

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

11–15 апреля 2011 года

Пункт 3 предварительной повестки дня*

Последующая деятельность по выполнению рекомендаций Международной конференции по народонаселению и развитию**Контроль за осуществлением программ в области народонаселения с уделением особого внимания вопросу фертильности, репродуктивного здоровья и развития****Доклад Генерального секретаря***Резюме*

Настоящий доклад о контроле за осуществлением программ в области народонаселения с уделением особого внимания вопросу фертильности, репродуктивного здоровья и развития подготовлен в соответствии с ориентированной на конкретные и приоритетные задачи многолетней программой работы Комиссии по народонаселению и развитию, которая была одобрена Экономическим и Социальным Советом в его решении 2009/239. В своем решении 2009/101 Комиссия постановила, что специальной темой Комиссии на ее сорок четвертой сессии в 2011 году будет тема «Фертильность, репродуктивное здоровье и развитие».

В докладе рассматривается взаимосвязь между фертильностью, сексуальным и репродуктивным здоровьем, развитием и правами человека. В нем анализируется осуществляемая деятельность, начиная с соответствующих подготовительных этапов в плане обязательств, принятых на различных уровнях, партнерских связей и опыта, а также уроков, извлеченных на различных программных направлениях. В докладе рассматриваются задачи на будущее и перечисляются те действия и меры, которые необходимы для ускорения прогресса и обеспечения всеобщего доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и охвата лишенных внимания общества слоев населения.

* E/CN.9/2011/1.



Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Фертильность, сексуальное и репродуктивное здоровье, развитие и права человека	4
III. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и система здравоохранения	7
IV. Недостигнутая цель обеспечения всеобщего доступа: трудности, связанные с охватом оставленных без внимания групп населения	8
V. Текущая деятельность: обязательства и партнерские отношения	12
VI. Текущая деятельность: осуществление программ на местах	15
VII. Трудности, связанные с осуществлением программ	19
VIII. Что необходимо для того, чтобы ускорить прогресс?	21

I. Введение

1. В Программе действий¹, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в Каире в 1994 году, подчеркивается важность для программы в области народонаселения и развития прав человека, гендерного равноправия и широкой концепции охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также сексуальности и родительства. За более чем 16-летний период осуществления Программы действий неоднократно отмечались успехи и достижения. Тем не менее, остаются важные пробелы, которые нуждаются в более пристальном внимании, активном осуществлении и финансировании на международном уровне.

2. Осуществление Программы действий теснейшим образом связано с глобальными усилиями по искоренению нищеты и достижению устойчивого развития. Именно права человека, охрана сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивные права, а также гендерное равноправие определяют прогресс в области народонаселения, который в свою очередь влияет на развитие и устойчивость. В ответ на просьбу Комиссии по народонаселению и развитию в настоящем докладе анализируется прогресс в осуществлении Программы действий в области фертильности, сексуального и репродуктивного здоровья и развития. Доклад состоит из восьми разделов. Раздел II открывается анализом взаимосвязи между фертильностью, охраной сексуального и репродуктивного здоровья, развитием, включая цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и правами человека. В разделе III речь идет о комплексе основных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья в связи с системой здравоохранения. В разделе IV рассматривается прогресс в достижении сформулированной в Декларации тысячелетия цели обеспечения всеобщего доступа к службам охраны репродуктивного здоровья и в охвате лишенных внимания групп населения. Эта задача имеет огромное значение не только в области прав человека: от сокращения неравенства и охвата оставленных без внимания слоев населения в значительной степени будет зависеть степень достижения целей в области развития — включая сокращение масштабов нищеты, — сформулированных в Декларации тысячелетия. Это будет играть также одну из основных ролей в определении возможности более ранней, чем планировалось, стабилизации численности населения мира, от чего в значительной степени будет зависеть обеспечение устойчивости экологической системы и достижение других целей.

3. В разделах V и VI анализируются различные аспекты текущей работы, например достижение успеха в плане обеспечения обязательств на различных уровнях, создание партнерских отношений и обеспечение результатов на различных программных направлениях. В разделах VII и VIII доклада рассматриваются проблемы, сдерживающие осуществление и принятие необходимых мер. Для ускорения прогресса необходимы политическая воля, укрепление потенциала, а также надежное и достаточное финансирование.

4. При решении этой проблемы политики и финансисты должны использовать ограниченные ресурсы для удовлетворения нужд и потребностей бедных и

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), глава I, резолюция 1, приложение.

маргинальных групп и в то же время стремиться ликвидировать проблемы, лежащие в основе их уязвимости. Эти группы населения включают бедных, подростков и молодежь, мигрантов и людей, затронутых гуманитарными кризисами, жителей сельских районов, этнические меньшинства и представителей коренного населения. Гендерные проблемы затрагивают все эти группы, и поэтому особое внимание следует уделить девочкам и женщинам из маргинальных слоев общества. В заключение в докладе отмечается, что в решениях Международной конференции по народонаселению и развитию, нашедших свое выражение в различных целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, подчеркивается важность комплексного подхода к обеспечению первичной медико-санитарной помощи, а также широкому планированию и определению приоритетов в странах, участвующих в этой программе. Особое внимание необходимо уделить молодежи, которая составляет значительную часть маргинальных групп населения. Она может сыграть основную роль в достижении положительных перемен, необходимых для обеспечения всеобщего доступа, стабилизации роста населения в мире и повышения темпов экономического развития.

II. Фертность, сексуальное и репродуктивное здоровье, развитие и права человека

5. В принятой Международной конференцией по народонаселению и развитию Программе действий права человека, вопросы равноправия, выбора и индивидуального принятия решений рассматриваются в качестве ключевых вопросов стратегии и программ в области народонаселения и развития. Широкое определение охраны сексуального и репродуктивного здоровья включает планирование размеров семьи, а также охрану здоровья матери и новорожденного; профилактику, диагностику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ; сексуальное и репродуктивное здоровье подростков; предотвращение абортов и ликвидацию последствий абортов²; диагностику рака и консультирование по поводу бесплодия. Еще одним важным элементом Программы действий является обеспечение доступа к комплексному половому просвещению.

6. Стремясь обеспечить «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов», Международная конференция по народонаселению и развитию включила в определение охраны сексуального и репродуктивного здоровья проблему искоренения насилия по признаку пола, вредной практики, принуждения и домогательств и гендерного неравенства. Сексуальное здоровье, которое неотрывно от репродуктивного здоровья, означает возможность выражения индивидуальной сексуальности, не опасаясь риска инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, нежелательной беременности, принуждения, насилия, общественного осуждения и дискриминации. Оно означает также способность ведения осознанной, приносящей удовлетворение и безопасной половой жизни.

² В пункте 8.25 Программы действий говорится, что «в случаях, в которых аборт не противоречит закону, его следует производить в адекватных условиях».

7. Обеспечение всеобщего доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, расширение прав и возможностей женщин, мужчин и молодежи, с тем чтобы они могли реализовать свое право на сексуальное и репродуктивное здоровье, а также сокращение неравенства являются необходимым условием для достижения устойчивого развития и искоренения нищеты. Это положение было подтверждено в 2007 году, когда проблема обеспечения всеобщего доступа к службам охраны репродуктивного здоровья была включена в качестве задачи 2 цели 5 целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В настоящее время проблема охраны сексуального и репродуктивного здоровья является элементом политической повестки дня лидеров стран мира и получает все большее признание в рамках международных норм в области прав человека.

8. Информация и службы в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья — в частности планирования размеров семьи — могут помочь в спасении жизней многих людей и повышении качества жизни еще большего числа людей при одновременном укреплении прав человека, сокращении масштабов нищеты и ускорении развития. Меньшее число детей и более длительные интервалы между их рождением способствуют снижению показателей материнской и детской смертности и сокращают потребности в семейных, общинных и природных ресурсах. В результате семьи могут увеличить расходы на образование, питание и охрану здоровья каждого ребенка, а правительства — инвестировать сэкономленные средства в решение других социальных приоритетов. Кроме того, если женщины получают возможность принимать решения в отношении деторождения, то это позволяет им заняться образованием и поиском работы³.

9. Снижение уровней рождаемости стимулирует экономический рост. Например, с учетом сокращения числа иждивенцев в семьях и появления у женщин возможности поиска работы, по расчетным данным, в результате ликвидации нежелательной рождаемости доходы бедных слоев населения в Гондурасе и в Колумбии выросли на 10–20 процентов⁴. В условиях крайней нищеты результат может быть эквивалентен повышению доходов на 20 процентов, что равняется или даже превышает последствия условных денежных переводов.

10. Потенциальные микро- и макроэкономические последствия снижения рождаемости, сокращения числа иждивенцев и повышения численности продуктивных возрастных групп населения в результате достижения совершеннолетия больших групп молодежи не вызывают сомнения. Важно то, что такие результаты создаются людьми, особенно женщинами, реализующими свои права. Подобные демографические дивиденды обеспечиваются стимулирующей политикой (созданием рабочих мест, образованием и трудовыми навыками лиц, вступающих на рынок труда). Меры, необходимые для претворения демографического дивиденда в ускорение экономического роста, включают главным образом инвестиции в человеческий капитал и инфраструктуру и должны учитываться в любой продуманной стратегии развития.

³ Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), *Sexual and Reproductive Health for All: reducing poverty, advancing development and protecting human right*. (Нью-Йорк, ЮНФПА, 2010 год).

⁴ Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, *Population and Poverty Linkages: impacts of population dynamics, reproductive health and gender on poverty*. (Нью-Йорк, ЮНФПА, готовится к выпуску).

11. Одним из факторов, влияющих на фертильность, является использование надежных и безопасных противозачаточных средств, что позволяет женщинам и супружеским парам определять время и количество зачатий, а также интервалы между ними. Доступ к информации и услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и, в частности, к безопасным и надежным противозачаточным средствам увеличился с 1960-х годов и различается в зависимости от региона и социально-экономического положения женщин и семей. Соответственно, с 1960-х годов в большинстве стран мира наблюдалось резкое сокращение рождаемости, которое с 1995 года приняло более постепенный характер. Уровни фертильности варьируются в зависимости от региона и положения женщин и семей.

12. Сокращение рождаемости способствует замедлению роста численности населения, однако даже в условиях сокращения рождаемости по среднему варианту прогнозов Организации Объединенных Наций в области народонаселения ожидается, что прирост населения будет продолжаться по крайней мере до 2050 года⁵. В большинстве случаев прирост населения будет происходить за счет развивающихся стран в результате совокупных последствий наличия большого числа женщин детородного возраста, вызванного высоким уровнем рождаемости в прошлом (динамика роста численности населения), сокращения смертности и сохраняющихся высоких показателей фертильности в некоторых странах мира. Крупнейшим фактором, способствующим этому, по-прежнему будет динамика роста численности населения в сочетании с сокращением смертности и высокими показателями фертильности, поскольку рост численности населения репродуктивного возраста приводит к увеличению числа деторождений, даже если супружеские пары имеют только двух детей. Однако между регионами и странами существуют важные различия: например крупнейшим элементом роста численности населения в странах Африки к югу от Сахары по-прежнему является высокий показатель фертильности.

13. Снижение высоких показателей фертильности в тех странах, где они существуют, по-прежнему сохраняет свою эффективность при условии, что в соответствующих программах учитываются вопросы прав человека и предусматривается возможность для женщин по своему усмотрению определять количество детей и интервалы между их рождениями. Однако в тех странах, где рост численности населения уже почти полностью определяется динамикой его роста, в ближайшем будущем можно было бы сократить прирост численности населения посредством удлинения интервалов между рождениями детей. Серьезное воздействие на темпы роста населения и экономического роста могли бы оказать меры по повышению брачного возраста, связанные с увеличением числа учащих женщин, улучшению положения с гендерным равноправием и более активное участие женщин на рынке труда.

14. Включение в планы развития — в том числе и в стратегии сокращения масштабов нищеты — вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование размеров семьи, а также направленных на подростков и молодежь программ и других компонентов Международной конференции по народонаселению и развитию могло бы оказаться весьма разумной в плане эффективности и результативности мерой. Комплексное применение

⁵ *World Population Prospects: The 2008 Revision* (Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № 10.XIII.2).

этих мер позволило бы в среднесрочном и долгосрочном плане создать условия для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, обеспечения экологической устойчивости, а также разработки стратегий адаптации и ослабления последствий изменения климата.

III. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и система здравоохранения

15. Для устойчивого оказания качественных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья необходимы действующие системы здравоохранения. Минимальный пакет услуг должен включать услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья на всех уровнях, особенно на первичном. Основной пакет таких услуг включает планирование размеров семьи; уход за матерью и новорожденным (включая высококачественное родовспоможение и срочную акушерскую помощь); предупреждение абортов и ликвидацию последствий абортов; профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, включая доступ к мужским и женским презервативам, добровольное консультирование и тестирование, предупреждение передачи инфекции от матери ребенку и антиретровирусную терапию либо в одном и том же медицинском учреждении, либо путем направления в другие медицинские центры⁶. ВИЧ-инфицированные лица также должны иметь возможность пользоваться службами по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Этот пакет услуг также направлен на ликвидацию насилия по признаку пола и вредной практики.

16. Одним из основных выводов Международной конференции по народонаселению и развитию, сулящим немало выгод, является внедрение служб по охране сексуального и репродуктивного здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи. Охват системой здравоохранения женщин и уязвимых групп населения, включая подростков, позволяет выявлять группы риска, распространять информацию о планировании размеров семьи и профилактике ВИЧ и создавать соответствующие службы, а также диагностировать и лечить другие инфекции, передаваемые половым путем. В случае необходимости всегда должны быть в наличии высококачественные товары и многочисленные возможности для применения мер в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Поэтому одним из основных показателей степени охвата и доступности служб здравоохранения в целом является возможность удовлетворения потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Там, где число подобных служб ограничено, должны создаваться мобильные центры и службы на рабочих местах. Решающее значение имеет обеспечение надлежащей подготовки и оплаты труда работников здравоохранения.

17. Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что сектор здравоохранения не может в одиночку справиться с задачей обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех. Чтобы решить коренные проблемы недостатка служб по охране сексуального и репродуктивного здоровья и охватить население на общинном уровне, необходимо пересмотреть социаль-

⁶ Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: reproductive rights and sexual and reproductive health framework* (Нью-Йорк, ЮНФПА, 2008 год).

но-культурные нормы, касающиеся гендерного равенства, сексуальности, воспроизводства населения и вредной практики. Для этого необходимо тесное межсекторальное сотрудничество, мобилизация общин, а также новаторские стратегии в области средств массовой информации и коммуникаций для распространения информации и принятия социальных, поведенческих и культурных норм, способствующих укреплению гендерного равенства и здоровья населения. Это также включает сексуальное просвещение молодежи и оказание помощи девочкам и женщинам в развитии навыков принятия решений и ведения переговоров. Кроме того, необходимо привлекать мужчин и мальчиков к участию в программах и инициативах, способствующих укреплению гендерного равенства, равноправия и расширения прав и полномочий женщин.

IV. Недостигнутая цель обеспечения всеобщего доступа: трудности, связанные с охватом оставленных без внимания групп населения

18. Начиная с 60-х годов в большинстве стран мира наблюдалось резкое сокращение рождаемости, которое с 1995 года приняло более постепенный характер⁷. В 2005–2010 годах средний показатель рождаемости в развивающихся странах (включая Китай) составил 2,7 ребенка на женщину. В наименее развитых странах в 2005–2010 годах, по оценочным данным, рождаемость составляла 4,4 ребенка. Во многих регионах в последние годы сокращение рождаемости замедлилось. В странах к югу от Сахары показатели рождаемости остаются на очень высоком уровне — примерно пять детей на женщину. В странах с наивысшими показателями, таких как Бурунди, Мали, Нигер, Сьерра-Леоне и другие, также отмечаются высокие показатели детской смертности и очень низкие доходы на душу населения⁸. На показатели рождаемости влияют несколько факторов, таких как возраст, образование, местожительство, семейное положение, семейные доходы, брачный возраст, наличие и использование контрацептивов и т.д.

19. Применение противозачаточных средств резко возросло после появления в 1960-е годы на рынке пероральных контрацептивов. В 2007 году 63 процента женщин во всех странах мира (в возрасте от 15 до 49 лет), состоявших в официальном или гражданском браке, использовали противозачаточные средства. В 1990 году число таких женщин составляло 55 процентов⁹. Планирование размеров семьи позволило сократить показатель нежелательной беременности на 20 процентов в развивающихся странах в период с 1995 по 2008 год¹⁰. Более того, если бы в развивающихся странах были удовлетворены существующие потребности в современных средствах контрацепции и услугах по охране здоровья матери и новорожденного, показатели материнской смертности снизились бы более чем на две трети, а младенческой смертности — более чем на

⁷ Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009 год.

⁸ Всемирный банк, “The World Bank’s Reproductive Health Action Plan 2010–2015” (апрель 2010 года).

⁹ *The Millennium Development Goals Report 2010*. (Издание Организации Объединенных Наций в продаже под № E.10.I.7).

¹⁰ Susheela Singh and others, *Adding It Up: the benefits of investing in family planning and reproductive health* (New York, Guttmacher Institute and UNFPA, 2009).

половину. Тем не менее показатели применения противозачаточных средств остаются низкими, особенно в странах Африки к югу от Сахары: с 12 процентов в 1990 году они поднялись до 20 процентов в 2000 году и не достигли 22 процентов в 2007 году⁹. Внутри стран различия сохранились или выросли: например в странах Африки к югу от Сахары в 2007 году показатель применения противозачаточных средств женщинами, принадлежащими к 20-процентной богатейшей прослойке общества, почти в четыре раза превышал тот же показатель среди женщин, относящихся к 20 процентам беднейших слоев населения¹¹.

20. Примерно 215 млн. женщин в возрасте от 15 до 49 лет, проживающих в официальном или гражданском браке, нуждаются в помощи служб планирования размеров семьи, что означает, что они применяли бы противозачаточные средства с целью предотвратить или отсрочить беременность, если бы имели надлежащую информацию и доступ к соответствующим службам. Если при этом учитывать данные об одиноких женщинах, то абсолютный показатель неудовлетворенной потребности будет значительно выше. Статистика свидетельствует о том, что на глобальном уровне неудовлетворенные потребности в службах планирования размеров семьи практически остаются на том же уровне: они сократились с 13 процентов в 1990 году до 11 процентов в 2007 году¹¹. Неудовлетворенные потребности всегда сдерживают осуществление репродуктивных прав. Однако толкование многолетних тенденций не всегда приводят к верным результатам, поскольку они отражают изменения, происходящие в предложении контрацептивов и спросе на них, и связаны с изменениями в поведении людей. Уровень неудовлетворенных потребностей широко варьируется как в различных регионах, так и внутри регионов. В наименее развитых странах примерно 24 процента женщин репродуктивного возраста, находящихся в официальном или гражданском браке, сталкиваются с неудовлетворенной потребностью в помощи служб планирования размеров семьи, в то время как в целом в развивающихся странах этот показатель составляет 11 процентов¹². В странах Латинской Америки и Карибского бассейна показатель неудовлетворенных потребностей колебался от 6–7 процентов в Бразилии и Колумбии до 38 процентов на Гаити¹³. Показатель неудовлетворенных потребностей в странах Южной и Юго-Восточной Азии колебался от 5 процентов во Вьетнаме до 25 процентов в Камбодже.

21. Согласно статистическим данным из стран Африки к югу от Сахары меньше всего противозачаточными средствами пользуются бедные, необразованные женщины в сельской местности. Показатель использования противозачаточных средств женщинами в сельских местностях стран Африки к югу от Сахары составляет 17 процентов в отличие от 34 процентов среди городских женщин¹⁴. При сопоставлении семейных доходов и уровня образования эти

¹¹ Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence* (Нью-Йорк, ЮНФПА, 2010 год).

¹² Департамент по экономическим и социальным вопросам, 2010 год.
См. <http://unstats.un.org/unsd/mdg/>.

¹³ Gilda Sedgh and others, "Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method", *Occasional Report*, No. 37. New York, Guttmacher Institute (June 2007); 2005 Demographic and Health Survey for Cambodia.

¹⁴ Davidson R. Gwatkin and others, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview* (Washington, D.C., World Bank, 2007).

расхождения будут еще больше. Уровень использования противозачаточных средств среди неграмотных женщин составляет 10 процентов, а среди женщин со средним или высшим образованием — 42 процента.

22. По данным обследования, проведенного недавно Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ЮНФПА и Всемирным банком, в 2008 году во всех странах мира умерло 358 000 матерей, что на 34 процента ниже цифры в 546 000 умерших в 1990 году¹⁵ — обнадеживающий, однако, недостаточный прогресс. На развивающиеся страны по-прежнему приходится 99 процентов общего показателя материнской смертности, из которых 87 процентов — на страны Африки к югу от Сахары и Южной Азии. В странах Африки к югу от Сахары смерть 1 из 31 женщины связана с беременностью и деторождением, в то время как в Латинской Америке этот показатель составляет 1 из 480, а в развитых странах 1 из 3600¹⁵. Различия наблюдаются и в самих странах: зажиточное и городское население достигло значительного прогресса, а показатели смертности среди бедного и сельского населения все еще остаются высокими.

23. Увеличился показатель оказания помощи в период беременности, который является одним из определяющих факторов сокращения материнской смертности: наибольший прогресс был отмечен в странах Северной Африки, где доля женщин, совершивших хотя бы один предродовой визит в период беременности, увеличилась на 70 процентов, и в странах Южной и Западной Азии, где, по сообщениям, этот показатель вырос почти на 50 процентов³.

24. По оценкам, во всем мире 13 процентов матерей умирает в результате аборта в антисанитарных условиях¹⁶. В таких регионах, как Латинская Америка, аборт является одной из основных причин материнской смертности. В 2003 году почти половина всех аборт в странах мира была проведена в антисанитарных условиях и почти все эти аборты имели место в развивающихся странах¹⁷. На мировом уровне количество искусственных абортов сократилось с почти 46 млн. в 1995 году до примерно 42 млн. в 2003 году. Больше всего количество абортов сократилось в Восточной Европе — с 90 до 44 абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста¹⁸. Такое сокращение явилось результатом роста показателей применения противозачаточных средств.

25. В 2009 году во всех странах мира проживало примерно 33,3 млн. ВИЧ-инфицированных¹⁹. По оценочным данным, количество новых случаев инфицирования в 2009 году составило 2,6 млн., что на 21 процент меньше чем в 1997 году — на пике эпидемии. В 16 из 21 страны с наибольшим распространением ВИЧ-инфекции показатель инфицирования молодых людей сокращается главным образом благодаря сокращению новых случаев и изменению возраста при вступлении в первую половую связь, числа сексуальных партнеров и

¹⁵ World Health Organization, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* (Geneva, WHO, 2010).

¹⁶ Всемирная организация здравоохранения, *The Global Burden of Disease: 2004 update* (Женева, ВОЗ, 2008 год).

¹⁷ Susheela Singh and others, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (New York, Guttmacher Institute, 2009).

¹⁸ Gilda Sedgh and others, “Legal abortion worldwide: incidence and recent trends”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 39, No. 4 (New York, Guttmacher Institute, 2007).

¹⁹ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), *Global Report: Report on Global AIDS Epidemic* (Женева, ЮНЭЙДС, 2010 год).

благодаря применению презервативов²⁰. Страны Африки к югу от Сахары по-прежнему остаются наиболее серьезно затронутым регионом, поскольку на них приходится 69 процентов всех новых случаев ВИЧ-инфицирования в 2009 году. Существенный прогресс был достигнут в увеличении числа лиц, проходящих антиретровирусную терапию, тем не менее необходимо активизировать усилия по проведению профилактики, что требует более широкого распространения подробной информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и организации новых служб (см. A/64/735).

26. В последние несколько лет отмечался определенный прогресс в обеспечении доступа для подростков и молодежи к связанной с сексуальным и репродуктивным здоровьем информации и службам. Тем не менее они все еще сталкиваются с серьезными проблемами. Показатель рождаемости среди подростков в развивающихся странах сократился с 65 в 1990 году до 55 в 2000 году, однако далее стабилизировался и в 2007 году оставался на уровне 53 деторождений на 1000 девочек. В странах Африки к югу от Сахары отмечается самый высокий уровень рождаемости среди девочек-подростков, который претерпел незначительные изменения¹¹. Высокие уровни отмечаются также в Латинской Америке, Океании и Южной и Западной Азии. В то же время различия в показателях рождаемости среди подростков увеличиваются. В странах Африки к югу от Сахары такие показатели сокращались в городских районах, однако они повышаются среди малообразованных девушек из беднейших слоев населения¹¹. Каждый год почти 15 млн. девушек-подростков становятся матерями. В наиболее затронутых странах вероятность ВИЧ-инфицирования среди молодых женщин почти в восемь раз выше, чем среди мужчин той же возрастной группы, поскольку такая вероятность определяется их неравноправным социальным статусом.

27. Рождение детей в раннем возрасте, связанное с ранним возрастом вступления в брак, приводит к пагубным последствиям в плане сексуального и репродуктивного здоровья. Хотя средний возраст вступления в брак поднимался, особенно в отдельных странах Азии и Северной Африки, многие женщины в развивающихся странах все еще выходят замуж в очень раннем возрасте: примерно одна из каждых четырех девочек в возрасте от 15 до 19 лет в развивающихся странах (за исключением Китая) уже замужем¹⁷. Распространенность ранних браков в сельской местности примерно в два раза превышает этот показатель в городах²¹. Уже давно полное согласие на брак признается в качестве одного из прав человека, однако осуществление этого права все еще не гарантировано во всех странах мира.

28. Результаты исследований показывают, что на цели здравоохранения и образования в богатых слоях общества выделяются непропорционально высокие суммы государственных средств¹⁴. В то время как доступ зажиточных слоев населения к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья постоянно расширяется, «за бортом» остаются группы населения, живущие в условиях нищеты, принадлежащие не к тому полу, этнической и возрастной группе, проживающие не в том районе, не имеющие образования и пострадавшие от

²⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *Outlook Breaking News*, “Young people are leading the prevention revolution” (Geneva, UNAIDS, 2010).

²¹ United Nations Children’s Fund, *The State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health* (United Nations publication, Sales No. E.09.XX.1).

конфликтов или других форм маргинализации. Из данных по 24 странам Африки к югу от Сахары явствует, что женщины из зажиточных слоев населения, имеющие среднее или высшее образование, пользуются плодами прогресса в то время как беднейшие и менее образованные лишены этого.

29. Отсутствие доступа к службам охраны сексуального и репродуктивного здоровья усугубляет и без того нищенское существование. Однако среди тех групп населения, которые получают доступ к таким службам, наблюдается быстрое снижение уровней смертности, заболеваемости и рождаемости, а в семьях становится меньше иждивенцев. В результате этого у них возрастает возможность переключать ресурсы с элементарного потребления на цели улучшения образования, питания и здоровья, а также на накопление сбережений и приобретение капитальных активов. И наоборот, среди лишенных такого доступа групп населения наблюдаются более высокие уровни заболеваемости и смертности, а также недоедания. Они также тратят большую часть своих семейных доходов на обеспечение элементарного выживания. Высокий уровень рождаемости среди таких групп населения приводит к увеличению числа детей-иждивенцев, лишенных образования и выбора в жизни, которые, в свою очередь, рано вступают в брак и заводят детей и таким образом повторяют цикл обездоленности и нищеты.

V. Текущая деятельность: обязательства и партнерские отношения

30. Политические обязательства являются ключевым фактором в деле достижения прогресса в охране сексуального и репродуктивного здоровья. На всех уровнях были отмечены положительные изменения в плане обязательств, политики, законодательства, партнерских отношений и подходов к развитию, созданию благоприятных условий для служб по охране сексуального и репродуктивного здоровья, основополагающих стратегий по повышению результативности и ликвидации вопиющего неравенства. В настоящем разделе приводятся несколько важных примеров для иллюстрации прогресса, достигнутого в этом направлении.

Глобальный уровень

31. На глобальном уровне был достигнут существенный прогресс. Международные конференции, состоявшиеся в 1990-е годы, и последующие мероприятия по их итогам способствовали более углубленному пониманию важности сексуального и репродуктивного здоровья, а также репродуктивных прав и подготовили почву для более активного осуществления их решений. В течение последней декады в международных нормах в области прав человека и в органах Организации Объединенных Наций по наблюдению за выполнением договоров, имеющих обязательную юридическую силу для правительств стран, все в большей мере признается важность охраны сексуального и репродуктивного здоровья, особенно в том, что касается прав несовершеннолетних, охраны здоровья матери и планирования размеров семьи.

32. За последнее десятилетие центральная роль Международной конференции по народонаселению и развитию в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, была признана в рамках мно-

гих межправительственных процессов; подключение цели 5(b), касающейся всеобщего доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, стало дополнением к другим целям, касающимся различных аспектов Программы действий, например к цели 3, касающейся обеспечения гендерного равенства, и связанных со здравоохранением целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, касающимся материнской смертности (цель 5), здоровья новорожденных (цель 4) и профилактики ВИЧ (цель 6). В основном докладе по проекту тысячелетия Организации Объединенных Наций репродуктивное здоровье было отнесено к числу инициатив, обеспечивающих быстрое достижение результатов/быстрое и долгосрочное улучшение условий жизни²². В итоговом документе, принятом на пленарном заседании высокого уровня в ходе Саммита Организации Объединенных Наций по целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия, который состоялся в Нью-Йорке в сентябре 2010 года, мировые лидеры вновь подтвердили свои обязательства по охране сексуального и репродуктивного здоровья и определили целый ряд мер, который необходимо принять, на основе извлеченных уроков и передового опыта в деле достижения каждой из целей, в том числе, связанных со здравоохранением целей на комплексной основе (см. резолюцию 65/1 Генеральной Ассамблеи).

Региональный уровень

33. Были сделаны важные политические заявления и приняты обязательства на региональном уровне, в особенности в Африке. В 2003 и 2005 годах вступил в силу Протокол к Африканской хартии прав человека и народов, касающийся прав женщин в Африке (более известен, как Мапутский протокол). В Протоколе осуждается и запрещается сексуальное насилие и пагубные виды практики и подтверждается право женщин на здоровье, в особенности, репродуктивные права. Он также обязывает правительства обеспечивать женщин адекватными, приемлемыми с точки зрения стоимости и доступными информацией и услугами для осуществления этих прав. В 2006 году Африканский союз утвердил Рамочную континентальную стратегию охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав в Африке. Затем министры здравоохранения африканских государств разработали документ с изложением плана действий, который был утвержден в 2007 году. Он был подтвержден в июле 2010 года министрами, которые также рекомендовали африканским странам принять участие в Кампании по скорейшему сокращению материнской смертности в Африке. Эта инициатива направлена на повышение ответственности стран-участниц за принятие мер по выполнению принятых ими обязательств.

34. Министры здравоохранения и образования стран Латинской Америки и Карибского бассейна взяли на себя обязательство вкладывать средства во всестороннее сексуальное просвещение и развитие учитывающих интересы молодежи медицинских услуг в рамках министерской декларации о «предотвращение путем просвещения». Эта декларация была принята в Мехико в августе 2008 года незадолго до начала семнадцатой Международной конференции по СПИДу.

²² United Nations Millennium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals* (London and Sterling, Virginia, Earthscan, 2005).

Глобальные и региональные инициативы и партнерства

35. Группа 8 промышленно развитых стран начала рассматривать здравоохранение как один из важнейших аспектов развития с начала 1990-х годов. В 2000 году Группа 8 приступила к созданию Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; в 2001 году они поставили задачу разорвать порочный круг нищеты и болезней; в 2005 году они договорились увеличить объем средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом и малярией и на своей последней встрече в Мускоке (Онтарио) выдвинули в качестве главной инициативы Группы 8 обеспечение здоровья матерей, новорожденных и детей, одним из главных компонентов которой является планирование размеров семьи. Инициатива в отношении финансирования сектора здравоохранения, осуществление которой координируется Францией и Германией, должна была обеспечить осуществление решений, принятых на саммитах Группы 8 по укреплению систем здравоохранения. Кроме того, Группа двадцати подтвердила свою приверженность делу выполнения обязательств в области финансирования достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и оказания официальной помощи в целях развития в соответствии с принципами Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи Аккрской программы действий.

36. ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирный банк и ЮНЭЙДС продолжают совместную деятельность по улучшению здоровья матерей и новорожденных. В рамках инициативы, известной как «Здоровье-4+», 49 стран получают помощь в наращивании потенциала в этой области, и было получено беспрецедентное число обязательств от стран мира. Совместные программы в странах, в том числе в Бангладеш, Нигерии, Пакистане и Эфиопии, помогли заложить основу для глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей, которая была провозглашена Генеральным секретарем в сентябре 2010 года.

37. Глобальная стратегия представляет собой первый подобный план действий, который должен обеспечить активизацию и координацию предпринимаемых в настоящее время усилий, принятие новых обязательств и создание системы подотчетности в интересах достижения результатов. Стратегия была одобрена правительствами, международными организациями, благотворительными учреждениями, гражданским обществом, деловым сообществом, работниками системы здравоохранения, профессиональными ассоциациями и научными и научно-исследовательскими учреждениями, а также получила поддержку со стороны всех 192 государств — членов Организации Объединенных Наций. Эта стратегия дает мировому сообществу согласованный план, в котором подчеркивается необходимость в инвестициях, инновациях и поддающихся оценке результатах, которые обеспечиваются обязательствами об оказании поддержки на сумму свыше 40 млрд. долл. США.

38. Для координации деятельности в этой области в 2005 году было учреждено глобальное Партнерство в интересах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей. Партнерство представляет собой форум, в рамках которого участники могут объединить свои потенциалы и реализовать решения, чего ни один из партнеров не смог бы добиться в одиночку.

39. Международное партнерство в области здравоохранения активизирует свои усилия по достижению связанных со здравоохранением целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Партнерство занимается

укреплением национальных процессов в 21 стране Африки и Азии с уделением особого внимания улучшению работы систем здравоохранения.

40. Коалиция по снабжению средствами охраны репродуктивного здоровья представляет собой глобальное партнерство многосторонних и двусторонних организаций, частных фондов, правительств, гражданского общества и представителей частного сектора, призванное обеспечить, чтобы все население в странах с низким и средним уровнем доходов могло иметь доступ к недорогим и высококачественным контрацептивам и другим средствам охраны репродуктивного здоровья, а также пользоваться ими.

41. Инициатива по гармонизации систем здравоохранения в Африке, являющаяся региональным механизмом с участием Африканского банка развития, ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирного банка, способствует планированию, расчету расходов и составлению бюджетов на основе фактологической информации на уровне стран, поощрению гармонизации и увязыванию с процессами на страновом уровне, а также помогает решать проблемы в системах здравоохранения.

Инициативы частных фондов

42. Частные фонды все чаще оказывают поддержку службам по охране сексуального и репродуктивного здоровья в рамках своих программ работы; например в июне 2010 года Фонд Билла и Мелинды Гейтс объявил о своем обязательстве израсходовать в период до 2014 года 1,5 млрд. долл. США на работу в области планирования размеров семьи, охраны здоровья беременных женщин, новорожденных и детей, а также питание.

Страновой уровень

43. В недавно проведенном Международной конференцией по народонаселению и развитию 15-летнем обзоре была подчеркнута глубина и многообразие политических изменений, произошедших на страновом уровне²³: решимость, политика, стратегия и планы обеспечить соблюдение репродуктивных прав, искоренение насилия по признаку пола, организация сексуального просвещения молодежи, расширение доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи и т.д. Главная трудность в достижении прогресса заключается в осуществлении этих обязательств и планов без достаточных ресурсов и в самых разных условиях, складывающихся в отдельных странах.

VI. Текущая деятельность: осуществление программ на местах

Укрепление здоровья матерей

44. В рамках Целевого фонда охраны здоровья матери ЮНФПА оказывает поддержку странам, где отмечается высокий уровень материнской смертности и заболеваемости, путем решения проблемы акушерской фистулы и обеспече-

²³ UNFPA, *Looking Back, Moving Forward: The results and recommendations of the ICPD-at-15 review*, 2010.

ния неотложной акушерской помощи и ухода за новорожденными. Например при поддержке со стороны Партнерства «Здоровье-4+» и Колумбийского университета правительство Эфиопии провело оценку потребностей в неотложной акушерской помощи и уходе за новорожденными с тем, чтобы документально зафиксировать пробелы, связанные с предоставлением, качеством и использованием услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Полученные выводы используются для разработки политики и планирования, включая разработку пятилетнего национального плана мероприятий в секторе здравоохранения с учетом ежегодного основного плана и совместной программы Организации Объединенных Наций по улучшению состояния здоровья матерей и новорожденных, в том числе профессиональную подготовку, прием на работу и удержание медицинских работников. Уже были достигнуты обнадеживающие результаты.

45. В 2008 году ЮНФПА и Международная конфедерация акушеров приступила к осуществлению совместной программы по улучшению ситуации в области квалифицированного родовспоможения в условиях ограниченности ресурсов путем подготовки стабильной группы акушерского персонала. Эта программа сейчас осуществляется в 15 странах — прежде всего в странах Африки к югу от Сахары — где консультанты по вопросам акушерства в страновых отделениях работают совместно с правительствами с тем, чтобы ликвидировать пробелы и повысить доступность и качество оказываемой помощи.

46. В Монголии, благодаря поддержке ЮНФПА и других партнеров, улучшение ситуации в области дородового ухода и расширение мобильных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и информационно-пропагандистской деятельности для охвата проживающих в отдаленных районах и уязвимых групп населения способствовали снижению показателя материнской смертности с 79 на 100 000 живорождений в 2005 году до 65 на 100 000 живорождений в 2008 году¹⁵.

47. Для снижения неизменно высоких показателей смертности матерей и новорожденных ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ при финансовой поддержке со стороны Департамента по международному развитию Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Европейского союза совместно с правительством Бангладеш приступили к осуществлению комплексной инициативы по улучшению положения с использованием квалифицированных услуг в области охраны здоровья матерей и новорожденных, в особенности среди бедных и социально отверженных групп. В результате, возросло как число родов, принятых в учреждениях общественного здравоохранения, так и число случаев оказания помощи пациентам с осложнениями в больницах.

Расширение доступа к услугам по планированию семьи

48. Глобальная программа ЮНФПА в области повышения обеспеченности средствами охраны репродуктивного здоровья оказывает помощь примерно 45 странам в повышении доли населения, пользующегося контрацептивами, и в сокращении неудовлетворенного спроса на услуги в области планирования размеров семьи. Программа предоставляет контрацептивы и другие основные средства в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, помогая увеличить спрос и укрепляя национальный потенциал по обеспечению средствами охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Например, в Мадага-

скаре, где доля неудовлетворенных потребностей в услугах в области планирования семьи составляет 24 процента, ЮНФПА оказал успешную поддержку общественной системе распределения медицинских средств путем профессиональной подготовки специалистов, предоставления программного обеспечения и товаров для пополнения запасов или недопущения затоваривания в медицинских учреждениях.

49. На Ямайке ЮНФПА оказывает поддержку в сокращении числа случаев беременности среди девочек-подростков и в обеспечении беременных услугами, в которых они нуждаются с целью ослабления последствий ранней беременности для их образовательных, экономических и социальных возможностей. Обеспечивается доступ девочек к услугам в области планирования размеров семьи, а также их сексуальное просвещение и консультирование.

Оказание помощи после аборта

50. В Аргентине в течение более чем 25 лет осложнения, возникавшие после абортов, были основной причины материнской смертности. Министерство здравоохранения, при поддержке ЮНФПА и ПРООН, взяло на себя осуществление проекта по повышению качества помощи при осложнениях после аборта, направленного на укрепление потенциала государственных больниц в оказании комплексной помощи женщинам с неполным абортом. Благодаря этому проекту уменьшилось время ожидания и общий срок пребывания в больнице²⁴.

Борьба с ВИЧ

51. В Зимбабве доля инфицированных лиц в возрасте от 15 до 19 лет сократилась с 23,7 процента в 2001 году до 14,3 процента в 2010 году. В этой стране ЮНФПА, совместно с другими учреждениями и партнерами системы Организации Объединенных Наций, оказал содействие в разработке всеобъемлющей программы распределения презервативов и в проведении массовой кампании в интересах изменения модели поведения, охватившей все слои общества.

Охват девочек-подростков

52. Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по вопросам девочек-подростков налаживает сотрудничество на страновом уровне с тем, чтобы девочки-подростки могли добиваться осуществления своих прав и иметь доступ к социальным услугам. Она выступила с инициативой проведения ориентированных на девочек-подростков мероприятий в Гватемале, Либерии, Малави и Эфиопии. Например, в штате Амхара в Эфиопии, где 48 процентов замужних женщин в сельских районах и 28 процентов замужних женщин в городах выходили замуж до достижения 15 лет, осуществляемая при поддержке ЮНФПА программа помогла повысить средний возраст вступления в брак с 13,5 до 15 лет благодаря комплексным мерам, ориентированным на девочек-подростков.

Отказ от вредной практики

53. Совместная программа ЮНФПА-ЮНИСЕФ по борьбе с практикой проведения калечащих операций на женских половых органах/обрезание у женщин,

²⁴ United Nations Development Group, *MDG Good Practices*, 2010, available from <www.undg-policynet.org/?q=node/11>, accessed 19 January 2011.

существующая с 2007 года, функционирует в 17 странах, где эта практика широко распространена. Эта программа направлена на то, чтобы способствовать проведению общинных учебных программ на низовом уровне и кампаний по мобилизации общественности для коллективного отказа от вредной практики. Благодаря этой деятельности лишь за один 2009 год от этой практики отказались в сотнях общин в Гамбии, Гвинее, Сенегале и Судане.

Расширение сексуального просвещения

54. По имеющимся данным, молодые люди нуждаются в информации об охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе о ВИЧ. Исследования показывают также, что программы полового просвещения помогают молодым людям повременить с началом половой жизни, сократить число сексуальных партнеров и чаще использовать средства предохранения²⁵. Начиная с 1993 года при поддержке со стороны ЮНФПА правительство Колумбии осуществляет комплексную программу, направленную на повышение осведомленности молодых людей о вопросах, связанных с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, и на поощрение гендерного равенства. В рамках Программы свыше 2000 учителей приняли участие в 180 семинарах. Высшие учебные заведения сейчас предлагают курсы по вопросам сексуального просвещения, обеспечивая тем самым наличие надлежащим образом подготовленных учителей.

Использование инноваций и новых технологий

55. После проведения Международной конференции по народонаселению и развитию был достигнут определенный прогресс в методах контрацепции и других средствах охраны репродуктивного здоровья, причем были усовершенствованы и расширены существующие методы и разработаны новые. Благодаря этому у женщин появилось больше возможностей для выбора, был обеспечен более высокий уровень безопасности и эффективности и новые практические методы. Тем не менее, финансирование научных исследований и разработок, связанных со средствами контрацепции, например через Специальную программу ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного банка по исследованиям, разработкам и подготовке научных кадров в области воспроизводства населения.

56. Кроме того, был достигнут прогресс в разработке новых технологий профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, например новый тест на сифилис, который может использоваться на уровне первичной медико-санитарной помощи²⁶. Две недавно разработанные вакцины могут защитить от инфицирования определенными штаммами вируса папилломы человека, который вызывает большинство видов рака шейки матки. Соответствующая вакцинация девочек до 11 лет и девочек-подростков могла бы привести к сокращению показателей возникновения рака шейки матки, который лидирует среди причин смертности женщин от онкологических заболеваний в наименее развитых странах. Например, значительные успехи в области профилактики и

²⁵ Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Международное техническое руководство по половому просвещению: фактологически обоснованный подход для школ, учителей и специалистов по санитарному просвещению, часть 1 (Париж, ЮНЕСКО, 2009 год).

²⁶ Всемирная организация здравоохранения, Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006–2015 годы (Женева, ВОЗ, 2007 год).

ранней диагностики онкологических заболеваний были достигнуты в Грузии. В начале 2000-х годов правительство стало уделять первоочередное внимание лечению больных, у которых заболевание достигло последних стадий. В настоящий момент в Грузии программа выявления рака груди и рака шейки матки, действующая с 2006 года при поддержке ЮНФПА, предлагает услуги по содействию ранней диагностике и должна стать общенациональной в ближайшие годы.

57. Использование мобильных телефонов в развивающихся странах, где больше всего проблем, связанных с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, может иметь далеко идущие последствия. Например, с начала беременности и до послеродового периода наблюдение за женщинами и их направление к специалистам могло бы осуществляться с помощью мобильного телефона. Благодаря мобильным телефонам можно также сократить задержки с принятием решений и доставкой во время родов²⁷. При поддержке ЮНФПА Мали разрабатывает мобильную систему охраны здоровья для контроля за смертностью матерей и новорожденных и отслеживания запасов контрацептивов и жизненно важных лекарств в медицинских учреждениях.

VII. Трудности, связанные с осуществлением программ

58. **Политическая приверженность и благое управление.** Охрана сексуального и репродуктивного здоровья всего населения требует преодоления трудностей на многих уровнях — в домашнем хозяйстве и общине, в системе оказания медицинской помощи, в рамках более широкой политики и государственных учреждений, а также среди доноров и международных организаций. Важнейшую роль играет как качество управления на национальном и местном уровнях, так и приверженность, надежность и способность к тому, чтобы разрабатывать и осуществлять оптимальную политику в интересах систем здравоохранения и создания благоприятных условий, обеспечивающих возможности для всеобщего доступа.

59. **Тенденции в области финансирования.** В последние годы доноры все реже стали финансировать конкретные проекты или программы по борьбе с конкретными заболеваниями. Вместо этого они оказывают более широкую поддержку сектору здравоохранения, направленную на устранение коренных причин нищеты и оказание помощи системам здравоохранения в целом. Тем не менее важные аспекты здоровья, как, например, сексуальное и репродуктивное здоровье часто игнорировались в рамках этого процесса. В период между 2000 и 2008 годами объем помощи в целях развития, предназначенный для сектора здравоохранения, вырос в целом почти в три раза, прежде всего благодаря стремительному увеличению объема средств, выделяемых на борьбу с ВИЧ/СПИДом в то время как, объем помощи, предназначенный для других услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья оказался меньше, сократился и объем средств, выделяемых на услуги в области планирования размеров семьи. По данным проекта динамики ресурсов ЮНФПА/Междисциплинарного демографического института Нидерландов, объем финансирования услуг в области планирования размеров семьи несколько возрос за последние

²⁷ *Women Deliver Bulletin* (December 2010).

годы, но все еще не достиг уровня 1994 года²⁸. В то же время, значительно возросло число женщин репродуктивного возраста, а также процентная доля тех, кто хотел бы не допустить беременности или отложить ее. Непредсказуемость финансирования в разные годы также затрудняет эффективное планирование²⁹.

60. Глобальный финансовый и экономический кризис. Беднейшие страны мира особенно страдают от косвенных последствий медленного подъема экономики в развитых странах и от соответствующего повышения цен на продовольствие, поскольку большинство из них являются чистыми импортерами продовольствия. Правительства нескольких стран-доноров не смогли выполнить свои обязательства по предоставлению помощи, и усилия правительств по сокращению дефицита бюджета и объема государственной задолженности, по всей вероятности, помешают дальнейшему увеличению помощи на цели развития, что негативно скажется на всех областях, включая здравоохранение и другие социальные сектора³⁰. Тем не менее обнадеживает, что в июне 2010 года. Группа 8 обязалась выделить 5 млрд. долл. США на цели охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья).

61. Ослабление систем здравоохранения и отсутствие квалифицированных поставщиков услуг. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья должна входить в состав мощной системы здравоохранения. Такая система должна надлежащим образом финансироваться через хорошо регулируемые партнерства между частным и государственным секторами, которые находятся под эффективным управлением, и должна включать достаточное число квалифицированных и подготовленных поставщиков услуг. Кроме того, она должна иметь механизм страхования и другие механизмы, с тем чтобы гарантировать охват медицинской помощью всего населения⁸. В действительности системы здравоохранения сталкиваются с нехваткой средств и персонала, в результате чего возникают барьеры на пути получения медицинской помощи, в особенности для малоимущих и маргинализированных слоев населения. Во многих странах, в особенности в Африке, отмечается серьезная нехватка медицинского персонала. По оценкам, во всем мире требуется дополнительно 2,4 млн. докторов, медицинских сестер и акушерок⁸.

62. Сохраняющееся гендерное неравенство и нарушение прав. Ежегодно из-за пренебрежения, дискриминации и насилия умирают девочки и женщины. Миллионы страдают от насилия со стороны сексуальных партнеров, преступлений, совершаемых в защиту чести, и из ревности, а также из-за отсутствия внимания со стороны медицинских работников или надлежащего питания³¹.

²⁸ ЮНФПА, *Financial Resource Flows for Population Activities*, различные годы и доклад Генерального секретаря о поступлениях финансовых ресурсов на цели помощи в осуществлении Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (E/CN.9/2011/5).

²⁹ Giulia Greco and others, "Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006", *The Lancet*, Vol. 371, No. 9620 (April 2008), pp. 1268-1275.

³⁰ "Swimming against the tide: how developing countries are coping with the global crisis", background paper prepared by World Bank staff for the G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting, Horsham, United Kingdom, 13-14 March 2009.

³¹ Nicholas Kristof and Sheryl WuDunn, *Half the Sky: turning oppression into opportunity for women worldwide*, New York, Alfred A. Knopf, Random House, 2009.

Гендерное неравенство и непризнание прав женщин и девочек и гарантий их осуществления тормозят прогресс в деле охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

63. Привлечение духовных лидеров и религиозных организаций. Несмотря на успехи в поиске поддержки со стороны духовных лидеров и религиозных общин в осуществлении программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, продолжают существовать очаги организованной оппозиции к фактологически обоснованным программам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, что может воспрепятствовать реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав.

64. Устранение неравенства. Несмотря на значительные успехи в деле оказания услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, малоимущие слои населения зачастую не получают их, что приводит к непропорционально высоким показателям заболеваемости и смертности из-за проблем, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, а также к снижению доступности информации и услуг. Интересы наиболее маргинализированных и уязвимых групп населения не учитываются надлежащим образом при разработке, планировании и осуществлении программ и политики в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

VIII. Что необходимо для того, чтобы ускорить прогресс?

65. Достижение прогресса в обеспечении всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья требует незамедлительных и последовательных действий на всех уровнях. Для этого требуется надлежащее финансирование, твердая политическая решимость, смелое и творческое составление программ, а также участие различных субъектов, в том числе гражданского общества, партнеров, представляющих религиозные организации и частный сектор, программы действий на будущее, включая следующие основные элементы.

66. Включение охраны сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав в число национальных приоритетов. Важнейшее значение принадлежит твердой решимости на национальном уровне и финансированию, функционирующей системе здравоохранения, учету вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья на всех уровнях здравоохранения, особенно в рамках первичной медико-санитарной помощи, а также акцентирование внимания на охвате и обслуживании уязвимых групп. Вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья должны учитываться в рамках национальных механизмов планирования развития и не только упоминаться в ситуационном анализе, но и воплощаться в стратегии, результаты и финансирование. Планы должны включать показатели, такие, например, как коэффициенты фертильности и материнской смертности для всего населения в целом и/или конкретных групп. Должны также включаться и показатели процесса, такие как использование услуг и доступ к ним, доля центров оказания услуг, которые надлежащим образом укомплектованы персоналом и имеют необходимое оборудование и средства, а также доля центров, которые предлагают конкретные услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

67. **Использование подхода с позиций прав человека.** Необходим подход, основанный на категории прав человека, который направлен на поощрение гендерного равенства, равноправия и справедливости. Законы и политика должны предусматривать запрет на вредную практику, насилие по признаку пола и дискриминацию в том, что касается доступа к медицинской помощи, а также соответствующие меры наказания. Создание эффективных политических условий предусматривает также и учреждение механизмов контроля и подотчетности. Затронутые сообщества должны активно участвовать в разработке законов и политики и в обеспечении их эффективного осуществления.

68. **Принятие межсекторального подхода.** Если политика и программы в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья будут разрабатываться и осуществляться изолированно, всеобщий доступ так и не будет обеспечен. Они должны входить в состав других мер, направленных на обеспечение равноправия между мужчинами и женщинами, прав женщин и девочек, всеобщего доступа к образованию, а также в состав процессов, направленных на развитие демократического, основанного на широком участии управления. Опыт, накопленный в последние несколько десятилетий, содержит массу свидетельств о том, какие меры являются действенными. Профилактические меры обеспечивают максимальное увеличение благосостояния и защиту прав и, кроме того, приносят значительную прибыль с точки зрения экономии средств для системы общественного здравоохранения. Наиболее эффективные подходы следует воспроизводить и распространять.

69. **Выявление и обслуживание уязвимых групп.** Для обеспечения социальной справедливости и максимального эффективного использования дефицитных государственных ресурсов необходимо предпринимать усилия по ликвидации экономического, социального и культурного неравенства. Региональные, национальные и местные условия сильно отличаются друг от друга, что требует достоверных данных о населении, проведения анализа и консультаций для выявления наиболее уязвимых и отверженных групп. Лица, ответственные за разработку политики и финансирование, должны направлять дефицитные ресурсы на удовлетворение потребностей таких групп и заниматься устранением коренных факторов, обусловивших их уязвимость. Долгосрочной целью является обеспечение всеобщего медицинского обслуживания. В переходный период, возможно, необходимо предоставить минимальные гарантии социальной защиты для неблагополучных групп и отдельных лиц.

70. **Удовлетворение нужд и потребностей подростков и работа с ними.** Политика и программы должны оказывать поддержку всестороннему развитию молодых людей на основе межсекторальных подходов, включая доступ к обучению необходимым в жизни навыкам и сексуальному просвещению, а также развитие основного пакета услуг в области охраны здоровья и сексуального и репродуктивного здоровья/борьбы с ВИЧ, которые учитывают потребности молодых людей и множество факторов, определяющих их сексуальное поведение. Они должны также поощрять лидерство и участие молодых людей в решении всех вопросов, которые касаются их жизни и влияют на их будущее.

71. **Создание основанных на широком участии процессов.** Устранение социальных и культурных факторов, создающих проблемы в области сексуального и репродуктивного здоровья, требует направления большого объема общинных ресурсов на нужды девочек и женщин и привлечение мужчин и мальчиков.

Осуществление, контроль и оценка наиболее эффективны в том случае, когда в них принимают участие все заинтересованные стороны и когда они включены в программы планирования и мобилизации на уровне общин. Привлечение общинных организаций обеспечивает ответственность и учет потребностей и реального положения людей в рамках политики и программ.

72. Укрепление систем здравоохранения. Первостепенное значение с точки зрения равноправного, эффективного и устойчивого оказания высококачественных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья имеет укрепление систем здравоохранения. Следует прилагать усилия для наращивания национального потенциала в области планирования, реализации и осуществления контроля. Ключевой аспект этих усилий — это охват маргинализированных групп и ликвидация барьеров на пути доступа, включая правовые, культурные и экономические препятствия.

73. Подготовка сотрудников системы здравоохранения. Подготовка специалистов, в том числе для передачи функций, может помочь ликвидировать нехватку медицинского персонала. Доктора необходимы для решения серьезных проблем, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Других медицинских работников, таких как акушерки и др., можно подготовить для того, чтобы они могли взять на себя большинство аспектов охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая родовспоможение, планирование размеров семьи, послеродовой уход, диагностику и лечение ЗПП, а также предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку.

74. Бесперебойное снабжение средствами охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Для функционирования системы здравоохранения ключевую роль играет наличие, эффективное управление и эффективное распределение недорогих, высококачественных средств, включая контрацептивы, мужские и женские презервативы, лекарственные средства и оборудование.

75. Увязка охраны сексуального и репродуктивного здоровья и борьбы с ВИЧ. Многие проблемы в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ, неудовлетворенный спрос на услуги по планированию размеров семьи и высокий уровень материнской смертности, имеют под собой одни и те же первопричины, такие как гендерное неравенство, нищета, отчуждение и стигматизация. Кроме того, совпадают и многие стратегии, направленные на устранение этих первопричин, — например, изменение сексуального поведения и общинных норм, касающихся гендерных вопросов, сексуальности и воспроизводства населения; укрепление и улучшение доступа к основным медико-санитарным услугам; снятие запрета с тем, касающихся сексуальности, и т.д. Таким образом, увязка охраны сексуального и репродуктивного здоровья и борьбы с ВИЧ должна осуществляться на всех уровнях — разработки политики, системы здравоохранения и в рамках общин и домашних хозяйств.

76. Увеличение финансирования при одновременном повышении результативности мероприятий по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Связанные с охраной сексуального и репродуктивного здоровья цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, требуют дополнительных ресурсов, которые направляются на стратегические цели и эффективно используются, включая следующие:

а) *Услуги в области планирования размеров семьи.* Незамедлительное предоставление услуг и средств контрацепции всем, кто хочет отсрочить, определить нужное время или избежать беременности, обойдется в 6,7 млрд. долл. США (в долларах США по курсу 2008 года): это включает 3,1 млрд. долл. США на удовлетворение потребностей тех, кто сейчас использует современные методы контрацепции, а также 3,6 млрд. долл. США — на покрытие неудовлетворенных потребностей. Если бы, по оценкам, 215 млн. женщин с неудовлетворенными потребностями в современных методах планирования размеров семьи использовали средства контрацепции, количество случаев нежелательных беременностей в развивающихся странах понизилось бы на 53 млн. (до 22 млн.) и можно было бы избежать 25 млн. аборт и 7 млн. случаев, связанных с выкидышами¹⁰;

б) *Уход за матерями и новорожденными.* Текущие затраты на обеспечение охраны матери и ребенка применительно к беременным женщинам и новорожденным составляют 8,6 млрд. долл. США в год. Они обеспечивают нынешний — неполный — охват. Расширение услуг таким образом, чтобы все женщины получали рекомендуемые услуги в области охраны здоровья и материнства, привело бы к увеличению расходов на 14,3 млрд. долл. США до 23 млрд. долл. США в год. В результате, показатель материнской смертности снизился бы примерно на 57 процентов. Удовлетворение остающихся потребностей в современных контрацептивах привело бы к сокращению числа случаев нежелательных беременностей, что обеспечило бы экономию в 5,1 млрд. долл. США, которые можно было бы использовать для оказания помощи беременным женщинам и новорожденным. Таким образом, ежегодные расходы на охват помощью всех матерей и новорожденных возросли бы лишь до 17,9 млрд. долл. США против 23 млрд. долл. США¹⁰.

77. Совершенствование процессов планирования, контроля и оценки. Повышение эффективности использования имеющихся финансовых средств требует укрепление потенциала и более совершенных методологий, используемых при разработке политики и распределении ресурсов. Речь идет о показателях для оценки прогресса в деле обеспечения всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья, регулярном сборе высококачественных данных с разбивкой по полу, возрасту, уровню благосостояния, семейному положению, месту жительства и другим соответствующим характеристикам, как, например, этническая принадлежность, а также об использовании имеющихся данных для планирования программ, отслеживания ситуации и корректировки стратегий по мере необходимости.

78. Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, являются взаимозависимыми и все чаще рассматриваются совместно; успехи в достижении каждой из целей способствуют прогрессу в том, что касается всех других. Обеспечение сексуального и репродуктивного здоровья для всех является частью этой динамики. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья способствует социальному, экономическому, политическому и культурному прогрессу и, в свою очередь, определяется им. Кроме того, она имеет основополагающее значение с точки зрения достоинства и благосостояния личности. Это соответствует широкой концепции программы действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, в которой признается важность расширения сферы охвата образования, в особенности для девочек, достижение гендерного равенства и сокращение масштабов нищеты и го-

лода. Понимание и изучение динамики роста населения — это ключевой аспект реагирования на изменение климата и другие экологические бедствия, которые угрожают нашему выживанию.

79. В стратегии Международной конференции по народонаселению и развитию признаются как ближайшие, так и долгосрочные последствия наделения отдельных лиц и супружеских пар возможностями для удовлетворения своих желаний, касающихся того, когда и с какими промежутками рожать детей. Благодаря работе по достижению цели обеспечения всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к профилактике и лечению ВИЧ, множество людей будет спасено и бесчисленное множество других станут жить лучше. Во время дефицита ресурсов инвестирование в охрану сексуального и репродуктивного здоровья — это прямой путь к решению целого ряда проблем развития и ликвидации порочного круга нищеты, передаваемой из поколения в поколение.
