



Экономический и Социальный

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1998/2
11 December 1997
RUSSIAN
ORIGINAL: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ

Тридцать первая сессия

23-27 февраля 1998 года

Пункт 4 предварительной повестки дня*

ПОСЛЕДУЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ

Сводный доклад о контроле за мировым населением, 1998 год:
здравоохранение и смертность

Доклад Генерального секретаря

РЕЗЮМЕ

Настоящий доклад был подготовлен в соответствии с кругом ведения Комиссии по народонаселению и развитию и ее многолетней тематической программой работы, которая была одобрена Экономическим и Социальным Советом в его резолюции 1995/55.

В докладе приводится краткий обзор последней информации по отдельным аспектам здравоохранения и смертности и рассматриваются такие темы, как показатели и динамика смертности; выживание и здоровье детей; сектор первичного медико-санитарного обслуживания и здравоохранения; здоровье женщин и безопасное материнство; вирус иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД); изменения в эпидемиологической области; политика в области здравоохранения и снижения смертности; мероприятия межправительственных и неправительственных организаций в области здравоохранения и снижения смертности; и здравоохранение и развитие. Предварительный, неотредактированный вариант полного текста доклада в виде рабочего документа содержится в документе E/SOA/P/WP.142.

* E/CN.9/1998/1.

Настоящий доклад был подготовлен Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций с использованием материалов Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда Организации Объединенных Наций и Объединенной и совместно организованной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
I. ПОКАЗАТЕЛИ И ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ	1 - 7	4
II. ВЫЖИВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ	8 - 17	6
III. СЕКТОР ПЕРВИЧНОГО МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	18 - 26	9
IV. ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО	27 - 34	11
V. ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ) И СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД)	35 - 52	14
VI. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД	53 - 62	19
VII. ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И БОРЬБЫ СО СМЕРТНОСТЬЮ	63 - 68	22
VIII. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ И НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	69 - 76	25
IX. ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ	77 - 87	28

Таблицы

1. Младенческая смертность в 1970-1975 годах и в 1990-1995 годах, изменение в процентах показателя младенческой смертности за эти периоды и смертность в возрасте до пяти лет, 1990-1995 годы, по основным районам или регионам, расположенным в соответствии с уровнем смертности	7
2. Пересмотренные оценочные показатели материнской смертности 1990 года по регионам	12
3. Ориентировочная картина распространения ВИЧ/СПИДа, 1997 год	15
4. Группы населения, уровни смертности которых вызывают особую озабоченность у правительства	24

Диаграммы

I. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в мире, по регионам более развитых стран и менее развитых стран, 1950-1995 годы, по обоим полам	4
II. Число новых случаев заражения ВИЧ по годам, отдельные регионы	16
III. Мнения правительств о приемлемости уровней смертности, 1995 год	23

I. ПОКАЗАТЕЛИ И ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ

1. После второй мировой войны в деле снижения смертности был достигнут значительный прогресс, в результате чего сегодня средняя продолжительность жизни в мире составляет примерно 62 года для мужчин и 67 лет для женщин, что было типично для регионов более развитых стран в начале 50-х годов. Снижение смертности носило действительно глобальный характер, однако ожидаемая продолжительность жизни повышалась быстрее в регионах менее развитых стран, чем в регионах более развитых стран, в результате чего разрыв между этими двумя регионами сократился с 25,6 года в начале 50-х годов до 12,1 года в 1990-1995 годах (диаграмма I). Сегодня показатели ожидаемой продолжительности жизни в них составляют соответственно 62,1 года и 74,2 года.

2. В большинстве развитых стран повышение ожидаемой продолжительности жизни произошло в значительной степени благодаря снижению смертности среди взрослых лиц и прежде всего лиц пожилого возраста. Быстрее всего показатель смертности падал в странах Южной Европы, где за четыре десятилетия он сократился на 12,7 года. Смертность продолжает снижаться даже при весьма высоких показателях ожидаемой продолжительности жизни. Так, в период 1990-1995 годов ожидаемая продолжительность жизни в Японии, где она является самой высокой, повысилась с 75,9 до 76,4 года для мужчин и с 81,8 до 82,9 года для женщин.

3. Однако в странах с переходной экономикой тенденции в динамике смертности были несколько иными. После окончания второй мировой войны до середины 60-х годов ожидаемая продолжительность жизни в бывшем Союзе Советских Социалистических Республик (СССР) и большинстве стран Восточной Европы устойчиво росла, в основном благодаря быстрому снижению младенческой смертности, для которой был характерен высокий уровень. К середине 60-х годов продолжительность ожидаемой жизни в Восточной Европе достигла уровня Северной Америки и Западной Европы. Затем этот показатель два-три десятилетия оставался на прежнем уровне с чередующимися краткосрочными повышениями и снижениями. Такая стагнация стала результатом двух противоположно направленных тенденций: медленного улучшения показателей выживания детей и ухудшения показателей выживания взрослых лиц, прежде всего мужчин. В результате этого средняя ожидаемая продолжительность жизни (лиц обоих полов) в Восточной Европе в 1990-1995 годах колебалась от 66,5 года в Российской Федерации до 72,0 года в Чешской Республике, в то время как в Европейском союзе она составляла от 74,4 года в Португалии до 78,1 года в Швеции. Положение хуже в европейской группе новых независимых государств, возникших после распада Советского Союза. За пять-восемь лет уровень ожидаемой продолжительности жизни снизился во всех странах этой группы, при этом такое снижение (для лиц обоих полов) составляло от 2,7 года в Эстонии до 5,9 года в Российской Федерации.

4. В регионах менее развитых стран прогресс в данной области был неоднозначным и нынешние показатели ожидаемой продолжительности жизни значительно различаются. Максимальный прирост ожидаемой продолжительности жизни в абсолютном выражении в период с 1950-1955 годов по 1990-1995 годы был достигнут в Азии, где этот показатель вырос с 41,3 до 64,5 года. Прирост в размере более 20 лет достигнут в большинстве наиболее населенных стран Азии - Индии, Индонезии, Китае, Пакистане, Таиланде, Турции и на Филиппинах. Однако в некоторых странах Азии ожидаемая продолжительность жизни по-прежнему является одной из самых низких в мире, примером чему является Афганистан (43,5 года в 1990-1995 годах). В Латинской Америке и Карибском бассейне ожидаемая продолжительность жизни увеличилась в меньшей степени, чем в Азии (на 17,1 года), достигнув в 1990-1995 годах 68,5 года. Еще меньший прирост зафиксирован в Африке, где этот показатель увеличился на 14 лет - с 37,8 года в 1950-1955 годах до 51,8 года в 1990-1995 годах.

5. Хотя в наименее развитых странах, большинство которых находится в Африке к югу от Сахары, увеличение ожидаемой продолжительности жизни составило 14,2 года, темпы ее прироста были значительно более низкими, чем в других развивающихся странах. Тот факт, что среднегодовой прирост ожидаемой продолжительности жизни в период с 1950-1955 годов по 1990-1995 годы составлял в наименее развитых странах 0,4 года по сравнению с 0,6 года в регионах менее развитых стран (исключая наименее развитые страны), означает, что наименее развитые страны еще больше отстали от остальной части мира. Хотя в 1950-1955 годах средняя продолжительность ожидаемой жизни по группе наименее развитых стран (35,5 года) была на 6,2 года ниже, чем средний показатель для регионов менее развитых стран, за исключением этой группы, к 1990-1995 годам этот разрыв увеличился до 14,6 года. С 1985 года войны и гражданские беспорядки вызвали значительное повышение смертности в некоторых странах. Так, ожидаемая продолжительность жизни в Руанде, по оценкам, снизилась с 46,7 года в 1985-1990 годах до 22,6 года в 1990-1995 годах.

6. Серьезной причиной смертности во многих развивающихся странах стало распространение эпидемии вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД). Последствия ВИЧ/СПИДа особенно ужасающи в странах Африки к югу от Сахары, где в конце 70-х - начале 80-х годов он начал распространяться высокими темпами. По прогнозам, стагнация или снижение ожидаемой продолжительности жизни в результате смертности

от СПИДа будет продолжаться вплоть до 2000 года. Если бы не было СПИДа, средняя ожидаемая продолжительность жизни в 24 странах Африки к югу от Сахары, наиболее пострадавших от этой эпидемии, в 1985–1990 годах составила бы 51,4 года, а в 1990–1995 годах повысилась бы до 52,6 года. Из-за СПИДа фактический показатель ожидаемой продолжительности жизни в 1985–1990 годах был на 1,5 года ниже и продолжал падать – до 48,3 года в 1990–1995 годах, что на 4,3 года меньше, чем показатель, который был бы достигнут, если бы не было СПИДа. В пяти наиболее пострадавших африканских странах, где ВИЧ инфицировано 10 или более процентов взрослого населения, в 1990–1995 годах из-за СПИДа показатель ожидаемой продолжительности жизни был на 9,1 года ниже; средняя ожидаемая продолжительность жизни в этих странах снизилась до 44 лет; по оценкам, в результате эпидемии СПИДа в этих странах в 1985–1995 годах умерло на 1,5 млн. человек больше.

7. Цели в области улучшения показателей ожидаемой продолжительности жизни были установлены на двух недавних крупных международных конференциях: в 1994 году – на Международной конференции по народонаселению и развитию и в 1995 году – на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития. В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию¹ было заявлено, что странам следует стремиться к достижению к 2005 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 70 лет, и к 2015 году показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 75 лет (пункт 8.5). В Программе действий Всемирной встречи на высшем уровне в интересах социального развития² была поставлена задача достичь к 2000 году показателя 60 лет (пункт 36б). В случае если самые последние прогнозы Организации Объединенных Наций в области народонаселения окажутся точными, то 71 страна не достигнет показателя 70 лет к 2005 году, утвержденного на Всемирной конференции по народонаселению и развитию, а 111 стран – установленного на Конференции показателя 75 лет к 2015 году.

II. ВЫЖИВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

8. В 1990–1995 годах ежегодно примерно 11 млн. детей умирало до достижения возраста пяти лет, а 8,2 млн. из них не доживало до одного года. Подавляющее большинство таких случаев смерти (98 процентов) имело место в развивающихся странах, при этом на наименее развитые страны приходится треть всех случаев смерти в возрасте до пяти лет. В развитых странах в период 1990–1995 годов лишь 11 из 1000 новорожденных детей умирало в возрасте до одного года; в развивающихся же странах число таких случаев смерти составляет 68 на 1000 новорожденных. Положение детей младенческого возраста в наименее развитых странах еще хуже: 109 младенцев на 1000 новорожденных умирают в возрасте до одного года. Аналогичным образом, показатель смертности в возрасте до пяти лет, который является более точным показателем социально-экономических, экологических и поведенческих факторов, чем младенческая смертность, в развивающихся странах был в 7 раз выше, а в наименее развитых странах в 12 раз выше, чем в развитых странах. Оценки региональных показателей младенческой смертности и смертности в возрасте до пяти лет приводятся в таблице 1.

Таблица 1. Младенческая смертность в 1970–1975 годах и в 1990–1995 годах, изменение в процентах показателя младенческой смертности за эти периоды и смертность в возрасте до пяти лет, 1990–1995 годы, по основным районам или регионам, расположенным в соответствии с уровнем смертности

Основной район или регион	Младенческая смертность (на 1000 живорождений)		Изменение показателя младенческой смертности в процентах 1990-1995 годы по сравнению с 1970-1975 годами	Смертность в возрасте до пяти лет (на 1000 живорождений) 1990-1995 годы
	1970-1975 годы	1990-1995 годы		
Весь мир	93	62	-33	82
Регионы более развитых стран	21	11	-50	13
Регионы менее развитых стран	104	68	-35	90
Наименее развитые страны	147	109	-26	156
Северная Америка	18	9	-52	10
Европа	25	13	-48	16
Океания	41	26	-36	33
Латинская Америка и Карибский бассейн ...	80	40	-50	46
Азия	98	62	-37	77
Африка	130	94	-28	145

Источник: *World Population Prospects: The 1996 Revision* ("Прогноз численности населения мира: оценка 1996 года") (издание Организации Объединенных Наций, готовится к публикации), приложение I.

9. В связи с признанием важности расширения усилий в целях уменьшения смертности среди детей участники Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей и Международной конференции по народонаселению и развитию призвали к действиям в интересах выживания и улучшения здоровья детей и определили задачи в области уменьшения смертности. В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию определено, что все страны должны стремиться обеспечить к 2015 году снижение коэффициента младенческой смертности до уровня менее 35 на 1000 живорождений, а коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет – до уровня менее 45 на 1000 живорождений (пункт 8.16).

10. При анализе прежде всего положения в странах с высокой смертностью – тех, в которых, по самым последним оценкам, показатель младенческой смертности с 1985 года составлял по крайней мере 100 на 1000 живорождений или в которых уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет был по меньшей мере 150 на 1000 живорождений, – становится ясно, что им будет трудно достичь установленных целей, даже в том случае, если во всех этих странах с 1995 года темпы снижения смертности удержатся на самом высоком уровне, когда-либо достигнутом одним из членов этой группы (2,3 процента в год). В эту группу входят прежде

всего страны, относимые к наименее развитым странам, и среди них весьма много стран Африки, к числу которых, как правило, относятся страны Западной и Восточной Африки. В Азии страны этой группы находятся прежде всего на Индийском субконтиненте, а из стран Латинской Америки и Карибского бассейна в эту группу входит только Гаити.

11. Хотя, по оценкам, младенческая и детская смертность устойчиво снижается во всех регионах развивающихся стран с 1970 года, имеющиеся данные дают основания полагать, что темпы такого снижения очевидно начали замедляться в 80-х годах, особенно среди наименее развитых стран. Для многих таких стран замедление процесса снижения показателя смертности среди детей связано со все более широким распространением ВИЧ. В тех странах, где число инфицированных ВИЧ велико, снижение смертности среди детей стало более сложной задачей, решение которой может зависеть не только от программ, направленных на борьбу с обычными детскими инфекционными заболеваниями, но и от согласованных усилий по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ.

12. Однако следует отметить, что есть много развивающихся стран, в которых за последние 20 лет были достигнуты впечатляющие результаты в деле выживания детей. К таким странам относятся некоторые из наиболее населенных стран мира, например Индия, Китай и Мексика, в которых среднегодовые темпы снижения показателя смертности превышали 4 процента. Особого упоминания заслуживают страны или районы, в которых темпы снижения показателей устойчиво превышали 7 процентов в год, в том числе Республика Корея, Чили и Ямайка – по показателю младенческой смертности, и эти же страны, а также Гонконг, Китай, Коста-Рика и Шри-Ланка – по показателю смертности детей в возрасте до пяти лет. Кроме того, в некоторых развивающихся странах, включая Израиль, Республику Корея и Сингапур, достигнут показатель младенческой смертности, сопоставимый с уровнем развитых стран (менее 11 на 1000 живорождений).

13. Тенденция к снижению младенческой смертности характерна также и для стран с переходной экономикой. Хотя оценки по странам-правопреемникам бывшего СССР свидетельствуют о заметном увеличении младенческой смертности в период 1970–1975 годов, такое увеличение обусловлено совершенствованием учета случаев смерти новорожденных и не отражает изменения в основополагающих тенденциях. Оценки, проведенные после 1990 года, свидетельствуют о годовых колебаниях, иногда предполагающих увеличение по сравнению с предшествующим годом, однако общая тенденция носит понижательный характер. Аналогичные тенденции наблюдаются и в других странах с переходной экономикой. Таким образом, имеющиеся данные дают основания полагать, что происходящие в странах с переходной экономикой социальные и экономические преобразования не ведут к заметному уменьшению шансов детей на выживание.

14. В развитых странах с рыночной экономикой по-прежнему отмечаются весьма низкие уровни младенческой смертности, при этом наиболее высокий показатель для этой группы стран – 8 случаев на 1000 живорождений зафиксирован в Греции, Соединенных Штатах Америки и Португалии. Самая низкая смертность – в Швеции: 3 случая смерти на 1000 живорождений в 1996 году.

15. В развитых странах смертность по группе младенцев и детей неизменно выше среди мальчиков, чем среди девочек. Это не всегда характерно для развивающихся стран, где то преимущество, которое девочки имеют над мальчиками с точки зрения выживания, иногда перевешивается другими факторами, включая дискриминацию девочек при уходе за детьми, что обуславливает чрезмерную смертность среди детей женского пола. И хотя лишь в небольшом числе развивающихся стран зафиксировано явное превышение смертности среди девочек, размеры этих стран предполагают значительные последствия этого явления в количественном выражении. Так, по

оценкам, повышенная смертность среди девочек ежегодно является причиной 250 000 случаев смерти среди девочек в возрасте до пяти лет, которые можно было бы предотвратить.

16. За последние два десятилетия международное сообщество сплотилось в интересах осуществления низкозатратных, дающих большую отдачу мероприятий, цель которых - уменьшение числа предотвращаемых случаев смерти детей. К середине 80-х годов одним из основных мероприятий многих программ в области здравоохранения стала всеобщая иммунизация детей. Иммунизация и другие мероприятия, направленные на повышение показателей выживаемости детей, помогли мобилизовать политическую волю в интересах здоровья и развития ребенка и привлечь дополнительное внимание к вопросам создания потенциала и поддержки программ на национальном и общем уровне.

17. Международные усилия, направленные на улучшение показателей выживания и развития детей, были еще более укреплены в 90-х годах благодаря тесному партнерству между национальными правительствами, учреждениями системы Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и двусторонними и многосторонними организациями. Важным рубежом в деле расширения масштабов мероприятий в области выживания и развития ребенка стала Всемирная встреча на высшем уровне в интересах детей, проведенная в 1990 году. В 1996 году в докладе Генерального секретаря о ходе осуществления резолюции 45/217 Генеральной Ассамблеи о Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей на середину десятилетия (A/51/256) было указано, что значительный прогресс был достигнут в отношении целей, установленных на 2000 год. Однако, несмотря на эти достижения, детская смертность по-прежнему находится на недопустимо высоком уровне в развивающихся странах, особенно в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии.

III. СЕКТОР ПЕРВИЧНОГО МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

18. Улучшению состояния здоровья в значительной степени способствуют мероприятия сектора первичного медико-санитарного обслуживания. Тем не менее после принятия в 1978 году Алма-Атинской декларации³ прошло немало времени, прежде чем начался процесс перенаправления людских и финансовых ресурсов на цели первичного медико-санитарного обслуживания. Руководители сектора здравоохранения по-прежнему отдают предпочтение лечебной клинической медицине перед профилактикой и пропагандой

здоровья населения. Системы и службы общественного здравоохранения не получают достаточных ресурсов, а уход за представителями уязвимых групп населения, инвалидами и престарелыми в целом пользуется недостаточной поддержкой.

19. Что касается людских ресурсов, то в то время как, по оценкам, в развитых странах с рыночной экономикой на 100 000 человек приходится 750 медсестер и акушерок, а в странах с переходной экономикой, по сообщениям, 800 медсестер и акушерок, в наименее развитых странах этот показатель составляет лишь 20 на 100 000 человек. Положительным моментом является то, что спрос на услуги медсестер и акушерок во всем мире растет, и из всех регионов, охватываемых деятельностью Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), поступают сообщения об увеличении потребностей в средствах на подготовку медсестер и развитие людских ресурсов.

20. Во многих странах по-прежнему широко распространена практика возложения основной ответственности в связи с уходом за больными на врачей, хотя опыт показывает, что многие такие услуги с не меньшим успехом могут оказывать медсестры и другие работники здравоохранения. Необходимы дополнительные усилия для контроля за производительностью труда работников здравоохранения, качеством предлагаемых услуг и их стоимостью.

21. В 1996 году ВОЗ приступила к осуществлению инициативы, направленной на решение в общем плане вопроса равенства в области здравоохранения и медицины. Ее цель – добиться того, чтобы распределение возможностей для повышения благосостояния людей учитывало их потребности, а не социальные привилегии, и сократить поддающийся таким мерам разрыв в состоянии здоровья и доступе к медицинским услугам между мужчинами и женщинами и между группами с различными социальными возможностями.

22. Мероприятия, направленные на решение проблем престарелых, инвалидов и лиц с ВИЧ/СПИДом, дают большую отдачу на общинном уровне. Аналогичным образом, пропаганда грудного вскармливания, консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и обучение матерей методам ухода за младенцами и детьми оказываются более эффективными в тех случаях, когда ими занимаются известные в общине лица, нежели тогда, когда их, как представляется, навязывает центральный бюрократический аппарат.

23. За последние 20 лет, прошедшие с момента принятия ВОЗ концепции основных медикаментов и подготовки первого перечня основных медикаментов, в абсолютном выражении значительно увеличился объем используемых медикаментов. Многие страны стали применять концепцию основных медикаментов для рационализации системы обеспечения лекарствами. Более 120 стран на регулярной основе пересматривают свой национальный перечень основных медикаментов. Практика закупки и распределения лекарств в рамках общественного сектора стала более последовательной благодаря созданию автономных центральных медицинских складов и осуществлению таких планов, как Бамакская инициатива, предусматривающих альтернативные методы финансирования, например совместное несение расходов. Увеличению предложения медикаментов в большинстве стран содействовало быстрое развитие частного сектора. Однако, несмотря на такой прогресс, свыше трети населения мира, по оценкам, по-прежнему не имеет доступа на регулярной основе к основным медикаментам, а в некоторых регионах мира, особенно в наиболее бедных странах Африки и Азии, основные медикаменты недоступны для более чем 50 процентов населения.

24. Многие страны пошли по пути развития своей системы законодательного регулирования использования медикаментов на основе норм и стандартов, разработанных ВОЗ. Тем не менее по-прежнему вызывает озабоченность качество лекарств, при этом на международных рынках растет число медикаментов, не отвечающих соответствующим стандартам или являющихся

поддельными. Нехватка людских и финансовых ресурсов, усугубляемая сокращением государственных расходов, ограничивает возможности органов, регулирующих использование медикаментов, в том, что касается обеспечения безопасности, эффективности и приемлемого качества реализуемых на рынке лекарств.

25. Распространение инфекционных заболеваний по-прежнему в значительной степени вызвано отсутствием основных средств санитарии, источников чистой воды и качественного продовольствия. Хотя масштабы обеспечения чистой водой и средствами санитарии в целом увеличиваются, их недостаточно для удовлетворения потребностей растущего населения во многих странах. По оценкам, в 1994 году лишь 75 процентов населения в развивающихся странах имело доступ к источникам чистой воды и 34 процента - к средствам санитарии. По обоим этим показателям положение сельского населения оказывается еще хуже. В 1994 году при охвате системами санитарии в городских районах 63 процентов населения, в сельских районах этот показатель составлял всего лишь 18 процентов. Аналогичным образом, доступ к чистой воде имел 70 процентов населения в сельских районах, по сравнению с 82 процентами в городских районах.

26. Во всем мире существует понимание необходимости реформы сектора здравоохранения, хотя применяемые в этих целях методы значительно различаются. В большинстве стран стратегия в интересах перемен ориентирована прежде всего на децентрализацию ответственности с передачей ее на низовой уровень, приватизацию медицинского обслуживания и уделение повышенного внимания индивидуальному выбору и ответственности за покрытие медицинских расходов. Децентрализация может принимать различные формы, однако во всех случаях она означает существенные изменения в порядке финансирования медицинского обслуживания, в подготовке кадров, снабжении или уровне ресурсов. Однако нехватка данных чрезвычайно затрудняет оценку того, насколько показатели этой системы меняются со временем. Получение дополнительной информации позволит провести более рациональный анализ тенденций в состоянии здоровья жителей той или иной страны; распространение информационных технологий должно облегчить выполнение такой задачи в будущем.

IV. ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО

27. К числу наиболее распространенных причин смертности женщин репродуктивного возраста во многих развивающихся странах мира относятся осложнения, связанные с беременностью и родами. Согласно опубликованным в 1996 году оценкам показателей материнской смертности, по причинам, связанным с беременностью, ежегодно умирают около 585 000 женщин, причем в 99 процентах случаев это происходит в развивающихся странах (таблица 2). Существует большой разрыв между коэффициентами материнской смертности в развитых и развивающихся регионах: в 1990 году разброс показателей составлял от более 480 случаев на 100 000 живорождений в наименее развитых странах до порядка 27 случаев на 100 000 живорождений в развитых странах. В ряде районов Африки отмечаются показатели на уровне, достигающем 1000 случаев смерти матери на 100 000 живорождений.

Таблица 2. Пересмотренные оценочные показатели материнской смертности
1990 года по регионам

	Коэффициент материнской смертности (материнская смертность на 100 000 живорождений)	Число случаев материнской смертности (в тысячах)
Весь мир	430	585
Более развитые регионы	27	4
Менее развитые регионы	480	582
Африка	870	235
Азия ^a	390	323
Европа	36	3
Латинская Америка и Карибский бассейн	190	23
Северная Америка	11	0,5
Океания ^b	680	1

Источник: Всемирная организация здравоохранения/Детский фонд Организации Объединенных Наций, "Пересмотренные оценочные показатели материнской смертности 1990 года" (Женева, 1996 год).

^a Исключая Японию, которая отнесена к странам более развитых регионов.

^b Исключая Австралию и Новую Зеландию, которые отнесены к странам более развитых регионов.

28. Причины материнской смертности являются во всем мире аналогичными. В мировом масштабе около 80 процентов случаев такой смертности обусловлены прямыми причинами, а именно: акушерско-гинекологическими осложнениями протекания беременности и родов (беременность как таковая, роды и послеродовой (пуэрперальный) период), обусловленными вмешательством того или иного рода, непринятием необходимых мер, неправильным уходом или цепью событий, происходящих под воздействием любого из перечисленных выше факторов. Наиболее распространенным непосредственным фактором – на долю которого приходится четвертая часть всех случаев материнской смертности – является смертность от кровотечений, возникающих, как правило, у рожениц в послеродовой период. Около 15 процентов случаев материнской смертности обусловлены послеродовыми инфекциями, нередко являющимися следствием несоблюдения санитарно-гигиенических требований при родах или запущенности инфекционных заболеваний половых путей (включая болезни, передаваемые половым путем). Причиной приблизительно 13 процентов всех случаев материнской смертности являются связанные с повышением кровяного давления осложнения протекания беременности, в частности эклампсия (судороги). Около 7 процентов материнских смертей происходят в результате затянувшихся родов или родов, осложненных наличием механического препятствия прохождению плода. К числу других прямых причин материнской смертности относятся внематочная беременность и хореонаденома, эмболия и последствия медицинских процедур, таких, как анестезия. Около 20 процентов случаев материнской смертности имеют косвенные причины, то есть смерть наступает в результате обострения существующего заболевания под воздействием физиологических факторов,

связанных с беременностью. Наиболее существенной из этих косвенных причин смертности является анемия.

29. Значительная доля – приблизительно 13 процентов – случаев материнской смертности обусловлена осложнениями, связанными с рискованными abortionами⁴. В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию признается, что проведение абортов в неадекватных условиях представляет собой серьезную проблему здравоохранения, и рекомендуется сокращать практику применения абортов путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи. В Программе действий подчеркивается далее, что в случаях, когда аборт не является незаконным, его следует производить в адекватных условиях. Во всех случаях женщинам следует обеспечивать доступ к качественным услугам во избежание осложнений, связанных с абортом. В настоящее время примерно в 90 процентах стран мира, на которые приходится 96 процентов населения планеты, проводится политика, разрешающая – при соблюдении различных правовых требований – производство абортов для спасения жизни женщины. Однако значительная часть абортов производится самими беременными или иным образом проводится в неадекватных условиях, что становится причиной значительного числа случаев материнской смертности или нанесения необратимого вреда здоровью идущих на это женщин.

30. Непосредственной причиной связанных с беременностью осложнений, подрыва здоровья и смерти является неадекватный уход за будущей матерью в период беременности и родов. К числу более опосредованных факторов относятся зависимое положение женщин, неудовлетворительное состояние здоровья и неадекватность питания. Возраст женщины во время ее первой или последней беременности, интервалы между родами и общее количество беременностей в течение жизни и социально-культурные и экономические условия жизни женщин – все эти факторы обуславливают материнскую заболеваемость и смертность. В то же время наиболее значимым непосредственным фактором, определяющим состояние здоровья и шансы на выживание матерей, является то, в какой степени женщины имеют доступ к качественным услугам по охране материнства и пользуются ими. Это прямо признается в Программе действий Международной конференции по населению и развитию, в которой указывается: "Все страны при поддержке всех секторов международного сообщества должны расширить предоставление услуг по охране материнства в контексте первичного медико-санитарного обслуживания. ... Во всех случаях родовспоможение должно производиться квалифицированным персоналом, желательно медицинскими сестрами и акушерками или по меньшей мере персоналом, прошедшим соответствующую подготовку".

31. Согласно нынешним глобальным оценкам ВОЗ, в развивающихся странах по крайней мере минимальными медицинскими услугами в период беременности пользуются приблизительно 65 процентов беременных женщин; 40 процентов всех родов принимаются в медицинских учреждениях и несколько более половины – квалифицированным персоналом. Эти показатели резко контрастируют с данными по развитым странам, где во время беременности, родов и в послеродовой период регулярный медицинский уход обеспечивается практически каждой женщине.

32. В относительном плане почти не уделяется внимания такому аспекту услуг по охране материнства, как послеродовой уход. Согласно основанным на имеющихся ограниченных данных оценкам, в развивающихся странах послеродовым обслуживанием охвачено менее 30 процентов женщин, а во всемирном масштабе этот показатель составляет 35 процентов. Столь низкий уровень охвата вызывает обеспокоенность с учетом того, что своевременное предоставление медицинской помощи в послеродовой период позволяет предотвратить смерть как матерей, так и новорожденных, а также снизить показатели связанной с беременностью заболеваемости в более долгосрочной перспективе.

33. Наиболее очевидное препятствие, затрудняющее доступ к услугам по охране материнства, заключается в том, что нуждающиеся в таких услугах порой проживают на значительном удалении от мест расположения соответствующих служб. В сельской местности, где женщины с трудом могут найти средства для оплаты проезда на транспорте и где дороги чаще всего находятся в плачевном состоянии, а автотранспортные средства редки, пользование даже самыми обычными медицинскими услугами в дородовой период связано с преодолением трудностей материального порядка, а обращаться за медицинской помощью в случае осложнений или в чрезвычайных ситуациях весьма непросто.

34. По мере расширения масштабов осуществления программ безопасного материнства становится все более очевидным, что традиционно используемый показатель состояния здоровья матерей – коэффициент материнской смертности – является недостаточным для контроля за прогрессом в краткосрочной перспективе. В настоящее время в рамках большинства программ безопасного материнства для регулярного контроля за выполнением программы используются показатели, характеризующие процесс ее осуществления. Такие показатели могут включать количество и характер предоставляемых основных акушерско-гинекологических услуг, долю родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом или в медицинских учреждениях, показатели родоразрешения путем оперативного вмешательства и институциональные показатели смертности. В дополнение к этому странам настоятельно рекомендуется максимально широко использовать методы, позволяющие оценивать качество предоставляемых услуг, опираясь, в частности, на углубленные опросы матерей и анализ конкретных случаев.

V. ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ) И СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД)

35. По оценкам, по состоянию на конец 1997 года численность инфицированных ВИЧ или больных СПИДом составляла во всем мире более 30 миллионов человек, из них около 1,1 миллиона составляли дети (таблица 3). При этом более 90 процентов зараженных и больных проживают в развивающихся странах.

36. По оценкам, в 1997 году число лиц, инфицированных ВИЧ, увеличилось на 5,8 миллиона, то есть в среднем ежедневно заражались около 16 000 человек. Из этого числа заразившихся около 40 процентов составляют женщины и около 10 процентов приходится на долю детей. Непропорционально высоки показатели инфицированности ВИЧ в младшей возрастной группе взрослого населения: в 1997 году более половины заразившихся приходилось на долю лиц в возрасте до 25 лет. Связанные с ВИЧ

заболевания стали в 1997 году причиной смерти приблизительно 2,3 миллиона человек – что составляет одну пятую от общего числа всех умерших с момента начала пандемии. Из числа этих 2,3 миллиона умерших около 460 000 составляли дети.

Таблица 3. Ориентировочная картина распространения ВИЧ/СПИДа, 1997 год

Регион	Количество взрослых и детей, в настоящее время пораженных ВИЧ/СПИДом (в тысячах)	Коэффициент распространенности ВИЧ (в процентах) ^a
Весь мир	30 612	
Страны Африки к югу от Сахары	20 800	7,4
Южная и Юго-Восточная Азия	6 000	0,6
Восточная Азия и Тихий океан	440	0,05
Карибский бассейн	310	1,9
Латинская Америка	1 300	0,5
Северная Африка и Западная Азия	210	0,13
Северная Америка	860	0,6
Западная Европа	530	0,3
Центральная и Восточная Европа/Средняя Азия	150	0,07
Австралия и Новая Зеландия	12	0,1

Источник: Объединенная и совместно организованная программа Всемирной организации здравоохранения/Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа (Женева, декабрь 1997 года).

^a Доля взрослых, пораженных ВИЧ/СПИДом, среди взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет.

37. Географическая картина распространения ВИЧ неоднородна. В одних районах вирус стал широко распространяться с начала 80-х годов, тогда как в других начало его распространения приходится лишь приблизительно на 1991 год (см. диаграмму II). В рамках глобальной пандемии наблюдается серия взаимоперекрывающихся микроэпидемий, для каждой из которых характерна собственная структура и динамика развития. В то время как небольшому числу относительно богатых стран удалось остановить распространение эпидемии в пределах своих границ, в других частях мира отмечаются вспышки новых, порой стремительно расширяющихся эпидемий. В настоящее время ВИЧ поражены практически все регионы мира.

38. По оценкам, по состоянию на конец 1997 года в странах Африки к югу от Сахары проживали около 21 млн. лиц, инфицированных ВИЧ, т.е. около двух третей от общего числа зараженных ВИЧ в мире. ВИЧ начал распространяться в странах Восточной Африки в начале 80-х годов. Эпидемии, начавшиеся в самое последнее время, - в Ботсване, Лесото, Намибии, Свазиленде и Южной Африке - разрастаются и ширятся аналогично тому, как это происходило в группе стран, которые раньше других столкнулись с этим явлением.

39. Существенное распространение ВИЧ в отдельных районах Азии началось позднее, нежели в Африке, - с середины 80-х годов - и продолжалось в последующий период. За десять или даже меньше лет показатели заболеваемости в некоторых районах выросли весьма значительно. Ситуация в разных странах существенно различается, кроме того, наблюдаются значительные внутристранные различия в динамике распространения ВИЧ в Азии, что особенно заметно в Индии и Китае.

40. Наибольшее количество соответствующей документальной информации в данном регионе накоплено в Таиланде. Там эпидемия началась в 1988 году, первоначально распространившись в кругу наркоманов, пользующихся инъецируемыми наркотиками. За первые девять месяцев года доля инфицированных в этой группе выросла с 0 до 35 процентов. В течение двух лет произошло аналогичное увеличение числа инфицированных среди наркоманов, пользующихся инъецируемыми наркотиками, в Мьянме, а затем в северо-восточной Индии. Наряду с этим следует отметить, что в странах Азии преобладает распространение ВИЧ половым путем.

41. В Латинской Америке распространение ВИЧ началось давно, приблизительно в 1980 году - первоначально в среде гомосексуалистов и бисексуалов, а также наркоманов, пользующихся инъецируемыми наркотиками. В наибольшей степени пострадали такие страны и области региона, как Бразилия, Гондурас и Карибский бассейн.

42. В Северной Америке в условиях общего замедления темпов распространения СПИДа в последние несколько лет отмечаются значительные различия среди разных групп населения. В 90-е годы быстрее всего росло число заболевших СПИДом среди женщин и представителей экономически обделенных слоев населения, при этом число инфицированных при вступлении в гетеросексуальную половую связь росло быстрее, чем среди гомосексуалистов и лиц, заразившихся без вступления в половую связь. Показатели смертности от СПИДа в последние несколько лет снизились, что в значительной мере объясняется появлением более совершенных методов лечения.

43. В Западной Европе уровень заболеваемости СПИДом в последние несколько лет стабилизировался в ряде стран северо-западной части континента, но продолжает расти в юго-западных странах Европы. В частности, в Испании и Португалии дальнейшему распространению ВИЧ способствовало употребление инъецируемых наркотиков.

44. В отдельных районах Центральной и Восточной Европы наблюдается быстрый рост масштабов эпидемии, чему способствует целый ряд факторов, включая переходные процессы в политической и экономической сферах и их воздействие на образ жизни, среднюю продолжительность жизни и состояние здравоохранения. В ряде стран были зарегистрированы острые вспышки ВИЧ-инфекции, связанные с употреблением инъецируемых наркотиков, - сначала, в конце 80-х годов, в Польше и бывшей Югославии

и совсем недавно – в украинских городах Черноморского побережья. Употребление инъецируемых наркотиков играет сегодня значительную роль и в распространении эпидемии в Российской Федерации.

45. В Австралии и Новой Зеландии, по имеющимся данным, более 85 процентов случаев инфицирования связаны с половыми контактами между мужчинами. Имеющаяся информация говорит о том, что показатели инфицирования ВИЧ в Австралии стабилизировались, а в Новой Зеландии они сокращаются.

46. ВИЧ передается исключительно через биологические жидкости. На передачу половым путем, по оценкам, приходится примерно 85 процентов всех регистрируемых в мире случаев инфицирования ВИЧ. Передача через кровь и препараты крови является вторым основным путем передачи ВИЧ-инфекции. Употребление инъецируемых наркотиков, при котором соответствующие лица пользуются одной нестерильной иглой или шприцем, является во многих районах – как в развитых, так и в развивающихся странах – одним из основных путей передачи этой инфекции.

47. Третьим основным путем передачи инфекции является ее передача от матери ребенку в перинатальный и послеродовой период. Передача инфекции от матери ребенку является основным источником ВИЧ-инфицирования детей в возрасте до 15 лет. Дети могут быть также инфицированы ВИЧ при переливании крови и при использовании нестерильных медицинских инструментов.

48. Хотя ВИЧ-инфекция на данный момент неизлечима, течение болезни можно существенно замедлить с помощью комбинированной противоретровирусной терапии. Помимо этого, существует целый ряд методов, позволяющих предотвращать и лечить оппортунистические инфекции и злокачественные опухоли, развивающиеся у лиц, чья иммунная система ослаблена вирусом. Имеется также профилактическая противоретровирусная терапия, цель которой состоит в уменьшении вероятности развития ВИЧ-инфекции у лиц, подвергшихся воздействию вируса. Однако основной проблемой в довольно большом числе стран является проблема доступности лечения, так как большинство из существующих методов лечения зачастую отсутствуют и/или сопряжены с непомерными расходами.

49. Принимаемые в связи с ВИЧ меры включают профилактику и оказание медицинской помощи, причем взаимосвязанность этих двух подходов возрастает по мере нарастания масштабов пандемии. Практически все страны приняли определенные меры в связи с проблемами и угрозами, вызванными глобальным распространением ВИЧ-инфекции. Мероприятия в этой области зачастую осуществлялись под руководством министерства здравоохранения, национальной программы борьбы со СПИДом и в некоторых случаях – под руководством национальных лидеров. Во многих случаях наиболее активно эта деятельность осуществлялась в общинах, в наибольшей степени пострадавших от вируса, – в местных общинных группах или в ассоциациях людей, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом.

50. В преобладающем числе случаев инфицирование ВИЧ происходит в результате половых контактов или употребления инъецируемых наркотиков, поэтому изменения в поведении являются одной из основных мер по предотвращению передачи инфекции. Одной из основных целей программ профилактики является выявление групп населения, которые в силу своего сексуального поведения или употребления ими инъецируемых наркотиков с использованием одной иглы подвергаются повышенному риску, и распространение среди них знаний, навыков, средств и условий, необходимых для изменения такого поведения, и тем самым уменьшение опасности инфицирования ВИЧ. Программы профилактики должны быть также направлены на решение более общих вопросов, которые могут влиять на уязвимость различных групп населения по отношению к

ВИЧ/СПИДу. Такие рассчитанные на более длительную перспективу меры включают содействие изменениям в культуре и жизни общества, особенно в том, что касается положения женщин, которые во многих странах особенно уязвимы по отношению к ВИЧ/СПИДу.

51. Учитывая уязвимость молодежи по отношению к ВИЧ и другим передаваемым половым путем болезням, общество должно принимать более активные меры для того, чтобы дети могли защитить себя от этих болезней. Для этого следует проводить просветительскую работу в школах, в семье и в средствах массовой информации и предоставлять детям возможность приобретения навыков, необходимых для защиты от этих болезней. Информационно-просветительскую работу по вопросам СПИДа среди детей, даже если они и не подвергаются сегодня этой опасности, надо рассматривать как эффективное капиталовложение в их будущее.

52. Сейчас, когда некоторые районы мира уже на протяжении целых 20 лет имеют дело с последствиями пандемии, положение в вопросах, касающихся ВИЧ и СПИДа, все более нормализуется. В некоторых странах такая нормализация проявляется в том, что ВИЧ лечится как любое другое инфекционное заболевание. В других странах наблюдалось расширение и переориентация услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья. Интеграцию связанных с ВИЧ услуг в другие виды услуг следует проводить открыто и в тесной консультации с затронутыми этой проблемой группами и общинами; те, кто осуществляет эти мероприятия, помня о возможных преимуществах подобной интеграции, должны также учитывать характерные особенности эпидемии и ее последствия для некоторых наиболее маргинализованных групп и общин.

VI. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД

53. Сейчас во всех регионах мира наблюдается эпидемиологический переход – переход от ситуации, когда среди основных причин смерти доминируют инфекционные и паразитарные болезни, к ситуации, когда основными причинами смертности являются хронические и эндогенно детерминированные болезни взрослого периода жизни. Уже к середине столетия неинфекционные болезни, особенно болезни системы кровообращения и рак, пришли на смену инфекционным болезням в качестве доминирующих причин смертности в развивающихся странах. К началу 90-х годов до 90 процентов всех смертей в этих районах были обусловлены этими причинами.

54. Доля хронических и эндогенно детерминированных болезней в структуре причин смертности возрастает также и в развивающихся странах. Благодаря успешному осуществлению глобальных стратегий обеспечения выживания детей, позволивших сократить младенческую и детскую смертность от инфекционных болезней, структура причин смертности в развивающихся странах претерпевает существенные изменения. Сокращение рождаемости в свою очередь вызвало изменения в возрастной структуре населения в сторону его старения, что также способствовало повышению доли хронических и эндогенно детерминированных болезней взрослого периода жизни в структуре причин смертности, хотя смертность среди взрослого населения продолжала сокращаться. Все большая часть населения умирает в более преклонном возрасте, когда в структуре причин смертности доминируют неинфекционные болезни.

55. Всеобъемлющий обзор, проведенный с целью изучения причин смертности по регионам, свидетельствует о том, что в 1990 году на неинфекционные болезни приходилось примерно 60 процентов всех зарегистрированных в мире случаев смерти. Среди них наиболее важными группами хронических болезней как для мужчин, так и для женщин были сердечно-сосудистые болезни и злокачественные новообразования. В 1990 году сердечно-сосудистые болезни обусловили примерно 14,3 млн. случаев смерти во всем мире, 63 процента из которых, по оценкам, имели место в развивающихся странах. Ишемическая болезнь является основной причиной смертности от

сердечно-сосудистых заболеваний во всем мире, уступая лишь церебрально-сосудистым заболеваниям. В то же время злокачественные образования обусловили в 1990 году примерно 6 млн. смертей во всем мире, 60 процентов из которых, по оценкам, имели место в развивающихся странах. У женщин наиболее распространенной формой рака был рак молочной железы, за которым по статистике следовал рак желудка. В развивающихся регионах серьезную угрозу для здоровья женщин представлял также рак шейки матки. У мужчин наиболее распространенной причиной смертности от рака был рак легких, за которым по статистике следовал рак желудка.

56. Из 17,2 млн. зарегистрированных в 1990 году случаев смерти от инфекционных болезней 96 процентов, по имеющимся оценкам, приходилось на развивающиеся страны. Среди заразных болезней инфекционные и паразитарные болезни были наиболее распространенными причинами смерти во всех регионах, как для женщин, так и для мужчин, за исключением стран с давно сформировавшейся рыночной экономкой, бывших социалистических стран Европы и Китая. В этих регионах сравнительно большую роль играли респираторные инфекции. Беременность также существенно влияла на показатели смертности среди женщин репродуктивного возраста в различных регионах.

57. По оценкам, в 1990 году смертность в результате травматизма составляла 10 процентов от всех случаев смерти в мире. Доля травматизма в структуре причин смертности колебалась в пределах от 6 процентов всех случаев смерти в странах с давно сформировавшейся рыночной экономикой до 12-13 процентов в странах Латинской Америки и Карибского бассейна и в африканских странах, расположенных к югу от Сахары. Восемьдесят четыре процента из 5,1 млн. зарегистрированных в мире случаев смерти в результате травматизма приходилось на развивающиеся страны.

58. Хотя с середины столетия неинфекционные болезни являются наиболее распространенной причиной смертности в развитых странах, относительные доли различных причин в общей структуре смертности варьируются в зависимости от региона и отражают соотношение факторов поведения и других факторов риска, связанных с хроническими болезнями. Такие различия наглядно проявляются в региональных различиях в смертности по причинам смерти между странами с давно сформировавшейся рыночной экономикой и бывшими социалистическими странами Европы. В последних смертность в результате общих для обоих регионов причин, как правило, выше. Помимо этого, доля непреднамеренных и преднамеренных телесных повреждений в общей структуре причин смертности значительно выше в бывших социалистических странах Европы, чем в странах с давно сформировавшейся рыночной экономикой. Эти различия, как правило, обусловлены факторами, связанными с поведением, образом жизни и состоянием окружающей среды и системы здравоохранения, к которым в последнее время добавились социально-психологические факторы.

59. Дальнейший рост средней продолжительности жизни в развитых странах, где, по имеющимся данным, в большинстве случаев смерть наступает у лиц в возрасте 65 лет и старше, будет в основном зависеть от динамики смертности в результате хронических болезней в старческом возрасте. Несмотря на всю неопределенность прогнозирования, последние данные указывают на то, что смертность в старческом возрасте будет, по всей видимости, и далее сокращаться. В большинстве развитых стран, не считая Восточной Европы, смертность в старческом возрасте начиная с 60-х годов снижалась. Вероятно также дальнейшее снижение смертности благодаря изменениям в поведении и достижениям в области медицинской технологии. В Восточной Европе дальнейший рост средней продолжительности жизни будет зависеть от будущих тенденций в области смертности от хронических болезней не только в старческом, но и в среднем возрасте, а

также от тенденций в области смертности от несчастных случаев и телесных повреждений, наряду с хроническими и эндогенно детерминированными болезнями.

60. В развивающихся странах ход эпидемиологического перехода значительно различается по регионам. Среди изученных регионов и стран эпидемиологический переход получил наибольшее развитие в Китае, где в 1990 году на долю инфекционных болезней приходилось всего лишь 16 процентов всех случаев смерти. Следует, однако, отметить, что относительная доля конкретных хронических болезней в Китае иная, чем в Европе и Северной Америке. То, что структура смертности в азиатских странах с низкой смертностью, включая Японию, и в западных странах различна, хорошо известно. Например, смертность от церебрально-сосудистых болезней, особенно кровоизлияния в мозг, гораздо более характерна для азиатских стран, чем для западных стран, в то время как доля ишемической болезни в структуре смертности от сердечно-сосудистых болезней гораздо выше в западных странах, чем в азиатских. В Китае весьма распространеными причинами смертности от хронических болезней являются также хроническая легочная недостаточность и рак печени. Эти различия свидетельствуют о том, что смертность от неинфекционных болезней может существенно варьироваться в зависимости от региона, отражая существующие между странами и регионами различия в структуре факторов риска.

61. В других развивающихся странах процесс эпидемиологического перехода не достиг тех масштабов, которые характерны для Китая и развитых стран. Хотя в Латинской Америке и Карибском бассейне, Северной Африке, южной части Центральной Азии и в Западной Азии, других районах Азии и на Тихоокеанских островах смертные случаи являются в большей мере следствием неинфекционных, чем инфекционных заболеваний, на долю инфекционных заболеваний по-прежнему приходится одна треть или более всех смертных случаев в этих районах. Масштабы распространения инфекционных заболеваний особенно велики в Индии и в странах Африки, расположенных в югу от Сахары, где более половины смертных случаев вызваны инфекционными заболеваниями. К наиболее распространенным видам инфекционных заболеваний в развивающихся странах относятся диарейные заболевания, инфекционные заболевания нижнего отдела дыхательной системы, перинатальные нарушения и туберкулез. Помимо этих заболеваний к 10 основным причинам смертности в Индии, Северной Африке, южной части Центральной Азии и в Западной Азии относятся корь и столбняк, а в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, – корь, малярия и ВИЧ. Наибольшую обеспокоенность в связи с содержащимися в настоящем докладе выводами, вероятно, вызывает то обстоятельство, что многие из этих болезней поддаются либо профилактике, либо лечению с использованием современной медицинской техники.

62. Увеличение числа смертей вследствие хронических заболеваний наряду с постоянным бременем борьбы с инфекционными заболеваниями привело к тому, что многие правительства развивающихся стран в настоящее время все в большей степени вынуждены переориентировать скучные ресурсы сферы здравоохранения, предназначенные для профилактики и лечения детских инфекционных заболеваний, на цели лечения хронических и эндогенно детерминированных заболеваний у взрослых. Меры, принимаемые правительствами для преодоления этих трудностей, возможно, имеют серьезные последствия для распределения ресурсов сферы здравоохранения. В различных странах процесс эпидемиологического перехода, как представляется, основан на социально-экономических факторах: хронические и эндогенно детерминированные заболевания получают все большее распространение среди наиболее обеспеченных граждан, тогда как инфекционные заболевания по-прежнему представляют собой сравнительно более распространенное явление среди неимущих слоев населения. Отвлечение ресурсов от деятельности в области профилактики и лечения детских инфекционных заболеваний может также иметь долгосрочные последствия для развития хронических заболеваний во взрослом возрасте, многие из которых, например, сердечные заболевания ревматического происхождения, рак желудка и респираторные заболевания, возникают в результате инфекционного заболевания. Ввиду различных темпов

эпидемиологического перехода в зависимости от регионов и расположенных в регионах стран все большее значение приобретают разработка политики в области здравоохранения, основанной на знании местных условий, и учет кратко- и долгосрочных последствий изменений в распределении ресурсов сферы здравоохранения между профилактикой и лечением инфекционных и неинфекционных заболеваний.

VII. ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И БОРЬБЫ СО СМЕРТНОСТЬЮ

63. Меры по охране здоровья имеют важнейшее значение для достижения отдельными лицами, семьями, общинами и обществами всех социальных и экономических целей. Подход к проблеме первичного медико-санитарного обслуживания служит основой для разработки политики в области здравоохранения как на национальном, так и на международном уровнях. После проведения в 1978 году в Алма-Ате Международной конференции по первичному медико-санитарному обслуживанию, которая придала импульс движению по обеспечению первичного медико-санитарного обслуживания, практически все страны мира приняли стратегии "Здоровье для всех". Инициатива "Здоровье для всех" также способствовала обеспечению того, чтобы здравоохранение стало важнейшим элементом повестки дня для развития. В соответствии с указанным подходом в принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию Программе действий было подтверждено, что расширение доступа к системе первичного медико-санитарного обслуживания и пропаганда здорового образа жизни представляют собой основные стратегии снижения показателей смертности и заболеваемости.

64. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в деле увеличения средней продолжительности предстоящей жизни, реальность такова, что приемлемого уровня смертности не существует и ни одно правительство не считает уровень смертности в своей стране в полной мере удовлетворительным. Вместе с тем правительства характеризуют уровни смертности как "приемлемые" с учетом уровня технической оснащенности медицинских учреждений и объема ресурсов. Доступимые в настоящее время и национальные стратегии уровня смертности по состоянию на 1995 год: 73 страны мира считают свои уровни смертности приемлемыми тех проблем - соответствующими представлениям правительства, но определяет характер тех проблем - неприемлемыми. Неудивительно что 86 процентов стран считавших свои уровни смертности неприемлемыми, - правительства вызывают проблемы выживания младенцев и детей и материнской смертности. Более половины развивающихся стран и примерно две трети наименее развитых стран считают основной проблемой младенческую смертность (таблица 4). Примерно одна пятая развивающихся стран и немногим менее одной трети наименее развитых стран с озабоченностью отмечают уровень смертности среди матерей или беременных женщин, а также женщин репродуктивного возраста. Тридцать восемь из 53 стран Африки выражают обеспокоенность по поводу уровня младенческой смертности и 30 стран - по поводу уровня детской смертности. Восемнадцать стран Африки серьезно озабочены уровнем смертности среди матерей или беременных женщин и 17 - уровнем смертности женщин репродуктивного возраста. Из 46 стран Азии 18 стран выразили озабоченность в связи со своими показателями уровня младенческой смертности и 7 стран - в связи с показателями уровня детской смертности. Из 33 стран Латинской Америки и Карибского бассейна соответствующие показатели составляли 15 и 13 стран, соответственно. Только семь стран Азии выразили озабоченность по поводу уровня смертности матерей или беременных женщин и шесть стран - по поводу уровня смертности женщин репродуктивного возраста. В Латинской Америке и Карибском бассейне уровень смертности матерей или беременных женщин вызывает обеспокоенность у трех стран, а женщин репродуктивного возраста - у шести стран. Девять развивающихся стран также выразили особую озабоченность в связи с уровнем смертности среди жителей сельских районов.

Таблица 4. Группы населения, уровни смертности которых вызывают

особую озабоченность у правительства

Основные районы и регионы	Общее число стран	Группа населения					
		Младенцы	Дети, особенно дети в возрасте до пяти лет	Матери и/или беременные женщины	Женщины репродуктивного возраста	Мужчины	Другие группы населения
Общемировые показатели . . .	193	84	57	29	30	17	29
Более развитые регионы . . .	56	14	7	0	2	14	12
Менее развитые регионы . . .	137	70	50	29	28	3	17
Наименее развитые страны	48	31	23	15	14	0	3
Африка	53	38	30	18	17	0	4
Азия	46	18	7	7	6	2	6
Европа	43	9	5	0	1	12	8
Латинская Америка и Карибский бассейн	33	15	13	3	6	2	7
Северная Америка	2	1	1	0	0	1	2
Океания	16	3	1	1	0	0	2

Источник: Банк данных по политике в области народонаселения Отдела народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций.

66. В более развитых регионах мира уровень смертности мужского взрослого населения в целом или мужского взрослого населения, относящегося к конкретным возрастным группам, являлся одной из проблем, которая вызывала серьезную озабоченность и упоминалась 14 странами. Высокий и/или увеличивающийся коэффициент смертности среди мужского взрослого населения с особой обеспокоенностью отмечался пятью странами Восточной Европы. После ухудшения ситуации в области охраны здоровья в Восточной Европе, произшедшего в первой половине 90-х годов, девять стран также выразили озабоченность по поводу уровня младенческой смертности и пять стран - в связи с уровнем детской смертности.

67. Основным предметом обсуждений, касающихся политики в области здравоохранения, как в развивающихся, так и в развитых странах являются реформы системы здравоохранения. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в деле осуществления программы первичного медико-санитарного обслуживания в развивающихся странах, в частности, на заметный успех программ иммунизации, отмечалась растущая обеспокоенность по поводу того, что значительное и все большее число людей, принадлежащих к менее обеспеченным социально-экономическим группам, или людей, проживающих в сельских районах, практически не имеют доступа к системе основного медико-санитарного обслуживания или вовсе лишиены такого доступа. Хотя всеобщий доступ к основным услугам в области здравоохранения является основополагающим принципом подхода к обеспечению первичного медико-санитарного обслуживания, политику и стратегии в области

здравоохранения, предусматривающие предоставление равных возможностей, взяло на вооружение весьма незначительное количество стран. В подавляющем большинстве стран с низким уровнем дохода основную часть ограниченных государственных средств, выделяемых на сектор здравоохранения, поглощает система больничного обслуживания, в связи с чем для системы первичного медико-санитарного обслуживания, в рамках которой удовлетворяются основные и важнейшие потребности всего населения в области охраны здоровья, остается незначительный объем ресурсов. В связи с экономическими трудностями и усиливающимся процессом либерализации хозяйственной деятельности функционирование этой системы привело к быстрому росту стоимости услуг, и при этом она становится все менее эффективной и справедливой.

68. В развитых странах обсуждение реформы системы здравоохранения базировалось преимущественно на экономических соображениях. Общая идея, заложенная в предложения относительно реформы, заключается в том, что существенного сокращения затрат можно добиться посредством повышения действенности и эффективности предоставляемых услуг. В соответствии с этими предложениями относительно реформы главным направлением деятельности является пересмотр роли учреждений, финансирующих сферу здравоохранения, будь то государственные органы или частные страховые компании, а именно переключение внимания с их сугубо финансовой роли на выполнение ими функций активно действующих агентств по приобретению услуг в области здравоохранения. Еще одним важным компонентом новых подходов к медицинскому обслуживанию является создание условий для конкуренции между учреждениями сферы здравоохранения. Ярко выраженная экономическая направленность многих реформ в системе здравоохранения в ряде случаев вызывала обеспокоенность по поводу последствий этих реформ. Четкой взаимосвязи между нововведениями в системе управления и успехами в сфере здравоохранения пока не отмечается. Также подчеркивалось, что разработка, внедрение и осуществление политики в сфере здравоохранения, – возможно, в большей мере, чем политики в любой другой области, – являются результатом социального и политического процесса, в рамках которого крайне важно обеспечить участие всех субъектов деятельности. Кроме того, представляется очевидным, что ответственность за принятие решений, которые могут оказать значительное воздействие на сферу здравоохранения, все в большей степени ложится на субнациональные органы управления, такие, как городские администрации и местные общины.

VIII. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ И НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

69. На протяжении многих лет неправительственные организации традиционно играют важную и конструктивную роль в области здравоохранения и социального обеспечения. Как показывает опыт, деятельность этих организаций, нередко успешно решающих задачу обслуживания тех групп населения и районов, которые не удается охватить услугами государственных служб, в значительной мере дополняет усилия правительства и международных организаций. Все более весомым становится вклад неправительственных организаций в достижение целей Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Активная деятельность этих организаций в области здравоохранения и снижения показателей смертности включала все направления деятельности, связанные с продлением жизни и повышением качества жизни людей: просвещение по вопросам развития, санитарно-гигиеническая пропаганда, оказание услуг, непрерывное повышение квалификации специалистов, научные исследования, выпуск публикаций и так далее.

70. Число неправительственных организаций, работающих в сфере здравоохранения и в смежных областях, велико и постоянно увеличивается. Эти организации работают на местном, национальном и международном уровнях. По данным обследования, проведенного Организацией

экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в начале 90-х годов из более чем 1000 неправительственных организаций в странах-членах 752 организации работали в сфере народонаселения и развития, причем 85 процентов из них занимались вопросами здравоохранения. Неправительственные организации функционировали более чем в половине стран Африки, более чем в 35 процентах стран азиатско-тихоокеанского региона и более чем в 29 процентах стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Из разнообразных направлений деятельности в этой области мероприятия по обеспечению охраны здоровья матери и ребенка осуществлялись в наибольшем числе стран, а мероприятия в области первичного медико-санитарного обслуживания осуществлялись наиболее часто (составляя 65 процентов от общего числа проведенных мероприятий). Многие неправительственные организации из стран - членов ОЭСР оказывали поддержку аналогичным организациям в странах Юга и тесно сотрудничали с ними. При этом они не только оказывали им финансовую поддержку, но и участвовали в обмене технологией и информацией с этими организациями, что оказывает долгосрочное позитивное воздействие на их развитие.

71. Многие неправительственные организации видят свою главную задачу в углублении научных представлений о природе некоторых болезней, которые являются причиной высокой смертности. Проводимая этими организациями научная работа свидетельствует о том, что неправительственные организации сыграли важную и конструктивную роль в укреплении здравоохранения и снижении показателей смертности. Например, среди неправительственных организаций одним из лидеров в разработке эффективных и результативных методов лечения туберкулеза – одной из самых распространенных инфекционных болезней, особенно в развивающихся странах, – является Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (МСТЛЗ). В настоящее время носители микробактерий туберкулеза, возбудителей этого заболевания, составляют треть населения мира. Члены МСТЛЗ собирают и распространяют информацию обо всех аспектах борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями, а также о проблемах здравоохранения на уровне общин посредством организации конференций, проведения научных исследований и выпуска публикаций, а также осуществления мероприятий на национальном уровне. Примером вклада Союза в борьбу с туберкулезом может служить его новаторская деятельность в области разработки КЛИН/К (курс лечения под непосредственным наблюдением, краткий) – метода лечения, который ВОЗ впоследствии рекомендовала руководителям медицинских ведомств и политическим руководителям стран в целях борьбы с пандемией туберкулеза. Деятельность МСТЛЗ, таким образом, является собой наглядное свидетельство возможности привлечения неправительственных организаций к разработке стратегий в области здравоохранения и методов лечения, помогающих бороться за жизнь людей.

72. Две неправительственные организации, Международное общество и федерация кардиологии (МОФК) и Всемирная лига по борьбе с гипертензией (ВЛБГ), параллельно с научными исследованиями в области сердечно-сосудистых заболеваний ведут активную санитарно-гигиеническую пропаганду. Такие острые проявления сердечно-сосудистых заболеваний, как инфаркт миокарда и инсульт, являются самой распространенной причиной смертности в результате болезни. Членский состав МОФК включает национальные кардиологические общества и кардиологические организации в более чем 80 странах, а также индивидуальных членов. ВЛБГ объединяет национальные ассоциации в более чем 60 странах. Насколько важную роль эти неправительственные организации играют в осуществлении обмена информацией между странами в интересах развития здравоохранения, наглядно показывает следующий пример: одна из главных идей, которые пропагандирует Ирландская кардиологическая организация, заключается в том, что отсутствие достаточной физической нагрузки является одним из четырех основных факторов риска, способствующих возникновению заболеваний сердца. В 1996 году Ирландская кардиологическая организация при поддержке ряда местных ассоциаций и местных органов власти приступила к осуществлению программы пропаганды здорового образа жизни, которая предусматривает установку

эстетически привлекательных столбов-указателей и нанесение специальных обозначений на тротуарах на расстоянии одного километра друг от друга для того, чтобы побудить людей всех возрастов заниматься спортом, будь то в порядке проведения досуга или в целях укрепления здоровья. В результате распространения информации об этом способе пропаганды здорового образа жизни через неправительственные организации аналогичные программы в сотрудничестве с соответствующими кардиологическими организациями осуществляются в Германии, Дании, Северной Ирландии, Финляндии и Швеции. Это еще один пример того, как неправительственные организации участвуют в пропаганде здорового образа жизни.

73. Организации на базе общин играли все более видимую и важную роль в обеспечении медицинского обслуживания как в развивающихся, так и в развитых странах. Эти организации и другие органы, такие, как женские и фермерские группы, можно рассматривать в качестве базовых структур системы здравоохранения, которые являются одним из трех основных взаимосвязанных компонентов системы здравоохранения на уровне района. Базовые структуры системы здравоохранения выполняют целый ряд разнообразных функций. Например, они обеспечивали мобилизацию местного населения на деятельность в области здравоохранения и – при наличии ресурсов – принимали непосредственное участие в оказании медицинской помощи. В более общем плане эти структуры, вовлекая в свою деятельность значительные контингенты населения, выполняли также просветительскую функцию.

74. Почти на всех из примерно 4000 медицинских участках ВОЗ в странах Африки были созданы комитеты по вопросам здравоохранения. Тогда как некоторые базовые структуры системы здравоохранения были созданы правительствами, другие возникли постепенно, эволюционным путем, причем нередко те или иные организации на базе общин не создавались специально для выполнения функций, связанных со здравоохранением. Например, одна такая организация была создана директором местной школы после стихийного бедствия, вызванного ураганом.

75. Организации на базе общин не входят в официальную структуру государственных органов, в результате чего официальный сектор здравоохранения нередко почти не располагает информацией об их деятельности. Это означает, что их возможности используются далеко не полностью. На многих медицинских участках существует довольно много таких организаций. Например, как в Нигерии, так и в Сенегале на медицинских участках, упомянутых в исследовании ВОЗ, было зарегистрировано примерно 500 таких организаций, причем о наличии большого числа таких организаций сообщили и другие страны. Важный вывод в упомянутом исследовании ВОЗ был сделан по вопросу об осуществлении принципа справедливости. Во многих районах, где официальный сектор здравоохранения не представлен, медицинское обслуживание обеспечивается в основном базовыми структурами системы здравоохранения. Помимо этого, благодаря тому, что эти структуры выполняют функции контроля за работой органов здравоохранения на районном уровне и активно выступают за повышение эффективности их функционирования, их деятельность способствовала обеспечению более справедливого распределения услуг (например, в Нигерии и Ямайке).

76. Неправительственные организации, включая организации на базе общин, продолжают играть исключительно важную роль в области научных исследований, медицинской помощи и санитарно-гигиенической пропаганды. Такие организации оказывают услуги; занимаются вопросами повышения квалификации медицинских работников и осуществляют просвещение широкой общественности и семей; ведут научно-исследовательскую работу и распространяют информацию о результатах исследований, перспективных методах лечения и способах профилактики заболеваний. Как подчеркивается в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию, необходимо установить широкое и эффективное партнерство между правительствами и неправительственными организациями на местном, национальном и международном уровнях. Меры

по активизации усилий, направленных на дальнейшее укрепление неправительственных организаций и развитие отношений между этими организациями, а также их отношений с правительствами на всех уровнях, являются своевременными и отвечают интересам как развивающихся, так и развитых стран.

IX. ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ

77. Проблемы здоровья и развития, ставшие актуальными вследствие усиления целого ряда факторов, угрожающих здоровью населения мира, включая малярию, новые и повторяющиеся заболевания (ВИЧ/СПИД, туберкулез, лихорадка "Эбола"), рост заболеваемости раком и другими хроническими болезнями, недавние случаи повышения смертности, рост расходов на здравоохранение, хроническая нищета, вооруженные конфликты и ухудшение состояния окружающей среды, вновь оказались в центре внимания. С 60-х годов концепция развития в своей эволюции прошла путь от узкоэкономической теории до теории, акцентирующей внимание на социальных аспектах развития и его устойчивости с точки зрения природопользования. Стремление обеспечить более оптимальную интеграцию экономических и социальных факторов в процессе развития дало толчок выработке стратегии, ставящей во главу угла охрану здоровья, планирование семьи, питание, образование, обеспечение безопасной питьевой водой, санитарию, обеспечение жильем, борьбу с нищетой и устойчивый экономический рост.

78. Общенациональные статистические обследования показали, что положительные сдвиги в плане выживаемости за период с 1930 по 1960 год были лишь на одну треть обеспечены за счет социально-экономических факторов, т.е. повышения уровня доходов, грамотности и улучшения положения с питанием. Остальные две трети приходились на другие факторы, такие, как программы борьбы с малярией, кампании иммунизации и пропаганда личной гигиены. В период с 1965-1969 годов по 1975-1979 годы уровень доходов, грамотность и питание были основными факторами, объяснявшими снижение уровня смертности, в связи с чем было высказано предположение о том, что более слабое воздействие других факторов, возможно, объясняется уменьшением объема инвестиций в программы здравоохранения в последний период.

79. Уровень доходов является важным фактором, определяющим состояние здоровья, ибо доходы обеспечивают больший доступ к продуктам питания, жилью и медицинской помощи. Средняя продолжительность жизни, которая по-прежнему ассоциируется с доходом на душу населения, стремительно возрастает при доходах, находящихся на нижних ступенях шкалы доходов, особенно когда доход на душу населения составляет в пределах от 2000 до 3999 долл. США (по покупательной способности доллара по курсу 1994 года), а затем замедляется на более высоких ступенях шкалы доходов, давая основание предположить, что рост доходов больше всего влияет на здоровье весьма бедных слоев населения. Вместе с тем очевидно, что состояние здоровья зависит не только от уровня доходов. Поскольку нищета оказывает мощное влияние на здоровье, важное значение имеет не только средний уровень дохода на душу населения, но и число людей, живущих в условиях абсолютной нищеты, и распределение доходов (относительная нищета). Нищета характеризуется нехваткой продовольствия и безопасной питьевой воды, антисанитарией, отсутствием медицинской помощи, жилья, образования и информации.

80. Несмотря на трудности, связанные с низким уровнем дохода, некоторым развивающимся странам удалось добиться низкого уровня смертности. В Китае, Кубе, Коста-Рике, штате Керала в Индии, Ямайке и Шри-Ланке средняя продолжительность жизни приблизительно равна средней продолжительности жизни в развитых странах, свидетельствуя о том, что здоровье населения может быть обеспечено путем направления политической воли на обеспечение широкого доступа к базовым медицинским услугам, образованию и продовольствию. В развивающихся странах

образование матерей является одним из решающих определяющих факторов выживания детей. Тот факт, что, судя по всему, существует множество каналов передачи инфекции, объясняет разнообразие национального опыта в плане улучшения состояния здоровья населения.

81. В последние годы центр внимания сместился с изучения долговременных последствий экономических изменений на здоровье населения в сторону оценки последствий кратковременных макроэкономических колебаний. Наибольший интерес вызывают влияние структурной перестройки на развивающиеся страны, последствия экономических реформ в странах с переходной экономикой и последствия экономического застоя в развитых странах с рыночной экономикой. В 80-х годах в связи с серьезным экономическим спадом в некоторых развивающихся странах началось осуществление программ структурной перестройки. Это рассматривалось как один из факторов, способствовавших ухудшению состояния здоровья населения в условиях сокращения государственных расходов в этих странах. С учетом ограниченных возможностей в плане определения влияния перестроек на здоровье населения трудно установить связь между причиной и следствием. Вместе с тем, возможно, было бы нереалистичным ожидать, что это немедленно отразится на уровне смертности: последствия могут оказаться на последующей динамике показателей смертности.

82. Распад СССР на новые государства и колоссальные политические, экономические и социальные сдвиги, охватившие всю Восточную Европу, сопровождались ухудшением состояния здоровья населения. Во многих этих странах показатели смертности либо перестали снижаться, либо начали повышаться. В объяснение этого был выдвинут ряд причин, включая низкую эффективность и действенность медицинского обслуживания, отсроченные последствия неблагоприятных факторов, имевших место в прошлом, ухудшение материального благосостояния, усиление социального неравенства, развал политических институтов и высокий уровень потребления алкогольных напитков в сочетании с алкоголизмом.

83. В развитых странах с рыночной экономикой исследовались потенциальные неблагоприятные последствия затянувшегося экономического спада для показателей заболеваемости и смертности. В условиях стабильно высокого уровня безработицы в Западной Европе исследовательская работа была сосредоточена на изучении влияния продолжительной безработицы на уровень смертности. Полученные данные не подтвердили наличие зависимости между безработицей и преждевременной смертью. Любопытно, что в Финляндии положительные изменения уровня смертности происходили быстрее в течение нынешнего периода экономического спада, чем в предыдущем периоде. Кроме того, нет убедительных доказательств того, что безработица влияет на выбор нездорового образа жизни. Вместе с тем безработица действительно, как представляется, отрицательно влияет на психическое здоровье людей.

84. Одной из главных точек, в которой смыкаются проблемы здоровья и развития, является окружающая среда. Наличие безопасной питьевой воды, санитария, загрязнение, обезлесение, опустынивание, истощение озонового слоя и изменение климата являются основными определяющими факторами здоровья. Наименее развитые страны больше всего подвержены опасности воздействия традиционных факторов, неблагоприятных для здоровья, включая нехватку безопасной питьевой воды и антисанитарию, плохое состояние жилья, недоброкачественные продукты питания и большую распространенность переносчиков возбудителей инфекций. Развивающиеся страны, переживающие период стремительного промышленного развития, подвержены опасности неблагоприятного воздействия традиционных и современных факторов, таких, как загрязнение, опасные отходы, опасные пестициды и другие химические вещества, неблагоприятные факторы воздействия на рабочем месте и дорожно-транспортные происшествия. Еще одна опасность связана с потенциально неблагоприятным воздействием глобального изменения климата, включая изменения в распределении инфекционных и заразных заболеваний,

обусловленные изменением температуры. С неблагополучным состоянием окружающей среды связаны диарейные заболевания, инфекции дыхательных путей и целый ряд паразитарных болезней, а также сердечно-сосудистые заболевания и рак.

85. Отрицательные последствия плохого состояния здоровья оценить трудно, поскольку семьи применяют различные способы решения проблем, такие, как компенсация трудового участия больных членов, которая позволяет уменьшить издержки, связанные со слабым здоровьем. Тем не менее в некоторых случаях было установлено, что слабое здоровье членов семей отрицательно сказывается на уровне их потребления и инвестиционной активности. В странах Западной Африки семьи, члены которых страдают от онхоциркоза, использовали свои средства для оплаты медицинской помощи, а в Таиланде 60 процентов сделок с вынужденной куплей-продажей земли были связаны с неблагополучным состоянием здоровья. Попытки установить зависимость между состоянием здоровья и производительностью на индивидуальном уровне были более успешными. В Кении и Индии установлены факты, подтверждающие наличие зависимости между состоянием питания, здоровьем и продуктивностью сельского хозяйства. Состояние питания детей также является одним из существенных факторов, влияющих на успеваемость школьников. В Бразилии было выявлено влияние состояния здоровья на уровень заработной платы.

86. Болезни и эпидемии, охватывающие огромные участки территории, могут оказывать существенное влияние на развитие. Ликвидация онхоциркоза в Африке открыла новые широкие пути для развития сельского хозяйства. Успешная борьба с малярией и другими эндемическими заболеваниями способствовала повышению производства продовольствия и сельскохозяйственных культур в районах, ранее подвергавшихся нашествию комаров. Было подсчитано, что потери Перу в результате эпидемии холеры, охватившей страну в 1991 году, составили 500 млн. долл. США. Влияя на объем национальных накоплений и производительность труда, ВИЧ/СПИД представляет угрозу для экономического роста. Его последствия значительны, поскольку жертвами зачастую являются образованные и квалифицированные взрослые люди в возрасте наивысшей трудовой активности. Во-вторых, вследствие высокой стоимости лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом – 1000–1500 долл. США в месяц на одного пациента – происходит отвлечение ресурсов от других видов деятельности.

87. В последние десятилетия наблюдаются колossalные изменения в состоянии здоровья и уровне развития. Вследствие этого сформировалось новое представление, в котором здоровье населения составляет основу развития. Здоровье и низкая смертность являются не просто промежуточными целями или вехами в процессе социально-экономического развития. Обеспечение крепкого здоровья и долголетия все чаще признается самостоятельной задачей, а также задачей, решение которой составляет основу развития.

Примечания

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.

² Доклад Всемирной встречи на высшем уровне в интересах социального развития, Копенгаген, 6–12 марта 1995 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.96.IV.8), глава I, резолюция I, приложение II.

³ Алма-Ата, 1978 год: Первичная медико-санитарная помощь. Отчет о Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, Союз Советских

Социалистических Республик, 6-12 сентября 1978 года, серия "Здоровье для всех", № 1
(Женева, ВОЗ, 1978 год), переиздан в 1983 году.

⁴ Небезопасным абортом называется процедура прекращения нежелательной беременности, осуществляемая лицами, не обладающими необходимыми навыками, и/или в условиях, не отвечающих минимальным медицинским нормам (на основе документа Всемирной организации здравоохранения "The prevention and management of unsafe abortion" ("Предупреждение небезопасных абортов и их регулирование"), доклад Технической рабочей группы, Женева, апрель 1992 года (WHO/MSM/92.5)).
