



**Экономический и Социальный
Совет**

Distr.: General
3 June 2009
Russian
Original: English

Основная сессия 2009 года

Женева, 6–31 июля 2009 года

Пункт 2(b) предварительной повестки дня*

Ежегодный обзор на уровне министров: реализация согласованных на международных уровнях целей и обязательств в отношении охраны здоровья людей во всем мире

Заявление, представленное Международной федерацией планируемого родительства — неправительственной организацией, имеющей консультативный статус при Экономическом и Социальном Совете

Генеральный секретарь получил следующее заявление, текст которого распространяется в соответствии с пунктами 30 и 31 резолюции 1996/31 Экономического и Социального Совета.

* E/2009/100.



Заявление*

Международная федерация планируемого родительства (МФПР) приветствует выбор темы ежегодного обзора на уровне министров 2009 года: «Реализация согласованных на международном уровне целей и обязательств в отношении охраны здоровья людей во всем мире». В данном заявлении прежде всего говорится о важности обеспечения и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав (в том числе применительно к ВИЧ), когда речь идет о достижении этих целей в области развития и содействии охране здоровья людей во всем мире.

В 1990 году приблизительно 576 000 женщин умерли по причинам, связанным с родами. К 2005 году этот показатель несколько снизился и составил 536 000. Девяносто девять процентов смертельных исходов имеют место в развивающихся регионах, при этом в районе Африки к югу от Сахары и в Южной Азии отмечается 86 процентов подобных случаев. По оценкам, 35 процентов женщин в развивающихся странах не имеют доступа к медицинскому обслуживанию или контактов с медицинским персоналом в дородовой период. В Африке к югу от Сахары риск для женщины умереть от поддающихся лечению или профилактике осложнений при беременности и родах в течение жизни составляет 1:22. Тот же самый риск в развитых странах составляет 1:7300. Однако истинные масштабы материнской смертности отражаются неточно из-за нехватки данных по странам, в том числе тем, где самая высокая смертность, а также из-за использования усредненных показателей и недостатка информации, касающейся подпольных и небезопасных абортов, которых, по оценкам, в развивающихся странах ежегодно осуществляется порядка 19 миллионов. Это означает, что реальный показатель материнской смертности, как считает Международный комитет по развитию в составе Парламента Великобритании, может превышать 872 000. Помимо этого, материнская заболеваемость означает еще и то, что порядка 10–20 миллионов женщин и девочек ежегодно сталкиваются с затяжными физическими, психологическими, социальными и экономическими проблемами. Самым прискорбным является то, что в большинстве случаев эти смерти можно предотвратить. МФПР считает, что неспособность снизить глобальные показатели материнской смертности является проблемой в сфере общественной охраны здоровья и нарушением прав человека, и это можно связать с неправильной расстановкой приоритетов в сфере всеобъемлющего обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья в концептуальных механизмах глобального развития, таких, как цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРДТ). Как было признано в 2003 году Комиссией Организации Объединенных Наций по правам человека, сексуальное и репродуктивное здоровье является неотъемлемым элементом права каждого на максимальный достижимый уровень физического и психического здоровья.

С этим также связана проблема недостаточного охвата услугами по профилактике передачи заболеваний от матери к ребенку. Порядка 2,1 миллиона детей до 15 лет в 2007 году были инфицированы ВИЧ, и более 90 процентов из 420 000 детей, которые в 2007 году заразились ВИЧ, получили инфекцию от своих матерей. Хотя есть масса доказательств, свидетельствующих о пользе

* Издается без официального редактирования.

мероприятий по предотвращению передачи заболеваний от матери к ребенку, до сегодняшнего дня прогресс был незначительным. Причины этого многоаспектны и могут включать в себя недостаточную политическую приверженность, слабое развитие национальных систем здравоохранения и нехватку ресурсов. Менее 2 процентов общего объема средств, выделенных на борьбу с ВИЧ в 2006–2007 годах, было направлено на осуществление всеобъемлющих программ предупреждения передачи заболеваний от матери к ребенку. Помимо положительных результатов как для матери, так и для ребенка, такие программы могут позволить повысить качество услуг в сфере охраны материнского, младенческого и детского здоровья, а также расширить спектр дополнительных услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Более широкий доступ к комплексным услугам и расширение сферы обслуживания позволяют решить ряд насущных проблем, что в включает в себя:

1. Охват: процент беременных женщин, инфицированных с ВИЧ, которые проходят антиретровирусную терапию для предотвращения передачи заболевания от матери ребенку, по-прежнему не соответствует предложенным целевым показателям, достичь которые обещали национальные правительства в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001 год), принятой на специальной сессии Генеральной Ассамблеи, и в Декларации тысячелетия (2001 год).
2. Консультирование: многие беременные женщины не могут получить соответствующие консультации и доступ к другим смежным услугам по первичной профилактике ВИЧ, предотвращению нежелательной беременности и кормлению младенцев.
3. Диагностика: постепенно увеличиваются масштабы обследования беременных женщин на ВИЧ. В 2007 году только 18 процентов беременных женщин из стран со средним и низким уровнем дохода, представивших имеющиеся у них данные, прошли обследование по диагностике ВИЧ.
4. Профилактика: число женщин, инфицированных ВИЧ, которые проходят лечение в целях предотвращения передачи вируса от матери к ребенку, увеличивается, но по-прежнему остается низким. Помимо этого, по оценкам, в 2007 году только 4 процента детей в возрасте до двух месяцев, чьи матери инфицированы ВИЧ, проходили профилактическое лечение котримоксазолом.
5. Лечение: оптимальной профилактикой передачи вируса от матери к ребенку является использование комбинированной терапии. Только в 8 процентах стран (из 60 стран, представивших данные по разным категориям) осуществлялось комбинированное лечение с использованием трех лекарств в соответствии с пересмотренными руководящими принципами ВОЗ в отношении лечения беременных женщин и предотвращения распространения ВИЧ среди младенцев.

Последующие меры: более половины детей, инфицированных ВИЧ, после диагностирования вируса не проходили последующего лечения. Доля взрослых, которые после диагностирования не охвачены антиретровирусной терапией, также вызывает беспокойство, однако доля детей в этом случае гораздо выше.

Необходимы более скоординированные усилия для ускорения расширения программ по всеобъемлющей профилактике, лечению, уходу и оказанию помощи. В Руководящих принципах по расширению профилактической работы на глобальном уровне по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку, которые были подготовлены Межучрежденческой целевой группой по предотвращению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, матерей и их детей, подчеркнута необходимость применения всеобъемлющего подхода к подобного рода профилактической работе.

Хотя ЦРДТ представляют собой полезную основу для работы, они страдают рядом серьезных ограничений. Особенно острой проблемой является отсутствие всеобъемлющего подхода к сексуальному и репродуктивному здоровью, что было отмечено на Международной конференции 1994 года по народонаселению и развитию (МКНР). Помимо этого в ЦРДТ есть ряд других серьезных опущений, например, не поставлено целей и задач, непосредственно касающихся молодежи. И в Программе действий МКНР, и в ЦРДТ развитие рассматривается как комплексный процесс, который требует одновременного достижения результатов по ряду взаимосвязанных направлений: образование; гендерное равенство; здравоохранение; экологическая устойчивость. Как и Программа действий МКНР, ЦРДТ основываются только на количественных задачах и показателях. Лишь с опозданием в Программу развития была включена цель 5(b), касающаяся всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, что было прямым следствием принятия Программы действий МКНР. Это длительное отсутствие репродуктивного здоровья в качестве одной из целей негативно сказалось на вероятности достижения ЦРДТ, и прежде всего цели 5.

В настоящее время на глобальном уровне показатели женской смертности снижаются слишком медленно, для того чтобы можно было достичь цели 5 к 2015 году. Для этого необходимо в период с 1990 по 2015 год ежегодно снижать этот показатель на 5,5 процента. Однако текущие темпы снижения этого показателя составляют менее 1 процента. В 2008 году на Конференции высокого уровня по обзору ЦРДТ было отмечено, что в отношении цели 5 был достигнут наименьший прогресс.

Сто пятьдесят одна ассоциация в составе МФПР работает в 176 странах; эти ассоциации оборудуют пункты оказания жизненно важных услуг и ежедневно видят, как отражается всеобщий доступ к услугам по репродуктивному здоровью на жизни наиболее обездоленных и социально неблагополучных групп.

Добровольное планирование семьи и предоставление консультаций находят широкую поддержку в качестве одного из наиболее эффективных в экономическом плане мероприятий в сфере охраны здоровья, что может позволить достичь значительного прогресса в реализации цели 5. По крайней мере, 200 миллионов женщин хотели бы ограничить количество своих беременностей и увеличить интервал между ними, но не могут этого сделать, поскольку у них нет доступа к безопасным и эффективным методам планирования семьи. Поэтому жизненно важно, чтобы эти программы стали более масштабными. Подобный недостаточный доступ к эффективным средствам контрацепции усугубляется тем фактом, что только 58 процентов женщин в развивающихся странах рожают с помощью акушерки или доктора. Доступ к экстренной аку-

шерской помощи остается ограниченным, а уровень рождаемости среди девочек-подростков и молодых женщин, которые наиболее подвержены осложнениям при родах, остается высоким. Девочки в возрасте от 15 до 20 лет подвергаются вдвое более высокому риску умереть при родах, чем те, кому от 20 до 30 лет, среди девочек в возрасте менее 15 лет риск умереть при родах выше в пять раз. Действительно, осложнения при беременности или родах представляют собой основную причину смертности девочек в возрасте от 15 до 19 лет в развивающихся странах. Только 33 процента беременных женщин, инфицированных ВИЧ, получают медикаменты для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку, а многие женщины не получают соответствующих консультаций и доступа к другим сопутствующим услугам по первичной профилактике ВИЧ, нежелательной беременности, а также услугам по кормлению младенцев, что серьезным образом сказывается на возможностях стран по достижению цели 6.

Необходимо проводить работу по улучшению материнского здоровья, и прежде всего это касается планирования семьи, экстренной акушерской помощи, расширения масштабов профилактики передачи вируса от матери к ребенку и обеспечения присутствия при родах опытных акушеров, — все это пользуется широким признанием и является экономически оправданным. Доступ к услугам по планированию семьи снижает вероятность нежелательных беременностей (в том числе среди женщин, инфицированных ВИЧ), небезопасных абортов, а также материнской смертности и заболеваемости. Данные Всемирного банка показывают, что материнскую смертность можно снизить на 40 процентов, если осуществлять инвестиции в сферу планирования семьи при одновременном обеспечении квалифицированной помощи при родах и экстренной акушерской помощи; это позволит снизить материнскую смертность примерно на 75 процентов. Однако поддержка со стороны доноров в сфере планирования семьи значительно сократилась. Объем средств, выделяемых непосредственно на цели планирования семьи как доля от общего объема средств, выделяемых на поддержку населения, уменьшился с 55 процентов в 1995 году до 5 процентов в 2006 году. Ограниченный доступ к такого рода поддержке является значительным препятствием на пути к улучшению материнского здоровья. Если государства-члены в значительной степени повысят объем своих инвестиций в системы здравоохранения, включая выделение целевых ресурсов для обеспечения всеобщего доступа к механизмам добровольного планирования семьи и профилактики передачи заболевания от матери ребенку и наличие опытных акушеров при родах и предоставления экстренной акушерской помощи и услуг по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ, то это непременно приведет к улучшению здоровья женщин и семейного здоровья.

Признавая, что неравенство в сфере охраны здоровья на глобальном уровне в рамках имеющихся концепций развития не может быть устранено без целенаправленной работы по обеспечению полноценного сексуального и репродуктивного здоровья и прав, МФПР полагает, что необходимо принять следующие меры:

- использовать комплексный подход к реализации всех аспектов целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые касаются охраны здоровья, и признать их связь с динамикой народонаселения и проблемой нищеты;

- в течение следующих пяти лет повысить уровень политической и финансовой приверженности, с тем чтобы вернуть утраченную динамику в достижении цели 5 наряду с обеспечением позитивных результатов по другим целям в области развития, связанным с охраной здоровья;
- учитывать задачи (а) и (б) цели 5 во всех новых механизмах финансирования охраны здоровья людей во всем мире, прежде всего в тех механизмах, которые касаются цели 5;
- уделять особое внимание задаче 5(b) в контексте следующей Конференции высокого уровня по обзору ЦРДТ;
- обеспечить контроль за выполнением существующих финансовых и политических обязательств в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и выполнить эти обязательства;
- повысить уровень финансовой поддержки деятельности по расширению масштабов комплексных мероприятий по профилактике передачи заболеваний от матери к ребенку;
- признать, что и Программа действий МКНР, и ЦРДТ должны быть выполнены к 2015 году, и настоятельно потребовать дополнительно мобилизовать политическую волю и увеличить объем ресурсов, в том числе выделяемых на товары, необходимые для охраны репродуктивного здоровья, если речь идет о действительной реализации Программы действий и ЦРДТ;
- разработать к 2015 году согласованную инновационную концепцию развития на основе прав, которая бы включала в себя основные аспекты ЦРДТ и рекомендации Международной конференции по народонаселению и развитию, включая репродуктивное здоровье и доступ молодежи к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, для того чтобы обеспечить устойчивое социальное и экономическое развитие;
- уделять приоритетное внимание реализации концепции «всеобщего доступа к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья» и контролю за решением этой задачи (ЦРДТ 5(b)), включая планирование семьи; предродовое и послеродовое обслуживание; качественную акушерскую помощь при родах и экстренную акушерскую помощь;
- расширить масштаб и охват программ по профилактике передачи заболеваний от матери к ребенку, которые позволяют использовать нереализованную возможность по укреплению связей между услугами, касающимися ВИЧ, и услугами в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;
- разработать всеобъемлющий набор механизмов, который включал бы в себя первичную профилактику ВИЧ для женщин репродуктивного возраста; предотвращение нежелательной беременности среди женщин, инфицированных ВИЧ; консультирование и поддержку в обеспечении безопасного младенческого вскармливания; антиретровирусную терапию и лечение котримоксазолом для матери и ребенка, а также раннее диагностирование младенцев и обеспечение антиретровирусной терапии;

- признать необходимость предоставления комплексных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья в чрезвычайных ситуациях и снизить уровень сексуального и обусловленного полом насилия;
- в приоритетном порядке выделять ресурсы для удовлетворения потребностей в обеспечении сексуального и репродуктивного здоровья и более широкого развития среди подростков и молодежи по всем направлениям, охватываемым ЦРДТ, включая комплексную работу по половому воспитанию, и обеспечение услуг и товаров в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья с учетом потребностей молодежи;
- осуществлять инвестиции в создание всеобъемлющей системы первичного здравоохранения и признать важность вспомогательных программ для малоимущего и социально неблагополучного населения;
- обеспечивать доступ к комплексным услугам по проведению безопасных абортов, с тем чтобы снизить материнскую смертность и заболеваемость, а также, при необходимости, устранить существующие правовые, финансовые и прочие препятствия;
- разработать и представить данные в разбивке по признаку пола, а также соответствующие показатели для оценки прогресса в достижении ЦРДТ;
- обеспечить адекватное финансирование работы по достижению ЦРДТ. Богатые страны должны выполнить свое обязательство по выделению 0,7 процента их валового национального продукта (ВНП) на официальную помощь в целях развития (ОПР) до 2015 года. Достижение ЦРДТ обойдется богатым странам примерно в 0,5 процента их ВНП.