



Комиссия по народонаселению и развитию**Сорок вторая сессия**

30 марта — 3 апреля 2009 года

Пункт 3 предварительной повестки дня*

**Последующая деятельность по выполнению
рекомендаций Международной конференции
по народонаселению и развитию****Мониторинг мирового населения с уделением особого
внимания вкладу Программы действий
Международной конференции по народонаселению
и развитию в достижение согласованных
на международном уровне целей в области развития,
включая цели в области развития, сформулированные
в Декларации тысячелетия****Доклад Генерального секретаря***Резюме*

В своем решении 2007/1 Комиссия по народонаселению и развитию постановила, что специальной темой ее сорок второй сессии будет «Вклад Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию в достижение согласованных на международном уровне целей в области развития, включая цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия». Настоящий доклад обеспечивает основу для проведения обсуждений в Комиссии.

Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию содержит полный набор целей и рекомендаций, направленных на повышение уровня благосостояния людей и содействие устойчивому развитию и долговременному экономическому росту. Ее цели и задачи соответствуют другим согласованным на международном уровне целям в области развития, а сформулированные в ней рекомендации в отношении практических действий целиком направлены на реализацию этих целей. Сердцевину Программы дейст-

* E/CN.9/2009/1.



вий составляют руководящие принципы в отношении политики, программ и мер, которые напрямую увязаны с динамикой народонаселения и оказывают влияние на рост и структуру населения. Особое внимание в докладе уделяется освещению вопроса о том, как реализация этих основных руководящих принципов и вытекающих из них мероприятий способствует достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, включая цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия.

Настоящий доклад подготовлен Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	5
II. Искоренение крайней нищеты и голода	7
A. Искоренение крайней нищеты	7
B. Ликвидация голода	11
III. Достижение всеобщего образования	13
IV. Народонаселение и цели, связанные с охраной здоровья	16
A. Снижение детской смертности	16
B. Борьба с малярией	20
C. Борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа	20
D. Снижение материнской смертности	22
E. Обеспечение охраны репродуктивного здоровья	25
V. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин	30
VI. Обеспечение экологической устойчивости	33
VII. Глобальное партнерство в целях развития	35
VIII. Выводы и рекомендации	37
Таблицы	
1. Численность населения согласно разным сценариям по основным регионам, 2005 год	6
2. Годовые темпы роста численности населения, общий показатель рождаемости и ВВП на душу населения в разбивке по основным регионам, 1995 и 2005 годы	7
3. Показатели роста численности населения и общей рождаемости в 2000–2005 годах в развивающихся странах с разбивкой по уровню нищеты, 2005 год	10
4. Темпы роста численности населения в 2000–2005 годах и процентная доля от общего числа лиц в возрасте до 15 лет в 2005 году с разбивкой по отдельным показателям в сфере образования	14
5. Смертность среди детей в возрасте до пяти лет с разбивкой по группам развития и странам Субсахарской Африки, 1990, 2007 и 2015 годы	17
6. Показатели материнской смертности по основным регионам, 1990 и 2005 годы	23
7. Тенденции, характеризующие неудовлетворенные потребности в планировании численности семьи, с разбивкой по развивающимся регионам, 1995 и 2005 годы	28

Диаграммы

I. Расходы на образование одного ребенка в сопоставлении с общим показателем рождаемости — отдельные страны	15
II. Смертность среди детей в возрасте до пяти лет в соотношении с процентной долей новорожденных в категориях риска, 1985–2007 годы	19
III. Общая рождаемость в сопоставлении с использованием противозачаточных средств в развивающихся регионах, 1985–2005 годы	26
IV. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, которые пользуются современными методами контрацепции, 2005 год	27
V. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, чьи потребности в средствах планирования численности семьи не удовлетворяются	30
VI. Процентное изменение размера донорской помощи в осуществлении программ по планированию численности семьи из расчета на одну женщину в возрастном диапазоне 15–49 лет, 1996–2006 годы	36

I. Введение

1. Программа действий¹ Международной конференции по народонаселению и развитию содержит полный набор целей и рекомендаций по повышению благосостояния людей и содействию устойчивому развитию и долговременному экономическому росту. Ее цели и задачи соответствуют другим согласованным на международном уровне целям в области развития, а сформулированные в ней рекомендации целиком направлены на реализацию этих целей². Сердцевину Программы действий составляют руководящие принципы в отношении политики, программ и мер, которые напрямую увязаны с динамикой народонаселения и влияют на рост и структуру населения. Особое внимание в докладе уделяется освещению вопроса о том, как реализация этих основных руководящих принципов и вытекающих из них мероприятий способствует достижению основополагающих целей развития.

2. Двумя крупнейшими достижениями XX века стали всеобщее сокращение смертности и, как следствие, снижение рождаемости. В 1994 году, когда была созвана Международная конференция по народонаселению и развитию для рассмотрения взаимосвязей между динамикой народонаселения и устойчивым развитием, никто не сомневался в том, что рост численности населения больше не представляет собой той опасности, которая существовала на момент проведения первой межправительственной демографической конференции — Всемирной конференции по народонаселению — в 1974 году. В 1994 году рождаемость продолжала снижаться на протяжении по меньшей мере двух десятилетий в большинстве стран Азии и Латинской Америки и Карибского бассейна и начала снижаться в ряде стран Субсахарской Африки. Годовые темпы прироста численности населения со своего пикового уровня 2,02 процента в 1965–1970 годах сократились до 1,54 процента и продолжали определенно снижаться. Ожидаемого «демографического взрыва», как представляется, удалось избежать.

3. Сегодня темпы роста численности населения в мире, по оценкам, опустились еще ниже, до 1,17 процента в год, и их дальнейшее снижение воспринимается как нечто само собой разумеющееся. Однако неслучившийся демографический взрыв является поучительным в плане того, что самоуспокаиваться пока рано (см. таблицу 1). Если бы уровень рождаемости в Азии сохранялся на примерно том же уровне, каким он был в 1970 году, то в 2005 году население континента насчитывало бы порядка 6,1 млрд. человек, примерно столько же, сколько на сегодняшний день составляет население всего мира. Благодаря резкому снижению рождаемости, достигнутому в большинстве стран Азии, особенно в наиболее густонаселенных из них, численность населения Азии в 2005 году составляла 3,9 млрд. человек, что на 54 процента меньше, чем в случае, если бы не произошло снижения рождаемости. Что касается Латинской Америки и Карибского бассейна, то там цифры были более умеренными. Однако без быстрого сокращения рождаемости, отмеченного в этом крупнейшем регионе, в 2005 году численность населения там была бы на 38 процентов больше, чем фактическая (769 млн. человек против 558 млн. человек). Главный же

¹ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18).

² См. E/CN.9/2005/6, раздел III.

вывод заключается в том, что в случае Африки разница между численностью населения, которая была бы достигнута с 1970 года без сокращения рождаемости (832 млн. человек), и фактической численностью (769 млн. человек) является весьма небольшой, составляя лишь 8 процентов от его нынешней численности. По наименее развитым странам эта разница увеличивается, но незначительно; в 2005 году она составила лишь 15 процентов от общей численности населения. Эти результаты говорят о том, что благодаря снижению рождаемости быстрыми темпами в Азии и Латинской Америке и Карибском бассейне демографического взрыва в глобальном масштабе удалось избежать, а в Африке и в большинстве наименее развитых стран опасность демографического взрыва как таковая сама сошла на нет. Как подтверждается в настоящем докладе, быстрый рост численности населения сопровождается целым рядом негативных социально-экономических последствий.

Таблица 1

Численность населения согласно разным сценариям по основным регионам, 2005 год

	<i>Средний вариант</i>	<i>Постоянная рождаемость с 1970 года</i> (в млн. человек)	<i>Разница в 2005 году</i>	<i>Разница в процентах</i>
Менее развитые регионы	5 299	7 936	2 637	50
Наименее развитые страны	767	882	115	15
Другие менее развитые страны	4 532	7 054	2 522	56
Азия	3 938	6 079	2 141	54
Латинская Америка и Карибский бассейн	558	769	211	38
Африка	769	832	62	8

4. Истекшие четыре десятилетия продемонстрировали, что проводимая правительствами политика и их приверженность выбранному курсу могут играть важную роль в формировании динамики народонаселения. Нынешних успехов не удалось бы достичь без демонстрации твердой решимости правительствами или постоянной активной вовлеченности международного сообщества, ярчайшим примером чему является Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Исключительно важное значение для успешного осуществления Программы действий имеет ее ориентированность на отстаивание основополагающих прав и принципов. Признавая, что соблюдение прав человека является обязательным условием обеспечения развития, Программа действий ставит задачи и предлагает рекомендации, которые являются обоснованными не только потому, что они ведут к развитию или позитивно сказываются на благосостоянии людей, но и потому, что они выражают права индивидуума. Таким образом, меры по продвижению гендерного равенства и справедливости и расширению возможностей женщин, предусмотренные в Программе действий, относятся в одинаковой степени как к сфере прав человека, так и к сфере развития. Задача всесторонней реализации Программы действий сегодня является как никогда актуальной, поскольку времени на достижение ее целей становится все меньше и, как об этом говорится в докладе, трудности с ее осуществлением в первую очередь испытывают страны с низ-

ким уровнем дохода и наиболее обездоленные слои населения. Ускорение осуществления Программы действий не только будет способствовать достижению согласованных на международном уровне целей в области развития, но также обеспечит, чтобы все люди в полной мере могли пользоваться своими правами человека.

II. Искоренение крайней нищеты и голода

A. Искоренение крайней нищеты

5. Искоренение крайней нищеты является одной из важнейших целей в области развития. Для решения задачи сокращения к 2015 году наполовину доли людей, живущих менее чем на доллар США в день, необходимо разработать стратегии, непосредственно ориентированные на ликвидацию экономических и социальных причин, ведущих к сохранению нищеты. Крупным вкладом в искоренение нищеты может также стать проведение правильной демографической политики, поскольку динамика народонаселения, экономические преобразования и социальное благосостояние людей тесно связаны между собой. Быстрый рост численности населения вызывает повышенный спрос на имеющиеся ресурсы и ассоциируется со снижением уровня дохода. Так, в 2005 году в наименее развитых странах были зарегистрированы самый низкий средний показатель дохода на душу населения и самые высокие темпы роста численности населения по всем группам развития (см. таблицу 2). В сравнении, подушевой доход в остальных развивающихся странах был в четыре раза выше, а темпы роста численности населения — в два раза ниже, чем в наименее развитых странах, однако начиная с 1970-х годов эти показатели стали быстро снижаться. В развитых странах как группе наблюдался самый высокий показатель дохода на душу населения и очень низкие темпы роста численности населения. Поскольку большая часть наименее развитых стран расположена в Африке, по состоянию на 2005 год именно на этот континент также приходились низкий уровень дохода и быстро растущие темпы роста населения.

Таблица 2

Годовые темпы роста численности населения, общий показатель рождаемости и ВВП на душу населения в разбивке по основным регионам, 1995 и 2005 годы

Основной регион	Показатель роста численности населения (в процентах)		Общий показатель рождаемости (количество детей на женщину)		ВВП на душу населения (в долл. США, ППС)	
	1990– 1995 годы	2005– 2010 годы	1990– 1995 годы	2005– 2010 годы	1990 год	2005 год
	Более развитые регионы	0,45	0,28	1,68	1,60	17 159
Менее развитые регионы	1,83	1,37	3,42	2,75	2 119	5 181
Наименее развитые страны	2,69	2,37	5,68	4,63	1 115	1 421
Другие менее развитые страны	1,70	1,19	3,11	2,45	2 214	5 582

Основной регион	Показатель роста численности населения (в процентах)		Общий показатель рождаемости (количество детей на женщину)		ВВП на душу населения (в долл. США, ППС)	
	1990– 1995 годы	2005– 2010 годы	1990– 1995 годы	2005– 2010 годы	1990 год	2005 год
	Африка	2,61	2,25	5,69	4,67	1 705
Азия	1,63	1,13	2,97	2,34	3 274	6 197
Латинская Америка и Карибский бассейн	1,71	1,24	3,03	2,37	7 485	8 333
Северная Америка	1,08	0,25	1,99	2,00	23 268	40 631
Европа	0,20	-0,02	1,58	1,45	14 042	21 998
Океания	1,62	1,21	2,48	2,30	23 310	25 296

Источник: United Nations Data Online (UNdata), данные получены 21 октября 2008 года, и «Мировые демографические перспективы: обзор 2006 года» (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.07.XIII.2).

Сокращения: ВВП — валовый внутренний продукт; ППС — паритет покупательской способности; долл. США — доллар Соединенных Штатов Америки.

6. Большинство развивающихся стран, где после 1950 года, когда уровень смертности снизился задолго до того, как начала снижаться рождаемость, отмечались высокие темпы роста численности населения, сегодня сталкиваются со сложной задачей обеспечения достойной работой свое быстро растущее население, вступающее в трудоспособный возраст. В 2008 году число безработных составляло примерно 200 млн. человек, что на 18 процентов выше по сравнению с 1995 годом³. В Программе действий признается, что высокие показатели роста населения, вызванные лагом между снижением показателей смертности и показателей рождаемости, обостряют проблемы, с которыми сталкиваются правительства в стремлении обеспечить продуктивную занятость (пункт 3.15).

7. Снижение рождаемости, являющееся одним из элементов демографического перехода, может способствовать росту сбережений и экономическому развитию страны в результате сокращения доли детей-иждивенцев и увеличения доли лиц трудоспособного возраста, что приносит «демографический дивиденд»⁴. Сокращение показателя иждивенческой нагрузки, которая увеличивается, когда рождаемость снижается, способствовало росту подушевого дохода и экономическому росту в таких разных странах, как Египет, Ирландия, Китай, Соединенные Штаты Америки, Швеция и Япония⁵. Среднесрочное воз-

³ Международная организация труда, «Мировые тенденции в области занятости» (Женева, Международное бюро труда, 2008 год).

⁴ Andrew Mason and Sang-Hyop Lee, “The demographic dividend and poverty reduction” in *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*, Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 17-19 ноября 2004 года.

⁵ David E. Bloom and David Canning, “Global demographic change: dimensions and economic significance”, *Population and Development Review*, supplement to vol. 34, 2008; Bo Malberg and Thomas Lindh, “Demographically based global income forecasts up to the year 2050”,

действие снижения рождаемости на экономический рост как в развитых, так и в развивающихся странах составляет примерно 20 процентов от роста объема производства на душу населения в 1960–1995 годах⁶.

8. После 1965 года в новых промышленно развитых странах Восточной и Юго-Восточной Азии, в частности, наблюдались особенно быстрые темпы снижения рождаемости на фоне бурного экономического роста⁷. Благодаря крупным государственным ассигнованиям в сферу образования наряду с формированием стабильной макроэкономической среды, экономическим ростом, ориентированным на создание рабочих мест, и созданием механизмов, поощряющих накопления, эти страны сумели в полной мере использовать выгоды, связанные с «демографическим дивидендом». В 1980-е годы примерно треть роста подушевого дохода в новых промышленно развитых странах Восточной и Юго-Восточной Азии приходилась на «демографический дивиденд»⁸. Но совершенно иной складывалась ситуация в большинстве стран Латинской Америки и Карибского бассейна, в которых также быстро снижалась рождаемость, но которые не сумели полностью реализовать свой потенциал экономического роста⁹. Эти примеры свидетельствуют о том, что, хотя снижение рождаемости может потенциально ускорить экономический рост, реализация этого потенциала зависит от создания надлежащих механизмов и проведения правильной экономической и социальной политики, включая принятие мер по наращиванию человеческого капитала, созданию новых рабочих мест и совершенствованию схемы распределения дохода.

9. Ускорение и поддержание темпов экономического роста расширяют возможности правительств в борьбе с нищетой. Высокие уровни нищеты ассоциируются с высокой рождаемостью. В 2005 году в развивающихся странах с как минимум 40 процентами населения, живущего менее чем на доллар США в день, средний показатель рождаемости составлял 5,4 ребенка на женщину, что более чем в два раза превышало аналогичный показатель в тех развивающихся странах, где уровень бедности был менее 10 процентов (см. таблицу 3). Для группы беднейших стран также был характерен высокий показатель роста численности населения (2,5 процента), более чем в три раза превышающий аналогичный показатель в странах с низким уровнем нищеты (0,7 процента в год). В четырех беднейших странах — Бурунди, Либерия, Объединенная Республика Танзания и Руанда, — в каждой из которых уровень нищеты был выше 75 процентов, общий показатель рождаемости также превышал 6 детей на женщину, а темпы роста численности населения превосходили 2,5 процента.

International Journal of Forecasting, vol. 236, No. 4, 2007.

⁶ Allen Kelley and Robert Schmidt, “Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis”. *Journal of Population Economics*, vol. 18, No. 2, June 2005.

⁷ Andrew Mason, editor, *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized*, (Stanford University Press, 2001); David E. Bloom, David Canning and Jaypee Sevilla, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change* (Santa Monica, California, Rand Press, 2002).

⁸ David E. Bloom and Jeffrey G. Williamson, “Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia”, *World Bank Economic Review*, vol. 12, No. 3, 1998.

⁹ Andrew Mason, “Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries”, in: *Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*, Mexico City, 31 August — 2 September 2005; Casio Turra and Bernardo Queiroz, “Intergenerational transfers and socio-economic inequality in Brazil: a first look”, *Notas de Población*, No. 80, October 2005.

Таблица 3
Показатели роста численности населения и общей рождаемости в 2000–2005 годах в развивающихся странах с разбивкой по уровню нищеты, 2005 год

	Процентная доля людей, живущих менее чем на 1 долл. США (2005 год) ^a			
	До 10	10–19,9	20–39,9	40 и выше
Количество стран	44	13	23	33
Годовые показатели роста численности населения (в процентах)	0,7	1,3	1,9	2,5
Общий показатель рождаемости	2,1	3,2	3,8	5,4

^a Справочные данные за период 1995–2007 годов варьируют в зависимости от конкретной страны. По 102 из 113 рассмотренных стран данные приводятся за 2000 год или более поздние годы.

Источник: The World Bank online Poverty Analysis Tool (PovcalNet), accessed on 14 October 2008; *World Population Prospects: The 2006 Revision* (United Nations publication, Sales No. E.07.XIII.2).

10. Анализ воздействия снижения рождаемости на сокращение масштабов нищеты показывает, что в период 1960–2000 годов в результате только одних демографических изменений масштабы нищеты в развивающихся странах сократились на 14 процентов и что в 2000–2015 годы, если в странах с высокой рождаемостью снижение темпов рождаемости ускорится, это сокращение может составить еще 14 процентов⁴.

11. Высокая рождаемость ассоциируется в странах с сохранением нищеты, поскольку, как правило, в группах с низким доходом отмечается более высокая рождаемость по сравнению с группами с высоким доходом. Результаты обследований, проводившихся в 56 развивающихся странах, говорят о том, что женщины в самой низкой по имущественному признаку квинтиле в среднем имели на двух детей больше, чем женщины в более высокой квинтиле¹⁰. В Африке же разница была еще более значительная — 2,8 ребенка, а самый высокий показатель был зарегистрирован в Латинской Америке и Карибском бассейне — 3,8 ребенка. Подобная разница прослеживается и в тех случаях, когда образование женщин является дискриминирующим фактором, поскольку уровень образования и материальное благосостояние весьма тесно связаны друг с другом. Данные по 43 развивающимся странам на конец 1990-х годов свидетельствуют о том, что не получившие школьного образования женщины имели в среднем на 2,3 ребенка больше, чем женщины, получившие хотя бы среднее образование¹¹.

12. Таким образом, снижение рождаемости в неимущих семьях может способствовать сокращению нищеты — как прямо, так и опосредованно. Чем

¹⁰ Davidson R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff, and Agbessi Amouzou, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (Washington, D.C., The World Bank, 2007).

¹¹ Shea Oscar Rutstein, *Fertility Levels, Trends and Differentials 1995–1999*. DHS Comparative Reports No.3 (Calverton, Maryland, ORC Macro, December 2002).

большим будет естественный прирост населения, живущего в условиях нищеты, тем быстрее будет расти и его доля в общей численности населения и, следовательно, увеличиваться масштабы нищеты в целом. Более высокие темпы естественного прироста населения, живущего менее чем на доллар США в день, обуславливали рост уровней нищеты в диапазоне, составляющем порядка 10–50 процентов от темпов сокращения нищеты в развивающихся странах в период с 1990 года по 2001 годы¹². Наиболее наглядно это проявилось в Африке и Южной Азии.

13. Высокая рождаемость среди неимущих слоев населения может способствовать воспроизводству нищеты в последующих поколениях. Чем больше детей рождается в семье, тем меньше ресурсов придется на долю каждого из них и тем меньше вероятность того, что дети смогут получить достаточное образование. При меньшем числе детей неимущие семьи тратили бы больше денег на питание, поддержание здоровья и образование каждого ребенка. Когда неимущие семьи не в состоянии обеспечить достижение своих репродуктивных целей из-за отсутствия доступа к средствам планирования численности семьи, стратегии расширения такого доступа являются полезным дополнением к другим мерам, направленным на сокращение нищеты.

14. Как правило, правительства стран, в которых отмечаются высокие темпы роста численности населения, задумываются о последствиях такого роста¹³. Так, из 11 стран, где рост численности населения в 2005–2010 годы составлял 3 процента или более, 9 — Бенин, Бурунди, Иордания, Либерия, Мали, Нигер, Тимор-Лешти, Уганда и Эритрея — расценивают темпы роста своего населения как чрезмерно высокие, и во всех странах, кроме Тимора-Лешти, проводится политика, направленная на снижение темпов демографического роста. Еще две страны, Афганистан и Демократическая Республика Конго, считают свои темпы роста удовлетворительными и никаких мер с целью повлиять на них не принимают. Среди 36 стран с показателями годового прироста населения от 2,0 процента до 3,0 процента 72 процента считают такие показатели чрезмерно высокими, а 67 процентов придерживаются стратегического курса на их снижение. Даже среди 66 стран с более умеренными темпами роста в диапазоне от 1,0 процента до 2,0 процента 48 находят их чрезмерно высокими, и в большинстве из этих стран разработаны стратегии по их снижению. Из 82 стран, где годовые темпы роста составляют менее 1,0 процента, только 32 процента сообщили о принятых мерах по увеличению темпов роста численности населения.

В. Ликвидация голода

15. Нищета и голод тесно взаимосвязаны друг с другом, потому что, хотя запасов продовольствия на земле достаточно, чтобы накормить 6,8 миллиарда человек, неимущие слои населения не в состоянии обеспечить себя продуктами питания, особенно в нынешних условиях, когда после периода относительной

¹² Martin Ravallion, "On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world" *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 3580, The World Bank, April 2005, (Всемирный банк, апрель 2005 года).

¹³ *Мировая демографическая политика, 2007 год* (издание Организации Объединенных Наций под в продаже под No. R.08.XIII.8).

стабильности основные продовольственные товары в период между 2006 годом и первой половиной 2008 года резко подорожали¹⁴. В результате число не получающих достаточного питания людей, по оценкам, в одном 2008 году увеличилось на 40 миллионов человек и составило 963 миллиона человек против 923 миллионов в 2007 году и 848 миллионов в 2003–2005 годах¹⁵, что сделало еще более трудным решение задачи сокращения вдвое к 2015 году доли населения, страдающего от голода (цель 1 в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия). Хотя в последнее время цены на продовольствие снижаются, продовольственный кризис 2008 года продемонстрировал уязвимость многих групп населения. Кризис стал результатом увеличения спроса на продовольствие, которое не сопровождалось увеличением поставок продовольствия. Рост спроса был вызван увеличением численности населения, а также ростом доходов и изменением структуры питания в развивающихся странах, в частности в Китае. Замедление роста поставок продовольствия объясняется многими факторами, включая недавнее повышение стоимости семенного материала и удобрений из-за скачка цен на электроэнергию, недостаточного долгосрочного инвестирования в сельскую инфраструктуру и в развитие сельского хозяйства во многих развивающихся странах, растущих трудностей с земле- и водопользованием и перераспределением земельных участков для производства биотоплива¹⁶.

16. В глобальном масштабе рост численности населения выступает одним из основных определяющих факторов динамики спроса цен на продовольствие. По данным ФАО, ожидается, что с 1999 года по 2030 год потребление калорий в мире с нынешних 2803 килокалорий на человека в среднем увеличится до 3050¹⁷, что соответствует 9-процентному росту на человека. Ожидается, что за этот период численность мирового населения вырастет с 6 миллиардов до 8,3 миллиарда человек, что приведет к глобальному росту порядка на 50 процентов потребности в калориях, 76 процентов из которого придется на рост численности населения.

17. На страновом уровне повышение темпов естественного прироста среди неимущего населения может вызвать обострение проблемы голода и недоедания, а также рост масштабов распространения нищеты. Поскольку семьи с низким доходом, как правило, характеризуются более высокой рождаемостью, чем семьи с высоким доходом, они обычно направляют большую часть своего до-

¹⁴ С января 2006 года по март 2008 года мировые цены на продовольствие выросли на 68 процентов. Цены на пшеницу за период с апреля 2007 года по март 2008 года удвоились, а цены на рис с января по апрель 2008 года выросли в три раза, как об этом говорится в документе “Rising food prices in sub-Saharan Africa: Poverty impact and policy responses”, *World Bank Policy Research Working Paper* No. 4738, 2008, подготовленном Квентином Уодоном и Хасаном Заманом.

¹⁵ Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО), *Проблема отсутствия продовольственной безопасности в мире*, 2008 год, <http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>, информация получена 20 декабря 2008 года; ФАО, Комитет по проблемам продовольственной безопасности в мире, оценка положения дел в области продовольственной безопасности и питания в мире, тридцать четвертая сессия, 14–17 октября 2008 года.

¹⁶ Joachim von Braun and others, “High food prices: The what, who, and how of proposed policy actions” *International Food Policy Research Institute Policy Brief*, May 2008, <http://www.ifpri.org/PUBS/ib/FoodPricesPolicyAction.pdf>.

¹⁷ *World Agriculture: Towards 2015/2030, Summary Report* (Rome, FAO, 2002).

хода на пропитание и особенно болезненно реагируют на рост цен на продовольствие или повышение стоимости продуктов питания. Поэтому увеличение цен на продовольствие в большей степени сказывается на тех развивающихся странах, где отмечаются высокие темпы роста численности населения и где нищета была широко распространена еще до кризиса. В период с 2005 по 2007 годы в результате повышения цен на продовольствие масштабы нищеты в странах с низким доходом выросли примерно на 4,5 процента, что означает, что число неимущих увеличилось еще на 105 миллионов человек¹⁸.

18. Из-за роста цен на продовольствие с 2003–2005 по 2007 годы в Азии число людей, не получающих достаточного питания, выросло на 41 миллион человек, а в Субсахарской Африке — на 24 миллиона; на эти два региона в 2003–2005 годах приходилось 89 процентов (750 миллионов человек) от общей численности голодающего населения планеты¹⁹. Обострение проблемы недостаточного питания, пусть и в меньших масштабах, имело место и во всех других развивающихся регионах, а в Латинской Америке эта динамика свела на нет весь прогресс, достигнутый с 1995 года. Очевидно, что в стратегиях по ликвидации последствий резкого роста цен на продовольствие приоритетное внимание должно уделяться безотлагательной защите наиболее уязвимых семей и отдельных лиц, включая женщин и детей, дабы достичь цель 1 в области развития, сформулированную в Декларации тысячелетия. В более же долгосрочных стратегиях необходимо обращать внимание на то, как обеспечить, чтобы демографическая политика была частью скоординированных ответных мер по созданию устойчивых источников средств к существованию и расширению перспектив развития для всех жителей планеты, помогая семьям не попасть в тиски нищеты.

III. Достижение всеобщего образования

19. Обеспечение всеобщего начального образования к 2015 году и предоставление как мальчикам, так и девочкам возможности получить среднее и высшее образование входит в число целей, поставленных в Программе действий (пункты 11.6, 11.8 и 4.18), и созвучно целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия. В достижении всеобщего начального образования (цель 2 в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия) достигнут значительный прогресс. В 2006 году показатель охвата детей начальным образованием в развивающихся странах достиг 88 процентов. Однако отсутствие равного доступа к образованию, связанное отчасти с размером семьи, по-прежнему создает трудности для достижения этой цели. Как на уровне домохозяйств, так и на уровне стран инвестиции в образование детей вряд ли будут достаточными, когда речь идет о большом количестве детей. Постоянный рост рождаемости ведет к быстрому увеличению числа детей школьного возраста, что в свою очередь ведет к усилению давления на систему образования и семьи.

¹⁸ Maros Ivanic and Will Martin “Implications of higher global food prices for poverty in low-income countries”. *World Bank Policy Research Working Paper* No. 4594, 2008.

¹⁹ ФАО, Комитет по всемирной продовольственной безопасности, Оценка положения в области продовольственной безопасности в мире и обеспечения питанием, тридцать четвертая сессия, 14–17 октября 2008 года.

20. В странах с наихудшими показателями в сфере образования, как правило, отмечаются высокая доля детей и высокие темпы роста населения. Так, в 29 странах с чистым показателем охвата начальным образованием в 2005 году 80 процентов детей в возрасте до 15 лет составляли 42 процента от общей численности населения, а темпы роста населения в среднем равнялись 2,3 процента в год (см. таблицу 4). Аналогичным образом, в 19 странах, в которых в 2006 году более 20 процентов населения в возрасте от 15 до 24 лет были неграмотными, дети составляли 42 процента от общей численности населения, а средние темпы роста — 2,4 процента. И наоборот, в 47 странах с чистым показателем охвата детей начальным образованием свыше 95 процентов и в 74 странах с низким процентным показателем неграмотности среди молодежи (ниже 5 процентов) пропорциональная доля детей была ниже (25 процентов от общей численности населения), а средние темпы роста населения составляли в среднем менее 1 процента в год, что опять же говорит о том, что замедление темпов роста численности населения улучшает условия для инвестирования в образование.

Таблица 4
Темпы роста численности населения в 2000–2005 годах и процентная доля от общего числа лиц в возрасте до 15 лет в 2005 году с разбивкой по отдельным показателям в сфере образования

	Процентная доля молодых людей, которые умеют читать и писать			Чистый показатель охвата начальным образованием (в процентах)		
	Между 80 и 95		Выше 95	Между 80 и 95		Выше 95
	Ниже 80	95		Ниже 80	95	
Количество стран	19	23	74	29	63	47
Годовые темпы роста численности населения (в процентах)	2,4	1,9	0,9	2,3	1,0	0,8
Процентная доля населения в возрасте до 15 лет	41,5	38,5	25,9	41,5	27,7	23,6

Источники: Институт статистики ЮНЕСКО, Центр данных онлайн (<http://stats.uis.unesco.org>), информация получена 7 октября 2008 года; *Мировые демографические перспективы: Обзор 2006 года* (публикация Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.07.XIII.2).

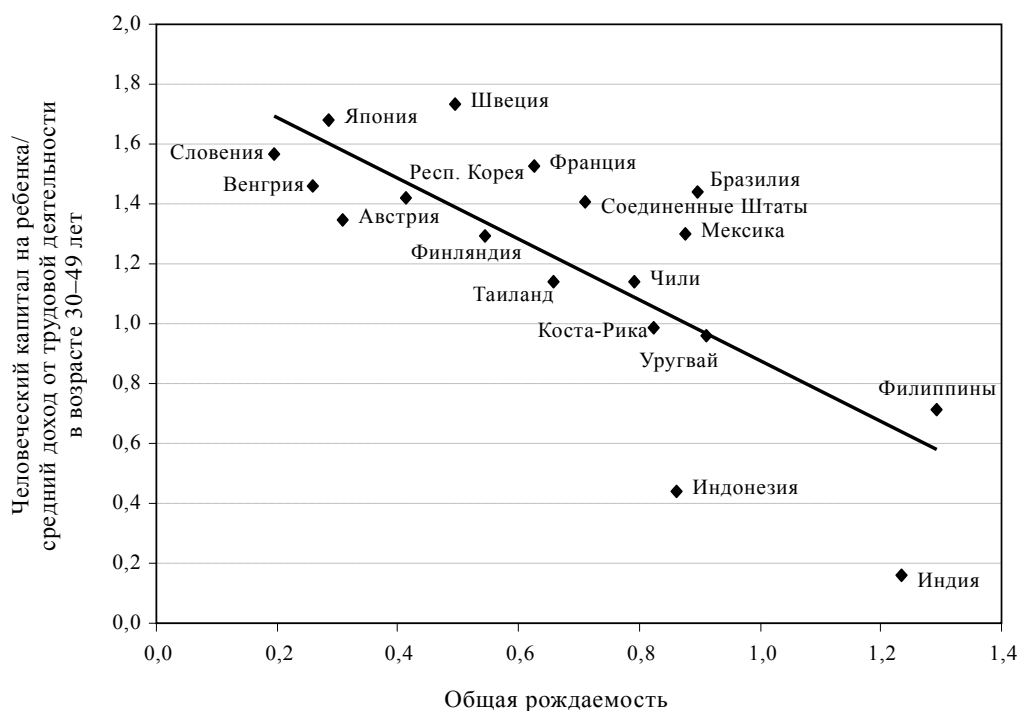
21. Анализ межпоколенческих трансфертов указывает на то, что страны с более низкой рождаемостью выделяют более существенный объем средств на охрану здоровья и образование детей, чем страны, где рождаемость выше (см. диаграмму I). В среднем, в странах с общим показателем рождаемости 3,0 ребенка на женщину расходы на ребенка в доходах от трудовой деятельности на треть превышают аналогичные расходы в странах с общим показателем рождаемости 1,0 ребенка на женщину²⁰. Результаты исследования на уровне домохозяйств показывают, что в целом в многодетных семьях дети имеют

²⁰ Ronald Lee and Andrew Mason, “Fertility, human capital and economic growth over the demographic transition”, National Transfer Accounts Working Paper WP08-02, 2008.

меньше возможностей для получения школьного образования, чем в малодетных семьях, особенно в странах, где основную долю расходов на образование ребенка несут родители²¹.

22. Одним из основных факторов, определяющих динамику рождаемости, является уровень образования женщины: женщины с более высоким уровнем образования чаще пользуются противозачаточными средствами и рожают меньше детей, чем женщины с более низким уровнем образования. Сохранение высокой рождаемости среди малоимущих женщин создает порочный круг; их дети, особенно девочки, имеют меньше шансов получить школьное образование и часто сами рожают много детей. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию вносит весомый вклад в обеспечение всеобщего образования и, решая двуединую задачу распространения образования и сокращения численности семьи, в процесс развития в целом (глава XI).

Диаграмма 1
Расходы на образование одного ребенка в сопоставлении с общим показателем рождаемости — отдельные страны



Источник: Derived from National Transfer Account data posted at <http://www.ntaccounts.org>.

²¹ Cynthia Lloyd, "Investing in the next generation: the implications of high fertility at the level of the family", *Population and Development: Old Debates and New Conclusions* (New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004), pp. 181–202; Claudia Buchmann and Emily Hannum, "Education and stratification in developing countries: A review of theories and research", *Annual Review of Sociology*, vol. 27, 2001, pp. 77–102

IV. Народонаселение и цели, связанные с охраной здоровья

23. Один из важных факторов экономического роста является состояние здоровья населения. Результаты эмпирических исследований²² показывают, что улучшение состояния здоровья населения дает мощный толчок к экономическому росту в развивающихся странах, что означает, что здравоохранение, как и образование, составляет один из основополагающих компонентов человеческого капитала. Улучшение здоровья ведет к росту доходов, а рост доходов способствует развитию образования, что формирует взаимовыгодную связь, при которой улучшение положения в одной из сфер благоприятно сказывается на положении в другой. В Программе действий это нашло отражение в постановке широкомасштабных целей в области улучшения охраны здоровья. Подчеркивая важность увеличения с 1950 года продолжительности жизни, Программа призывает к дальнейшему распространению здорового образа жизни и стиранию различий в показателях продолжительности жизни между странами и внутри самих стран (пункт 8.3(b)) и ставит задачу продления средней продолжительности жизни к 2015 году по меньшей мере до 75 лет или до 70 лет в странах, в которых в 1994 году были зафиксированы высокие показатели смертности (пункт 8.5).

A. Снижение детской смертности

24. В Программе действий содержится призыв к снижению к 2015 году смертности среди детей в возрасте до пяти лет до уровня 45 на 1000 живорождений (пункт 8.16), что является еще более амбициозной целью, чем задача, поставленная в рамках цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия (сокращение на две трети с 1990 по 2015 годы). Хотя детская смертность в развивающихся странах снижается и с 1990 по 2007 годы сократилась со 103 до 74 на 1000 живорождений, для выполнения к 2015 году задачи, поставленной в рамках цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, эту работу потребует активизировать более чем в пять раз (см. таблицу 5). В Субсахарской Африке снижение смертности среди детей в возрасте до пяти лет происходит очень медленными темпами и для выполнения поставленной задачи потребует восьмикратное ускорение.

²² Guillem López-Casasnovas and others, *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (Boston, Massachusetts, MIT Press, 2005); David E. Bloom and David Canning, "The health and wealth of nations", *Science*, vol. 287, No. 5456, 18 February 2000.

Таблица 5
Смертность среди детей в возрасте до пяти лет с разбивкой по группам развития и странам Субсахарской Африки, 1990, 2007 и 2015 годы

Группа развития	Смертность среди детей в возрасте до пяти лет (количество смертных случаев на 1000 рождений)			Годовой показатель снижения (в процентах)	
	1990 год	2007 год	2015 год	Отмечено 1990–2007 годы	Требуется 2008–2015 годы
	Весь мир	93	68	31	1,8
Развивающиеся страны	103	74	34	1,9	9,6
Наименее развитые страны	179	130	60	1,9	9,7
Субсахарская Африка	186	148	62	1,3	10,9

Источник: Положение детей в мире, 2009 год (Нью-Йорк, Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2008 год).

Примечание: В Субсахарскую Африку не входит Судан.

25. В целях снижения детской смертности в Программе действий рекомендуется укреплять системы первичной медико-санитарной помощи, обеспечивать уход в дородовом периоде и после родов, пропагандировать исключительно грудное вскармливание новорожденных и обеспечивать питательные добавки, содержащие необходимые микроэлементы, а также проводить иммунизацию против столбняка. В ней подчеркивается важность борьбы с основными детскими болезнями, особенно инфекционными и паразитарными заболеваниями, и предотвращения недоедания среди детей, особенно девочек. Основные меры²³ по ее дальнейшему осуществлению предусматривают уделение особого внимания необходимости расширения иммунизации и важности применения перорально-регидрационной терапии при лечении диареи.

26. Обзор мероприятий по охране здоровья в 68 странах, на которые приходится 97 процентов всех случаев детской смертности, подтвердил достижение заметного прогресса в расширении охвата такими формами медицинского планового обслуживания, как иммунизация, распространение витамина А и раздача обработанных инсектицидами противомоскитных надкроватных сеток²⁴. Меньшего прогресса удалось достигнуть в укреплении систем здравоохранения, поэтому до сих пор является неудовлетворительным положение в таких областях, как налаживание бесперебойной работы поликлиник и организация лечения болезней новорожденных и других детей. Кроме того, крупной проблемой остается недоедание: в 62 из 68 охваченных обследованием стран по меньшей мере каждый пятый ребенок в возрасте до пяти лет имеет отставание в росте (т.е. из-за хронического недоедания дети имеют малый для своего возраста рост).

²³ См. резолюцию S-21/2 Генеральной Ассамблеи, приложение.

²⁴ Countdown Coverage Writing Group. "Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions, *The Lancet*, vol. 371 (2008).

27. Другим препятствием на пути выживаемости детей является неадекватный доступ к средствам планирования численности семьи. Очень малый разрыв между рождением ребенка и следующим зачатием среди женщин как в подростковом, так и в более старшем возрасте подвергает жизнь детей повышенной опасности. В группу высокого риска входят дети, рожденные от матерей в возрасте до 18 лет или старше 34 лет, дети, рожденные в течение 24 месяцев после рождения предыдущего ребенка или являющихся четвертым или еще более поздним ребенком; доля детей, подвергающихся высокому риску, тесно коррелируется с уровнем смертности в возрасте до пяти лет, о чем свидетельствуют данные 172 демографических и медицинских обследований, проведенных в 1985–2007 годах (см. диаграмму II). Без учета других переменных доля рождений в категориях высокого риска составляет 41 процент от межстрановой переменной в категории смертности детей до пяти лет. А постольку, поскольку женщины рожают детей в раннем или позднем репродуктивном возрасте или с очень небольшими интервалами из-за отсутствия возможности планировать численность семьи, расширение такого доступа должно снизить риск смерти ребенка в раннем возрасте.

28. Интервалом между беременностями называют промежуток времени от рождения ребенка или какой-либо другой формы завершения беременности до начала следующей беременности. Интервалы между беременностями свыше двух лет снижают детскую смертность. Анализ выживания более 1 миллиона новорожденных в рамках демографических и медицинских обследований, проведенных с 2000 по 2005 годы, показал, что беременности, наступившие через 36–47 месяцев после родов, ассоциируются с минимальным риском смерти младенца²⁵. При интервале не менее 24 месяцев между родами и последующим зачатием показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет сокращается на 13 процентов и на 25 процентов, если интервал составляет 36 месяцев. В этой связи ВОЗ вынесла новые рекомендации, где женщинам предлагается планировать беременности с интервалом не менее 24 месяца после предыдущих родов²⁶.

29. Правительства развивающихся стран испытывают особую озабоченность в связи с регистрируемыми у них высокими показателями младенческой и детской смертности: более 80 процентов таких стран считают существующие уровни неприемлемыми. Страны с высоким и растущим уровнем рождаемости сталкиваются с более серьезными, чем другие страны, проблемами в организации охраны здоровья детей. Меры по совершенствованию работы в сфере планирования численности семьи могут значительно сократить расходы на охрану здоровья детей. Например, в Гане в результате принятых мер с 2006 по 2015 годы на 1,4 миллиона сократилось количество необходимых прививок от

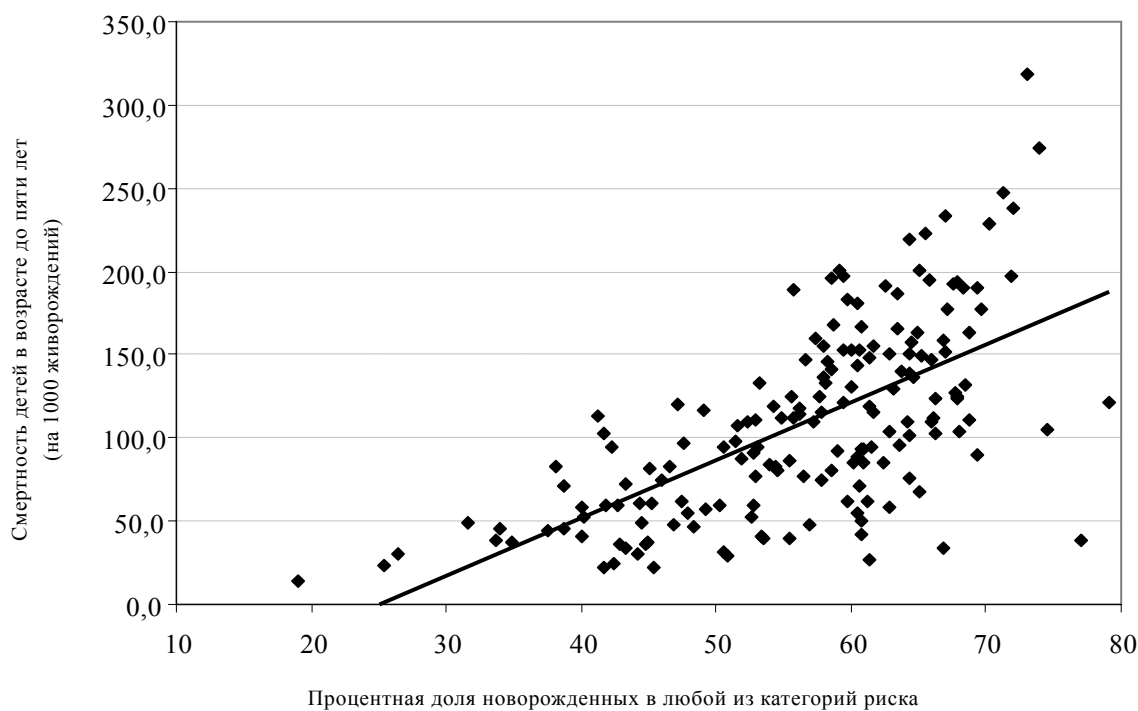
²⁵ Shea Oscar Rutstein, “Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys”. *DNS Working Papers*, No. 41 (Calverton, Maryland, Macro International Inc., 2008).

²⁶ Всемирная организация здравоохранения, *Доклад о работе технического консультативного совещания ВОЗ по вопросу о регулировании деторождения* (Женева; Всемирная организация здравоохранения, 2006 год).

кори²⁷. Для снижения детской смертности, особенно в странах с низким доходом и высокой рождаемостью, важное значение имеет расширение доступности средств планирования численности семьи в сочетании с активизацией усилий по расширению масштабов деятельности по охране здоровья детей с точки зрения достижения цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия.

Диаграмма II

Смертность среди детей в возрасте до пяти лет в соотношении с процентной долей новорожденных в категориях риска, 1985–2007 годы



Источник: MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs>, данные получены 14 октября 2008 года.

²⁷ Scott Moreland and Sandra Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: The contribution of fulfilling the unmet need for family planning* (Washington, D.C., United States Agency for International Development, 2006).

В. Борьба с малярией

30. Ежегодно заболевают малярией 250 миллионов человек и 900 000 человек умирают от малярии. Прилагаются усилия, чтобы к 2010 году добиться всеобщего охвата, в том числе распределить примерно 720 млн. противомоскитных надкроватных сеток, обработанных инсектицидами длительного действия²⁸, периодически осуществлять опыление для уничтожения переносчиков болезни и проводить профилактическое обслуживание беременных в районах распространения малярии для борьбы с вызываемым ею малокровием у женщин и обусловленной им проблемой малого веса у детей. Хотя масштабы распространения противомоскитных сеток быстро расширяются, проведенные в 2006 году данные обследования по 18 странам показывают, что под такими сетками спят лишь 23 процента детей и 27 процентов беременных²⁹.

31. В настоящее время лишь 18 процентов беременных в районах с высоким риском заболевания малярией периодически проходят профилактическое обслуживание. Чтобы добиться всеобщего охвата, необходимо наладить профилактическое обслуживание 25 миллионов беременных в Африке в течение всего года. Меры по профилактике или лечению малярии во время беременности дают наиболее эффективные результаты, когда налажено тесное сотрудничество между национальными программами по борьбе с малярией и программами в области охраны репродуктивного здоровья, а также когда меры по профилактике малярии осуществляются в комплексе с мерами дородовой помощи. Поскольку в некоторых африканских странах намного большее число беременных получают дородовую помощь, чем периодическое обслуживание, посещения центров дородового медицинского обслуживания можно использовать для активизации работы по профилактике малярии и раздаче надкроватных сеток. В конечном итоге, активизация борьбы с малярией и ее профилактики требует расширения и совершенствования систем медицинского обслуживания для оказания поддержки в проведении других мероприятий.

32. За счет снижения темпов роста численности населения в результате улучшения доступности средств планирования численности семьи можно уменьшить расходы на борьбу с малярией. Если удастся удовлетворить существующие потребности по линии планирования численности семьи, то расходы на обеспечение населения противомоскитными надкроватными сетками в 16 африканских странах в 2005–2015 годах могут сократиться на 4–19 процентов²⁷.

С. Борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа

33. Программа действий стала одним из первых согласованных на международном уровне документов, содержащих призыв к совместным действиям по предупреждению распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа и по оказанию помощи пострадавшим от этого заболевания лицам (пункт 8.29b). Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в создании эффективных средств борьбы

²⁸ *Глобальный план действий по борьбе с малярией* (Женева, Партнерство за ликвидацию малярии, 2008 год).

²⁹ Всемирная организация здравоохранения, *Доклад о распространении малярии в мире, 2008 год* (Женева, в продаже под № WHO/HTM/GMP/2008.1).

с этим заболеванием, эпидемия ВИЧ/СПИДа по-прежнему является одной из острейших проблем, с которыми сталкивается международное сообщество. Так, правительства 81 процента развитых и 93 процентов развивающихся стран считают ВИЧ/СПИД серьезнейшим испытанием. Для борьбы с эпидемией разработана многогранная стратегия по профилактике, уходу и лечению. Основными элементами стратегии являются защита от дискриминации и общественного осуждения людей, инфицированных ВИЧ, создание на национальном уровне механизмов координации мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, разработка многосекторальных стратегий и формирование партнерских связей с гражданским обществом, включая ВИЧ-инфицированных.

34. В 2008 году насчитывалось 33 миллиона человек, инфицированных ВИЧ, однако оценка нынешних тенденций свидетельствует о наличии обнадеживающих признаков прогресса. В общемировом масштабе процентная доля ВИЧ-инфицированных среди взрослых сохраняется на уровне 2000 года, и в ряде стран число новых случаев инфицирования ВИЧ снизилось. Из 17 африканских стран, по которым имеются достаточные статистические данные, в 14 число беременных среди ВИЧ-инфицированных в возрасте 15–24 лет с 2000 по 2001 год снижается, а в 7 странах количество случаев инфицирования среди женщин в возрасте 15–24 лет снизилось на 25 и более процентов, как к тому призывает Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом³⁰.

35. Что касается основных направлений деятельности по дальнейшему осуществлению Программы действий²³, то в пункте 68 особо подчеркивается потенциальная взаимосвязь между профилактикой ВИЧ и охраной репродуктивного здоровья и содержит призыв в адрес правительств «обеспечить, чтобы профилактика заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа и связанные с этим услуги стали неотъемлемой частью программ охраны репродуктивного и сексуального здоровья на уровне первичного медико-санитарного обслуживания». Большинство женщин в развивающихся странах впервые обращаются в медицинские учреждения, когда им требуется дородовая помощь или услуги по планированию численности семьи. Такие обращения открывают хорошую возможность для информирования и консультирования женщин по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Ввиду приоритетного значения задачи недопущения передачи ВИЧ от матери ребенку дородовое обслуживание должно включать добровольные обследования и консультации, чтобы выявлять женщин, нуждающихся в лечении, и направлять ВИЧ-инфицированных женщин и членов их семей в службы, обеспечивающие уход, медицинскую помощь и поддержку. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в расширении помощи ВИЧ-инфицированным беременным и недопущения передачи ВИЧ от матери ребенку, в 2007 году лишь 33 процента от общего числа таких женщин получали необходимое антиретровирусное лечение. Результаты обследования, проводившегося в 51 стране, затронутой эпидемией, показывают, что лишь восемь из них — Бенин, Ботсвана, Бразилия, Буркина-Фасо, Кения, Руанда, Свазиленд и Южная Африка — в состоянии выйти к 2010 году на 80-процентный уровень охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин²⁴, как к тому призвала Генеральная Ассамблея на своей специальной сессии по ВИЧ/СПИДу в 2001 году.

³⁰ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа за 2008 год (Женева, 2008 год).

36. В силу большей схожести проблем, стоящих перед женщинами, подвергающимися риску нежелательной беременности, и женщинами, рискующими стать ВИЧ-инфицированными, программы планирования семьи могут способствовать и снижению угрозы инфицирования. Кроме того, женщины, уже инфицированным ВИЧ, применение методов планирования семьи может помочь избежать беременности, когда они в ней не заинтересованы. По результатам анализа результатов работы по планированию семьи в части профилактики нежелательных беременностей среди ВИЧ-инфицированных женщин был сделан вывод, что такой метод является более эффективным, с точки зрения затрат, средством, позволяющим ограничить распространение ВИЧ среди детей, чем проведение антиретровирусной терапии среди ВИЧ-позитивных беременных³¹.

37. Распространение метода антиретровирусного лечения осуществляется быстрыми темпами, тем не менее в 2007 году из 9,7 миллиона человек в развивающихся странах, которые нуждались в таком лечении, его получили лишь 3 миллиона человек. Кроме того, многое еще предстоит сделать для пресечения распространения ВИЧ. В странах, в которых проводились необходимые обследования, не более 40 процентов мужчин и 36 процентов женщин в возрасте 15–24 лет имеют правильное представление о том, как передается ВИЧ и как предупредить инфицирование; эти цифры весьма далеки от 95-процентного уровня, которого планируется достичь. Кроме того, группы, особенно подверженные риску инфицирования, по-прежнему не имеют надлежащего доступа к услугам по профилактике ВИЧ.

D. Снижение материнской смертности

38. В Программе действий говорится, что странам следует стремиться к сокращению к 2000 году наполовину показателя материнской смертности по сравнению с уровнем 1990 года и еще наполовину к 2015 году (пункт 8.21), что предполагает общее сокращение этого показателя на 75 процентов с 1990 по 2015 год, как это предусмотрено в цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. Для достижения этой цели требуется многогранная стратегия. Вероятность сохранения здоровья женщины в течение репродуктивного возраста можно повысить в результате сокращения количества беременностей. Чтобы свести к минимуму риск летального исхода во время беременности в результате осложнений, необходимо принимать меры по уменьшению этого риска и расширению доступности квалифицированной акушерской помощи. Кроме того, необходимо также оказывать квалифицированную медицинскую помощь при осложнениях в результате аборт и консультативную помощь после абортов, вести просветительную работу и пропагандировать методы планирования численности семьи. Наконец, вступление в брак в более позднем возрасте и предупреждение беременности среди совсем молодых женщин наряду с мерами по их защите от ВИЧ-инфекции также способствуют снижению уровня материнской смертности.

³¹ Heidi W. Reynolds and others, "The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 33, No. 6, 2006.

39. Надежных статистических данных для оценки уровня и тенденций материнской смертности не имеется, особенно по развивающимся странам, в которых материнская смертность высокая. По оценкам, в 2005 году при родах и беременности умерло примерно 536 000 женщин, в том числе 99 процентов — в развивающихся странах³². В 14 странах, главным образом в Субсахарской Африке, показатель материнской смертности превысил 1000 смертей на 100 000 живорождений. Если в менее развитых регионах средний показатель материнской смертности в 2005 году, по оценкам, составил 450 смертей на 100 000 живорождений, то в более развитых регионах этот показатель равнялся 11 (таблица 6). Самый высокий показатель материнской смертности — 820 на 100 000 живорождений — зафиксирован в Африке.

Таблица 6
Показатели материнской смертности по основным регионам, 1990 и 2005 годы

Основной регион	Материнская смертность (смертей на 100 000 живорождений)		Среднегодовой показатель сокращения (в процентах)	
	1990 год	2005 год	Наблюдался в 1990–2005 годах	Требуется в 2005–2015 годах
Весь мир	430	400	0,5	13,1
Более развитые регионы	17	11	2,9	9,5
Менее развитые регионы	480	450	0,4	13,2
Наименее развитые страны	900	870	0,2	13,5
Прочие менее развитые страны	380	310	1,4	11,8
Африка	830	820	0,1	13,7
Азия	400	320	1,5	11,6
Европа	23	13	3,8	8,2
Латинская Америка и Карибский бассейн	180	130	2,2	10,6
Северная Америка	8	10	-1,5	16,1
Океания	210	180	1,0	12,3

Источник: Материнская смертность в 2005 году (Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2007 год).

Примечание: Оценочные данные за 1990 и 2005 годы основаны на одной методологии. Показатели сокращения исчислены на основе этих оценочных данных.

40. В сокращении материнской смертности в развивающихся странах достигнут весьма незначительный прогресс. В период с 1990 по 2005 год показатели материнской смертности в менее развитых регионах снижались на 0,4 процента в год, что значительно меньше 13-процентного годового показателя, установленного для достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. В Африке уровень материнской смертности

³² Материнская смертность в 2005 году: оценка, подготовленная Всемирной организацией здравоохранения, Детским фондом Организации Объединенных Наций, Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирным банком (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 год).

практически не изменился. Даже в Латинской Америке и Карибском бассейне, где показатели материнской смертности снижались на 2,2 процента в год, достигнутый результат значительно уступает уровню в 10,6 процента, на который необходимо выйти для реализации цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. Одна из основных причин этого кроется в том, что предотвращение материнской смертности требует эффективно функционирующей системы здравоохранения, способной предоставить уход женщине в родовом периоде, помощь во время родов и помощь после родов, а также чрезвычайную акушерскую помощь при осложнениях. Наряду с укреплением системы здравоохранения важное значение с точки зрения предотвращения материнской смертности имеет расширение доступа к квалифицированной медицинской помощи³³.

41. Поскольку постоянно преследующий женщин на протяжении ее жизни риск умереть при родах и зависит от количества беременностей у нее, доступность средств планирования численности семьи, помогающих женщине избегать несвоевременных или нежелательных беременностей, может способствовать снижению материнской смертности³⁴. Так, от 25 до 40 процентов смертей при родах можно было бы избежать за счет профилактики незапланированных и нежелательных беременностей³⁵. Ежегодно можно было бы предупреждать примерно 52 млн. незапланированных беременностей в результате удовлетворения сохраняющихся потребностей в средствах планирования численности семьи, что помогло бы спасти жизнь 142 000 женщин³⁶. Кроме того, предохраняясь от нежелательных беременностей с помощью противозачаточных средств, женщины реже прибегали бы к совершению аборта в небезопасных условиях. На небезопасные аборты приходится примерно 13 процентов от общего числа смертей при родах и беременности в год, и почти всех этих смертей можно было бы избежать³⁷.

42. С сокращением числа беременностей снизились бы расходы на охрану здоровья матери и ребенка. В 16 африканских странах в результате успешного предупреждения незапланированных или нежелательных беременностей можно было бы сэкономить от 4 до 21 процента общих расходов по финансированию программ безопасного материнства в период 2005–2015 годов²⁷. Кроме того, за счет экономии средств на охрану материнства и детства можно было бы полностью покрыть расходы на расширение программ по планированию численности семьи.

³³ Jon Rohde and others, “30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?” *The Lancet*, vol. 372, 2008.

³⁴ Stan Bernstein and Charlotte Juul Hansen, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. (New York, United Nations Development Programme, 2006).

³⁵ Oona M. R. Campbell and Wendy J. Graham, “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works”, *The Lancet*, vol. 368, 2006.

³⁶ Michael Vlassoff and others, “Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions”, *Occasional report No. 11*, Alan Guttmacher Institute, 2004.

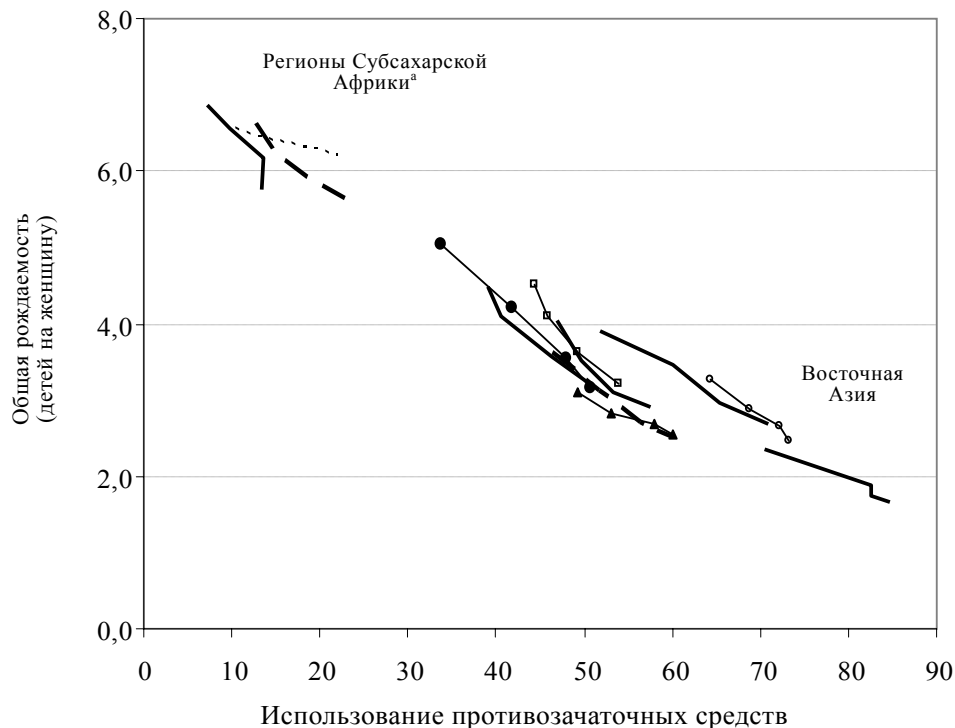
³⁷ Всемирная организация здравоохранения, «Небезопасные аборты: Глобальные и региональные оценки распространенности практики небезопасных абортов и связанной с ними смертности в 2003 году» (Женева, ВОЗ, 2007 год).

Е. Обеспечение охраны репродуктивного здоровья

43. На Всемирной встрече на высшем уровне 2005 года главы государств и правительств обязались добиться к 2015 году всеобщего доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и признали, что это может способствовать снижению материнской смертности, улучшению охраны здоровья матери и ребенка, снижению детской смертности, обеспечению гендерного равенства, борьбе с ВИЧ/СПИДом и искоренению нищеты. В Программе действий репродуктивное здоровье определяется как 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 воспроизводить себя и что они вольны принимать решение 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 (пункт 7.2).

44. В общемировом масштабе процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке и пользующихся противозачаточными средствами, выросла с 56 процентов в 1993 году до 63 процентов в 2003 году, что означает, что в 2003 году средствами контрацепции пользовались 716 миллионов женщин. Средства контрацепции получили широкое распространение почти во всех крупных регионах: 73 процента в Северной Америке, 71 процент в Латинской Америке и Карибском бассейне, 68 процентов в Азии и Европе и 60 процентов в Северной Африке (за исключением Судана). В то же время они очень мало используются в Субсахарской Африке (22 процента) и в развивающихся регионах Океании (27 процентов). Субсахарская Африка, в частности, не смогла выйти на запланированный на 1994 год уровень использования противозачаточных средств (31 процент), который послужил отправной точкой при формулировании финансовых рекомендаций в Программе действий. Кроме того, в 60 процентах от общего числа 47 стран Субсахарской Африки, по которым имелись требуемые данные, масштабы использования противозачаточных средств по-прежнему ниже 25 процентов. Особенно мало средства контрацепции распространены в странах Восточной, Центральной и Западной Африки, где рождаемость сохраняется на уровне свыше пяти детей на женщину (см. диаграмму III). Следует признать, что применение противозачаточных средств в высокой степени коррелируется с общей рождаемостью, и в большинстве стран, в которых масштабы использования противозачаточных средств увеличились, имело место снижение уровня рождаемости.

Диаграмма III
Общая рождаемость в сопоставлении с использованием противозачаточных средств в развивающихся регионах, 1985–2005 годы



Источник: Использование средств контрацепции в мире, 2007 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под No. R.08.XIII.6).

^a Только Восточная Африка, Центральная Африка и Западная Африка.

45. В общемировом масштабе значительное место в использовании противозачаточных средств занимают современные методы контрацепции³⁸. В 2003 году 56 процентов всех женщин в возрасте 15–49 лет, состоявших в официальном или гражданском браке, пользовались преимущественно современными методами контрацепции, по сравнению с 1993 годом, когда их предпочитали 50 процентов женщин. Масштабы применения современных методов контрацепции составляют более 50 процентов в большинстве стран Южной и Северной Америки, Азии и Европы (см. диаграмму IV), но лишь 15 процентов в Субсахарской Африке и 21 процент в развивающихся регионах Океании. Традиционные методы контрацепции, которые в целом являются менее эффективными для предупреждения беременности, относительно широко используются в Восточной Европе, на Ближнем Востоке и в Западной Африке³⁹. Поскольку

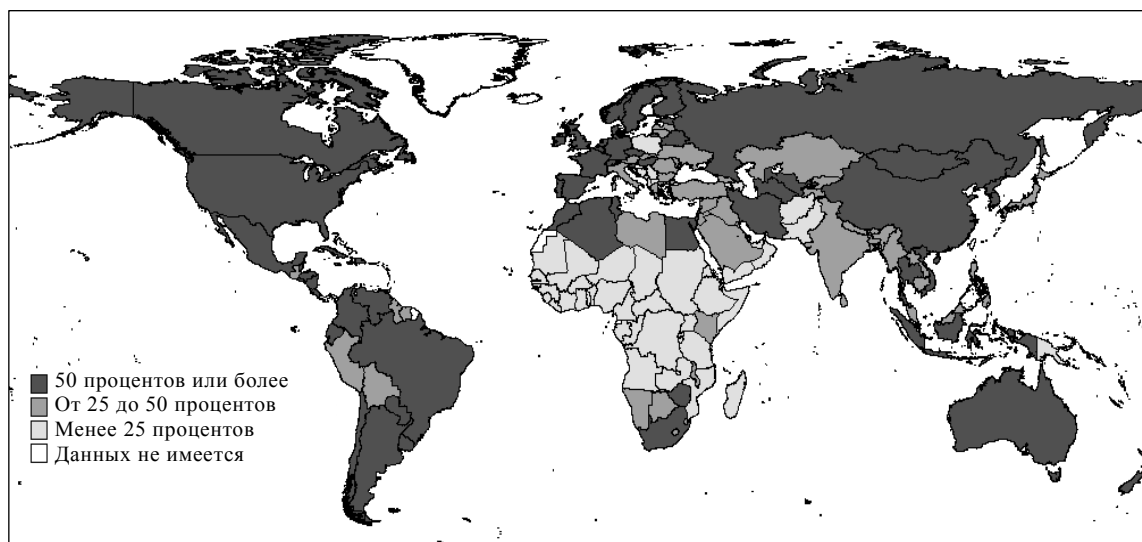
³⁸ Современные методы контрацепции включают стерилизацию (женскую или мужскую), гормональные таблетки, инъекции и импланты, внутриматочные контрацептивы, презервативы и вагинальные барьерные методы.

³⁹ Традиционные методы включают использование бесплодных периодов менструального цикла, прерывание полового акта, использование периода грудного кормления,

широкое распространение традиционных методов является результатом ограниченности доступа к современным методам, очевидно, что для охраны репродуктивного здоровья в общемировом масштабе необходимо приложить усилия для того, чтобы современные методы стали более доступными и дешевыми.

Диаграмма IV

Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, которые пользуются современными методами контрацепции, 2005 год



Источник: Использование средств контрацепции в мире, 2007 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.08.XIII.6).

46. Несмотря на уже достигнутые высокие показатели использования противозачаточных средств, в развивающихся странах по-прежнему порядка 106 миллионов замужних женщин до сих пор не удовлетворяют свои потребности в планировании численности семьи⁴⁰, в том числе 66 миллионов в Азии, 30 миллионов в Африке и 10 миллионов в Латинской Америке и Карибском бассейне. В одной только Индии насчитывается 27 миллионов замужних женщин, чьи потребности в противозачаточных средствах остаются неудовлетворенными. К числу других стран с большим числом замужних женщин, имеющих неудовлетворенные потребности, относятся Пакистан (более 8 миллионов женщин), Бангладеш, Индонезия, Нигерия и Эфиопия — свыше 3 миллионов в каждой стране. В относительном выражении показатель неудовлетворенных

спринцевание и различные народные методы.

⁴⁰ К числу женщин с неудовлетворенными потребностями относятся те из них, которые сохраняют способность к зачатию и ведут активную половую жизнь, но при этом не используют никакого метода предохранения от беременности и сообщают, что больше не хотят иметь детей или что хотели бы отсрочить следующую беременность. Такая оценка неудовлетворенных потребностей является эффективным показателем дополнительного спроса на противозачаточные средства, ибо она говорит о расхождении репродуктивных намерений с контрацептивным поведением.

потребностей является самым высоким в большинстве стран Субсахарской Африки (таблица 7) и в наименее развитых странах. Почти в четверти от общего числа африканских стран, по которым получены данные, показатели неудовлетворенных потребностей составляют более 30 процентов, а в примерно половине — 20–30 процентов. И наоборот, в большинстве стран Азии, Европы и Латинской Америки и Карибского бассейна, по которым имеется требуемая информация, уровень неудовлетворенных потребностей, по сообщениям, составляет менее 20 процентов. К числу исключений в основном относятся наименее развитые страны из этих крупных регионов, включая Гаити, Йемен, Камбоджу, Лаосскую Народно-Демократическую Республику и Непал, где неудовлетворенные потребности превышают 25 процентов, а также Азербайджан, Белиз, Болгарию, Боливию, Гватемалу и Пакистан, где показатель неудовлетворенных потребностей варьируется в диапазоне от 20 до 30 процентов.

Таблица 7

Тенденции, характеризующие неудовлетворенные потребности в планировании численности семьи, с разбивкой по развивающимся регионам, 1995 и 2005 годы

	Неудовлетворенные потребности (в процентах)		Ежегодное снижение (в процентных пунктах)
	1995 год	2005 год	
Северная Африка	16,3	10,4	0,59
Субсахарская Африка	25,7	24,1	0,16
Юго-Восточная Азия	12,8	11,1	0,17
Южная Азия	19,1	14,8	0,43
Западная Азия	16,4	12,2	0,42
Латинская Америка и Карибский бассейн	12,4	10,5	0,19

Источник: Доклад о достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, 2008 год (Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2008 год).

Примечание: Указанные регионы соответствуют регионам, используемым для иллюстрации достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

47. С 1990-х годов уровень неудовлетворенных потребностей в планировании семьи в целом снижается, отчасти благодаря согласованным действиям правительств и международного сообщества, направленным на повышение доступности современных методов предохранения от беременности. Существенного его снижения удалось добиться в Северной Африке, Южной Азии и Западной Азии (см. таблицу 7). Среднегодовые показатели снижения были более низкими в Юго-Восточной Азии и Латинской Америке и Карибском бассейне, отчасти поскольку оба этих региона уже вышли в 1995 году на приемлемые средние уровни удовлетворения потребностей. Медленнее всего сокращение происходило в Субсахарской Африке, где показатель неудовлетворенных потребностей до сих пор остается высоким. Кроме того, в четырех странах Субсахарской Африки — Бенине, Мали, Уганде и Чаде — показатели неудовлетворенных потребностей возросли.

48. Хотя в целом показатели неудовлетворенных потребностей снижаются, в большинстве стран общий спрос на средства планирования численности семьи, определяемый как суммарный показатель неудовлетворенных потребностей плюс нынешний показатель использования противозачаточных средств, растет. Особенно быстрыми темпами он растет в Восточной Азии и в Южной и Центральной Азии, в среднем на один процентный пункт в год. В сопоставлении с ним рост в Субсахарской Африке является умеренным — 0,6 процентного пункта в год, хотя в отдельных странах региона отмечается стремительный рост спроса. Так, в Замбии, Мозамбике, Намибии и Уганде рост спроса составил более 1,5 процентных пункта в год. В то же время общий спрос на средства планирования численности семьи по-прежнему низкий в Субсахарской Африке — менее 50 процентов, — особенно в сравнении с Северной Африкой (65 процентов), Азией (75 процентов) и Латинской Америкой и Карибским бассейном (80 процентов). Помимо этого, в 79 процентах от общего числа 36 стран Субсахарской Африки, по которым имеются требуемые данные, 59 или более процентов неудовлетворенных потребностей в средствах планирования численности семьи приходились на желание женщины отложить следующую беременность, а не на ее решение отказаться от дальнейшего рождения детей. В еще 44 развивающихся странах, наоборот, большая часть неудовлетворенных потребностей была обусловлена желанием женщины прекратить рожать. Лишь в четырех странах вне региона Субсахарской Африки — Албании, Доминиканской Республике, Гватемале и Тиморе-Лешти — 55 или более процентов неудовлетворенных потребностей проистекали из желания женщины отложить беременность на будущее.

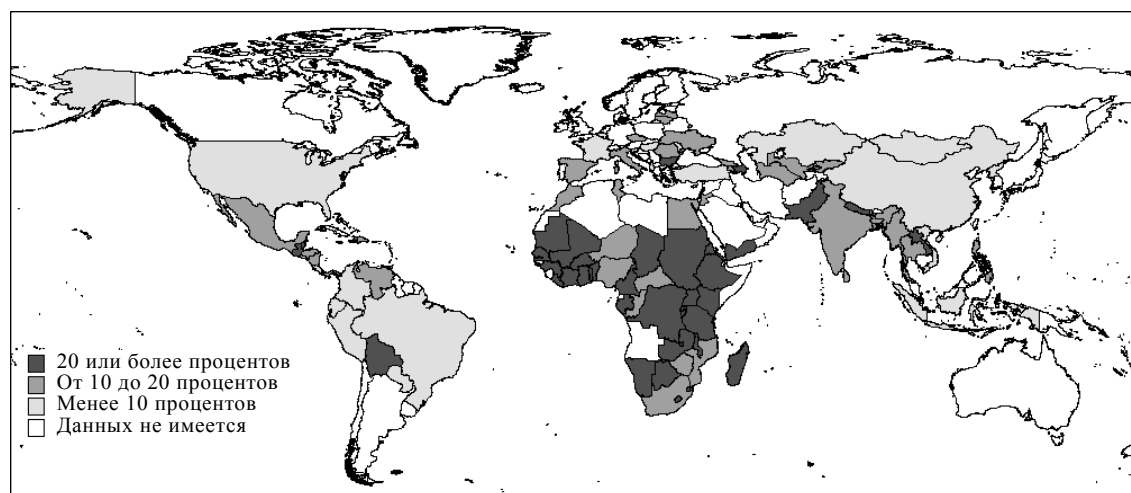
49. На этапе перехода от высокой рождаемости к низкой неудовлетворенные потребности в средствах планирования семьи сначала, когда большие семьи являются нормой, низкие, а затем начинают расти по мере снижения рождаемости и резко падают, когда достигается низкая рождаемость, поскольку в большинстве стран, демонстрирующих отставание на этапе перехода, начала снижаться, страны с высокой рождаемостью, судя по всему, столкнутся с высоким уровнем неудовлетворенных потребностей. Имеющиеся данные подтверждают этот прогноз: среди 28 стран, по которым есть информация относительно неудовлетворенных потребностей по состоянию на 2000 год или более поздние годы и в которых показатель рождаемости составляет не менее 4,0 ребенка на женщину, в 82 процентах показатель неудовлетворенных потребностей превышает 20 процентов. Удовлетворение потребностей в средствах планирования семьи в таких странах ускорит их переход к низкой рождаемости.

50. Женщины сталкиваются с целым рядом препятствий при удовлетворении своих потребностей в средствах планирования семьи. Например, в Бенине, Буркина-Фасо, Мали, Мозамбике, Непале, Перу, Уганде и Эфиопии от 10 до 19 процентов женщин, чьи потребности до сих пор не удовлетворяются, назвали отсутствие услуг или трудности с доступом к ним основной причиной, почему они не пользуются средствами контрацепции. На отсутствие знаний и информации о методах планирования семьи как причины, почему женщины не пользуются средствами контрацепции, ссылались от 10 до 15 процентов женщин с неудовлетворенными потребностями в семи африканских странах и в Боливии. О дороговизне противозачаточных средств также упоминалось, но меньшим числом женщин (чаще всего в Буркина-Фасо — 12 процентов).

51. Усилия правительств стран по обеспечению доступности средств планирования численности семьи и современных методов предохранения от беременности являются важным фактором репродуктивного поведения. Среди развивающихся стран масштабы такой поддержки постоянно растут. В 2007 году 86 процентов от всего числа развивающихся стран оказывали прямую поддержку в деятельности по планированию семьи против 82 процентов в 1996 году¹³. Прямая поддержка предусматривает налаживание обслуживания на базе государственных учреждений: больниц, клиник, медицинских центров, или через работников местных администраций. Среди развитых стран, разделяющих озабоченность по поводу низкой рождаемости, масштабы прямой поддержки в расширении доступа к современным методам контрацепции снижаются. В 2007 году предоставляли такую поддержку 39 процентов развитых стран по сравнению с 58 процентами в 1996 году.

Диаграмма V

Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, чьи потребности в средствах планирования численности семьи не удовлетворяются



Источник: *Использование средств контрацепции в мире, 2007 год* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.08.XIII.6).

V. Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин

52. И в Программе действий, и в Декларации тысячелетия содержится призыв к достижению гендерного равенства и расширению прав и возможностей женщин, и признается, что обе эти задачи имеют решающее значение для борьбы с нищетой, голодом и болезнями и для обеспечения устойчивого развития. В Программе действий очерчен широкий круг мероприятий по улучшению положения женщин с уделением особого внимания активизации их равноправного участия и их равной представленности на всех уровнях политического процесса; расширению возможностей женщин получать доход и осваивать редкие

профессии, чтобы становиться экономически независимыми, и обеспечению равного доступа женщин на рынок труда и к системам социального обеспечения, а также к тому, чтобы женщины могли наравне с мужчинами приобретать имущество и землю, распоряжаться ими и продавать их, получать кредиты заключать контракты и от своего имени и реализовывать свое право наследования (пункты 4.4 и 4.6).

53. В Программе действий также подчеркивается, что образование является одним из наиболее важных средств получения женщинами знаний и их профессиональной подготовки, позволяющих им всесторонне участвовать в процессе развития (пункт 4.2), и к правительствам обращается настоятельный призыв обеспечивать максимально широкий и по возможности скорейший доступ девушек и женщин к среднему и высшему образованию, а также к профессионально-техническому обучению, с тем чтобы к 2005 году ликвидировать неравенство между полами в сфере начального и среднего образования (пункт 11.8) и реализовать цель 3 в области развития, сформулированную в Декларации тысячелетия. В ликвидации этого неравенства достигнут заметный прогресс. В период с 2000 года по 2006 год показатели расширения охвата начальным образованием девочек росли опережающими темпами по сравнению с мальчиками во всех развивающихся регионах, и две трети от общего числа развивающихся стран достигли гендерного паритета в сфере начального образования. Однако на девочек до сих пор приходится 55 процентов от общего числа не посещающих школу детей в развивающихся странах, а в Северной Африке, Субсахарской Африке, Океании и Западной Азии показатели зачисления девочек в начальную школу по-прежнему уступают соответствующим показателям охвата мальчиков⁴¹. Эти различия становятся еще более заметными в системе среднего образования: в четырех вышеупомянутых регионах соотношение девочек и мальчиков среди учащихся средней школы варьируется в диапазоне 80–88, что пока значительно уступает целевому показателю 100.

54. Вступление в брак и рождение детей в более позднем возрасте имеют важное значение для продолжения учебы девушками и молодыми женщинами и приобретения ими профессий, востребованных на рынке труда. Так, проведенное в Латинской Америке и Карибском бассейне исследование показало, что за счет устранения такого фактора, как отсев учащихся-девочек из школы по причине беременности⁴², можно значительно увеличить контингент учащихся средней школы. Одна из основных задач, стоящих перед правительствами, заключается в снижении рождаемости среди подростков: из 185 респондентов, высказавших свое мнение по этому вопросу, 91 выразил озабоченность по поводу высоких показателей подростковой рождаемости, в их число вошли правительства практически всех стран Латинской Америки и Карибского бассейна и большинства африканских стран. Кроме того, у 80 процентов стран имелись стратегии или программы, направленные на решение проблемы подростковой рождаемости. Все это, однако, не помогло повторить успех, достигнутый в 1990–2000 годах, когда удалось снизить подростковую рождаемость; после 2000 года ее уровень во многих развивающихся регионах остается высоким, особенно в Субсахарской Африке (119 рождений на 1000 женщин в воз-

⁴¹ Доклад о достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, 2008 год (Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2008 год).

⁴² Parfait Eloundou-Enyegue and C. Shannon Stokes, "Teen pregnancy and gender inequality in education: A contextual hypothesis", *Demographic Research*, vol. 11, 2004.

расте 15–19 лет), Латинской Америке и Карибском бассейне (73), Океании (63), Южной Азии (54) и Западной Азии (50). Так, даже в регионах с в целом низкой рождаемостью подростковая рождаемость сопоставимым образом не снижается, отчасти из-за раннего вступления в брак и из-за препятствий, с которыми сталкиваются молодые женщины, желающие воспользоваться средствами планирования численности семьи.

55. В Программе действий признается важность обеспечения для всех женщин доступа к недорогим, приемлемым и удобным услугам по охране репродуктивного здоровья, чтобы они могли сами контролировать свою репродуктивную жизнь и планировать свою беременность с учетом своих семейных, образовательных и рабочих планов. Поэтому исключительно важное значение для расширения прав и возможностей женщин имеет осуществление их репродуктивных прав. В этой связи в Программе действий подчеркивается, что как для женщин, так и для мужчин следует «обеспечивать доступ к информации, просвещению и услугам, необходимым для достижения гармоничной половой жизни и осуществления своих репродуктивных прав и обязанностей» (пункт 7.36(b)). В ней далее подчеркивается общая ответственность мужчин и женщин и говорится о необходимости поощрения их активной роли в ответственном выполнении родительских обязанностей; сексуальном и репродуктивном поведении; охране здоровья матери и ребенка в дородовом и послеродовом периодах; предупреждении нежелательных и чреватых большим риском беременностей; профилактике болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ; совместном формировании семейного дохода и распоряжении им, образовании, охране здоровья и обеспечении питания детей; и признании и пропаганде равной ценности обоих полов (пункт 4.27). Поэтому всестороннее осуществление Программы действий предполагает расширение прав и возможностей женщин во всех сферах жизни и активизацию участия мужчин в практической реализации репродуктивных прав и обязанностей.

56. Общим для этих целей является требование об абсолютной нетерпимости к гендерному насилию, которое подвергает опасности здоровье и жизнь женщин. Социальные и экономические издержки насилия, которому подвергаются женщины, являются колоссальными. Гендерное насилие особенно широко распространено в обществах, где действуют гендерные нормы, ограничивающие автономность женщин, и где женщины подвергаются действию ограничительных законов, регулирующих расторжение брака и имущественные и наследственные права. Насилие в отношении женщин ассоциируется с более высокой вероятностью заражения болезнями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, и с нежелательными и сопровождающимися осложнениями беременностями, включая выкидыши, рождение мертвых детей и детей с пониженным весом. Подвергающиеся издевательствам женщины утрачивают веру в себя и теряют возможность получить образование и работу. Поэтому ликвидация насилия в отношении женщин не только устраняет его негативные последствия для здоровья женщин и детей, но и способствует росту их уровня образования и участию в трудовой деятельности.

VI. Обеспечение экологической устойчивости

57. В XX веке население планеты увеличилось в четыре раза, а городское население — в 13 раз. Быстрый рост численности и перераспределения населения сопровождается 14-кратным увеличением общего объема производства, расширением в два раза площади культивируемых земель, пятикратным увеличением площади орошаемых земель, девятикратным ростом водопотребления и 13-кратным — энергопотребления⁴³, что в целом беспрецедентным образом сказывается на состоянии окружающей среды, вызывая изменение климата, деградацию почв и утрату биоразнообразия⁴⁴. Хотя рост численности населения — это лишь один из факторов, вызывающих нынешние изменения, замедление темпов роста населения может дать дополнительное время на адаптацию к этим изменениям и, в частности, сократить объем усилий, предпринимаемых в странах с низким доходом для смягчения их негативных последствий. Замедление роста народонаселения также является одним из средств обеспечения того, чтобы, как к тому призывает Программа действий, потребности нынешних поколений не удовлетворялись за счет возможности будущих поколений удовлетворять собственные потребности (пункты 3.3 и 3.4(a)).

58. Использование природных ресурсов и доступ к энергоносителям имеют важное значение для развития, однако их побочные продукты, как выяснилось, наносят ущерб окружающей среде. Межправительственная группа по изменению климата пришла к выводу о том, что увеличение выбросов в атмосферу парниковых газов и особенно двуокиси углерода (CO₂) приводит к изменению климата. До последнего времени большая часть выбросов CO₂ приходилась на страны-члены Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), однако примерно с 2005 года не входящие в ОЭСР страны стали производить больше выбросов в атмосферу, чем ОЭСР, и, как представляется, сохраняют свое лидерство по причине быстрого экономического роста новых экономик и ускорения темпов роста населения в странах, не входящих в ОЭСР⁴⁵. Однако между ростом численности населения и увеличением объема выбросов парниковых газов в атмосферу не существует прямой взаимосвязи, и сценарии выбросов в атмосферу на будущее, как правило, не предусматривают дачу оценки последствиям демографической динамики без учета экономических и технических перемен. Кроме того, говоря о выбросах в атмосферу, нельзя не учитывать совокупное воздействие таких факторов, как изменение возрастной структуры населения, рост урбанизации и изменение размера семей⁴⁶.

59. Одной из серьезных проблем является водоснабжение растущего населения. На сегодняшний день 2,8 миллиарда человек проживают на территории речных бассейнов, где с разной степенью остроты ощущается нехватка водных

⁴³ Peter Marcotullio, "Socio-ecological systems and urban environmental transitions in the Asia-Pacific region", paper presented at the United Nations Expert Group Meeting on Population Distribution, Urbanization, Internal Migration and Development, New York, 21-23 January 2008.

⁴⁴ United Nations Environment Programme. *Global Environment Outlook: Environment for Development (GEO-4)*, 2007.

⁴⁵ World Bank, "Development and Climate Change: A Strategic Framework for the World Bank Group", *consultation draft*, 2008.

⁴⁶ Brian C. O'Neill, "The role of demographics in emissions scenarios", report of the Intergovernmental Panel of Climate Change Expert Meeting on Emission Scenarios, 12–14 January 2005, Washington, D.C.

ресурсов⁴¹; и испытывающие дефицит воды регионы есть на каждом континенте. Кроме того, 1,6 миллиарда человек живут в районах, в которых по причине отсутствия человеческого, институционального или финансового капитала доступ к воде ограничен, например на большей части территории Южной Азии и Субсахарской Африки. Хотя с 1990 года доступ к безопасной питьевой воде получили 1,6 миллиарда человек, в странах Субсахарской Африки таким доступом пользуются лишь 58 процентов населения, и медленные темпы достигнутого на сегодняшний день прогресса говорят о том, что регион не сможет выполнить поставленную задачу сократить наполовину к 2015 году доли людей, не имеющих доступа к безопасной питьевой воде (цель 7 в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия). С 1990 года в Восточной Азии в результате модернизации системы водоснабжения питьевую воду стали получать дополнительно 400 миллионов человек, и все регионы Азии успешно следуют графику реализации цели 7. В то же время в 1955–1990 годах подушное обеспечение населения пресной водой в Азии сократилось на 40–60 процентов, и большинство азиатских стран, по-видимому, к 2025 году⁴⁷ столкнутся с серьезной проблемой в сфере водопользования. Поскольку рост населения увеличивает потребность в воде во всех секторах экономики, включая сельское хозяйство, регулирование этого роста будет способствовать сохранению водных ресурсов, наращиванию инвестиций в сферу водопользования и увеличению времени на адаптацию к новым условиям.

60. В 2008 году число горожан превысило число сельских жителей, и в будущем рост численности населения будет концентрироваться в основном в городских районах развивающихся стран. Поскольку в большинстве развивающихся стран жители городов имеют более широкий доступ к сфере услуг, чем сельские жители, миграция из сельской местности в город является одним из средств получения доступа к этим услугам. Однако быстрые темпы роста численности городского населения в ряде стран сужают возможности правительств этих стран наладить адекватное обслуживание всех городских жителей, и число обитателей трущоб по-прежнему является высоким и составляет 840 миллионов человек, или 37 процентов от общей численности городского населения развивающихся стран⁴⁸. Девять из десяти обитателей городских трущоб живут в антисанитарных условиях или ютятся в тесных квартирках. Улучшение санитарных условий не требует больших затрат и способно улучшить жизнь и здоровье миллионов людей. С 1990 года дополнительно 1,1 миллиарда человек в развивающихся странах улучшили свой доступ к средствам санитарии, однако до 2015 года необходимо охватить такими услугами еще 1,6 миллиарда человек, с тем чтобы достичь цели сокращения наполовину доли людей, не имеющих доступа к средствам санитарии (цель 7 в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия)⁴¹. В городах, особенно в странах Субсахарской Африки, темпы улучшения санитарного обслуживания уступают темпам роста численности их населения. В общемировом же масштабе 70 процентов населения, не имеющего доступа к современным средствам санитарии, проживают в сельских районах. Поэтому в соответствии с содержащейся в Программе действий рекомендацией «в то время, как во многих развивающихся странах значительное совершенствование городской

⁴⁷ Межправительственная группа по изменению климата, Технический рабочий документ VI, 2008 год.

⁴⁸ E/CN.9/2008/3, пункт 54.

инфраструктуры и стратегий в области охраны окружающей среды имеет исключительно важное значение для обеспечения здоровой окружающей среды для городских жителей, аналогичная деятельность должна также осуществляться и в сельской местности» (пункт 9.4).

VII. Глобальное партнерство в целях развития

61. В Программе действий говорится о необходимости мобилизации из национальных источников и у доноров дополнительных финансовых ресурсов на осуществление программ в области народонаселения, что было бы созвучно ее основным рекомендациям. В частности, потребуются средства на финансирование четырех компонентов программ в области народонаселения: а) услуги в области планирования семьи; б) базовые услуги по охране репродуктивного здоровья для улучшения здоровья матери и ребенка; в) профилактику заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД; и д) базовые исследования и данные в области народонаселения и развития, включая укрепление потенциала (пункт 13.14). Была представлена смета расходов на работу по этим четырем направлениям в развивающихся странах и странах с переходной экономикой (пункт 13.15), и была выражена надежда, что две трети от общего объема расходов возьмут на себя сами страны, а одна треть будет покрыта из внешних источников.

62. В последние годы во всех регионах вырос объем ассигнований стран на деятельность в области народонаселения, который в 2006 году достиг 23 млрд. долл. США. Примерно 30 процентов от всех национальных ассигнований приходится на профилактику и лечение передаваемых половым путем заболеваний и ВИЧ/СПИДа⁴⁹, однако в странах Субсахарской Африки на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом выделяется 88 процентов от общего объема ассигнований. С 2001 года, после продолжавшейся с 1995 года стагнации, значительно увеличилась помощь в проведении мероприятий в области народонаселения со стороны доноров. Однако увеличение объема донорского финансирования пришлось в основном на ассигнования по линии лечения СПИДа, тогда как помощь на цели планирования численности семьи сократилась. С 1996 по 2005 год размер донорской помощи из расчета на одного человека на цели планирования численности семьи сократился на 80 процентов в странах Субсахарской Африки, на 70 процентов — Латинской Америки и Карибского бассейна, примерно на 65 процентов — Северной Африки и Западной Азии и на 47 процентов в Азиатско-Тихоокеанском регионе (см. диаграмму VI).

63. Финансирование услуг в области планирования численности семьи, благодаря которым женщины могут сами определять число детей и продолжительность перерывов между их рождением, способствует снижению рождаемости и является экономически целесообразным. Так, стоимость базового комплекса медицинских услуг составляет 45 долл. США на человека в год, что намного больше нынешних расходов на здравоохранение в большинстве стран с низким уровнем дохода⁵⁰. Если к 2015 году рождаемость снизится до нижнего значе-

⁴⁹ См. E/CN.9/2008/5, пункт 22.

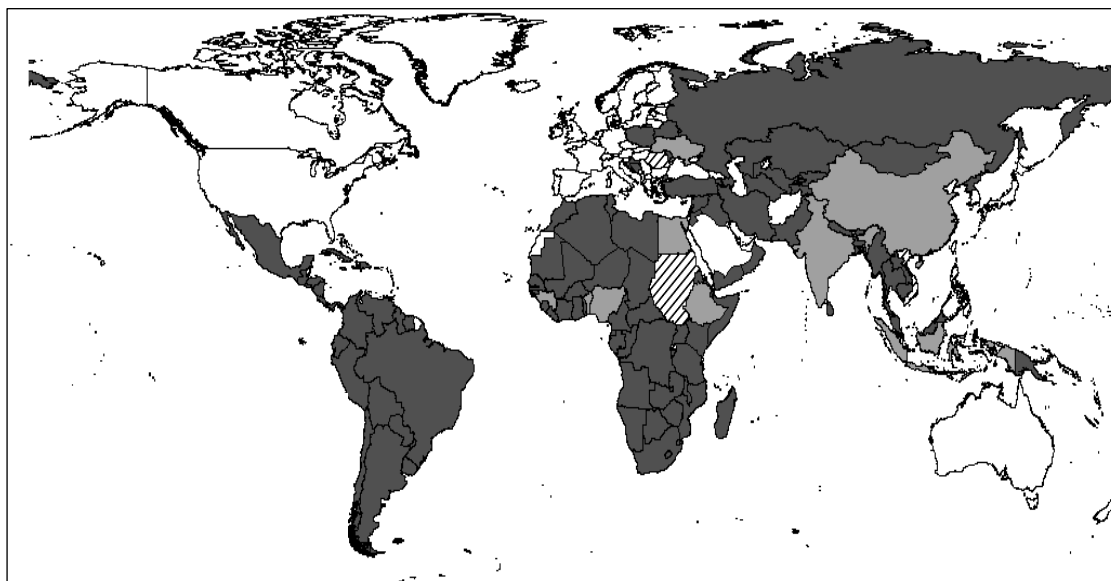
⁵⁰ Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, "Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health", *The Lancet*, vol. 371, 2008.

ния шкалы прогноза Организации Объединенных Наций, то к 2015 году общая численность населения наименее развитых стран будет на 21 миллион человек меньше его среднего значения⁵¹, что означает, что к 2015 году ежегодная экономия составит приблизительно 1 млрд. долл. США.

64. Хотя в последнее время приняты новые обязательства о выделении средств на финансирование услуг по планированию численности семьи, объем имеющихся ресурсов пока не соответствует растущему спросу на эти услуги, особенно в странах с низким уровнем дохода, что ставит под угрозу не только достижение цели обеспечения охраны репродуктивного здоровья во всем мире, но и всех других целей в области здравоохранения, гендерного равенства и образования, реализация которых тесно увязана с выполнением этой задачи.

Диаграмма VI

Процентное изменение размера донорской помощи в осуществлении программ по планированию численности семьи из расчета на одну женщину в возрастном диапазоне 15–49 лет, 1996–2006 годы



- ▣ Увеличение донорской помощи на душу населения
- ▣ Уменьшение донорской помощи на душу населения (менее чем на 50 процентов)
- ▣ Уменьшение донорской помощи на душу населения (на 50 процентов или более)
- Данные отсутствуют или не применимы

⁵¹ Среднее и нижнее значения различаются только по прогнозируемому уровню рождаемости. В 2015 году рождаемость в наименее развитых странах прогнозируется на уровне 3,69 (нижнее значение) и 4,15 (среднее значение), т.е. с разницей 0,46 ребенка на женщину.

VIII. Выводы и рекомендации

65. Осуществление в полном объеме Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию может стать весомым вкладом в достижение согласованных на международном уровне целей в области развития. Через 15 лет после ее принятия особые трудности с ее осуществлением испытывают наименее развитые страны и большинство стран субсахарской Африки к югу, что сдерживает прогресс в реализации важных целей в области развития, включая цели, сформулированные в Декларации тысячелетия. С 1970-х годов правительства при поддержке доноров проводят успешную политику с целью не допустить глобального «демографического взрыва», хотя темпы роста численности населения во многих странах с низким доходом по-прежнему остаются высокими. Высокие показатели роста населения в результате сохраняющейся высокой рождаемости создают растущее давление на имеющиеся ресурсы и ограничивают возможности правительств реагировать на новые вызовы.

66. Снижение рождаемости уменьшает долю иждивенцев в общей численности населения и открывает возможность для наступления периода, когда демографические изменения могут стать ускорителем экономического роста в сочетании с принятием мер по наращиванию человеческого капитала, созданию новых рабочих мест, увеличению накоплений и совершенствованию схем распределения дохода. Снижение рождаемости также может привести к снижению остроты проблем нищеты и голода как на национальном уровне, так и на уровне домашних хозяйств. Семьи с меньшим числом детей смогут выделять больше средств на охрану здоровья, питание и образование каждого ребенка. Анализ межпоколенческих трансфертов свидетельствует о том, что в странах с более низкой рождаемостью выделяется более существенный объем средств на охрану здоровья и образование детей, чем страны, где рождаемость высокая. Снижение рождаемости облегчает достижение цели всеобщего начального образования.

67. Высокая рождаемость ассоциируется с распространением нищеты в странах, поскольку группы населения с низким доходом как правило характеризуются более высокими темпами естественного прироста, чем группы с высоким доходом. Поэтому уменьшение рождаемости в малообеспеченных семьях может способствовать сокращению масштабов нищеты — как напрямую, так и опосредованно. Высокая рождаемость среди неимущего населения может способствовать воспроизводству нищеты в следующих поколениях.

68. Меры по ликвидации последствий резких скачков цен на продовольствие должны в первую очередь предусматривать непосредственную защиту наиболее уязвимых групп населения, включая женщин и детей. Более долгосрочные меры реагирования должны включать формулирование соответствующей политики в области народонаселения как составную часть скоординированной ответной деятельности по обеспечению для всех устойчивых средств к существованию через оказание семьям помощи в недопущении воспроизводства нищеты в следующих поколениях.

69. Несмотря на прогресс, достигнутый в обеспечении доступа к современным методам контрацепции для всех, кто в ней нуждается, примерно 106 миллионов замужних женщин в развивающихся странах до сих пор не могут удовлетворить свои потребности в средствах планирования численности семьи. Удовлетворение этих потребностей может способствовать снижению материнской смертности, улучшению охраны здоровья матери и ребенка, снижению детской смертности, обеспечению гендерного равенства, борьбе против ВИЧ/СПИДа и уменьшению масштабов нищеты. Однако объем средств, выделяемых на цели планирования семьи, не соответствует растущему спросу на услуги в этой области. В период с 1996 по 2005 годы в большинстве регионов донорская помощь по линии планирования численности семьи в подушном исчислении значительно сократилась. В странах субсахарской Африки из-за широкого распространения ВИЧ/СПИДа большая часть ассигнований на охрану репродуктивного здоровья приходится на лечение больных СПИДом. Для обеспечения к 2015 году всеобщей охраны репродуктивного здоровья необходимо значительно увеличить объем как внутривостранового, так и внешнего финансирования услуг по планированию семьи.

70. Короткие интервалы между деторождениями и беременностями среди женщин подросткового и более старшего возрастов увеличивают опасность для жизни детей. Для ускорения темпов снижения детской смертности, особенно в странах с низким доходом и высокой рождаемостью, и достижения цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, важное значение имеет расширение доступа к средствам планирования численности семьи в сочетании с активизацией усилий, направленных на улучшение охраны здоровья детей.

71. Снижение материнской смертности зависит от предоставления женщинам доступа к средствам дородового обслуживания в период беременности, от возможности пользоваться помощью квалифицированного персонала при родах и экстренной акушерской помощью в случае возникновения осложнений. Доступность средств планирования семьи, позволяющих женщине избегать несвоевременной и нежелательной беременности, снижает существующую на протяжении ее жизни опасность умереть от осложнений при родах и беременности. Кроме того, уменьшение количества беременностей снижает общий объем расходов на организацию родовспоможения.

72. Услуги по оказанию дородовой помощи и планированию численности семьи должны включать распространение информации и консультирование по проблематике ВИЧ/СПИДа, а также проведение добровольного тестирования для выявления женщин, нуждающихся в медицинской помощи, предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку. Средства планирования семьи могут помочь ВИЧ-инфицированным женщинам избежать нежелательной беременности и следовательно уменьшить масштабы распространения ВИЧ среди детей.

73. В странах, в которых малярия носит эндемический характер, дороговая помощь должна включать периодическое противомаларийное профилактическое обслуживание беременных и раздачу обработанных инсектицидами надкроватных противомоскитных сеток. В среднесрочном плане повышение доступности средств планирования семьи может снизить расходы на борьбу с малярией в результате сокращения численности населения, подвергающегося опасности заражения этим заболеванием.

74. Обеспечение гендерного равенства и равноправия и расширение прав и возможностей женщин являются важным фактором в борьбе с нищетой, голодом и болезнями и достижения целей устойчивого развития. Образование выступает мощным средством расширения прав и возможностей женщин и приобретения ими знаний, навыков и формирования у них чувства уверенности в своих силах, чтобы всесторонне участвовать в процессе развития. Борьба с ранними браками и частыми родами помогает удерживать девочек в школе и давать им образование, без которого им будет трудно найти работу. Охват девочек в подростковом возрасте средним образованием еще больше расширится, когда будет решена проблема их отсева по причине беременности.

75. Хотя между ростом численности населения и увеличением объема выбросов в атмосферу парниковых газов нет прямой взаимосвязи и пока еще невозможно дать оценку последствиям демографической динамики без учета других экономических и технических изменений, снижение темпов роста населения может предоставить дополнительное время на адаптацию к этим изменениям в странах с низким уровнем дохода, в частности, сократить усилия по смягчению их негативных последствий.

76. Одной из задач является обеспечение адекватного доступа к водным ресурсам для растущего населения планеты. Поскольку в результате роста населения увеличивается спрос на воду во всех секторах экономики, в том числе в сельском хозяйстве, регулирование этого роста способствовало бы сохранению водных ресурсов, направлению инвестиций на цели расширения доступа к водным ресурсам для большего числа людей и расширение охвата средствами санитарии, чтобы включить задачи, поставленные в рамках цели 7 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия.

77. Общая численность населения Азии сегодня составляет немногим более 4 миллиардов человек, а не свыше 6 миллиардов, как это было бы в случае, если показатели рождаемости оставались на уровне 1970-годов, поскольку 68 процентов азиатских женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, пользуются одним из методов контрацепции. Совсем иная ситуация в Субсахарской Африке, где показатель использования контрацептивов составляет всего лишь 22 процента, не достигнув даже скромного уровня в 31 процент, который прогнозировался в 1994 году и использовался за основу при оценке объема финансирования, необходимого для реализации целей и задач, поставленных в Программе действий. Такие расхождения в достигнутых результатах препятствуют достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В оставшиеся до их достижения шесть с небольшим лет устранению этих расхождений необходимо уделить первоочередное внимание.