирования ВИЧ.

Партнерские отношения с гражданским обществом

**НПО и УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ.**

В Мексике правительство признало важную роль НПО в оказании медицинских услуг, включая тесты цервикальных мазков, консультации по гинекологическим вопросам, услуги в дородовый период, а также уход за новорожденными.

С введением в прошлом десятилетии реформы в области сектора здравоохранения, стратегических документов по сокращению масштабов нищеты и общесекторальных подходов в настоящее время многие доноры предоставляют финансовые средства непосредственно правительствам. В результате этого в настоящее время правительства развивающихся стран часто налаживают более эффективные отношения с НПО, другими организациями гражданского общества и частным сектором, что является дополнением к осуществляемым ими программам.

В Бангладеш, где НПО и частный сектор оказывают большую часть услуг по охране здоровья, правительство включило представителей НПО и общинных организаций в состав Национального консультативного комитета по обеспечению участия населения в решении вопросов, связанных с охраной здоровья, питанием и народонаселением, для обеспечения оказания услуг, предусматривающих удовлетворение всех потребностей клиентов, высокого качества ухода, социального и гендерного равенства и децентрализации. Цель состоит в том, чтобы привлечь партнеров к планированию, а также к осуществлению политики и программ.

Вместе с тем, некоторые страны привлекли НПО и другие организации к разработке стратегий в области сокращения масштабов нищеты и реформы сектора здравоохранения, однако не предусматривается их участие в этой деятельности на этапе осуществления.

НПО и другие организации гражданского общества, в том числе профессиональные ассоциации, традиционно принимают меры, которые, как считается, являются прерогативой правительств, включая установление стандартов и обеспечение отчетности в дополнение к усилиям правительств или же для решения имеющихся проблем. Кроме того, НПО могут вести наблюдение за выполнением договоров в области прав человека и обязательств, взятых в целях осуществления Программы действий.

Профессиональные ассоциации врачей, медицинских сестер, акушеров и других работников сферы здравоохранения играют ключевую роль в определении стандартов, включая этические нормы, а также в ведении постоянной медицинской просветительской работы и формировании

у членов общин навыков, связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем и правами. Такие международные НПО, как Медицинский фонд сотрудничества, осуществляют деятельность в этом направлении.

Другим новым событием, произошедшим в прошлом десятилетии, было налаживание партнерских связей между НПО и частным сектором в содействии охране репродуктивного здоровья, так как каждая сторона признала сравнительные преимущества другой. Частные компании предоставляют возможности для сбыта презервативов и других товаров по охране репродуктивного здоровья через супермаркеты, магазины и аптеки. Сегодня некоторые работники частных фирм признают преимущества поощрения укрепления сексуального и репродуктивного здоровья среди своих служащих и в общинах, в которых они работают.

Избранные представители могут играть важную роль в установлении приоритетов, выделении ресурсов и определении институциональных обязанностей в отношении услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществлении репродуктивных прав. В ряде стран группы парламентариев приняли меры для содействия осуществлению Программы МКНР и ее надлежащего финансирования.

Первая такая группа - Федерация парламентариев за удовлетворение потребностей населения Японии - является лидером в глобальном движении парламентариев вот уже на протяжении трех десятилетий. Организация "Всепартийная парламентская группа по народонаселению, развитию и репродуктивному здоровью" стимулировала создание национальных парламентских групп в других европейских странах. В развивающихся странах к числу таких групп относятся Ассоциация парламентариев по вопросам народонаселения и развития Индии, а также комитеты по народонаселению и развитию в обеих палатах парламента Нигерии.

Региональные и глобальные сети парламентариев также активно участвуют в пропагандистской деятельности. Азиатский форум парламентариев по народонаселению и развитию, Форум африканских и арабских парламентариев по народонаселению и развитию и Межамериканская парламентская группа по народонаселению и развитию наметили провести мероприятия, посвященные празднованию десятилетней годовщины МКНР, в 2004 году.

ЧАСТНЫЙ СЕКТОР.

ПАРЛАМЕНТАРИИ.

18-19 октября 2004 года будет проведена вторая Международная конференция парламентариев по осуществлению Программы действий МКНР. Эта конференция была совместно организована Межъевропейским форумом парламентариев по народонаселению и развитию и ЮНФПА в сотрудничестве с Советом Европы.

На первой Международной конференции парламентариев по осуществлению Программы действий МКНР, состоявшейся в 2002 году в Оттаве, Канада, 103 должностных лица из 72 стран подписали заявление об обязательствах,¹ содержащее конкретные меры, которые они примут для гарантирования репродуктивных прав женщин, улучшения доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, сокращения материнской смертности и предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа, а также они взяли на себя обязательства приложить усилия для того, чтобы направлять до 10 процентов бюджетов мероприятий, связанных с развитием, их стран на программы в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья.

Часто правительства обращаются в университеты для сбора и анализа данных и проведения научных исследований по вопросам, касающимся сексуального и репродуктивного здоровья. Например, в Индии 18 научно-исследовательских демографических центров, действующих при университетах, ведут научные исследования, касающиеся тенденций динамики в области народонаселения, знаний и мировоззрения клиентов, оперативных вопросов и других аспектов народонаселения и развития. Институт социальной статистики и экономических научных исследований при Университете Ганы проводит подготовку по вопросам, касающимся репродуктивного здоровья, гендерных аспектов, нищеты и взаимосвязи между народонаселением и развитием.

Содействие обмену накопленными знаниями и опытом между развивающимися странами также является важным аспектом предусмотренных МКНР усилий по налаживанию партнерских отношений. Сегодня Организация "Партнеры в области народонаселения и развития", созданная в 1994 году при поддержке ЮНФПА, Фонд Рокфеллера и другие доноры действуют в качестве союза в 20 развивающихся странах (Бангладеш, Бенин, Гамбия, Египет, Зимбабве, Индия, Ин-

донезия, Иордания, Йемен, Кения, Китай, Колумбия, Мали, Марокко, Мексика, Нигерия, Пакистан, Таиланд, Тунис и Уганда), осуществляющих деятельность по расширению и повышению эффективности сотрудничества в области планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья по линии Юг-Юг".²

Программа действий МКНР явилась первым заключенным на основе консенсуса международным документом, определяющим расходы на осуществление конкретных мероприятий.³ В ней определяется основная программа приоритетных действий в системе первичного медико-санитарного обслуживания, включая:

планирование семьи и инфраструктура оказания услуг;

дополнительные услуги по охране репродуктивного здоровья (включая дородовой уход, нормальные и безопасные роды, информацию, просветительскую работу и коммуникацию по вопросам репродуктивного здоровья, включая заболевания, передаваемые половым путем, сексуальные отношения и ответственное выполнение родительских обязанностей, а также борьбу с вредной практикой, такой, как калечащие операции на женских половых органах, предупреждение бесплодия; консультирование диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем; направление к специалистам, просветительская работа и консультации в связи с осложнениями после беременности и родов);

предупреждение заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД;

данные, научные исследования и разработка политики в интересах народонаселения и охраны репродуктивного здоровья.

Ежегодные затраты на этот комплекс мероприятий составили приблизительно 17,1 млрд. долл. США в 2000 году; в 2005 году они увеличатся до 18,5 млрд. долл. США, в 2010 году - до 2,5 млрд. долл. США, а в 2015 году - до 21,7 млрд. долл. США. Был достигнут консенсус относительно того, что развивающиеся страны покроют расходы на удовлетворение двух третей потребностей из внутренних

Ресурсы для осуществления Программы действий

-

-

УНИВЕРСИТЕТЫ.

-

-

СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ЛИНИИ ЮГ-ЮГ.

ресурсов, а страны-доноры окажут международную помощь на оставшуюся третью часть от общей суммы.

В Программе действий отмечается, что со временем эти показатели будут пересмотрены⁴ и что потребуются дополнительные ресурсы на различных уровнях систем здравоохранения, а также для осуществления мероприятий по оказанию поддержки в таких областях, как образование, сокращение смертности, расширение прав и возможностей женщин и участие в жизни общества.

После МКНР были подготовлены новые расчеты для более широкой программы в области развития. В Инициативе "20/20", касающейся удовлетворения базовых социальных услуг, которая была одобрена Всемирной встречей на высшем уровне в интересах социального развития в 1995 году, к развивающимся странам был обращен призыв выделять 20 процентов их национальных бюджетов на здравоохранение, образование и другие социальные аспекты развития, а странам-донорам предлагалось выделять 20 процентов их помощи на цели их развития. По подсчетам Комиссии по макроэкономике и здравоохранению, общие потребности в приоритетном комплексе мероприятий по охране здоровья в странах с низким уровнем доходов составляют 66 млрд. долл. США в год.⁵

Что касается охраны репродуктивного здоровья, то расчеты предусматривающие ежегодное выделение 7-10 млрд. долл. США на всеобъемлющий комплекс мероприятий по предупреждению ВИЧ/СПИДа, были представлены на специальной сессии, посвященной ВИЧ/СПИДУ, Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2001 году. Проведенные впоследствии анализы расширили этого прогноз.⁶ Установлено, что для осуществления основных мероприятий и развития инфраструктуры к 2005 году потребуется 9,2 млрд. долл. США в год. Содержащиеся в этих расчетах компоненты мероприятий по предупреждению лишь незначительно превышают расчеты, подготовленные на МКНР.⁷

В настоящее время разрабатываются новые расчеты потребностей на общий комплекс мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, с тем чтобы отразить непрекращающееся постоянное распространение пандемии и одновременно с этим необходимость дополнительных фондов для повышения эффективности инфраструктуры системы здравоохранения в плане оказания необходимых услуг.

Этот пример демонстрирует динамичный характер

прогнозов, касающихся ресурсов, поскольку приоритеты мероприятий корректируются с учетом местных условий, при этом улучшается понимание расходов на процесс осуществления и потребностей системы. Всегда трудно предугадать расходы на переход к новым системам планирования, управления и оказания услуг.

Включение мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом в программы охраны репродуктивного здоровья является одной из приоритетных задач в области политики.⁸ Новые вертикальные программы борьбы с ВИЧ/СПИДом предусматривают начальные расходы на создание эффективных систем управления и удовлетворения других институциональных потребностей.⁹ Хотя легче проследить поток ресурсов на специальные вертикальные программы (вместо того, чтобы использовать целевые расходы из общих бюджетов системы здравоохранения), благодаря комплексной разработке программ можно извлечь выгоду от совместной деятельности различных компонентов, используя при этом преимущества экономики, обусловленной эффектом масштаба.¹⁰

Несмотря на характерные трудности в отслеживании потоков ресурсов, ЮНФПА регулярно представляет информацию о финансовых средствах для разработки базовых

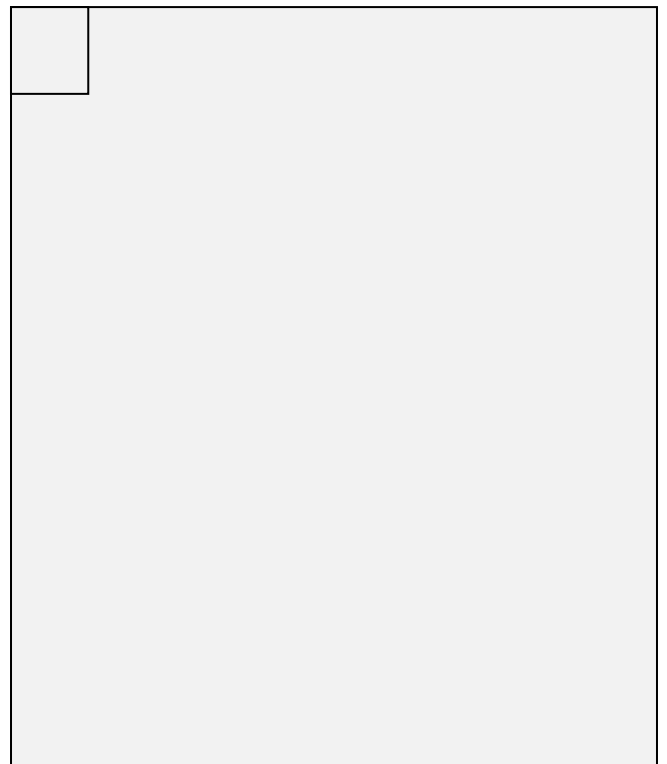
35 ДИНАМИКА НАСЕЛЕНИЯ И РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ

План национального развития Никарагуа в 2003 году - это хороший пример того, как страны могут включать вопросы, касающиеся динамики населения, в национальную политику и процесс планирования.

В плане, подготовленном при технической помощи ЮНФПА, отмечается, что прирост населения и внутренняя и внешняя миграция имеют важные последствия для сокращения масштабов нищеты. В плане содержится требование о повышении эффективности систем сбора демографических данных, создании рабочих мест и уделении особого внимания потребностям молодых людей в просветительской работе и в услугах в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

Этот план оказал воздействие на другие процессы развития, в которых участвовало правительство, включая разработку проекта стратегического документа по сокращению масштабов нищеты, разработку рамок по оказанию помощи в области развития Организации Объединенных Наций, определении мер, необходимых для выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, и национальных планов, касающихся населения, молодежи и развития. Кроме того, благодаря плану был налажен полезный диалог между национальными директивными органами в различных секторах деятельности в области развития, а также налажено сотрудничество между различными секторами на местном уровне, прежде всего в оказании услуг подросткам.

НОВЫЕ ПРОГНОЗЫ.



вого комплекса в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья МКНР. В 2003 году доноры выделили 3,1 млрд. долл. США, что составляет лишь 54 процента предусмотренного в Программе действий обязательства доноров на 2000 год и 51 процент от потребностей на 2005 год.

Внутренние расходы развивающихся стран на этот комплекс в 2003 году составили 11,7 млрд. долл. США. Однако большая доля этой суммы поступает от нескольких крупных стран, таких, как Бразилия, Индия, Индонезия, Китай и Мексика. Многие страны - особенно наиболее бедные с низким уровнем расходов на здравоохранение на душу населения - главным образом зависят от финансирования донорами усилий по удовлетворению их потребностей в области планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья, борьбы с ВИЧ/СПИДом, демографических данных, научных исследований и политики.¹¹

На пути прогресса стоят не только финансовые препятствия. Для наиболее эффективного использования ресурсов потребуются обмен информацией и технологией и другие формы технической помощи.

Нельзя ускорить прогресс и повысить качество, если в рамках программ не будут проводиться мероприятия по набору, профессиональной подготовке и удержанию на работе персонала. Разные должности требуют разных навыков (медицинская подготовка, возможности в плане предоставления консультаций, потенциал охвата общин, управленческие способности и т.д.) и часто испытывается недостаток таких навыков. Оклады гражданской службы часто недостаточны для привлечения наиболее способных мужчин и женщин.

Расширение сферы охвата программ также предусматривает возможности для обеспечения наличия специалистов в областях, в которых испытываются наиболее острые потребности; часто такие программы осуществляются в отдаленных районах и в условиях отсутствия удобств. Каждая из перечисленных проблем, связанных с людскими ресурсами, должна решаться на систематической основе и, как правило, в контексте общей реформы системы.

Невозможно добиться прогресса без снабжения основных товаров, необходимых для осуществления программ. В сотрудничестве с другими круп-

ными донорами ЮНФПА принимал меры для обеспечения надежной поставки качественных лекарственных препаратов, оборудования и товаров для охраны репродуктивного здоровья.

По подсчетам, сегодня доноры покрывают значительно меньшую долю расходов на противозачаточные средства: в начале 90-х годов доноры удовлетворяли 41 процент потребностей в этих товарах, а сегодня этот показатель почти в два раза меньше. Учитывая дефицит финансовых средств, необходимо разработать системы для удовлетворения чрезвычайных запросов от стран, с тем чтобы не допустить возникновения дефицита необходимых товаров.

В Проекте тысячелетия Организации Объединенных Наций¹² приоритетное внимание уделяется основанным на потребностях оценкам ресурсов и потенциалу в плане выполнения целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, в течение следующих 11 лет. В оценках экспертов признается, что наличие услуг по охране репродуктивного здоровья (включая планирование семьи, охрану здоровья матери и предупреждение инфекций, передаваемых половым путем) является центральным элементом достижения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.¹³

В этой связи для выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, потребуются многосекторальные инвестиции, включая инвестиции в сектор народонаселения и сектор охраны репродуктивного здоровья.

Необходимо существенно увеличить объемы ресурсов (как от доноров, так и в рамках национальных ассигнований) для осуществления решений МКНР и достижения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, однако эти ресурсы должны использоваться эффективно. В условиях изменения институциональной системы децентрализации и передачи полномочий по принятию решений социальным секторам, это потребует развития навыков и потенциала на национальном и более низких административных уровнях. Многие страны, особенно наиболее бедные, не имеют достаточных финансовых и людских ресурсов; необходимо разработать серьезные планы для решения этих проблем.

ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ, ЗАКРЕПЛЕННЫЕ В ДЕКЛАРАЦИИ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ.

ПОТРЕБНОСТИ В ЛЮДСКИХ РЕСУРСАХ.

ПОТРЕБНОСТИ В ТОВАРАХ.

В настоящем докладе рассматриваются достижения стран в выполнении Программы действий МКНР, а также главные задачи и возможности в дальнейшей деятельности. Для выполнения целей, поставленных в Каире, и целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, крайне важное значение будут иметь политическое руководство и адекватное финансирование. Приоритетные действия на следующие десять лет включают в себя:

Включение приоритетов, определенных на МКНР, в диалоги по вопросам политики, касающимся развития, в таких областях, как искоренение нищеты, расширение прав и возможностей женщин, социальная политика, права человека, устойчивость окружающей среды и макроэкономическая политика, а в общесекторальных подходах - стратегический документ по сокращению масштабов нищеты и другие рамки и процессы разработки программ.

Уделение большего внимания к политике и программам для удовлетворения потребностей наиболее бедных слоев населения и обеспечение того, чтобы усилия по осуществлению решений МКНР были сосредоточены на удовлетворении интересов неимущих слоев населения. Уделение приоритетного внимания расширению просветительской работы и формированию навыков неимущего населения, включая формирование необходимых для жизни навыков и оказание услуг для не получающих достаточного объема услуг общин в сельских и городских районах.

Обеспечение того, чтобы **участие в жизни гражданского общества** стало рутинным аспектом национальной, региональной и местной институциональной практики.

Реформирование законов, политики и институтов, с тем чтобы расширить имеющийся как у мужчин, так и у женщин выбор и ликвидировать дискриминацию по признаку пола. Содействие обеспечению равенства мужчин и женщин на основе борьбы с насилием по признаку пола и вредной традиционной практикой; расширение доступа женщин к ресурсам, включая землю и кредиты; активизация участия женщин в принятии решений; ликвидация неравенства в семьях, на рабочих местах и в общинах.

Увязка национальных усилий и систем в области создания потенциала, направленных на достижение целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, и наблюдение за усилиями и системами, необходимыми для осуществления Программы действий МКНР, с тем чтобы максимально повысить эффективность совместной деятельности и программ.

Включение вопросов, касающихся динамики населения, в национальные процессы планирования и диалоги по вопросам политики. По мере изменения численности, состава и плотности проживания населения в странах и районах специалисты по планированию должны быть в состоянии прогнозировать демографические тенденции, а также прогнозировать и удовлетворять потребности, связанные с инфраструктурой и услугами.

Принятие ответных мер в связи с быстрыми темпами урбанизации, в том числе в наименее развитых странах. Активизация планирования и принимаемых мер для расширения первичного медико-санитарного обслуживания, включая охрану репродуктивного здоровья, и других социальных услуг в бедных общинах, находящихся на границе между крупными и мелкими городами, во всех развивающихся странах. Укрепление потенциала учреждений в плане децентрализации процесса принятия решений на основе организации подготовки населения на местном уровне по таким вопросам, как определение приоритетов, составление бюджетов, оказание услуг и контроль.

Уделение большего внимания развитию сельских районов для следующих целей: преодоление трудностей, связанных с медицинским обслуживанием, образованием и занятостью; прекращение ухудшения состояния окружающей среды; замедление внешней миграции населения, имеющего высокую квалификацию и образование; уменьшение воздействия ВИЧ/СПИДа; повышение безопасности людей¹⁵.

Уделение большего внимания и выделение дополнительных ресурсов для оказания комплексных высококачественных услуг по охране репродуктивного здоровья и создания благоприятных условий для их оказания. Кроме того:

уделение приоритетного внимания охране репродуктивного здоровья и планированию семьи в **усилиях по укреплению и реформированию систем здравоохранения** и в общесекторальных подходах, стратегических документах по сокращению масштабов нищеты и стратегиях выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия;

укрепление потенциала на всех уровнях для оказания услуг по охране репродуктивного здоровья, обеспечения устойчивого финансирования и адекватного укомплектования штатов, повышения качества услуг и расширения круга пользующихся ими лиц;

НАСЕЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

-

-

КООРДИНАЦИЯ ПОЛИТИКИ

-

-

-

-

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

-

-

-

-

-

обеспечение устойчивости и безопасности сетей снабжения, с тем чтобы имелись все необходимые противозачаточные средства, оборудование и товары в целях обеспечения наличия комплексных услуг по охране репродуктивного здоровья для удовлетворения нынешних и предполагаемых потребностей;

обеспечение предоставления возможностей и направление ресурсов для осуществления мероприятий, оказавшихся наиболее эффективными. Например, ведется разработка новых подходов к сокращению материнской смертности и обеспечению охраны репродуктивного здоровья подростков. При определении приоритетов необходимо учитывать опыт, накопленный на протяжении прошлого десятилетия;

повышение качества оказываемых услуг на основе опыта, накопленного на протяжении прошлых десятилетий;

создание эффективных механизмов контроля и оценки для преодоления трудностей в осуществлении национальных программ и оценки достигнутых успехов. Этот же механизм может использоваться для наблюдения за выполнением целей МКНР, целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, и других международных целей в области развития;

повышение эффективности систем сбора, анализа, распространения и использования данных на основе институциональной поддержки и программ профессиональной подготовки.

Существенное расширение доступа женщин к мероприятиям, оказавшимся наиболее эффективными в предупреждении материнской смертности: роды с участием квалифицированных специалистов и доступ к неотложным гинекологическим услугам. Кроме того:

повышение эффективности услуг в области планирования семьи, с тем чтобы женщины могли откладывать на более поздний срок беременности, регулировать период между ними и ограничивать их число;

расширение использования услуг по охране здоровья матери, прежде всего в домашних хозяйствах, на основе улучшения понимания этих вопросов общественностью, преодоления социальных и экономических препятствий (в том числе препятствий, связанных с отношениями между мужчинами и женщинами) и повышения эффективности инфраструктуры;

устранение финансовых препятствий для обеспечения доступа женщин к услугам в дородовой период, во вре-

мя родов и в послеродовой период, сделав такие услуги бесплатными или же покрывая платежи за их оказание за счет национальных систем страхования.

Более эффективная увязка мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом с другими компонентами услуг в области охраны репродуктивного здоровья в рамках многосекторальных ответных мер в связи с эпидемией. Кроме того:

расширение поддержки программ в области планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья - важные исходные пункты для предупреждения ВИЧ, а также лечения этой инфекции;

активизация усилий, направленных на **включение услуг по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа во всеобъемлющие услуги по охране репродуктивного здоровья**;

расширение нынешних программ на основе использования многосекторального подхода;

решение проблем, связанных с социально-экономическими факторами, способствующими распространению инфекции ВИЧ/СПИДа, включая взаимоотношения между мужчинами и женщинами, на основе программ изменения моделей поведения с учетом культурных особенностей.

Активизация усилий, направленных на **охват всех нуждающихся подростков**, в том числе подростков, состоящих в браке, а также подростков, бросивших школу;

расширение участия молодежи в разработке и осуществлении программ и в наблюдении за ними, а также в политических процессах;

расширение комплексного подхода к разработке программ в интересах молодежи и развитию;

активизация прилагаемых в настоящее время усилий.

Расширение помощи доноров, направляемой на осуществление решений МКНР;

содействие обмену информацией об осуществляемой деятельности и о дальнейшем использовании ресурсов, с тем чтобы финансовые средства и административный потенциал способствовали получению максимальной отдачи;

поддержка правительств в принятии эффективных решений в условиях транспарентности и отчетности.

•

ВИЧ/СПИД

•

•

•

•

•

•

•

•

•

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

•

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

•

•

•

•

•

РЕСУРСЫ

•

•

•

•

•

На Конференции по вопросам финансирования развития, состоявшейся в Мотеррее, Мексика, в 2002 году, доноры вновь подтвердили свое желание оказывать международную помощь в размере 0,7 процента от их валового национального продукта. Лишь пять стран-доноров достигли этого уровня поддержки.¹⁴

Для выполнения целей, закрепленных в Декларации тысячелетия, и крайне важных целей МКНР, а также достижения серьезного прогресса в сокращении многих аспектов, связанных с нищетой, в обязательствах об оказании помощи в области развития следует отказаться от заявлений о добрых намерениях и перейти к активному налаживанию партнерских отношений и инвестированию.

В 1994 году МКНР придала практический импульс процессу развития, основной упор в котором делается на человеческий фактор. В Программе действий признается, что инвестирование средств для удовлетворения потребностей населения и расширения его возможностей и укрепления потенциала является неотъемлемой частью достижения устойчивого экономического роста и ослабления последствий нищеты.

Достигнутый в Каире консенсус создал стимул для принятия глобальных ответных мер, а именно он:

содействовал улучшению понимания международной общественностью вопросов, касающихся здоровья и расширения прав и возможностей женщин, которые были сформулированы на четвертой Всемирной конференции по положению женщин в Пекине в 1995 году;

способствовал уделению основного внимания возможностям отдельных лиц в диалоге по вопросам развития и выдвинул его на первый план политики и стратегий в области народонаселения;

сыграл стимулирующую роль в повышении роли организаций гражданского общества в диалоге по вопросам развития;

легитимизировал международные соглашения, касающиеся потребностей в ресурсах, для достижения целей в области развития.

На основе этих результатов консенсус способствовал созданию основы для выполнения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия.

В этом десятилетии был достигнут прогресс в национальной, региональной и международной политике, как это было предусмотрено на МКНР. Охрана репродуктивного здоровья учитывается в политике и деятельности учреждений. Признано наличие разных демографических ситуаций в разных странах мира, и страны принимают меры для разработки политики и программ, учитывающих потребности населения.

Сегодня на регулярной основе принимаются решения по темам, которые ранее не учитывались при обсуждении вопросов политики, а именно такие темы, как, например, вредная традиционная практика, насилие по признаку пола, охрана репродуктивного здоровья подростков, уход в период после абортов, потребности в охране здоровья беженцев и лиц, находящихся в чрезвычайных ситуациях, товарная безопасность в связи с охраной репродуктивного здоровья и планированием семьи и роль культуры в качестве движущей силы осуществления базовых прав человека.

С 1994 года в мире произошли серьезные изменения. Идеологические и институциональные условия для реализации инициатив в области развития претерпели серьезную трансформацию. Децентрализация процесса принятия решений, изменение соотношения государственного и частного секторов, новые механизмы финансирования и бюджетные трудности, общесекторальная реформа, вертикальные программы искоренения конкретных заболеваний и все более приоритетное внимание, уделяемое сокращению масштабов нищеты, трансформировали ход дискуссии и практическую деятельность.

Однако сегодня как никогда ранее самое актуальное значение имеет предусматривающая участие населения концепция национальных действий, лежащая в основе Программы действий МКНР, в которой основной упор делается на человеческий фактор. Поскольку сегодня в мире предпринимаются попытки выполнить широкомасштабные цели Саммита тысячелетия, политическая приверженность и выделение соответствующего объема финансовых и людских ресурсов для осуществления Программы действий МКНР по-прежнему имеют не менее важное значение.

Улучшение охраны здоровья матери и ребенка, равенство мужчин и женщин, повышение качества образования,

Выводы

-

-

-

-

сокращение масштабов нищеты, качество окружающей среды и расширение партнерских связей в области развития зависят от мобилизации политической воли и объемов финансовых средств, необходимых для реализации целей Каирского консенсуса. Всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья, образованию и участию в жизни общества имеют жизненно важное значение для личного и национального достоинства, безопасности и прогресса в ослаблений последствий нищеты.

Примечания и показатели

Примечания 118

Материалы для вставок 124

Показатели

Контроль за осуществлением целей МКНР:
отдельные показатели 126

Демографические, социальные и экономические
показатели 130

Отдельные показатели для наименее
населенных стран/территорий 134

Примечания к показателям 136

Техические примечания 137

ГЛАВА 1

- 1 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
- 2 В основе этого раздела лежит анализ, содержащийся в: To Better Communication Project. 2003. *The Road to Global Reproductive Health: Reproductive Health and Rights on the International Agenda: 1968-2003*. New York: To Better Communication Project, coordinated by the media/advocacy working group of the EuroNGOs and sponsored by UNFPA. Веб-сайт: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/199_filename_eurongo.pdf, Последний раз данными пользовались 9 June 2004.
- 3 См.: UNFPA. 1997. "Reproductive Health and Human Rights." Ch. 1 in: *The State of World Population 1997: The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: UNFPA.
- 4 UNFPA 2004, pp. 34-35.
- 5 Опасность с медицинской точки зрения аборт определяется как процедура прекращения нежелательной беременности лицами, не имеющими достаточных навыков, или же в условиях, не отвечающих минимальным стандартам, или же в силу обеих причин (на основе: WHO. 1994. *Health, Population and Development* [WHO/FHE/94.1]). Документ ВОЗ, подготовленный Международной конференцией по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 года. Женева: ВОЗ.
- 6 WHO, UNICEF, and UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO; and WHO. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (EB113/15 Add.1). Geneva: WHO.
- 7 UNAIDS. 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report* (UNAIDS/04.16E). Geneva: UNAIDS.
- 8 Однако такое увеличение не может продолжаться и в значительной мере может отражать инвестиции в программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а не всеобъемлющий подход к охране репродуктивного здоровья.

ГЛАВА 2

- 1 UN Millennium Project. 2004a. "Task Force 3 Interim Report on Primary Education." New York: UN Millennium Project. Веб-сайт: www.unmillenniumproject.org/documents/tf3genderinterim.pdf, Последний раз данными пользовались 2 June 2004; and UN Millennium Project. 2004b. "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health." New York: UN Millennium Project. Веб-сайт:

www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf, Последний раз данными пользовались 2 June 2004.

- 2 Hakkert, R., and G. Martine. 2003. "Population, Poverty and Inequality: A Latin American Perspective." Ch. 6 in: *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, edited by UNFPA. Population and Development Strategies Series. No. 8. New York: UNFPA.
- 3 Eastwood, R., and M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects Via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 in: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 4 National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington D.C.: National Academy Press.
- 5 RAND Corporation. 2002. "Banking the 'Demographic Dividend': How Population Dynamics Can Affect Economic Growth." *Population Matters Policy Brief*. No. RB-5065-WFHF/DLPF/RF. Santa Monica, California: RAND Corporation; Bloom, D. E., D. Canning, and J. Sevilla. 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. RAND Population Matters Monograph Series. Santa Monica, California: RAND Corporation; Paes de Barros, R., et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 in: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press; Bloom, D. E., D. Canning, and J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Seltzer, J. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Cassen, R. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey, and Oxford: Transaction Publishers; and Lassonde, L. 1996. *Coping with Population Challenges*. London: Earthscan Publications.
- 6 The World Bank. Global Poverty Monitoring Веб-сайт: www.worldbank.org/research/povmonitor/index.htm, Последний раз данными пользовались 18 May 2004.
- 7 Этот и последующие пункты в основном основываются на: UNFPA. 2002. *The State of World Population*

2002: *People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*. New York: UNFPA.

- 8 United Nations. 2003. *The HIV/AIDS Epidemic and Its Social and Economic Implications* (UN/POP/MORT/2003/12). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 9 National Research Council. 2001. *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 10 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.

ГЛАВА 3

- 1 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 3.14. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 2 Gardner, G., E. Assadourian, and R. Sarin. 2004. "The State of Consumption Today." Ch. 1 in: *State of the World 2004*, by the Worldwatch Institute. 2004. New York: W. W. Norton.
- 3 WHO. 2002. *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, p. 51. Geneva: WHO.
- 4 Gardner, Assadourian, and Sarin 2004.
- 5 Knickerbocker, B. 22 January 2004. "If the Poor Get Richer, Does the World See Progress?" *The Christian Science Monitor*.
- 6 Gardner, Assadourian, and Sarin 2004.
- 7 Ibid., p. 5.
- 8 MacDonald, M., and D. Nierenberg. 2003. "Linking Population, Women, and Biodiversity," p. 42. Ch. 3 in: *State of the World 2003*, by the Worldwatch Institute. 2003. New York: W. W. Norton.
- 9 UNFPA. 2001. *The State of World Population 2001: Footprints and Milestones: Population and Environmental Change*, pp. 38-39 and the references cited therein; and Nierenberg, D. 2002. *Correcting Gender Myopia, Gender Equity, Women's Welfare, and the Environment*, pp. 29-35. Worldwatch Paper. No. 161. Washington, D.C.: Worldwatch Institute.
- 10 Nierenberg 2002.
- 11 Simpson-Hebert, M. 1995. "Water, Sanitation, and Women's Health: The Health Burden of Carrying Water." *The Environmental Health*

Newsletter 25. Geneva: WHO. Cited in: *Women, Men, and Environmental Change: The Gender Dimension of Environmental Policies and Programs*, p. 4, by Justine Sass. 2002. Emerging Policy Issues in Population, Health, and the Environment Series. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

- 12 Nierenberg 2002, p. 45.
- 13 Women's Environment and Development Organization. 2003. *Common Ground: Women's Access to Natural Resources and the United Nations Millennium Development Goals*, p. 5. New York: Women's Environment and Development Organization.
- 14 MacDonald and Nierenberg 2003, p. 52; and "Final Conclusions: Meeting of Women Leaders on the Environment: 7-8 March 2002: Helsinki, Finland." Веб-сайт: www.mtnforum.org/resources/library/mwlen02a.htm, Последний раз данными пользовались 4 May 2004.

ГЛАВА 4

- 1 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, Chapter 9, Section B. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 2 Ibid., paragraphs 9.1 and 9.12.
- 3 Эта и последующие обсуждения проводятся на основе работы Mark R. Montgomery and colleagues, including: Montgomery, M. R. 2004. "Urbanization, Poverty and Health in the Developing World." Presentation at the United Nations Population Division, New York, 8 April 2004; and Montgomery, M., and P. Hewett. 2004. "Urban Poverty and Health in Developing Countries: Household and Neighborhood Effects." Policy Research Division Working Papers. No. 184. New York: The Population Council.
- 4 Текущие расчеты взяты из: United Nations. 2004. "Executive Summary." *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 5 См.: Dyson, T. 2003. "HIV/AIDS and Urbanization." *Population and Development Review* 29(3): 427-442.
- 6 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA. Такой доклад о принятых в последнее время мерах соответствует выводу Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций о том, что почти три четверти развивающихся стран проводят политику, направленную на сокращение потока миграции в

- метрополии, включая принятые ранее меры (См.: United Nations 2004.)
- 7 Источник: United Nations. 2002. *International Migration Report 2002* (Sales No. E.03.XIII.4). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 8 Трудно определить число мигрантов из-за отсутствия сопоставимых данных. Хотя многие страны регулярно проводят переписи, распространение собранной информации было медленным или ограниченным прежде всего в развивающихся странах. Порой политические соображения воздействуют на представление докладов о статистических данных о миграции в ряде стран.
- 9 Долгосрочный мигрант - это лицо, которое переезжает в страну, не являющуюся страной его или ее проживания, на период по меньшей мере в год (12 месяцев), таким образом страна назначения фактически становится его или ее новой страной обычного проживания. С точки зрения страны выезда, это лицо будет долгосрочным эмигрантом, с точки зрения страны прибытия, это лицо будет долгосрочным иммигрантом. Краткосрочный мигрант - это лицо, переезжающее в какую-либо страну, не являющуюся страной его или ее обычного проживания, на период по меньшей мере в три месяца, но менее одного года (12 месяцев), за исключением случаев, когда переезд в эту страну осуществляется в целях отдыха, на праздники, посещения друзей или родственников, в деловых целях, для лечения или для совершения религиозных обрядов. Для целей статистических данных в области международной миграции страна обычного проживания краткосрочного мигранта считается страной назначения в течение того периода, в который они проводят в ней время. (См.: United Nations. 1998. *Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1* [ST/ESA/STAT/SER/M/58/Rev.1]. Statistical Papers. Series M. No. 58. Rev. 1. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.) Согласно докладу Верховного комиссара УВКБ от 20 августа 2003 года Генеральной Ассамблее (См.: United Nations. 2003. *Report by the High Commissioner to the General Assembly on Strengthening the Capacity of the Office of the High Commissioner for Refugees to Carry Out Its Mandate* [A/AC.96/980]. New York: United Nations.), отмечается, что хотя и далее необходимо проводить четкое различие между добровольной и насильственной миграцией, проблемы беженцев и лиц, ищущих убежища (которые являются вынужденными мигрантами), будет необходимо решить в широком контексте международной миграции.
- 10 Хотя обычно ссылка делается на "страны", ссылки на "районы" касаются как стран (для международной миграции), так и городов/деревень в странах (для внутренней миграции).
- 11 The World Bank. 2003. *Global Development Finance 2003: Striving for Stability in Development Finance*. Washington, D.C.: The World Bank.
- 12 United Nations 1995, paragraph 10.2.
- 13 Ibid., paragraphs 10.3-10.8.
- 14 Ogata, S., and A. Sen. 2003. "People on the Move." Ch. 3 in *Human Security Now: Commission on Human Security. Final Report of the Commission on Human Security*. New York: Commission on Human Security.
- 15 В своей резолюции 54/212 от 22 декабря 1999 года Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря представить на ее пятьдесят шестой сессии доклад, в котором, в частности, будет содержаться краткая информация о накопленном опыте, а также оптимальных новаторских методах, касающихся управления миграцией и политики в области миграции, начиная с различных мероприятий, касающихся международной миграции и развития, осуществляющихся на региональном и межрегиональном уровнях... (См.: United Nations. 2000. *Resolution adopted by the General Assembly: 54/212: International Migration and Development* [A/RES/54/212]. New York: United Nations.)
- Preventing Second Adolescent Pregnancies by Supporting Young Mothers." FOCUS on Young Adults Project Highlights. Веб-сайт: www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/FOCUS/ProjectHighlights/womenscentrejamaica.htm, Последний раз данными пользовались 6 May 2004.
- 5 Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP). 2002. *Salud y Empoderamiento para Las Mujeres del Medio Rural y Sus Familias*. IMIFAP Action-Research Summary. Mexico City: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. Веб-сайт: www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen13.pdf, Последний раз данными пользовались 6 May 2004; and Pick, S. 2002. "Si Yo Estoy Bien, Mi Familia También (If I Am OK, My Family Is Too)." Доклад представлен на семинаре по вопросам психосоциологии, Атланта, Джорджия, 7 мая 2002 года.
- 6 Boland, R. 2004. Population and Law database. Special compendium provided on request.
- 7 UNFPA 2004, p. 26.
- 8 Ibid., p. xiii, Chs. 3, 4 and 9.
- 9 Ibid., p. xxiii.
- 10 UN Millennium Project. 2004. "Task Force 3 Interim Report on Gender Equality." New York: UN Millennium Project.
- 11 UNDP. 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look through a Gender Lens*, p. 22. New York: UNDP.
- 12 UN Millennium Project 2004.
- 13 Commonwealth Secretariat. 1999-2004. *GMS Series of Reference Manuals on Gender Mainstreaming in Various Sectors and Development Issues for Policy Makers and Other Stakeholders*. London: Commonwealth Secretariat. Веб-сайт: www.thecommonwealth.org/gender, Последний раз данными пользовались 21 June 2004.
- of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3). New York: United Nations.
- 4 В Бангладеш масштабы распространения увеличились на 1,8 процента в целом, однако три квинтиля понизились в том, что касается удовлетворенных желаний на основе использования современных методов.
- 5 Подробная информация о расчетах и продолжительных дискуссиях по вопросу о надежности, действительности и последствиях этой концепции можно найти в: Casterline, J. B., and S. W. Sinding. 2000. "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy." *Population and Development Review* 26(4): 691-723.
- 6 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 716. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 7 United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, paragraph 58. New York: United Nations.
- 8 Доклады об общей желательной фертильности в последних обследованиях, полученные из: Demographic and Health Surveys' StatCompiler. Веб-сайт: www.orcmacro.org, accessed 8 March 2004.
- 9 Динамика этих взаимоотношений и соответствующее воздействие на аборт анализируются в: Bongaarts, J. 1997. *Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World*. Policy Research Division Working Paper. No. 98. New York: The Population Council; and Bongaarts, J., and C. F. Westoff. 2000. "The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion." *Studies in Family Planning* 31(3): 193-202.
- 10 Singh, S., et al. 2004.
- 11 Современные контрацептивные методы включают в себя стерилизацию мужчин и женщин, пероральные противозачаточные средства, импланты и инъекции, а также методы искусственных препятствий (мужские и женские презервативы и диафрагмы). Традиционные методы включают в себя периодическое воздержание, прерывание полового акта и продолжительное грудное вскармливание.
- 12 Включая лиц, пользующихся традиционными методами, в категорию лиц, испытывающих неудовлетворенную потребность в современных методах, 63 процента женщин и супружеских пар в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, имеют ограниченное желание, связанное с ограничением

ГЛАВА 5

- 1 United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, paragraph 48. New York: United Nations.
- 2 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
- 3 Centre for Development and Population Activities. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington, D.C.: Centre for Development and Population Activities.
- 4 Barnett, B., et al. 1996. *Case Study of the Women's Center of Jamaica Foundation Programme for Adolescent Mothers*. Research Triangle Park, North Carolina: Women's Studies Project, Family Health International; Gayle, H. 2002. "Jamaican Fathers and their Sons: A Tracer Study of the Baby-fathers and Sons of Female Participants of the Women's Centre Foundation of Jamaica in Westmoreland and St. Catherine, with a Focus on Father-son Relationships and Reproductive Health." Report for the Youth.nov Project. Kingston, Jamaica: University of the West Indies and the Futures Group; and McNeil, P. 1999. "Women's Centre: Jamaica:

ГЛАВА 6

- 1 Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington, D.C., and New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA.
- 2 UNFPA. 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA; and WHO. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB113/15 Add.1)*. Geneva: WHO.
- 3 United Nations. 2004. *Review and Appraisal of the Progress made in Achieving the Goals and Objectives*

- числа детей и регулированием периодов между родами.
- 13 Это может включать в себя достаточную поддержку современных методов регулирования периодов между родами, потребность в учете культурных факторов (например, побочные инфекции, связанные с кровотечением).
- 14 Rudy, S., et al. 2003. "Improving Client-Provider Interaction." *Population Reports*. Series Q. No. 1. Baltimore, Maryland: The INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Веб-сайт: <http://www.inforhealth.org/pr/q01/q01.pdf>, Последний раз данными пользовались 27 April 2004.
- 15 См. обсуждение вопроса об услугах, рассчитанных на удовлетворение потребностей молодежи, в: UNFPA. 2003. *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investments in Adolescents' Health and Rights*. New York: UNFPA.
- 16 Рассчитано на основе данных, представленных Джоном Россом, которые взяты из: 1999 Family Planning Program Strength survey (См. также: Ross, J., and J. Stover. 2000. *Effort Indices for National Family Planning Programs: 1999 Cycle*. Measure Evaluation Working Paper. No. WP-00-20. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center, University of North Carolina. See also: Ross, J., J. Stover, and A. Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, Ch. 5. Glastonbury, Connecticut: The Futures Group International.). Это обследование проводится на периодической основе с 1982 года. Новое обследование планируется провести в конце 2004 года. Имеется меньше данных о не состоящих в браке женщинах, не имеющих достаточного доступа к противозачаточным средствам, однако они будут полезны для настоящего расчета.
- 17 Bongaarts, J., and S. C. Watkins (1996). "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions." *Population and Development Review* 22(4): 639-682; and Merrick, T. W. 2002. "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy." *International Family Planning Perspectives* 28(1): 41-46.
- 18 Merrick 2002.
- 19 В настоящей работе этот термин используется для обозначения тех, кто использует какой-либо метод, когда хочет избежать беременности. Более полное определение учитывает, имеют ли пользователи доступ к широкому кругу услуг и выбрали метод, отвечающий их желаниям (См.: Sinding and Casterline 2000; Jain, A. K. 2001. "Family Planning Programs: Quality of Care." In: *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, edited by N. J. Smelser and P. B. Baltes. 2001. Amsterdam: Elsevier; and RamaRao, S., and R. Mohanam. 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34[4]: 227-248). Информацию о важном историческом вкладе, в котором основной упор делается на выполнении планов, можно найти в: Jain, A., and J. Bruce. 1994. "A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs." Pp. 192-208 in: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, edited by G. Sen, A. Germain, and L. Chen. 1994. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- 20 Merrick, T. 2004. "Maternal-Newborn Health and Poverty." Draft. Washington, D.C.: The World Bank. Cited in: UNFPA 2004a.
- 21 UNFPA 2004a.
- 22 WHO. 1998. *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (WHO/FRH/FPP/98.19). Geneva: Family Planning and Population, Reproductive Health Technical Support, Family and Reproductive Health, WHO.
- 23 WHO. n.d. "Sexually Transmitted Infections: A Persistent Public Health Burden." Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO.
- 24 WHO 2003.
- 25 WHO n.d.
- 26 UNFPA. 2004b. "Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission," p. 16. Draft. New York: Reproductive Health Branch, Technical Support Division, UNFPA.
- 27 United Nations 1995, paragraph 7.32.
- 28 WHO n.d.
- 29 Coggins, C., and A. Heimbürger. 2002. "Sexual Risk, Sexually Transmitted Infections, and Contraceptive Options: Empowering Women in Mexico with Information and Choice," pp. 274-275. Ch. 15 in: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham. 2002. New York: The Population Council.
- 30 WHO n.d.
- 31 WHO 2003.
- 32 UNFPA 2004b, pp. 25-26.
- 33 Ibid., pp. 26-27.
- 34 UNFPA 2004a, p. 37.
- 35 Ibid.
- 36 The World Bank. 2004. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, pp. 1-5. New York: Oxford University Press.
- 37 Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- 38 Huevo, C., and S. Diaz. 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- 39 John Snow, Inc. 2000. *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Service Delivery: Context and Case Studies*. Arlington, Virginia: Family Planning Expansion and Technical Support (SEATS II) Project, John Snow, Inc.; Lynam, P., L. M. Rabinowitz, and M. Shobowale. 1993. "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services." *Studies in Family Planning* 24(4): 252-260; and Hardee, K., and B. Gould. 1993. "A Process for Service Quality Improvement in Family Planning." *International Family Planning Perspectives* 19(4): 147-152.
- 40 Hardee, K. Forthcoming. "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala." Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group and the POLICY Project.
- 41 Mensch, B., M. Arends-Kuenning, and A. Jain. 1996. "The Impact of the Quality of Family Planning Services on Contraceptive Use in Peru." *Studies in Family Planning* 27(2): 59-75.
- 42 Mroz, T. A., et al. 1999. "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania." *Demography* 36(1): 23-40.
- 43 Pariani, S., D. M. Heer, and M. D. Van Arsdol, Jr. 1991. "Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use: Evidence from East Java." *Studies in Family Planning* 22(6): 384-390.
- 44 Cotton, N., et al. 1992. "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia." *International Family Planning Perspectives* 18(4): 145-149.
- 45 Был определен уровень качества услуг, поскольку работники на местах как правило или всегда отвечают на вопросы какого-либо клиента, уважают ее потребность в конфиденциальности, которая, как понимается, предназначена для оказания помощи в решении проблем, связанных с потребностями клиентов, при этом предоставляется достаточно информации, расходуется 10 минут или больше на общение с клиентом во время последнего визита, а также предоставляется информация о методах.
- 46 Koenig, M. 2003. *The Impact of Quality of Care On Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh*. Baltimore, Maryland: Department of Population and Family Health Sciences, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University.
- 47 Rudy, S., et al. 2003.
- 48 John Snow, Inc. 2000; Nguyen, M. T., et al. 1998. "Improving Quality and Use of Family Planning in Three Sites in Vietnam." Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting, Washington, D.C., 15-19 November 1998; Bradley, J., et al. 1998. *Quality of Care in Family Planning Services: An Assessment of Change in Tanzania 1995/6 to 1996/7*. New York: AVSC International. All cited in: RamaRao, S., and R. Mohanam. 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- 49 RamaRao and Mohanam 2003.
- 50 Schuler, S. R., L. M. Bates, and M. D. K. Islam. 2002. "Paying for Reproductive Health Services in Bangladesh: Intersections between Cost, Quality and Culture." *Health Policy and Planning* 17(3): 273-280.
- 51 UNFPA. 2004c. "Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2002." Draft. New York: UNFPA.
- 52 По расчетам, средние расходы на одного пользователя противозачаточных средств составляют 1,52 долл. США в год. Предполагается, что отсутствие наличия противозачаточных средств окажет неблагоприятное воздействие на репродуктивное здоровье женщин, даже в том случае, если имеются другие услуги по охране репродуктивного здоровья. Для определения последствий мы использовали формулы, применявшиеся в: UNFPA. 1997. *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls up to the Year 2000: Report of the Executive Director* (DP/FPA/1997/12). New York: UNFPA.
- 53 UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*, Chapter 1. New York: UNFPA.
- 54 См.: UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, Последний раз данными пользовались 17 June 2004.
- 55 WHO and UNFPA. 2002. "Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services." Draft. Geneva and New York: WHO and UNFPA.
- 56 United Nations. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Population Division, Department Economic

- and Social Affairs, United Nations; and United Nations. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. New York: Population Division, Department Economic and Social Affairs, United Nations.
- 57 Malhotra, A., and R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 58 Greene, M. E., and A. E. Biddlecom. 2000. "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles." *Population and Development Review* 26(1): 81-115.
- 59 Ezeh, A. C., M. Seroussi, and H. Raggars. 1996. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No. 18. Calverton, Maryland: Macro International.
- 60 Научные исследования, в рамках которых изучалась эта тема, включали в себя: Mason, K. O., and A. M. Taj. 1987. "Differences Between Women's and Men's Reproductive Goals in Developing Countries." *Population and Development Review* 13(4): 611-638; and Coombs, L. C., and M. C. Chang. 1981. "Do Husbands and Wives Agree: Fertility Attitudes and Later Behaviour." *Population and Environment* 4(2): 109-127.
- 61 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- 62 Ibid.
- 63 Примеры этого можно найти в ориентированных на конкретный контекст программах и научных исследованиях в Латинской Америке. (Loaiza, E. 1998. "Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience." Paper prepared for the seminar, "Men, Family Formation and Reproduction", organized by the Committee on Gender and Population of the International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP] and the Centro de Estudios de Poblacion [CENEP], Buenos Aires, Argentina, 13-15 May 1998. Liege, Belgium: IUSSP) and in Ghana (Lamptey, P. et al. 1978. "An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana." *Studies in Family Planning* 9(8): 222-226.).
- 64 Basu, A. M. 1996. "Women's Education, Marriage And Fertility: Do Men Really Not Matter?" Population and Development Program Working Paper Series. No. 96.03. Ithaca, New York: Cornell University; Hull, T. H. 1999. "Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?" Paper presented at the Psychosocial Workshop, New York, New York, 23-24 March 1999; and Hawkes, S. 1998. "Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh." *Sexual Health Exchange* 3: 14-15.
- 65 White, V., M. Greene, and E. Murphy. 2003. "Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms." Washington, D.C.: The Synergy Project. Имеется в: www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf, accessed 5 March 2004.
- 66 Rivers, K., and P. Aggleton. 2001. *Working with Young Men to Promote Sexual and Reproductive Health*. London: Safe Passages to Adulthood, University of London.
- 67 Brady, M., and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: The Population Council.
- 68 См.: Estudos e Comunicao em Sexualidade e Reproducao Humana (ECOS) Веб-сайт: www.ecos.org.br/, accessed 3 March 2004.
- ГЛАВА 7**
- 1 Save the Children. 2001. *Behind Every Healthy Child is a Healthy Mother*. Report of the Symposium on the Linkages Between Maternal Health, Family Planning, and Child Survival. Washington, D.C., 24 July 2001. Веб-сайт: www.savethechildren.org/publications/reproductive_health.pdf, Последний раз данными пользовались 7 May 2004.
- 2 WHO, UNICEF, and UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO.
- 3 Safe Motherhood Initiative. 2003. Веб-сайт: <http://www.safemotherhood.org>, accessed 22 February 2004. Широкий диапазон, составляющий 30-50 случаев, отражает трудности в определении материнской смертности. Недостаточные данные, неправильные расчеты и отказ признавать наличие болезней являются общими чертами, вызванными социальными и культурными факторами, характером болезней и ресурсами, имеющимися для их оценки.
- 4 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 8.22. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 5 Freedman, L., et al. 2004. "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health," p. 54. New York: UN Millennium Project.
- 6 Liljestrand, J. 2000. "Strategies to Reduce Maternal Mortality Worldwide." *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12(6): 513-517.
- 7 Starrs, A. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*, p. 9. New York: Family Care International.
- 8 Liljestrand 2000.
- 9 UNFPA. 2004a. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Brochure. New York: UNFPA.
- 10 United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, paragraph 62(a) and 62(b). New York: United Nations.
- 11 United Nations. 2004. *Review and Appraisal of the Progress Made In Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General (E/CN.9/2004/3)*. New York: United Nations.
- 12 WHO. 2003a. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, 10th rev. Geneva: WHO.
- 13 Maine, D., and T. McGinn. 1999. "Maternal Mortality and Morbidity." Ch. 31 in: *Women and Health*, edited by M. Goldman and M. Hatch. 1999. San Diego, California: Academic Press.
- 14 WHO, UNICEF, and UNFPA 2003.
- 15 Graham, W., et al. 2004. "The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty." *The Lancet* 363(9402): 23-27.
- 16 Kunst, A. E., and T. Houweling, "A Global Picture of Poor-rich Differences in the Utilisation of Delivery Care." Pp. 297-315 in: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, by V. De Brouwere and W.Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Antwerp: ITG Press.
- 17 WHO. 2004. Personal communication on forthcoming publications.
- 18 Maine and McGinn 1999.
- 19 Fortney, J., and J. Smith, J. 1996. *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. Research Triangle Park, North Carolina: Maternal and Neonatal Health Center, Family Health International.
- 20 Donnay, F., and L. Weil. 2004. "Obstetric Fistula: The International Response." *The Lancet* 363(9402): 71-72.
- 21 Gay, J., et al. 2003. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 1: Safe Motherhood*. Washington, D.C.: The POLICY Project.
- 22 *Saving Mother's Lives: What Works: Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood*. 2002. Washington, D.C.: The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood/India.
- 23 Global Health Council. 2002. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, D.C.: Global Health Council.
- 24 WHO, UNICEF, and UNFPA 2003.
- 25 Ibid.
- 26 Fortney, J., and J. Smith. 1999. "Measuring Maternal Morbidity." Pp. 43-50 in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, edited by M. Berer and T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 27 UNFPA. 2004b. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, p. 46. New York: UNFPA.
- 28 Pathmanathan, I., et al. 2003. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Human Development Network. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington D.C.: The World Bank.
- 29 Ibid.
- 30 UNFPA 2004b, p. 45.
- 31 Материалы, представленные Отделом Латинской Америки и Карибского бассейна ЮНФПА.
- 32 WHO and UNICEF. 2003. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Geneva and New York: WHO and UNICEF.
- 33 Liljestrand, J. 1999. "Commentary: Reducing Perinatal and Maternal Mortality in the World: The Major Challenges." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106(9): 877-880.
- 34 UNFPA 2004b, p. 46.
- 35 Graham, W., J. S. Bell, and H. W. Bullough. 2001. "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?" Pp. 97-129 in: *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*, by V. De Brouwere and W.Van Lerberghe. 2001. Studies in Health Services Organisation and Policy Series. No 17. Antwerp: ITG Press.
- 36 Данные, касающиеся приема родов с участием квалифицированного персонала, осложняются различными определениями, используемыми странами при подготовке акушерок.

- 37 WHO, UNFPA, UNICEF, and the World Bank. 1999. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: WHO.
- 38 Cunningham, F. G., et al. 1993. *Williams Obstetrics*, 19th Edition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange. Cited in: "Background Paper of the Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health," by L. Freedman, et al. 2003. New York: United Nations Millennium Project.
- 39 Graham, Bell, and Bullough 2001.
- 40 UNFPA 2004b, p. 45.
- 41 UNICEF, WHO, and UNFPA. 1997. *Guidelines for Monitoring and Availability and Use of Obstetric Services*. New York: UNICEF.
- 42 Averting Maternal Death and Disability (AMDD). 2003. *AMDD Notebook*, p. 7. No. 8. New York: Averting Maternal Death and Disability, Mailman School of Public Health, Columbia University.
- 43 UNFPA 2004b, p. 46.
- 44 UNFPA 2004a.
- 45 Cholih, A., M. B. Iskandar, and R. Sciortino. 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta, Indonesia: The State Ministry for the Role of Women and the Ford Foundation.
- 46 Lalonde, A. B., et al. 2003. "Averting Maternal Death and Disability: The FIGO Save the Mothers Initiative: The Uganda-Canada Collaboration." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80(2): 204-212.
- 47 WHO. 2003b.
- 48 UNICEF, WHO, and UNFPA 1997.
- 49 United Nations 1995, paragraph 8.25.
- 50 См.: Hardee, K., et al. Forthcoming. *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Module 2: Postabortion Care*. Washington, D.C., and Baltimore, Maryland: POLICY Project, the Futures Group; FRONTIERS Program, the Population Council; and INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 51 "Appendix E: Postabortion Care in Kenya: Case Study." p. 12 in: *Global Evaluation of USAID's Postabortion Care Program*, by L. Cobb, et al. 2001. Washington, D.C.: Poptech.
- 52 Postabortion Care Consortium Community Task Force. 2002. "Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model." *PAC in Action*, No. 2. Special Supplement.
- 53 Billings, D., J. Fuentes Velásquez, and R. Pérez-Cuevas. 2003. "Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 112-120; Johnson, B., et al. 2002. "Reducing Unplanned Pregnancy and Abortion in Zimbabwe through Postabortion Contraception." *Studies in Family Planning* 33(2): 195-202; Medina, R., et al. 2001. *Expansion of Postpartum/Postabortion Contraception in Honduras*. FRONTIERS Program Final Report. Washington, D.C.: The Population Council; and Lema, V., and V. Mpanga. 2000. "Post-abortion Contraceptive Acceptability in Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 77(9): 488-493.
- 54 Huntington, D., and L. Nawar. 2003. "Moving from Research to Program: The Egyptian Postabortion Care Initiative." *International Family Planning Perspectives* 29(3): 121-125.
- 55 Megied, A., and A. Hassan. 2003. "Decentralization of Post-abortion Care to District Hospitals and Rural Health Units." Доклад, представленный на семнадцатой Международной федерации гинекологов, Всемирный конгресс гинекологов, Сантьяго, Чили, 2-7 ноября 2003 года.
- 56 Htay, T. T., J. Sauvarin, and S. Khan. 2003. "Integration of Post-Abortion Care: The Role of Township Medical Officers and Midwives in Myanmar." *Reproductive Health Matters* 11(21): 27-36.
- 57 Gebreselassie, H., and T. Fetters. 2002. *Responding to Unsafe Abortion in Ethiopia: A Facility-based Assessment of Postabortion Care Services in Public Health Sector Facilities in Ethiopia*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.
- 58 Solo, J., et al. 1998. "Creating Linkages Between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya: What Works Best." Operations Research Technical Assistance Africa Project II. Paper Presented at the Global Meeting, Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research. New York: The Population Council.
- 59 The Population Council. 2000. *Meeting Women's Health Care Needs After Abortion*. Frontiers in Reproductive Health Program Brief. No. 1. Washington, D.C.: Frontiers in Reproductive Health, the Population Council.
- 60 Settergren, S., et al. 1999. *Community Perspectives on Unsafe Abortion and Postabortion Care: Bulawayo and Hwange Districts, Zimbabwe*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International.
- 61 См.: Gay, J., et al., 2003.
- 62 Castro, R., et al. 2000. "A Study of Maternal Mortality in Mexico Through a Qualitative Approach." *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(6): 679-690.
- 63 Seone, G., V. Kaune, and V. Cordova. 1996. *Diagnostico: Barreras y Viabilizadores en la Atencion de Complicaciones Obstetricas y Neonatales*. La Paz, Bolivia: MotherCare Bolivia, John Snow, Inc., and Marketing S.R.C.
- 64 Kempe, E., et al. 1994. *The Quality of Maternal and Neonatal Services in Yemen: Seen Through Women's Eyes*. Stockholm: Save the Children Sweden.
- 65 UNFPA 2004b, p. 46.
- 66 JHPIEGO, Save the Children, and Family Care International. 2003. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies*. Baltimore, Maryland: Maternal and Neonatal Health Project, JHPIEGO; and Gay, J., et al., 2003.
- 67 Mercer, J. 2000. "Family-Centered Maternity Care in Moldova." In: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, edited by S. Jessop, et al. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 68 Glatleider, P., P. Paluzzi, and C. Conroy. 2000. "Changing the Way Maternity Care Is Delivered in the Ukraine." In: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, edited by S. Jessop, et al. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 69 MotherCare/SEATS. 2000. "MotherCare/SEATS, JSI Collaborative Project in Novosibirsk and Primorsky Krai, Russia." In: *MotherCare's Initiatives: Actions and Results of 31 Projects: 1993-2000*, edited by S. Jessop, et al. Arlington, Virginia: John Snow International.
- 70 Campero, L., et al. 1998. "Alone I Wouldn't Have Known What To Do: A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico." *Social Science and Medicine* 47(3): 395-403; and Langer, A., et al. 1993. "The Latin American Trial of Psychosocial Support During Pregnancy: A Social Intervention Evaluated Through an Experimental Design." *Social Science and Medicine* 36(4): 495-507.
- 71 Carter, M. W. 2002. "'Because He Loves Me': Husbands' Involvement in Maternal Health in Rural Guatemala." *Culture, Health, and Sexuality* 4(3): 259-279
- 72 Abdel-Tawab, N., et al. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" Ch. 10 in: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, edited by N. Haberland and D. Measham.
2002. New York: The Population Council.
- 73 Program for Appropriate Technology in Health. 2002. "Men and Reproductive Health Programme Examples: India: Nandesari." Reproductive Health Outlook Веб-сайт: www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm#india-nandesari, Последний раз данными пользовались 3 May 2004; and Raju, S., and A. Leonard. 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, pp. 46-47, 52. New Delhi: South and East Asia Regional Office, the Population Council.
- 74 UNFPA. 2003. *Maternal Mortality Update 2002: A Focus on Emergency Obstetric Care*, pp. 17-34. New York: UNFPA.
- 75 UNFPA 2004a.
- 76 UNFPA 2004b, p. 46; and UNFPA 2004a.

ГЛАВА 8

- 1 UNAIDS. 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report* (UNAIDS/04.16E). Geneva: UNAIDS.
- 2 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 8.28. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 3 Ibid., paragraph 8.29.
- 4 Ibid., paragraph 7.28.
- 5 Askew, I., and M. Berer. 2003. "The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to Fight Against HIV/AIDS: A Review." *Reproductive Health Matters* 11(22): 51-73.
- 6 Berkley, S., P. Piot, and A. Whiteside. 2003. "Scenarios: The Global Health Crisis," p. 1. Produced for the World Economic Forum Annual Meeting, Davos, Switzerland, 23-28 January 2003.
- 7 Bell, C., S. Devarajan, and H. Gersbach. 2003. *The Long-run Economic Cost of AIDS: Theory and an Application to South Africa*. Policy Research Working Paper. No. 155. Washington, D.C.: The World Bank.
- 8 Global HIV Prevention Working Group. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Веб-сайт: <http://www.kff.org/hiv/aids/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=14225>, Последний раз данными пользовались 30 June 2004.
- 9 Ibid.
- 10 Askew and Berer 2003, p. 57.

- 11 См. специальное издание от июня 2002 года, посвященное интеграции: *International Family Planning Perspectives* 28(2).
- 12 Richey, L. A. 2003. "HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions," p. 31. *Reproductive Health Matters* 11(22): 30-35.
- 13 International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region. 2000. *Opening Windows to Gender: A Case Study of a Major International Population Agency*. IPPF/WHR Working Paper. No. 1. London: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region; Becker, J., and E. Leitman. 1997. "Introducing Sexuality within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean." *Quality/Calidad/Qualité*. No. 8. New York: The Population Council; and Hardee, K. 2004. "The Intersection of Access, Quality of Care and Gender in Reproductive Health and STI/HIV Services: Evidence from Kenya, India and Guatemala." Draft. Washington, D.C.: Interagency Gender Working Group and the POLICY Project, the Futures Group.
- 14 Banda, H. N., S. Bradley, and K. Hardee. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients and HIV-Positive Women*. Final report. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group, and the Support for Analysis and Research (SARA) Project; and Gichuhi, W., and S. Bradley. 2004. *Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women*. Final report. Washington, D.C.: The Futures Group, POLICY Project and SARA Project, Academy for Educational Development.
- 15 Rothenberg, R. B., et al. 2000. "The Effect of Treating Sexually Transmitted Diseases on the Transmission of HIV in Dually Infected Persons: A Clinic-based Estimate: Ad Hoc STD/HIV Transmission Group." *Sexually Transmitted Diseases* 27(7): 411-416. Cited in: Askew and Berer 2003.
- 16 Grosskurth, H., et al. 1995. "Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial." *The Lancet*. 346(8974): 530-536.
- 17 Sloan, N. L., et al. 2000. "Screening and Syndromic Approaches to Identify Gonorrhoea and Chlamydial Infection Among Women." *Studies in Family Planning* 31(1): 55-68.
- 18 Lush, L., G. Walt, and J. Ogden. 2003. "Transferring Policies for Treating Sexually Transmitted Infections: What's Wrong with Global Guidelines?" *Health Policy and Planning* 18(1): 18-30.
- 19 Askew and Berer 2003, pp. 53-54.
- 20 Gray, R. H. 2003. "Guest Commentary: Contraception and HIV Acquisition in Rakai, Uganda." *The Pop Reporter* 3(7). Baltimore, Maryland: INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- 21 Chaya, N., K-H. Amen, and M. Fox. 2002. *Condoms Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS: The PAI Report Card 2002*. Washington, D.C.: Population Action International.
- 22 WHO. 2002. *WHO Information Update regarding Reuse of the Female Condom*. Geneva: WHO. Веб-сайт: www.who.int/reproductive-health/rts/reuse.en.html, accessed 20 February 2004.
- 23 Rivers, K., et al. 1998. "Gender Relations, Sexual Communication and the Female Condom." *Critical Public Health* 8(4): 273-290. Cited in: "Programming for the Female Condom: Why is the Jury Still Out," by T. Hatzell. 2001. Presentation at the Forum, Technical Update on the Female Condom, Washington, D.C., 18 December 2001.
- 24 Finger, W. R. 2000. "Zimbabwe Project Promotes Female Condom Use." *Network* 20(2): 20.
- 25 Camlin, C., and C. Chimbwete. 2003. "Does Knowing Someone with AIDS Affect Condom Use: An Analysis from South Africa." *AIDS Education and Prevention* 15(3): 231-244.
- 26 Brady, M. 2003. "Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women," p. 137. *Reproductive Health Matters* 11(22): 134-141.
- 27 The Microbicide Initiative. 2002. *Mobilization for Microbicides: The Decision Decade*. New York: The Rockefeller Foundation. Cited in: Chaya, Amen, and Fox 2002.
- 28 International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office and UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. London and New York: International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office and UNFPA.
- 29 "The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children: 3-5 May 2004." Geneva: WHO.
- 30 WHO and UNAIDS. 2003. *Treating 3 Million by 2005: Making it Happen: The WHO Strategy*. Geneva: WHO and UNAIDS.
- 31 Ibid., p. 31.
- 32 Banda, Bradley, and Hardee 2004.
- 33 Pisani, E., et al. 2003. "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Exposure." *British Medical Journal* 326(7403):1384-1387.
- 34 Banda, Bradley, and Hardee 2004.
- 35 Askew and Berer 2003, p. 55.
- 36 Office of Health, Ministry of Health and Prevention, Government of Senegal. 2002. *Mapping Integration of FP/MCH and STI/HIV/AIDS Services in Senegal's Kaolack Region*, p. 40. Arlington, Virginia: Advance Africa.
- 37 Hardee, K., and J. Smith. 2000. "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform." POLICY Occasional Paper. No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International.
- 38 Berer, M. 2003. "HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related," p. 9. *Reproductive Health Matters* 11(22): 6-11.
- 39 Scillia, A. September-October 2001. "Senegal: Ray of Hope as Transmission Rates Slow." *The Courier ACP-EU*, pp. 16-17; and UN Office of the Coordination of Humanitarian Affairs. n.d. "Senegal: Country Profile." *IRIN PlusNews*. Веб-сайт: www.irinnews.org/AIDS/senegal.asp, accessed 23 February 2004.
- 40 Chase, M. 25 February 2004. "Saying No to 'Sugar Daddies': Can a Financial Prophylactic Shield Girls From Liaisons That Spread AIDS in Africa?" *The Wall Street Journal*, pp. B1-2.
- 41 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 128. New York: UNFPA.
- 42 Ibid., p. 130.
- the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1), paragraph 70. New York: United Nations.
- 5 UNFPA. 2004. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, p. 60. New York: UNFPA.
- 6 UNFPA. 9 May 2003. "UNFPA Global Population Policy Update," Issue 3. New York: UNFPA; and UNFPA. 21 April 2003. "UNFPA Global Population Policy Update," Issue 1. New York: UNFPA
- 7 UNFPA. 5 April 2004. "UNFPA Global Population Policy Update," Issue 5. New York: UNFPA; and UNFPA. 18 July 2004. "UNFPA Global Population Policy Update," Issue 6. New York: UNFPA
- 8 UNFPA. 2003a. "UNFPA and Young People: Imagine." New York: UNFPA.
- 9 Ibid.
- 10 UNFPA. 2003b. "Fast Facts on Adolescents and Youth." Веб-сайт: www.unfpa.org/adolescents/facts.htm, Последний раз данными пользовались 16 February 2004.
- 11 United Nations. 2004. *Review and Appraisal of the Progress made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/3). New York: United Nations.
- 12 United Nations. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Population Division, Department Economic and Social Affairs, United Nations.
- 13 United Nations 2004.
- 14 UNESCO. 2002. *EFA Global Monitoring Report 2002: Education for All: Is the World on Track?* Paris: UNESCO. Веб-сайт: www.unesco.org, Последний раз данными пользовались 2 February 2004.
- 15 United Nations 2004.
- 16 United Nations 1995, paragraph 7.46.
- 17 Curtain, R. 2003. "The Case for Investing More in Young People as an Integral part of a Poverty Eradication Strategy." Unpublished paper. Melbourne, Australia: Curtain Consulting.
- 18 A Mother's Promise. n.d. "Keeping Young People Healthy." Fact sheet. Washington, D.C.: A Mother's Promise. Веб-сайт: www.ppf.org/promise/learn_more.asp, Последний раз данными пользовались 13 May 2004.
- 19 UNFPA. 2003c. *The State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*. New York: UNFPA.

ГЛАВА 9

- 1 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 7.44. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 2 Ibid., paragraphs 7.45-7.48.
- 3 Price, N. 2004. "Addressing the Reproductive Health Needs and Rights of Young People since ICPD: The Contribution of UNFPA and IPPF: Synthesis Report." Unpublished report. London; Søborg, Denmark; and Heidelberg: Options, Euro Health Group, University of Heidelberg.
- 4 United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of*

- 20 UNFPA 2003a.
- 21 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF. Innocenti Research Centre. Веб-сайт: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf. Последний раз данными пользовались 29 июня 2004 года.
- 22 Ibid.
- 23 United Nations 2004.
- 24 United Nations. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects* (ESA/P/WP.717). New York: United Nations.
- 25 UNFPA 2003a.
- 26 Haberland, N., and D. Measham (eds). 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: The Population Council
- 27 UNFPA 2003a.
- 28 UNFPA. 20 April 2004. "Youth Leaders Advise UNFPA on their Generation's Rights and Needs." Press release. New York: UNFPA.
- 29 Price 2004.

ГЛАВА 10

- 1 WHO, UNFPA, and UNHCR. 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- 2 После смерти матери у выживших детей в 3-10 раз больше вероятность умереть в течение двух лет, чем у детей, живущих с обоими родителями. См.: UNICEF. 2001. *The State of the World's Children 2001: Early Childhood*. New York: UNICEF.
- 3 Krause, S., et al. 2001. *Assessment of Reproductive Health for Refugees in Zambia*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 4 UNAIDS and WHO. 2003. *AIDS Epidemic Update: December 2003*. Geneva: UNAIDS
- 5 PROFAMILIA. 2001. "Sexual and Reproductive Health in Underserved Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia." Bogotá, Colombia: PROFAMILIA.
- 6 Rehn, E., and E. Johnson Sirleaf. 2002. *Women, War and Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacebuilding: Progress of the World's Women 2002*, vol.2. New York: UNIFEM.
- 7 UNFPA. 2001. *Population Issues Briefing Kit 2001*, p. 17. New York: UNFPA.

ГЛАВА 11

- 1 Заявление об обязательстве можно найти на: www.unfpa.org/ipci/index.htm.
- 2 См. Веб-сайт: www.south-south-ppd.org/, материалами которого пользовались 4 июня 2004 года.
- 3 Повестка дня на XXI век Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию 1992 года предусматривала некоторые номинальные расходы, однако правительства не согласились с ними и представили их как временные.
- 4 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraphs 13.14-13.16. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 5 Этот расчет должным образом не учитывает предметы для планирования семьи (и некоторых других видов охраны репродуктивного здоровья) или стоимость их доставки. Эти расходы и другие компоненты охраны репродуктивного здоровья были включены в общие данные, касающиеся инфраструктуры для оказания услуг.
- 6 Доклад о методологии можно найти: Schwartlander, B., et al. 2001. "Resource Needs for HIV/AIDS." *Science* 292(5526): 2434-2436. См. также: Stover, J., et al. 2002. "Can We Reverse the HIV/AIDS Pandemic with an Expanded Response?" *The Lancet* 360(9326): 73-77.
- 7 Смета на компоненты МКНР средств массовой информации, просветительские программы и дополнительные презервативы для предупреждения ВИЧ/СПИДа составила 1,7 млрд. долл. США; это приблизительно на 200 млн. долл. США больше, чем прогнозировалось в 1994 году.
- 8 В мае 2004 года была проведена организованная ЮНФПА техническая консультация по вопросам объединения репродуктивного здоровья и разработки программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Доклад о работе заседания и справочные документы можно найти на веб-сайте: www.unfpa.org.
- 9 Новые вертикальные программы могут также отвлекать ресурсы и квалифицированный персонал из существующих систем здравоохранения. Свидетельство о негативном воздействии крупных потоков ресурсов для борьбы с ВИЧ/СПИДом можно легко отыскать. Серьезные исследования по вопросу о воздействии политики и программ на ходятся на начальных стадиях осуществления.
- 10 Расширение использования общесекторального финансирования и разработки комплексных программ затрудняет отслеживание потоков ресурсов на определенные виды деятельности. Поэтому трудно определить долю многоцелевых ассиг-

нований, выделяемых на конкретные элементы. Имеются свидетельства того, что общая доля ассигнований, выделяемых на оказание поддержки в реализации мероприятий по планированию семьи, сокращается. (См. United Nations. 2004. *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A 10-year Review: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/4). New York: United Nations.

- 11 Необходимо проявлять осторожность в толковании большого объема внутренних расходов даже в странах, которые представляют информацию. Были подготовлены расчеты для оказания услуг, предусмотренных в Программе действий, для мероприятий на уровне первичного медико-санитарного обслуживания в области борьбы с ВИЧ/СПИДом лишь для отдельных мероприятий по предупреждению. В докладах о внутренних расходах используются общие функциональные категории базовых комплексов, но часто включаются также ассигнования на оказание услуг на более высоком уровне (включая больничный уход и уход на более низком уровне, который предоставляется в учреждениях, оказывающих более дорогие услуги). С 1999 года как доклады доноров, так и внутренние доклады о борьбе с ВИЧ/СПИДом не ограничиваются только лишь определенными на МКНР мероприятиями по предупреждению.
- 12 Руководство проектом осуществляет Джеффри Сах, Специальный советник Генерального секретаря, и Марк Маллок Браун, Администратор Программы развития Организации Объединенных Наций, а кроме того поддержку в его реализации оказывают целевые группы международных экспертов. Они анализируют приоритетные мероприятия, целью которых является ускорение прогресса и принятие мер для обеспечения того, чтобы в стратегиях по сокращению нищеты в развивающихся странах приоритетное внимание уделялось достижению целей в области развития, предусмотренных в Декларации тысячелетия. Подробную информацию можно найти на: www.unmillenniumproject.org.
- 13 Во временных докладах целевых групп о детской и материнской смертности и о начальном образовании и равенстве мужчин и женщин одобряется обеспечение универсального доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья (одна из целей МКНР) в качестве основы для достижения целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия (информация об этом имеется на веб-сайте проекта, см. предыдущую сноску).
- 14 Несколько стран, в основном страны Северной Европы, достигли этого уровня поддержки. В противоположность этому Соединенные Штаты предоставляют наименьшую долю от ВВП крупной страны-донора.

ГЛАВА 1

- 1 UNFPA. 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York: UNFPA.
- 2 United Nations. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: Population Division, Department Economic and Social Affairs, United Nations; and United Nations. 2003. *The Impact of AIDS* (ESA/P/WP.185). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

ГЛАВА 2

- 3 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations; and United Nations. 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/5/Add.1). New York: United Nations.
- 4 WHO and the World Bank. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. The Voices of the Poor Study. Geneva: WHO; Gwatkin, D., et al. 2003. *Initial Country-level Information about Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population*, 2nd edition. Washington, D.C.: The World Bank; UNFPA. 2002. *The State of World Population 2002: People, Poverty and Possibilities: Making Development Work for the Poor*. New York: UNFPA; and United Nations. 2004. *Review and Appraisal of the Progress Made In Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2004/3). New York: Commission on Population and Development, Economic and Social Council, United Nations.

ГЛАВА 3

- 5 French, H. 2001. "Greening Globalization." *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25; French, H. 2004. "Linking Globalization, Consumption, and Governance," p. 145. Ch. 7 in: *State of the World 2004*, by the Worldwatch Institute. 2004. New York: W.W. Norton; FAO. 2003a. *State of the World's Forest*, p. 1. Rome: FAO; FAO. 2004. *Fisheries Commodities Production and Trade 1976-2000*. Electronic database. Web site: www.fao.org/fi/statist/fisoft/FISHPLUS.asp, last accessed 24 February 2004; and FAO. 2003b. *World Agriculture*:

Towards 2015/2030, p.197. Rome: FAO; Myers, R., and B. Worm. 2003. "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities." *Nature* 423: 280-283; Revkin, A. 15 May 2003. "Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent, Study Says." *The New York Times*, p. A16; and SeaWeb. 2003. "Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean." Press release. Washington, D.C.: SeaWeb; Myers, R., and B. Worm. 2003. "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities." *Nature* 423: 280-283; Revkin, A. 15 May 2003. "Commercial Fleets Reduced Big Fish by 90 Percent, Study Says." *The New York Times*, p. A16; and SeaWeb. 2003. "Cover Study of Nature Provides Startling New Evidence that Only 10 Percent of All Large Fish are Left in the Ocean." Press release. Washington, D.C.: SeaWeb; and Engelman, R., et al. 2000. *People in the Balance: Population and Natural Resources at the Turn of the Millennium*. Washington, D.C.: Population Action International; and Gardner, G., E. Assadourian, and R. Sarin. 2004. "The State of Consumption Today," p. 17. Ch. 1 in: *State of the World 2004*, by the Worldwatch Institute. 2004. New York: W. W. Norton.

- 6 Bradsher, K. 18 November 2003. "China Set to Act on Fuel Economy." *The New York Times*, p. A1; and French, H. 2001. "Greening Globalization." *Georgetown Journal of International Affairs* 2(1): 25.

ГЛАВА 4

- 8 Balk, D., et al. 2004. "Methodologies to Improve Global Population Estimates in Urban and Rural Areas." Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Boston, Massachusetts, 2 April, 2004. Extended abstract available on web site: <http://paa2004.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=41835>, last accessed 19 May 2004; Balk, D., et al. 2003. *Spatial Analysis of Childhood Mortality in West Africa*. DHS Geographic Series 1. Calverton, Maryland: ORC Macro and Center for International Earth Science Information Network (CIESIN), Columbia University; and Hugo, G., A. Champion, and A. Lattes. 2003. "Toward a New Conceptualization of Settlements for Demography." *Population and Development Review* 29(2): 277-297.

ГЛАВА 5

- 9 UNFPA and Italian Association for Women and Development (AIDOS). n.d. "Final Summary Report: The UNFPA Conference on Gender-Based Violence," Rome, Italy, 15-19 September 2003. New York:

Technical Support Division, UNFPA; and Donnay, F., Chief, Reproductive Health Branch, Technical Support Division, UNFPA. 2003. Personal communication.

- 10 WHO. 2003. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*. Geneva: Department of Gender and Women's Health, WHO.
- 11 Grown, C., G. R. Gupta, and Z. Khan. 2003. "Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality: Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women." New York: UN Millennium Project; and McPhedran, M., et al. 2000. "The First CEDAW Impact Study: Final Report." Toronto: Centre for Feminist Research, York University, and the International Women's Rights Project.

ГЛАВА 6

- 12 WHO. 2003. *Reproductive Health: Draft Strategy to Accelerate Progress towards the Attainment of International Development Goals and Targets (EB113/15 Add.1)*. Geneva: WHO.
- 13 Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute and UNFPA.
- 14 Data provided by the UNFPA Strategic Planning Office, incorporating responses to the annual Multi-year Funding Framework (MYFF) survey.
- 15 Kols, A. J., and J. E. Sherman. 1998. "Family Planning Programs: Improving Quality." *Population Reports*. Series J. No. 47. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program

- 16 POLICY Project. 2000. *Health Reform, Decentralization and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health*. Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group. Also see: UNFPA. 1999. "Partnership and Empowerment." Ch. 4 in: UNFPA. 1999. *The State of World Population 1999: 6 Billion: A Time for Choices*. New York: UNFPA and the references cited therein; and Huezio, C. 2003. "Strengthening the Quality of Reproductive Health Care: IPPF's Quality Improvement Programme." *IPPF Medical Bulletin* 37(5): 1-3.

- 17 UNFPA. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change: A Global Call to Action*. New York: UNFPA. Web site: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_rhcstrategy.pdf, last accessed 17 June 2004.

ГЛАВА 7

- 18 UNFPA and EngenderHealth. 2003. *Obstetric Fistula: Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*. New York: UNFPA and EngenderHealth. Web site: www.unfpa.org/fistula/docs/fistula-needs-assessment.pdf, last accessed 27 May 2004.
- 19 Freedman, L., et al. 2004. "Interim Report of Task Force 4 on Child Health and Maternal Health." New York: UN Millennium Project; and Wardlaw, T., and D. Maine. 1999. "Process Indicators for Maternal Mortality Programs." In: *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, edited by M. Berer and T. K. S. Ravindran. 1999. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.
- 20 UNFPA. 5 February 2004. "The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal." News Feature. Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=389&Language=1, last accessed 17 June 2004.

- 21 Santillan, D., and M. E. Figueroa. 2001. *Implementing a Client Feedback System to Improve NGO Healthcare Services in Peru*. QA Operations Research Results Series. No. 2(2). Bethesda, MD: Quality Assurance Project for the US Agency for International Development (USAID).
- 22 UNFPA. 2004. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Brochure. New York: UNFPA.

ГЛАВА 8

- 23 UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis: A Joint Report by UNAIDS, UNFPA and UNIFEM*. Geneva and New York: UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM. Also see web site: <http://womenandaids.unaids.org/default.html>, last accessed 17 June 2004.
- 24 The Population Council and UNFPA. 2002. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Setting*, p. 18. New York: The Population Council and UNFPA.
- 25 International Planned Parenthood Federation and UNFPA. 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing into Reproductive Health Services. Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York: UNFPA and London: International Planned Parenthood Federation South Asia Regional Office.

- 26 The Alan Guttmacher Institute. 2003. *A, B and C in Uganda: Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline: Executive Summary*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

- 27 Feldman, R., and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings From 'Positive Women: Voices and Choices' in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters* 11(22): 162-173.

ГЛАВА 9

- 29 UNFPA. 19 April 2004. "Multi-Media Centre Provides Hands on Training for Youth in Benin." Web site: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=444&Language=1, last accessed 17 June 2004.
- 30 UNFPA. 4 June 2004. "Global Health Council Child Marriage: Advancing the Global Agenda." Statement by Thoraya Ahmed Obaid, Executive Director, UNFPA. New York: UNFPA; UNFPA. 4 June 2004. "Married Adolescents Ignored in Global Agenda, Says UNFPA." Press Release. New York: UNFPA; and UNFPA. 2004. "Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents." Video produced for UNFPA by Spark Media. New York: UNFPA.

- 31 African Youth Alliance. 2003. *Country Profiles 2003 for Botswana, Ghana, Uganda, and the Republic of Tanzania*. New York: African Youth Alliance.

- 32 UNFPA, WHO, and UNICEF. 2003. *Adolescents: Profiles in Empowerment*. New York: UNICEF.

ГЛАВА 10

- 33 UNFPA. 2001. *The Impact of Conflict on Women and Girls*. New York: UNFPA.
- 34 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Settings. Forthcoming. *Reproductive Health in Refugee and IDP Situations: Evaluation Report*. Geneva: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Settings.

ГЛАВА 11

- 35 UNFPA. 2004. "El caso de Nicaragua: 1998-2003." PowerPoint presentation at the Regional Planning Meeting, Latin America and Caribbean Division, UNFPA, New York, New York, 19-24 January 2004.

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Итого в мире	56	63,3 / 67,6						50	61	54	
Более развитые регионы (*)	8	72,1 / 79,4						27	69	55	
Менее развитые регионы (+)	61	61,7 / 65,1						53	59	54	
Наименее развитые страны (‡)	97	48,8 / 50,5						124			
АФРИКА (1)	89	47,9 / 50,0						107	27	20	
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	97	42,4 / 43,8						117	22	17	
Бурунди	107	40,4 / 41,4	1 000	80 / 62	68 / 59	12 / 9	42 / 56	50	16	10	5,2 / 6,8
Эритрея	73	51,2 / 54,2	630	67 / 54		33 / 22		115	8	5	2,3 / 3,0
Эфиопия	100	44,6 / 46,3	850	75 / 53	63 / 59	23 / 15	51 / 66	100	8	6	3,8 / 5,0
Кения	69	43,5 / 45,6	1 000	97 / 95		34 / 30	10 / 21	78	39	32	4,6 / 8,9
Мадагаскар	91	52,5 / 54,8	550	106 / 102	33 / 34			137	19	12	1,4 / 1,9
Малави	115	37,3 / 37,7	1 800	149 / 143	61 / 47	39 / 29	24 / 51	163	31	26	12,4 / 16,0
Маврикий (2)	16	68,4 / 75,8	24	106 / 106	99 / 99	81 / 78	12 / 19	33	75	49	
Мозамбик	122	36,6 / 39,6	1 000	110 / 87	56 / 47	16 / 10	38 / 69	105	6	5	10,6 / 13,8
Руанда	112	38,8 / 39,7	1 400	118 / 116	39 / 41	15 / 14	25 / 37	50	13	4	4,4 / 5,7
Сомали	118	46,4 / 49,5	1 100					213			
Уганда	86	45,4 / 46,9	880	139 / 134		19 / 15	21 / 41	211	23	18	3,7 / 4,9
Объединенная Республика Танзания	100	42,5 / 44,1	1 500	70 / 69	76 / 80		15 / 31	120	25	17	7,6 / 9,9
Замбия	105	32,7 / 32,1	750	81 / 76	79 / 75	27 / 21	14 / 26	145	34	23	14,1 / 18,9
Зимбабве	58	33,7 / 32,6	1 100	100 / 98		45 / 40	6 / 14	92	54	50	21,0 / 28,4
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА (3)	116	41,6 / 43,8						200	23	5	
Ангола	140	38,8 / 41,5	1 700			21 / 17		229	6	5	3,4 / 4,4
Камерун	88	45,1 / 47,4	730	115 / 99		36 / 29	23 / 40	121	19	7	6,0 / 7,9
Центральноафриканская Республика	100	38,5 / 40,6	1 100	79 / 53			35 / 67	132	28	7	11,9 / 15,1
Чад	115	43,7 / 45,7	1 100	90 / 57	58 / 48	17 / 5	46 / 63	195	8	2	4,2 / 5,4
Конго, Демократическая Республика (4)	120	40,8 / 42,8	990					230	31	4	3,7 / 4,8
Конго, Республика	84	46,6 / 49,7	510	88 / 83		37 / 27	11 / 23	146			4,3 / 5,6
Габон	57	55,8 / 57,5	420	135 / 134				113	33	12	7,1 / 9,1
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Алжир	44	68,1 / 71,3	140	112 / 104	95 / 97	69 / 74	22 / 40	16	64	50	0,1 / <0,1
Египет	41	66,7 / 71,0	84	100 / 94	99 / 99	91 / 85	33 / 56	47	56	54	0,1 / <0,1
Ливийская Арабская Джамахирия	21	70,8 / 75,4	97	114 / 114		102 / 108	8 / 29	7	40	26	
Марокко	42	66,8 / 70,5	220	113 / 101	84 / 83	45 / 36	37 / 62	25	50	42	
Судан	77	54,1 / 57,1	590	63 / 54		34 / 30	29 / 51	55	8	7	1,9 / 2,6
Тунис	23	70,8 / 74,9	120	114 / 109	95 / 96	78 / 81	17 / 37	7	60	51	<0,1 / <0,1
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКИ	52	43,9 / 49,1						66	53	51	
Ботсвана	57	38,9 / 40,5	100	103 / 103	87 / 92	70 / 75	24 / 18	91	40	39	31,7 / 43,1
Лесото	92	32,3 / 37,7	550	123 / 125	60 / 74	30 / 38	26 / 10	53	30	30	25,4 / 32,4
Намбия	60	42,9 / 45,6	300	106 / 106	94 / 94	57 / 65	16 / 17	78	29	26	18,4 / 24,2
Южная Африка	48	45,1 / 50,7	230	107 / 103	65 / 64	83 / 90	13 / 15	66	56	55	18,1 / 23,5
Свазиленд	78	33,3 / 35,4	370	103 / 98	69 / 79	45 / 45	18 / 20	45	28	26	35,7 / 41,7
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Бенин	93	48,4 / 53,0	850	122 / 86	89 / 78	35 / 16	45 / 74	107	19	7	1,7 / 2,1
Буркина-Фасо	93	45,2 / 46,2	1 000	51 / 36	68 / 71	12 / 8	82 / 92	136	12	5	3,6 / 4,8
Кот-д'Ивуар	101	40,8 / 41,2	690	92 / 68				116	15	7	6,0 / 8,1
Гамбия	81	52,7 / 55,5	540	82 / 75		40 / 28		125	10	9	1,0 / 1,3

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВПЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Гана	58	56,5 / 59,3	540	85 / 78	67 / 65	41 / 34	18 / 34	76	22	13	2,6 / 3,5
Гвинея	102	48,8 / 49,5	740	88 / 66	90 / 77			163	6	4	2,7 / 3,7
Гвинея-Бисау	120	43,8 / 46,9	1 100					197	8	4	
Либерия	147	40,7 / 42,2	760				28 / 61	227	6	6	5,1 / 6,7
Мали	119	48,0 / 49,1	1 200	65 / 49	88 / 79		73 / 88	191	8	6	1,6 / 2,2
Мавритания	97	50,9 / 54,1	1 000	88 / 85	54 / 56	25 / 19	49 / 69	104	8	5	0,6 / 0,7
Нигер	126	45,9 / 46,5	1 600	47 / 32	73 / 68	8 / 5	75 / 91	233	14	4	1,0 / 1,4
Нигерия	79	51,1 / 51,8	800	107 / 86			26 / 41	103	15	9	4,6 / 6,2
Сенегал	61	50,8 / 55,1	690	79 / 72	70 / 65	22 / 15	51 / 70	86	13	8	0,7 / 0,9
Сьерра-Леоне	177	33,1 / 35,5	2 000	93 / 65		31 / 22		212	4	4	
Того	81	48,2 / 51,1	570	136 / 112	88 / 80		26 / 55	81	26	9	3,6 / 4,7
АЗИЯ	53	65,5 / 69,0						35	64	58	
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
Китай	37	68,9 / 73,3	56	114 / 114			5 / 13	5	84	83	0,2 / 0,1
Корейская Народно-Демократическая Республика	45	60,5 / 66,0	67					2	62	53	
Гонконг Китай (8)	4	77,3 / 82,8		108 / 108		78 / 78		6	86	80	0,1 / 0,1
Япония	3	77,9 / 85,1	10 ^a	101 / 101		102 / 103		4	56	51	<0,1 / <0,1
Монголия	58	61,9 / 65,9	110	97 / 100	87 / 90	69 / 83	2 / 3	54	67	54	<0,1 / <0,1
Республика Корея	5	71,8 / 79,3	20	102 / 102	100 / 100	91 / 91		3	81	67	0,1 / <0,1
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	41	64,4 / 69,1						42	57	49	
Камбоджа	73	55,2 / 59,5	450	130 / 116	71 / 70	27 / 16	19 / 41	60	24	19	3,7 / 1,6
Индонезия	42	64,8 / 68,8	230	112 / 110	87 / 92	58 / 58	8 / 17	55	57	55	0,2 / <0,1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	88	53,3 / 55,8	650	123 / 106	62 / 63	47 / 34	23 / 45	91	32	29	0,1 / <0,1
Малайзия	10	70,8 / 75,7	41	95 / 95	98 / 96	66 / 73	8 / 15	18	55	30	0,7 / 0,1
Мьянма	83	54,6 / 60,2	360	90 / 90	59 / 61	41 / 38	11 / 19	24	33	28	1,6 / 0,7
Филиппины	29	68,0 / 72,0	200	113 / 111	76 / 83	78 / 86	7 / 7	38	47	28	<0,1 / <0,1
Сингапур	3	75,9 / 80,3	30				3 / 11	6	62	53	0,4 / 0,1
Таиланд	20	65,3 / 73,5	44	100 / 96		85 / 81	5 / 9	49	72	70	2,0 / 1,1
Вьетнам	34	66,9 / 71,6	130	107 / 100	90 / 88	72 / 67	6 / 13	21	78	57	0,7 / 0,3
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Афганистан	162	43,0 / 43,3	1 900	44 / -		24 / -		111	5	4	
Бангладеш	64	61,0 / 61,8	380	97 / 98	63 / 68	45 / 49	50 / 69	117	54	43	
Бутан	54	62,0 / 64,5	420		89 / 93			54	19	19	
Индия	64	63,2 / 64,6	540	107 / 90	59 / 59	56 / 40		45	48	43	
Иран (Исламская Республика)	33	68,9 / 71,9	76	94 / 90	94 / 94	79 / 75	17 / 30	33	73	56	0,1 / <0,1
Непал	71	60,1 / 59,6	740	130 / 113	75 / 81	50 / 37	38 / 74	117	39	35	0,1 / <0,1
Пакистан	87	61,2 / 60,9	500	84 / 62		29 / 19	47 / 71	50	28	20	0,2 / <0,1
Шри-Ланка	20	69,9 / 75,9	92	111 / 110			5 / 10	22	66	44	0,0 / <0,1
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Ирак	83	59,2 / 62,3	250					38	14	10	
Израиль	6	77,1 / 81,0	17	114 / 113	100 / 99	95 / 94	3 / 7	17	68	52	
Иордания	24	69,7 / 72,5	41	98 / 99		85 / 87	5 / 14	27	56	39	
Кувейт	11	74,9 / 79,0	5	95 / 94	99 / 98	83 / 88	15 / 19	31	50	41	
Ливан	17	71,9 / 75,1	150	105 / 101	92 / 96	74 / 81		25	61	37	0,2 / 0,0
Окупируемая палестинская территория	21	70,8 / 74,0	100	104 / 105	97 / 98	82 / 88		94			
Оман	20	71,0 / 74,4	87	84 / 82	96 / 96	79 / 78	18 / 35	66	24	18	0,2 / 0,1

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Саудовская Аравия	21	71,1 / 73,7	23	68 / 66	94 / 94	73 / 65	16 / 31	38	32	29	
Сирийская Арабская Республика	22	70,6 / 73,1	160	115 / 108	93 / 92	47 / 42	9 / 26	34	36	28	<0,1 / <0,1
Турция (10)	40	68,0 / 73,2	70	98 / 91		86 / 66	6 / 22	43	64	38	
Объединенные Арабские Эмираты	14	73,3 / 77,4	54	94 / 90	97 / 98	77 / 82	24 / 19	51	28	24	
Йемен	71	58,9 / 61,1	570	97 / 64	82 / 94	65 / 27	31 / 71	111	21	10	
АРАБСКИЕ ГОСУДАРСТВА (11)	53	63,9 / 67,1	252	96 / 88	93 / 94	68 / 62	26 / 48	48	40	34	0,43 / 0,55
ЕВРОПА	9	70,1 / 78,2						20	67	49	
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	14	64,0 / 74,4						29	61	36	
Болгария	15	67,4 / 74,6	32	103 / 100	95 / 95	94 / 91	1 / 2	41	42	25	
Чешская Республика	6	72,1 / 78,7	9	104 / 103	96 / 97	95 / 97		17	72	63	0,1 / <0,1
Венгрия	9	67,7 / 76,0	16	102 / 100	98 / 99	103 / 104		21	77	68	
Польша	9	69,8 / 78,0	13	100 / 99	99 / 98	105 / 101		16	49	19	
Румыния	20	67,0 / 74,2	49	100 / 98	94 / 95	82 / 83	2 / 4	37	64	30	
Словакия	8	69,8 / 77,6	3	102 / 101	98 / 99	89 / 90	0 / 0	24	74	41	
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (12)	5	74,9 / 80,5						17	79	75	
Дания	5	74,2 / 79,1	5	102 / 102	100 / 100			7	78	72	0,3 / 0,1
Эстония	9	66,5 / 76,8	63	105 / 101	100 / 99	109 / 111	0 / 0	26	70	56	1,4 / 0,7
Финляндия	4	74,4 / 81,5	6	102 / 101	100 / 100	120 / 133		8	77	75	0,1 / <0,1
Ирландия	6	74,4 / 79,6	5	104 / 104	98 / 99	100 / 109		15			0,2 / 0,1
Латвия	14	65,6 / 76,2	42	99 / 98	98 / 98	92 / 93	0 / 0	24	48	39	0,8 / 0,4
Литва	9	67,5 / 77,6	13	105 / 104	100 / 98	99 / 98	0 / 0	26	47	31	0,1 / 0,0
Норвегия	5	76,0 / 81,9	16	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,1 / 0,0
Швеция	3	77,6 / 82,6	2	109 / 112		132 / 160		7	78	72	0,1 / 0,0
Соединенное Королевство	5	75,7 / 80,7	13	101 / 101		146 / 170		20	84	81	0,2 / 0,0
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (13)	7	74,6 / 81,0						11	67	46	
Албания	25	70,9 / 76,7	55	107 / 107	86 / 94	77 / 80	1 / 2	16	58	15	
Босния и Герцеговина	14	71,3 / 76,7	31				2 / 9	23	48	16	
Хорватия	8	70,3 / 78,1	8	96 / 95	100 / 100	88 / 89	1 / 3	19			
Греция	6	75,7 / 80,9	9	97 / 96		95 / 97		10			0,3 / 0,1
Италия	5	75,5 / 81,9	5	101 / 100	96 / 97	97 / 95		6	60	39	0,7 / 0,3
Македония (бывшая югославская Республика)	16	71,4 / 75,8	23	99 / 99	96 / 97	86 / 83		34			
Португалия	6	72,6 / 79,6	5	122 / 120		111 / 117		17	66	33	0,7 / 0,2
Сербия и Черногория	13	70,9 / 75,6	11	99 / 99		88 / 89		26	58	33	0,3 / 0,1
Словения	6	72,6 / 79,8	17	101 / 100		105 / 107	0 / 0	8	74	59	
Испания	5	75,9 / 82,8	4	108 / 106		112 / 119		6	81	67	1,0 / 0,3
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (14)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Австрия	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103	93 / 95	100 / 97		12	51	47	0,4 / 0,1
Бельгия	4	75,7 / 81,9	10	106 / 105		146 / 163		9	78	74	0,3 / 0,1
Франция	5	75,2 / 82,8	17	106 / 104		107 / 108		9	75	69	0,6 / 0,2
Германия	5	75,2 / 81,2	8	101 / 100	99 / 100	100 / 99		11	75	72	0,2 / 0,0
Нидерланды	5	75,6 / 81,0	16	109 / 107	100 / 100	126 / 122		5	79	76	0,4 / 0,1
Швейцария	5	75,9 / 82,3	7	108 / 107	100 / 99	103 / 96		5	82	78	0,5 / 0,2
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	32	67,1 / 73,9						72	71	62	
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН (15)	35	64,9 / 69,0						71	61	57	
Куба	7	74,8 / 78,7	33	102 / 98	95 / 96	90 / 89	3 / 3	65	73	72	0,1 / <0,1
Доминиканская Республика	36	64,4 / 69,2	150	125 / 127	54 / 80	60 / 75	16 / 16	93	65	63	2,5 / 0,9

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы М / Ж	Число детей принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
Гаити	63	49,0 / 50,0	680				46 / 50	64	27	21	4,8 / 6,4
Ямайка	20	73,7 / 77,8	87	101 / 100	88 / 93	82 / 85	16 / 9	79	66	63	1,2 / 1,2
Пуэрто-Рико	10	71,2 / 80,1	25				6 / 6	63	78	68	
Тринидад и Тобаго	14	68,4 / 74,4	160	106 / 104	97 / 100	69 / 73	1 / 2	36	38	33	3,2 / 3,2
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	30	69,5 / 75,4						76	64	55	
Коста-Рика	10	75,8 / 80,6	43	108 / 108	93 / 95	66 / 68	4 / 4	78	75	65	0,8 / 0,4
Сальвадор	26	67,7 / 73,7	150	114 / 109	65 / 70	56 / 56	18 / 23	87	60	54	0,9 / 0,5
Гватемала	41	63,0 / 68,9	240	107 / 99	57 / 54	34 / 32	23 / 38	111	38	31	1,3 / 1,0
Гондурас	32	66,5 / 71,4	110	105 / 107			20 / 20	103	62	51	1,7 / 2,0
Мексика	28	70,4 / 76,4	83	111 / 110	90 / 91	73 / 78	7 / 11	64	67	58	0,3 / 0,2
Никарагуа	36	67,2 / 71,9	230	104 / 105	51 / 58	52 / 61	23 / 23	135	69	66	0,3 / 0,1
Панама	21	72,3 / 77,4	160	112 / 108	88 / 89	67 / 72	7 / 8	89	58	54	1,1 / 0,8
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (16)	32	66,5 / 73,9						71	74	65	
Аргентина	20	70,6 / 77,7	82	120 / 119	91 / 95	97 / 103	3 / 3	61			1,1 / 0,3
Боливия	56	61,8 / 66,0	420	114 / 113	79 / 77	86 / 83	7 / 19	81	53	27	0,1 / 0,1
Бразилия	38	64,0 / 72,6	260	153 / 144	76 / 84	102 / 113	14 / 13	73	77	70	0,8 / 0,5
Чили	12	73,0 / 79,0	31	101 / 99	100 / 100	88 / 90	4 / 4	44			0,4 / 0,2
Колумбия	26	69,2 / 75,3	130	110 / 109	59 / 63	62 / 69	8 / 8	80	77	64	1,0 / 0,5
Эквадор	41	68,3 / 73,5	130	117 / 117	77 / 79	59 / 59	8 / 10	66	66	50	0,4 / 0,2
Парагвай	37	68,6 / 73,1	170	114 / 110	76 / 78	63 / 64	7 / 10	75	57	48	0,7 / 0,3
Перу	33	67,3 / 72,4	410	120 / 120	86 / 86	92 / 86	9 / 20	55	69	50	0,7 / 0,4
Уругвай	13	71,6 / 78,9	27	109 / 107	87 / 90	95 / 108	3 / 2	70			0,4 / 0,2
Венесуэла	19	70,9 / 76,7	96	107 / 105	92 / 100	64 / 74	6 / 7	95			0,9 / 0,5
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (17)	7	74,5 / 80,1						50	76	71	
Канада	5	76,7 / 81,9	6	99 / 100		107 / 106		16	75	73	0,5 / 0,2
Соединенные Штаты Америки	7	74,3 / 79,9	17	98 / 99		94 / 92		53	76	71	1,0 / 0,3
ОКЕАНИЯ	26	71,8 / 76,6						32	62	57	
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Австралия (18)	6	76,4 / 82,0	8	102 / 102		155 / 153		16	76	72	0,2 / <0,1
Меланезия(19)	53	59,3 / 61,7						63			
Новая Зеландия	6	75,8 / 80,7	7	99 / 99		109 / 118		27	75	72	0,1 / <0,1
Папуа-Новая Гвинея	62	56,8 / 58,7	300	77 / 78	61 / 58	25 / 20		67	26	20	0,8 / 0,4
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ, ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (20)											
Армения	17	69,0 / 75,6	55	97 / 95		84 / 89	0 / 1	34	61	22	0,1 / 0,1
Азербайджан	29	68,7 / 75,5	94	93 / 92	96 / 99	81 / 79		36	55	12	
Беларусь	11	64,9 / 75,3	35	111 / 109		82 / 86	0 / 0	27	50	42	
Грузия	18	69,5 / 77,6	32	92 / 92	94 / 94	76 / 82		33	41	20	0,3 / 0,1
Казахстан	52	60,9 / 71,9	210	100 / 99	95 / 95	90 / 88	0 / 1	45	66	53	0,2 / 0,1
Кыргызстан	37	64,8 / 72,3	110	102 / 99	91 / 91	86 / 87		33	60	49	0,1 / <0,1
Республика Молдова	18	65,5 / 72,2	36	86 / 85	90 / 91	71 / 73	0 / 1	43	62	43	
Российская Федерация	16	60,8 / 73,1	67	114 / 113		92 / 92	0 / 1	30			1,5 / 0,8
Таджикистан	50	66,2 / 71,4	100	109 / 104	93 / 100	90 / 74	0 / 1	25	34	27	
Туркменистан	49	63,9 / 70,4	31				1 / 2	17	62	53	
Украина	14	64,7 / 74,7	35	91 / 90	30 / 30	97 / 97	0 / 0	38	68	38	1,8 / 0,9
Узбекистан	37	66,8 / 72,5	24	103 / 102		100 / 97	0 / 1	54	67	63	0,1 / 0,1

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2004 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2003 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2002 г.)	Expendts/primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Итого в мире	6 377,6	8 918,7	1,2	48	2,1		2,69					(2 521 000)	81 / 81		
Более развитые регионы (*)	1 206,1	1 219,7	0,2	75	0,5		1,56						10 / 9		
Менее развитые регионы (+)	5 171,5	7 699,1	1,5	42	2,8		2,92						89 / 89		
Наименее развитые страны (‡)	735,6	1 674,5	2,4	27	4,3		5,13						165 / 156		
АФРИКА (1)	869,2	1 803,3	2,2	39	3,6		4,91					605 466²¹	154 / 143		
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	276,2	614,5	2,2	26	4,3		5,61						171 / 156		
Бурунди	7,1	19,5	3,1	10	6,5	4,6	6,80	25	610	11,6	2,1	2 255	198 / 178		78
Эритрея	4,3	10,5	3,7	20	5,8	5,9	5,43	28	950		3,7	6 774	108 / 104		46
Эфиопия	72,4	171,0	2,5	16	4,1	4,8	6,14	6	720		1,4	43 125	181 / 165	291	24
Кения	32,4	44,0	1,5	39	4,4	4,5	4,00	41	990	0,9	1,7	38 134	125 / 110	500	57
Мадагаскар	17,9	46,3	2,8	27	3,6	3,4	5,70	46	720	10,7	1,2	10 208	150 / 144		47
Малави	12,3	25,9	2,0	16	4,6	3,8	6,10	56	570		2,7	22 230	192 / 181		57
Маврикий (2)	1,2	1,5	1,0	43	1,5	1,3	1,95	99	10 530	9,0	2,0	193	21 / 15		100
Мозамбик	19,2	31,3	1,8	36	5,1	3,3	5,63	44			4,0	29 800	223 / 207	425	57
Руанда	8,5	17,0	2,2	18	11,6	5,6	5,74	31	1 210	6,9	3,1	14 044	189 / 168		41
Сомали	10,3	39,7	4,2	35	5,7	6,0	7,25	34			1,2		203 / 187		
Уганда	26,7	103,2	3,2	12	3,9	2,6	7,10	39	1 320		3,4	42 399	154 / 139		52
Объединенная Республика Танзания	37,7	69,1	1,9	35	4,9	5,6	5,11	36	550		2,0	31 019	170 / 153	404	68
Замбия	10,9	18,5	1,2	36	1,9	1,4	5,64	43	770		3,0	29 312	194 / 177	638	64
Зимбабве	12,9	12,7	0,5	35	1,8	2,4	3,90	73	2 120	16,2	2,8	17 364	118 / 109	769	83
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА (3)	103,4	266,3	2,7	37	4,1		6,28						218 / 196		
Ангола	14,1	43,1	3,2	36	5,4	2,8	7,20	45	1 730		2,8	8 057	259 / 234	663	38
Камерун	16,3	24,9	1,8	51	3,4	1,1	4,61	60	1 640	8,5	1,2	3 343	155 / 142	417	58
Центральноафриканская Республика	3,9	6,6	1,3	43	2,5	1,3	4,92	44	1 190		2,3	982	189 / 157		70
Чад	8,9	25,4	3,0	25	4,6	1,7	6,65	16	1 000	9,5	2,0	2 675	209 / 192		27
Конго, Демократическая Республика (4)	54,4	151,6	2,9	32	4,4	4,0	6,70	61	580		1,5	8 783	230 / 208	300	45
Конго, Республика	3,8	10,6	2,6	54	3,4	6,4	6,29		700	0,4	1,4	928	137 / 113	262	51
Габон	1,4	2,5	1,8	84	2,7	0,9	3,99	86	5 320	4,7	1,7	3 069	97 / 87	1 322	86
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	187,0	306,0	1,9	50	2,7		3,21					79 135²²	70 / 61		
Алжир	32,3	48,7	1,7	59	2,6	0,9	2,80	92	5 330		3,1	3 492	52 / 45	955	89
Египет	73,4	127,4	2,0	42	2,1	7,5	3,29	61	3 710		1,9	58 689	52 / 44	737	97
Ливийская Арабская Джамахирия	5,7	9,2	1,9	86	2,3	0,1	3,02	94			1,6	0	23 / 23	2 994	72
Марокко	31,1	47,1	1,6	58	2,8	1,1	2,75	40	3 690	17,9	2,0	9 699	58 / 46	377	80
Судан	34,3	60,1	2,2	39	4,6	1,2	4,39		1 690		0,6	5 261	131 / 123	421	75
Тунис	9,9	12,9	1,1	64	1,6	0,5	2,01	90	6 280	15,8	4,9	1 069	29 / 24	852	80
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКИ	51,9	46,6	0,6	54	1,5		2,79						93 / 83		
Ботсвана	1,8	1,4	0,9	52	1,8	2,1	3,70	94	7 770	6,0	4,4	2 692	108 / 100		95
Лесото	1,8	1,4	0,1	18	0,9	2,1	3,84	60	2 710	21,4	4,3	967	158 / 146		78
Намибия	2,0	2,7	1,4	32	3,0	1,1	4,56	78	6 650	22,1	4,7	4 080	113 / 102	596	77
Южная Африка	45,2	40,2	0,6	57	1,4	0,4	2,61	84	9 870	14,3	3,6	29 267	85 / 75	2 404	86
Свазиленд	1,1	0,9	0,8	24	1,4	1,9	4,54	70	4 530	10,4	2,3	635	155 / 138		
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	250,6	569,9	2,6	42	4,2		5,56						153 / 148		
Бенин	6,9	15,6	2,6	45	4,4	1,5	5,66	66	1 020	10,1	2,1	7 766	166 / 146	318	63
Буркина-Фасо	13,4	42,4	3,0	18	5,0	2,8	6,68	31	1 010		1,5	6 691	165 / 155		42
Кот-д'Ивуар	16,9	27,6	1,6	45	2,6	1,0	4,73	63	1 430	14,9	1,0	4 014	182 / 164	402	81
Гамбия	1,5	2,9	2,7	26	2,6	4,2	4,70	55	1 680		3,2	690	140 / 128		62

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2004 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2003 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушеров (%)	Паритет покупательной силы (2002 г.)	Expendits/primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Гана	21,4	39,5	2,2	45	3,2	1,9	4,11	44	2 000		2,8	21 753	99 / 88	410	73
Гвинея	8,6	19,6	1,6	35	3,8	4,5	5,82	35	1 990	9,2	1,9	6 176	175 / 176		48
Гвинея-Бисау	1,5	4,7	2,9	34	5,4	2,1	7,10	35	750		3,2	562	221 / 198		56
Либерия	3,5	9,8	4,0	47	5,3	3,5	6,80	51			3,3	1 626	238 / 221		
Мали	13,4	46,0	3,0	32	5,2	2,1	7,00	41	840	14,4	1,7	14 171	184 / 178		65
Мавритания	3,0	7,5	3,0	62	5,1	2,9	5,79	57	1 740	14,0	2,6	2 061	163 / 150		37
Нигер	12,4	53,0	3,6	22	6,1	2,2	8,00	16	770	16,8	1,4	3 979	207 / 213		59
Нигерия	127,1	258,5	2,5	47	4,4	1,2	5,42	35	780		0,8	35 933	133 / 133	735	62
Сенегал	10,3	21,6	2,4	50	3,9	2,8	4,97	58	1 510	13,8	2,8	17 082	116 / 108	325	78
Сьерра-Леоне	5,2	10,3	3,8	39	5,6	5,0	6,50	42	490		2,6	889	321 / 293		57
Togo	5,0	10,0	2,3	35	4,0	1,1	5,33	49	1 430	11,0	1,5	2 695	145 / 128	305	54
АЗИЯ	3 870,5	5 222,1	1,3	39	2,7		2,55					396 994	68 / 73		
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (7)	1 522,0	1 590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
Китай	1 313,3	1 395,2	0,7	39	3,2	5,5	1,83	76	4 390	6,6	2,0	22 176	39 / 47	896	75
Корейская Народно-Демократическая Республика	22,8	25,0	0,5	61	1,0	2,4	2,02	97			1,9	1 198	61 / 55	914	100
Гонконг Китай (8)	7,1	9,4	1,1	100	1,1		1,00		26 810				5 / 5	2 421	
Япония	127,8	109,7	0,1	65	0,3	1,0	1,32	100	26 070	21,4	6,2	(115 346) ²³	5 / 4	4 099	
Монголи	2,6	3,8	1,3	57	1,4	0,5	2,42	97	1 650		4,6	3 989	88 / 83		60
Республика Корея	48,0	46,4	0,6	80	0,9	2,1	1,41	100	16 480	18,4	2,6	0	8 / 6	4 114	92
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	550,7	767,2	1,4	42	3,3		2,55						61 / 49		
Камбоджа	14,5	29,6	2,4	19	5,5	2,5	4,77	32	1 590	7,4	1,7	24 787	115 / 99		30
Индонезия	222,6	293,8	1,3	46	3,9	2,8	2,35	66	2 990	3,7	0,6	34 244	59 / 46	729	78
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5,8	11,4	2,3	21	4,6	4,3	4,78	19	1 610	9,1	1,7	2 244	144 / 137		37
Малайзия	24,9	39,6	1,9	64	3,0	0,5	2,90	97	8 280	17,0	2,0	156	15 / 11	2 168	
Мьянма	50,1	64,5	1,3	29	3,1	3,2	2,86	56		5,8	0,4	4 688	137 / 118	252	72
Филиппины	81,4	127,0	1,8	61	3,1	2,8	3,18	58	4 280	11,8	1,5	46 523	40 / 30	538	86
Сингапур	4,3	4,5	1,7	100	1,7	5,9	1,36	100	23 090		1,3	0	4 / 4	7 058	100
Таиланд	63,5	77,1	1,0	32	1,9	1,6	1,93	99	6 680	15,9	2,1	2 466	31 / 19	1 235	84
Вьетнам	82,5	117,7	1,3	26	3,2	6,3	2,30	85	2 240		1,5	16 392	52 / 37	495	77
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	1 588,8	2 463,9	1,7	30	2,5		3,25						89 / 98		
Афганистан	24,9	69,5	3,9	23	6,0	1,8	6,80	12			2,7	1 491	278 / 283		13
Бангладеш	149,7	254,6	2,0	24	3,5	9,1	3,46	12	1 720	8,3	1,5	75 909	85 / 90	153	97
Бутан	2,3	5,3	3,0	9	6,3	12,1	5,02	24			3,6	632	82 / 78		62
Индия	1 081,2	1 531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	43	2 570	13,7	0,9	57 199	78 / 90	515	84
Иран (Исламская Республика)	69,8	105,5	1,2	67	2,3	1,1	2,33	90	6 340	11,6	2,7	2 276	39 / 39	1 860	92
Непал	25,7	50,8	2,2	15	5,2	7,0	4,26	11	1 350	12,5	1,5	19 820	91 / 106	357	88
Пакистан	157,3	348,7	2,4	34	3,4	3,3	5,08	20	1 940		1,0	13 415	121 / 135	456	90
Шри-Ланка	19,2	21,2	0,8	21	0,7	4,5	2,01	97	3 390	10,0	1,8	2 074	30 / 16	423	77
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	208,9	400,8	2,1	65	2,4		3,45					30 221²²	60 / 53		
Ирак	25,9	57,9	2,7	67	2,4	0,4	4,77	72			1,0	268	112 / 103	1 202	85
Израиль	6,6	10,0	2,0	92	2,1	0,4	2,70			21,0	6,0	0	9 / 9	3 291	
Иордания	5,6	10,2	2,7	79	2,8	1,4	3,57	100	4 070	16,0	4,5	14 233	28 / 26	1 017	96
Кувейт	2,6	4,9	3,5	96	3,5	1,7	2,66	98			3,5	0	13 / 13	7 195	
Ливан	3,7	4,9	1,6	88	1,9	0,4	2,18	89	4 470	8,3	2,2	1 885	22 / 17	1 239	100
Окупируемая палестинская территория	3,7	11,1	3,6	71	4,1		5,57	97				2 385	27 / 21		86
Оман	2,9	6,8	2,9	78	3,6	12,0	4,96	95	12 910	12,6	2,4	77	26 / 20	4 029	39

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2004 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2003 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение/га пашотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушерок (%)	Паритет покупательной силы (2002 г.)	Expendts/primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Саудовская Аравия	24,9	54,7	2,9	88	3,4	0,6	4,53	91		34,9	3,4	4	26 / 23	5 195	95
Сирийская Арабская Республика	18,2	34,2	2,4	50	2,5	0,9	3,32		3 250	12,8	1,7	3 063	28 / 25	841	80
Турция (10)	72,3	97,8	1,4	66	2,2	0,8	2,43	81	6 120	11,6	4,4	2 650	56 / 43	1 057	82
Объединенные Арабские Эмираты	3,1	4,1	1,9	85	2,1	0,6	2,82	96		9,2	2,6	0	17 / 14	10 860	
Йемен	20,7	84,4	3,5	26	4,8	5,8	7,01	22	750		1,5	5 647	100 / 95	197	69
АРАБСКИЕ ГОСУДАРСТВА (11)	314,2	631,2	2,3	55	2,9	1,1	3,81	67	3 547	23,9	2,7	109 243	77 / 70	1 400	85
ЕВРОПА	725,6	631,9	-0,1	73	0,1		1,38						12 / 10		
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	298,8	221,7	-0,5	68	-0,4		1,18					35 259^{22 24}	20 / 16		
Болгария	7,8	5,3	-0,8	70	-0,3	0,1	1,10		6 840	14,8	3,9	155	21 / 17	2 428	100
Чешская Республика	10,2	8,6	-0,1	74	0,0	0,2	1,16	99	14 500	13,0	6,7	197	6 / 6	4 049	
Венгрия	9,8	7,6	-0,5	65	0,1	0,2	1,20		12 810	19,2	5,1	0	12 / 10	2 487	99
Польша	38,6	33,0	-0,1	62	0,0	0,5	1,26		10 130	28,8	4,6	109	11 / 10	2 344	
Румыния	22,3	18,1	-0,2	55	-0,2	0,3	1,32	98	6 290,0		5,2	4 414	28 / 22	1 644	58
Словакия	5,4	4,9	0,1	57	0,5	0,3	1,28		12 190	11,4	5,1	17	10 / 10	3 480	100
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (12)	95,0	100,1	0,2	83	0,4		1,61						7 / 6		
Дания	5,4	5,3	0,2	85	0,3	0,1	1,77		29 450	23,4	7,0	(48 852)	7 / 6	3 692	100
Эстония	1,3	0,7	-1,1	69	-1,0	0,2	1,22		11 120	23,6	4,3	50	13 / 9	3 444	
Финляндия	5,2	4,9	0,2	61	0,1	0,1	1,73		25 440		5,3	(23 730)	5 / 4	6 518	100
Ирландия	4,0	5,0	1,1	60	1,5	0,4	1,90	100	28 040		4,9	(6 255)	7 / 7	3 876	
Латвия	2,3	1,3	-0,9	66	-1,2	0,1	1,10	100	8 940	23,1	3,4	93	19 / 16	1 822	
Литва	3,4	2,5	-0,6	67	-0,7	0,2	1,25		9 880		4,2	85	13 / 10	2 304	
Норвегия	4,6	4,9	0,4	79	1,6	0,3	1,80		35 840	26,8	6,8	(42 960)	6 / 5	5 896	100
Швеция	8,9	8,7	0,1	83	0,1	0,1	1,64		25 080	24,3	7,4	(56 270)	5 / 4	5 740	100
Соединенное Королевство	59,4	66,2	0,3	89	0,4	0,2	1,60	99	25 870	13,6	6,3	(80 971)	7 / 6	3 982	100
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (13)	146,4	125,6	0,1	66	0,3		1,32						10 / 9		
Албания	3,2	3,7	0,7	44	2,1	2,1	2,28	99	4 040		2,4	1 928	37 / 31	548	97
Босния и Герцеговина	4,2	3,6	1,1	44	2,2	0,2	1,30	100	5 800		2,8	175	17 / 14	1 074	
Хорватия	4,4	3,6	-0,2	59	0,5	0,2	1,65	100	9 760		7,3	0	10 / 8	1 771	
Греция	11,0	9,8	0,1	61	0,6	0,4	1,27		18 240		5,2		8 / 7	2 710	
Италия	57,3	44,9	-0,1	67	0,0	0,3	1,23		25 320		6,3	(25 038)	7 / 6	2 981	
Македония (бывшая югославская Республика)	2,1	2,2	0,5	60	0,6	0,4	1,90	97	6 210	16,6	5,8		19 / 18		
Португалия	10,1	9,0	0,1	55	1,1	0,5	1,45	100	17 350		6,3	(689)	9 / 8	2 435	
Сербия и Черногория	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,5	1,65	99			6,5	1 780	17 / 14	1 508	98
Словения	2,0	1,6	-0,1	51	-0,1	0,2	1,14		17 690		6,3	0	8 / 7	3 459	100
Испания	41,1	37,3	0,2	77	0,3	0,2	1,15		20 460		5,4	(14 380)	7 / 6	3 127	
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (14)	185,3	184,5	0,2	81	0,5		1,58						6 / 6		
Австрия	8,1	7,4	0,0	66	0,0	0,3	1,28		28 240		5,5	(979)	6 / 5	3 825	100
Бельгия	10,3	10,2	0,2	97	0,2		1,66		27 350		6,4	(19 066)	6 / 6	5 735	
Франция	60,4	64,2	0,5	76	0,7	0,1	1,89		26 180		7,3	(8 242)	6 / 6	4 487	
Германия	82,5	79,1	0,1	88	0,3	0,2	1,35		26 220		8,1	(108 660) ²⁵	6 / 6	4 264	
Нидерланды	16,2	17,0	0,5	66	1,3	0,6	1,72	100	27 470		5,7	(132 032)	7 / 6	4 814	100
Швейцария	7,2	5,8	0,0	68	-0,1	1,0	1,41		31 250	22,8	6,4	(23 534)	7 / 5	3 875	100
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	550,8	767,7	1,4	77	1,9		2,53					188 603	45 / 36		
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН (15)	39,0	45,8	0,9	64	1,3		2,39						62 / 53		
Куба	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		32,7	6,2	1 469	12 / 8	1 216	91

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2004 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средние темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2003 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Народонаселение (га пахотных земель)	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Роды с помощью квалифицированных акушеров (%)	Паритет покупательной силы (2002 г.)	Expendts/primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
Доминиканская Республика	8,9	11,9	1,5	59	2,1	0,9	2,71	98	5 870	6,6	2,2	8 135	58 / 48	921	86
Гаити	8,4	12,4	1,3	38	3,0	4,6	3,98	24	1 580		2,7	16 621	119 / 104	257	46
Ямайка	2,7	3,7	0,9	52	1,0	1,9	2,36	95	3 550	15,7	2,9	3 534	28 / 21	1 545	92
Пуэрто-Рико	3,9	3,7	0,5	97	1,1	1,3	1,89					0	14 / 11		
Тринидад и Тобаго	1,3	1,2	0,3	75	0,9	0,9	1,55	96	8 680	14,2	1,7	530	21 / 16	6 708	90
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	144,6	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Коста-Рика	4,3	6,5	1,9	61	2,8	1,6	2,28	98	8 260	14,6	4,9	344	14 / 11	899	95
Сальвадор	6,6	9,8	1,6	60	2,1	2,2	2,88	90	4 570		3,7	7 760	38 / 31	677	77
Гватемала	12,7	26,2	2,6	46	3,4	3,0	4,41	41	3 880	7,7	2,3	12 474	58 / 51	626	92
Гондурас	7,1	12,6	2,3	46	3,3	1,6	3,72	56	2 450		3,2	13 853	53 / 43	488	88
Мексика	104,9	140,2	1,5	76	1,8	0,8	2,50	86	8 540	11,8	2,7	9 849	37 / 31	1 532	88
Никарагуа	5,6	10,9	2,4	57	3,1	0,5	3,75	67		20,5	3,8	16 685	50 / 40	536	77
Панама	3,2	5,1	1,8	57	2,4	1,0	2,70	90	5 870	10,5	4,8	474	31 / 23	1 098	90
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (16)	367,2	510,1	1,4	81	2,0		2,45						45 / 35		
Аргентина	38,9	52,8	1,2	90	1,4	0,1	2,44	98	9 930	12,4	5,1	865	26 / 21	1 537	
Боливия	9,0	15,7	1,9	63	2,7	1,2	3,82	69	2 300	12,0	3,5	25 576	77 / 67	496	83
Бразилия	180,7	233,1	1,2	83	2,0	0,4	2,21	88	7 250	10,7	3,2	7 545	52 / 39	1 074	87
Чили	16,0	21,8	1,2	87	1,6	1,0	2,35	100	9 180	14,3	3,1	112	15 / 12	1 545	93
Колумбия	44,9	67,5	1,6	77	2,2	2,0	2,62	86	5 870	16,4	3,6	1 427	35 / 30	680	91
Эквадор	13,2	18,7	1,5	62	2,3	1,1	2,76	69	3 222		2,3	9 697	60 / 49	692	85
Парагвай	6,0	12,1	2,4	57	3,5	0,7	3,84	71	4 450	12,9	3,0	3 761	51 / 39	697	78
Перу	27,6	41,1	1,5	74	2,0	1,9	2,86	59	4 800	7,5	2,6	23 635	57 / 47	460	80
Уругвай	3,4	4,1	0,7	93	0,9	0,3	2,30	100	12 010	7,2	5,1	193	18 / 13	809	98
Венесуэла	26,2	41,7	1,9	88	2,1	0,7	2,72	94	5 080		3,7	879	25 / 20	2 227	83
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (17)	328,9	447,9	1,0	80	1,4		2,05						8 / 8		
Канада	31,7	39,1	0,8	80	1,2	0,0	1,48	98	28 070		6,8	(12 689)	7 / 6	7 985	100
Соединенные Штаты Америки	297,0	408,7	1,0	80	1,4	0,0	2,11	99	35 060	18,0	6,2	(951 012)	8 / 9	7 996	100
ОКЕАНИЯ	32,6	45,8	1,2	73	1,4		2,34						34 / 35		
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	23,8	30,1	0,9	91	1,3		1,75						8 / 6		
Австралия (18)	19,9	25,6	1,0	92	1,4	0,0	1,70	100	26 960	16,0	6,2	(13 088)	8 / 6	5 956	100
Меланезия (19)	7,6	14,0	2,1	20	2,5		3,91						70 / 75		
Новая Зеландия	3,9	4,5	0,8	86	0,8	0,1	2,01	100	20 020	19,6	6,4	(2 150)	8 / 6	4 714	
Папуа-Новая Гвинея	5,8	11,1	2,2	13	2,3	4,9	4,09	53	2 080	12,4	3,9	6 157	81 / 88		42
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ, ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (20)															
Армения	3,1	2,3	-0,5	64	-0,8	0,7	1,15	97	3 060		3,2	3 721	22 / 17	744	
Азербайджан	8,4	10,9	0,9	50	0,6	1,1	2,10	84	2 920		0,7	1 887	41 / 38	1 428	78
Беларусь	9,9	7,5	-0,5	71	0,1	0,2	1,20	100	5 330		4,8	148	17 / 12	2 449	100
Грузия	5,1	3,5	-0,9	52	-1,4	1,0	1,40	96	2 210		1,4	2 991	25 / 18	462	79
Казахстан	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	5 480		1,9	6 169	68 / 48	2 705	91
Кыргызстан	5,2	7,2	1,4	34	1,0	0,9	2,64	98	1 520		1,9	2 593	50 / 42	451	77
Республика Молдова	4,3	3,6	-0,1	46	0,1	0,4	1,40	99	1 560		2,8	768	26 / 21	735	92
Российская Федерация	142,4	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	7 820		3,7	12 226	23 / 18	4 293	99
Таджикистан	6,3	9,6	0,9	25	-0,4	1,9	3,06	71	900		1,0	805	78 / 67	487	60
Туркменистан	4,9	7,5	1,5	45	2,0	0,9	2,70	97	4 570		3,0	1 027	74 / 61	3 244	
Украина	48,2	31,7	-0,8	67	-0,7	0,2	1,15	100	4 650		2,9	4 658	20 / 15	2 884	98
Узбекистан	26,5	37,8	1,5	37	1,0	1,4	2,44	96	1 590		2,7	4 624	56 / 48	2 029	85

Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий

Контроль за осуществлением
целей МКНР: отдельные
показатели

	Показатели смертности			Показатели образования		Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность на 1000 живорождений	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Д	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Д	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Методы контрацепции Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВИЧ (%) (15 лет-24 года) М / Д
Багамские Острова	18	63,9 / 70,3	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3,0 / 3,0
Бахрейн	14	72,5 / 75,9	28	98 / 98	91 / 99	18	62	31	0,1 / 0,2
Барбадос	11	74,5 / 79,5	95	108 / 108	103 / 103	43	55	53	2,0 / 1,0
Белиз	31	69,9 / 73,0	140	119 / 116	68 / 74	86	47	42	3,0 / 1,8
Бруней-Даруссалам	6	74,2 / 78,9	37	107 / 106	85 / 91	26			<0,1 / <0,1
Кабо-Верде	30	67,0 / 72,8	150	125 / 120	64 / 67	82	53	46	
Коморские Острова	67	59,4 / 62,2	480	98 / 81	30 / 25	59	26	19	
Кипр	8	76,0 / 80,5	47	97 / 97	93 / 94	10			
Джибути	102	44,7 / 46,8	730	46 / 35	24 / 15	64			0,3 / 0,3
Экваториальная Гвинея	101	47,8 / 50,5	880	132 / 120	38 / 22	192			
Фиджи	18	68,1 / 71,5	75	109 / 109	78 / 83	54			0,2 / <0,1
Французская Полинезия	9	70,7 / 75,8	20			45			
Гваделупа	7	74,8 / 81,7	5			19			
Гуам	10	72,4 / 77,0	12			70			
Гайана	51	60,1 / 66,3	170			67	37	36	2,2 / 2,8
Исландия	3	77,6 / 81,9	0	101 / 101	104 / 111	19			0,2 / 0,2
Люксембург	5	75,1 / 81,4	28	101 / 100	93 / 99	9			
Мальдивские Острова	38	67,8 / 67,0	110	125 / 124	64 / 68	53			
Мальта	7	75,9 / 80,7	21	106 / 106	91 / 89	12			
Мартиника	7	75,8 / 82,3	4			30			
Микронезия (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Нидерландские Антильские Острова	13	73,3 / 79,2	20	104 / 104	69 / 77	44			
Новая Каледония	7	72,5 / 77,7	10			31			
Полинезия (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Катар	12	70,5 / 75,4	7	108 / 104	88 / 93	20	43	32	
Реюньон	8	71,2 / 79,3	41			32	67	62	
Самоа	26	66,9 / 73,4	130	104 / 101	71 / 79	44			
Соломоновы Острова	21	67,9 / 70,7	130			52			
Суринам	26	68,5 / 73,7	110	127 / 125	62 / 86	42	42	41	2,2 / 1,1
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	124	48,7 / 50,4	660			27			
Вануату	29	67,5 / 70,5	130	112 / 111	28 / 29	52			

Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (в тыс.) 2004 год	Прогнозируемая численность населения (в тыс.) 2050 год	Городское население (%) (2003 год)	Темпы роста городского населения (2000-2005 годы)	Население/га пахотных и постоянных сельхоз. земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 гг.)	Роды, принятые квалифицированными акушерками (в процентах)	Паритет покупательной силы (2002г.)	Смертность в возрасте до 5 лет М / Д
Багамские Острова	317	395	89.5	1.5	0.9	2.29			27 / 21
Бахрейн	739	1 270	90.0	2.3	1.2	2.66	98		20 / 16
Барбадос	271	258	51.7	1.5	0.6	1.50	91		13 / 11
Белиз	261	421	48.3	2.3	0.7	3.15	83	5 340	43 / 42
Бруней-Даруссалам	366	685	76.2	3.2	0.3	2.48	99		8 / 6
Кабо-Верде	473	812	55.9	3.5	2.4	3.30	89	4 720	45 / 26
Коморские Острова	790	1 816	35.0	4.6	4.0	4.90	62	1 640	96 / 87
Кипр	808	892	69.2	1.0	0.6	1.90	100	18 040	8 / 8
Джибути	712	1 395	83.7	2.1		5.70		2 070	185 / 168
Экваториальная Гвинея	507	1 177	48.1	4.7	1.4	5.89	65	5 590	181 / 164
Фиджи	847	969	51.7	2.5	1.1	2.88	100	5 310	21 / 23
Французская Полинезия	248	355	52.1	1.2		2.44			11 / 11
Гваделупа	443	467	99.7	0.9	0.5	2.10			11 / 8
Гуам	165	248	93.7	1.7		2.88			13 / 10
Гайана	767	507	37.6	1.4	0.3	2.31	86	3 780	81 / 60
Исландия	292	330	92.8	0.9	3.3	1.95		28 590	5 / 4
Люксембург	459	716	91.9	1.6		1.73		51 060	7 / 7
Мальдивские Острова	328	819	28.8	4.5	8.7	5.33	70		41 / 56
Мальта	396	402	91.7	0.7	0.6	1.77			9 / 8
Мартиника	395	413	95.7	0.8	0.7	1.90			9 / 8
Микронезия (26)	535	863	69.1	2.6		3.40			26 / 25
Нидерландские Антильские Острова	223	249	69.7	1.1	0.1	2.05			17 / 11
Новая Каледония	233	382	61.2	2.2		2.45			9 / 10
Полинезия (27)	643	912	43.6	1.7		3.16			26 / 26
Катар	619	874	92.0	1.7	0.3	3.22	98		17 / 13
Реюньон	767	1 014	91.5	2.0	0.6	2.30			11 / 9
Самоа	180	254	22.3	1.3		4.12	100	5 350	34 / 29
Соломоновы Острова	491	1 071	16.5	4.5	4.4	4.42	85	1 520	31 / 30
Суринам	439	459	76.1	1.6	1.2	2.45	85		35 / 23
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	820	1 433	7.6	4.8	7.2	3.85	24		186 / 179
Вануату	217	435	22.8	4.1		4.13	89	2 770	32 / 39

Примечания к показателям

- Используемые в настоящем издании обозначения не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения относительно правового статуса любой страны, территории или района или их властей, а также делимитации их границ.
- Данные по малым странам или районам, численность населения в которых в 1990 году в целом составляла 200 000 человек или менее, отдельно в данной таблице не приводятся. Они были включены в данные о населении их регионов.
- (*) Более развитые регионы включают Северную Америку, Японию, Европу и Австралию-Новую Зеландию
- (+) Наименее развитые регионы включают все районы Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна, Азии (за исключением Японии), а также Меланезию, Микронезию и Полинезию.
- (‡) Наименее развитые страны в соответствии со стандартным определением Организации Объединенных Наций.
- (1) Включая Британскую территорию в Индийском океане и Сейшельские Острова.
- (2) Включая острова Агалеса, Родригес и Сент-Брендон.
- (3) Включая Сент-Томе и Принсипи.
- (4) Ранее Заир.
- (5) Включая Западную Сахару.
- (6) Включая Острова Св.Елены, Вознесения и Тристан-да-Кунья.
- (7) Включая Макау,
- (8) 1 июля 1997 года Гонконг стал особым административным районом Китая.
- (9) Это образование включено в общий показатель по более развитым регионам, а не в оценку по географическим регионам.
- (10) Турция включена в Западную Азию по географическим причинам. В соответствии с другим классификациями эта страна включается в состав Европы.
- (11) Включая Алжир, Бахрейн, Джибути, Египет, Иорданию, Ирак, Йемен, Катар, Коморские Острова, Кувейт, Ливан, Ливийскую Арабскую Джамахирию, Мавританию, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, оккупированную Палестинскую территорию, Оман, Саудовскую Аравию, Сирию, Сомали, Судан и Тунис. Объединение региональных демографических показателей осуществлено Отделом по народонаселению Организации Объединенных Наций. Сводные данные по другим показателям приводятся с учетом средних показателей стран, имеющих данные.
- (12) Включая Нормандские острова, Фарерские острова и остров Мэн.
- (13) Включая Андорру, Гибралтар, Святейший Престол и Сан-Марино.
- (14) Включая Лихтенштейн и Монако.
- (15) Включая Ангилью, Антигуа и Барбуда, Арубу, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Доминику, Гренаду, Монтсеррат, Нидерландские Антильские острова, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсию, Сент-Винсент и Гренадины, Острова Теркс и Кайкос и Виргинские острова Соединенных Штатов.
- (16) Включая Фольклендские (Мальвинские) острова и Французскую Гвиану.
- (17) Включая Бермуды, Гренландию и Сент-Пьер и Микелон.
- (18) Включая остров Рождества, Кокосовые (Килинг) острова и остров Норфолк.
- (19) Включая Новую Каледонию и Вануату.
- (20) Государства-приемники бывшего СССР сгруппированы по существующим регионам. Восточная Европа включает Беларусь, Республику Молдова, Российскую Федерацию и Украину. Западная Азия включает Армению, Азербайджан и Грузию. Юго-Центральная Азия включает Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Данные по региону в целом, исключая субрегионы, приводятся отдельно ниже.
- (21) По региону в целом, исключая субрегионы, о которых говорится ниже.
- (22) Эти субрегионы включают арабские государства и европейский регион ЮНФПА.
- (23) Расчеты, основанные на докладах предыдущих лет. Ожидается поступление обновленных данных.
- (24) Всего по Восточной Европе, за исключением ряда южно-европейских балканских государств и северо-европейских балтийских государств.
- (25) Более поздние доклады свидетельствуют о том, что этот показатель мог бы быть более высоким. В будущих публикациях будет отражена оценка этой информации.
- (26) Включая Федеративные штаты Микронезии, Гуам, Кирибати, Маршалловы Острова, Науру, северную часть Марианских островов и Тихоокеанские острова (Палау) .
- (27) Включая Американское Самоа, острова Кука, остров Джонстон, Питкэрн. Самоа, Токелау, Тонга, острова Мидуэй, Тувалу и острова Уоллес и Фугуна.

Технические примечания

В статистических таблицах, содержащихся в докладе “Народонаселение мира” за этот год, особое внимание вновь уделяется показателям, которые могут способствовать оценке прогресса в достижении количественных и качественных целей, поставленных на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и отраженных в целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в областях, касающихся коэффициентов смертности, доступа к образованию и доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и распространение ВИЧ/СПИД среди молодежи. Ниже показаны несколько изменений, сделанных в отношении других показателей. В последующие доклады будет включена информация о различных практических показателях, которые будут разработаны к тому времени, так как результатом деятельности по выполнению решений МКНР и целей, сформулированных в Декларации тысячелетия, будет усовершенствование системы контроля. Усовершенствование контроля за финансовыми взносами правительств, неправительственных организаций и частного сектора должно позволить также представлять в будущем более полную информацию об объеме расходов и мобилизации ресурсов на мероприятия по выполнению решений МКНР и целей, закрепленных в Декларации тысячелетия. Ниже с разбивкой по категориям приводится информация об источниках, которые лежали в основе разработки показателей, и о причине выбора этих показателей.

Контроль за выполнением целей МКНР

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

Младенческая смертность и предполагаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. New York: United Nations. Эти показатели отражают уровень смертности соответственно в первый год жизни (который имеет наиболее решающее значение для развития ребенка) и в течение всего периода жизни. Расчеты на период 2000-2005 годов.

Коэффициент материнской смертности: Источник: WHO, UNICEF, and UNFPA. 2003. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: WHO. Этот показатель отражает число смертей среди женщин в расчете на 100 000 живорождений в результате болезней, связанных с беременностью и родами и осложнениями в связи с беременностью и родами. Трудно получить конкретные данные, однако информация об относительных масштабах дает достаточное представление. Оценки на уровне ниже 50 не округляются; оценки в диапазоне 50-100 округляются до 5; оценки в диапазоне 100-1000 округляются до 10; и оценки в диапазоне свыше 1000 округляются до 100. Некоторые оценки отличаются от официальных государственных показателей. Оценки основываются на представленных показателях, где это возможно, при этом используются подходы, направленные на улучшение сопоставимости информации из различных источников. См. источник для подробной информации о происхождении конкретных национальных оценок. Оценки и методология рассматриваются в

ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, научных учреждениях и других учреждениях и, при необходимости, они могут изменяться в рамках текущего процесса совершенствования данных о материнской смертности. Учитывая использование новых методов, предыдущие расчеты за 1995 год могут быть несопоставимы с настоящими расчетами.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ

Доля мальчиков и девочек, обучающихся в начальной школе, доля мальчиков и девочек, обучающихся в средней школе. Источник: Данные представлены Институтом статистики ЮНЕСКО в марте 2004 года. Данные по странам, поступившие из базы данных ОЭСР, являются временными (подробную информацию см.: www.oecd.org/els/education/ei/eag/wei.htm, за которыми последний раз обращались в июне 2004 года). Данные о населении основываются на: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Общие показатели зачисления в учебные заведения указывают на число учащихся, принятых для обучения в рамках какого-либо уровня системы образования на 100 человек соответствующей возрастной группы. Они не корректируются для отдельных лиц, старше соответствующего возрастного уровня, в связи с поздним началом учебы, прерыванием учебы или повторения учебного курса из-за неуспеваемости. Приводятся данные за 2001-2002 год или же за 2000-2001 год, если нет данных за более поздний период.

Неграмотность среди взрослых мужчин и женщин. Источник: См. общие показатели зачисления в учебные заведения приема выше в качестве источника; данные скорректированы с учетом уровня неграмотности. Показатели неграмотности в различных странах не одинаковы; используется три широко принятых определения. Насколько это возможно, представлены данные о лицах, которые не могут читать или писать простые предложения. Неграмотность среди взрослых (показатель неграмотности лиц в возрасте старше 15 лет) отражает последние показатели приема в учебные заведения и достижения в обучении в последние годы. Вышеуказанные показатели в области образования были обновлены на основе расчетов Отдела народонаселения ООН, содержащихся в *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Это последние данные об образовании, охватывающие период 2000-2004 годов.

Процентная доля учащихся, заканчивающих последний класс начальной школы. Источник: См. общие показатели зачисления в учебные заведения выше в качестве источника. Это самые последние данные за учебный год, начавшийся в 1999, 2000 и 2001 годах. Двадцать три страны представили данные до четвертого класса (см. первоначальный источник).

ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет: Источник: Информация, предоставленная Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций. Этот показатель отражает фертильность женщин в молодом возрасте. Так как он отражает ежегодный уровень рождений, приходящихся на всех женщин в определенной возрастной группе, он полностью не

отражает уровень фертильности женщин в их юности. Поскольку этот показатель отражает ежегодное среднее число рождений на женщин в год, можно умножить его на пять лет для того, чтобы определить число рождений на 1000 молодых женщин в старшем подростковом возрасте. Этот показатель не охватывает все аспекты, связанные с подростковыми беременностями, так как в знаменатель включены лишь живорождения. В показатель не включены мертворождения и самопроизвольные и искусственные аборты.

Методы контрацепции: Источник: Бюллетень, "Percent Currently Using Contraception among Married or In-union Women of Reproductive Age", provided by United Nations Population Division using "World Contraceptive Use 2003: Database Maintained by the Population Division of the United Nations Secretariat." Эти данные взяты из докладов о выборочных обследованиях и они отражают долю замужних женщин, включая женщин (не вступивших в брак официально), которые в настоящее время используют любой из методов или современный метод контрацепции. Современные или клинические методы включают в себя стерилизацию мужчин и женщин, внутриматочные противозачаточные средства, противозачаточные таблетки и уколы, гормональные имплантанты, презервативы и т.д. Эти показатели приблизительно, но неполностью сопоставимы в различных странах из-за изменений численности обследованного населения по возрастным группам (чаще всего женщин в возрасте 15-49 лет; не многим более, чем половина базы данных), а также изменений периодичности проведения обследований и характера вопросов. Приводятся данные самого последнего обследования, проведенного в период с 1998 по 2002 год.

Показатели распространения ВИЧ, мужчины/женщины, 15-49 лет. Источник: Данные представлены ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС, 2004 год. Женева: ЮНЭЙДС. Эти данные взяты из докладов о системах наблюдения и типовых расчетов. Данные, представленные по мужчинам и женщинам в возрасте 15-49 лет, - это данные по каждой стране. Отправным годом является 2003 год. Различия между мужчинами и женщинами отражают психологическую и социальную уязвимость воздействия заболеваний и зависят от возрастных различий половых партнеров.

Демографические, социальные и экономические показатели

Общая численность населения в 2003 году, прогнозируемая численность населения в 2050 году, средние ежегодные темпы прироста народонаселения в период 2000-2005 годов: Источник: информация, предоставленная Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций. Эти показатели отражают численность, прогнозируемую численность в будущем и ежегодный прирост населения в странах в настоящее время.

Доля городского населения в процентах, темпы прироста городского населения: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2004 год. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. (DOC.ESA/P/WP.173.) New York: United Nations, available from CD-ROM (POP/DP/WUP/Rev.2003), и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables*

and Highlights (ESA/P/WP.190). New York: United Nations. Эти показатели отражают долю населения страны, живущего в городских районах, а также прогнозируются темпы прироста населения в городских районах.

Численность населения в сельскохозяйственных районах на гектар пахотных земель: Источник: данные, предоставленные Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций, с использованием данных о населении в сельских районах на основе информации об общей численности населения, представленных Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций в 2003 году. *World Population Prospects: The 2002 Revision* New York: United Nations. Этот показатель увязывает численность населения сельских районов с землей, пригодной для сельскохозяйственного производства. Он изменяется вместе с изменениями структуры национальной экономики (доля рабочей силы в сельском хозяйстве) и технологии обработки земли. Высокие показатели могут быть связаны с недостаточной продуктивностью земли и разделом земельных владений. Однако этот показатель изменяется также вместе с изменением уровня развития и политики в области земледелия. Представлены данные за 2001 год.

Общий показатель фертильности (период 2000-2005 годов): Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2003 год. *World Urbanization Prospects: The 2002 Revision*. Этот показатель отражает число детей, которых родит женщина в течение репродуктивного периода ее жизни, если она будет рожать детей по схеме, определенной для различных возрастных групп в конкретный временной период. Страны могут достичь прогнозируемого уровня в различное время в течение этого периода.

Принятие родов квалифицированными акушерами: Источник: Информация представлена ЮНИСЕФ, данные взяты из доклада о положении детей в мире за 2004 год и обновленных бюллетеней о наблюдении за выполнением целей в области развития, закрепленных в Декларации тысячелетия, 2004 года. Данные о наиболее развитых странах отсутствуют. Этот показатель рассчитывается на основе национальных докладов о доли родов, принятых «квалифицированным медицинским персоналом или квалифицированными акушерами, т.е. врачами (специалистами и неспециалистами) и/или лицами, обладающими навыками акушеров, которые могут поставить диагноз и принять меры в случае осложнений, а также принимать нормальные роды». Данные для более развитых стран свидетельствуют о более высоком уровне принятия родов квалифицированными специалистами. Учитывая предположение о полном охвате медицинскими услугами, в официальных статистических данных может отсутствовать информация о недостаточном охвате услугами маргинализованного населения и последствиях задержек, связанных с транспортом. Это самые последние данные, полученные после 1994 года.

Валовой национальный продукт на душу населения: Последний показатель (2001 и 2002 год) из: Всемирный банк. Показатели развития мира. Веб-сайт: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (по подписке). Этот показатель отражает общий объем товаров и услуг для конечного потребления, произведенных резидентами и нерезидентами, независимо от их реализации на

внутреннем или внешнем рынках, по отношению к численности населения. Как таковое это является показателем экономической производительности государства. Он отличается от показателя валового внутреннего продукта тем, что в нем учитываются доходы от труда и капитала, полученные резидентами за границей, аналогичные платежи нерезидентам и различные технические корректировки, в том числе корректировки, касающиеся периодических изменений обменных курсов. В этом показателе учитываются также различные покупательные способности валют, так как в него включена информация о корректировке паритета покупательной способности «реального ВВП». Некоторые показатели основываются на моделях регрессии. Ряд показателей экстраполированы на основе последней программы международных сопоставлений. Подробную информацию см. в первоисточниках.

Расходы центральных органов управления на образование и здравоохранение: Источник: Самые последние данные за последние шесть лет из: Всемирный банк. Показатели мирового развития. Веб-сайт: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (по подписке). Эти показатели отражают то приоритетное внимание, которое государство уделяет секторам образования и здравоохранения и которое выражается в доле выделяемых для них государством ассигнований. В них не учитываются различия в объеме ассигнований в рамках секторов, например для начального образования или медицинские услуги, которые могут быть весьма различными. Непосредственное сопоставление осложняется из-за существующих различий в административных и бюджетных функциях, которыми наделяются центральные органы управления в отношении местных органов управления, а также в связи с другими различиями той роли, которую играют частные и государственные сектора. Расчеты составлены на основе данных об ассигнованиях на государственное образование как доле ВВП, ассигнованиях на здравоохранение на душу населения, а также о доле ассигнований на здравоохранение из государственных источников.

Внешняя помощь населению: Источник: UNFPA. 2003. Financial Resource Flows for Population Activities in 2001. New York: UNFPA. Этот показатель отражает общий объем внешней помощи, предоставленной в 2001 году для осуществления деятельности в области народонаселения в каждой стране. Внешние средства распределяются через многосторонние и двусторонние учреждения, занимающиеся оказанием помощи, и неправительственные организации. Данные о взносах стран-доноров показаны в скобках. В будущих изданиях настоящего доклада будет приведена информация о других показателях для обеспечения лучшей основы для сопоставления и оценки потоков ресурсов, предназначенных для содействия осуществлению программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья и полученных из различных национальных и международных источников. Представленные общие данные приема включают в себя как страновые проекты, так и региональные мероприятия (непоказанные в других частях таблицы). Данные за 2002 год будут представлены после публикации.

Смертность в возрасте до 5 лет: Источник: United Nations Population Division, special tabulation based on United Nations, 2003, World Population Prospects: The 2002 Revision. New York:

United Nations. Этот показатель отражает уровень смертности среди младенцев и малолетних детей. Поэтому он отражает последствия заболеваний и другие причины смерти новорожденных, младенцев и детей младшего возраста. Более стандартными демографическими показателями является младенческая смертность и коэффициент смертности от 1 до 4 лет, что отражает различные причины и показатель частотности смертности в этом возрасте. Поэтому данный показатель по сравнению с показателем младенческой смертности в большей степени учитывает детские заболевания, включая заболевания, которые можно предотвратить за счет усовершенствования программ в области питания и иммунизации. В данном случае показатель смертности в возрасте до 5 лет отражает количество смертей среди детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорождений в каком-либо конкретном году в период 2000-2005 годов.

Потребление энергии на душу населения: Источник: Всемирный банк, 2003 год, World Development Indicators Online. Web site: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (by subscription). Этот показатель отражает ежегодное потребление коммерческой первичной энергии (уголь, лигнит, нефть, природный газ и гидро-, атомную и геотермальную энергию) в килограммах нефтяного эквивалента в расчете на душу населения. Он отражает уровень промышленного развития, структуру экономики и модели потребления. Его изменения с течением времени могут отражать изменение уровня и соотношения различных видов экономической деятельности и изменения эффективности использования энергии (включая уменьшение или увеличение объема расточительного потребления). Данные за 2001 год.

Доступ к питьевой воде: Источник: UNICEF. 2003. The State of the World's Children 2004: Girls, Education and Development. New York: UNICEF. Table 3: Health. Этот показатель отражает долю населения, имеющего доступ к достаточному количеству безопасной в санитарном отношении питьевой воде, источник которой находится на допустимом расстоянии от жилья пользователя. Подчеркнутые слова представляют собой определения, используемые на страновом уровне. Этот показатель связан с подверженностью рискам для здоровья, включая риски, являющиеся результатом плохой санитарно-гигиенической обстановки. Представлены данные за 2000 год.

Редакционная коллегия

Народонаселение мира в 2004 году

Редактор: Вильям А. Райн

Старший научный работник/консультант по вопросам политики: Стэн Бернштейн

Помощник редактора: Филлис Брашман

Авторы: Дейвид дель Вечьо, Лусилл Пайлинг де Лусена, Патрик Фрайл, Маргарет Е. Грин, Карен Харди, Марианн Хейзелгрейв, Эрин Хейселберг, Дон Хинриксон, Миа МакДональд, Алекс Маршалл, Куртун Накро, Дэниэль Ниренберг, Рабби Ройан, Гита Сен, Майкл Власофф

Стажер: Кэтрин МакКарти

Подготовка к печати: Prographics, Inc., Annapolis, Maryland, USA

фотографии и их авторы

Лицевая обложка

© Ron Giling/Still Pictures
Матери с детьми в Гане.

Глава 1

© Dominic Sansoni/Panos Pictures
Сельская семья в Индии

Глава 2

© Mark Edwards/Still Pictures
Семья мигрантов на Филиппинах.

Глава 3

© Mark Edwards/Still Pictures
Проект "Консерн фуд фор ворк" в Валло, Эфиопия; прокладка отводного оросительного канала.

Глава 4

© Hans Blossey/Still Pictures
Улица Нейтан Роудв Гонконге, специальный административный район Сянган, Китай.

Глава 5

© Roger LeMoynes/UNICEF
Учителя проходят подготовку на курсах, организованных Министерством образования, Кабул, Афганистан

Глава 6

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Общинный медицинский работник проводит беседу по планированию семьи с крестьянкой в Бангладеш.

Глава 7

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Женщины, ожидающие приема врача, в Индии.

Глава 8

© Mark Edwards/Still Pictures
Распределение противозачаточных средств среди проституток в Бангкоке, Таиланд.

Глава 9

© Jorgen Schytte/Still Pictures
Молодая мать с грудным ребенком в Гватемале.

Глава 10

© Mark Edwards/Still Pictures
Отец с сыном в Индии.

Глава 11

© Shehzad Noorani/Still Pictures
Мать с дочерью в Бангладеш

Стр. 25

© Mark Edwards/Still Pictures
Семья мигрантов обрабатывает землю в лесу, с тем чтобы ее можно было использовать для выращивания сельскохозяйственных культур, на острове Ява, Индонезия.

Стр. 73

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures
Медицинская сестра осматривает беременную женщину в Кабо-Верде.

Стр. 80

© Marie Dorigny
Лечение инфицированной ВИЧ пациентки в больнице "Букоба", Танзания.



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org



Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-724-3
R/5.000/2003 sales no. R.04.III.H.1

Напечатано на бумаге из вторсырья

