



Экономический и Социальный Совет

Distr.: General
19 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:

**здоровье и смертность с особым упором на взаимосвязь между
здоровьем и развитием и полом и возрастом**

Контроль за осуществлением программ в области народонаселения

Опыт осуществления программных мероприятий в области охраны здоровья и снижения смертности

Доклад Генерального секретаря

*E/CN.9/1998/1.

Резюме

Настоящий доклад подготовлен ЮНФПА в соответствии с долгосрочной программой работы Комиссии по народонаселению и развитию, ориентирующей на конкретные темы и приоритеты и одобренной Экономическим и Социальным Советом в его резолюции 1995/55. На 1998 год запланировано рассмотрение следующей темы: здоровье и смертность с особым упором на взаимосвязь между здоровьем и развитием и полом и возрастом.

Цель настоящего доклада — провести широкий обзор ряда мероприятий в вышеуказанных областях, которые были осуществлены в связи с острой необходимостью улучшения качества жизни и здоровья населения в развивающихся странах. Эта необходимость получила отчетливое выражение на международных конференциях, в особенности на Международной конференции по народонаселению и развитию, а также в национальных политике и программах. Доклад отражает ответы на вопросник, направленный развивающимся странам через представителей ЮНФПА. Вопросник был направлен 130 странам; ответы получены от 80 стран, а также от 11 неправительственных, многосторонних и межправительственных организаций.

Содержание

	Пункты	Стр.
I. Введение	1 — 3	2
II. Здоровье и развитие	4 — 15	3
А. Реформа и финансирование здравоохранения	4 — 9	3
В. Улучшение качества жизни	10 — 11	4
С. Удовлетворение потребностей особых групп	12 — 15	5
III. Первичное медико-санитарное обслуживание и сектор здравоохранения . .	16 — 19	6
IV. Выживание и развитие детей	20 — 24	7
V. Здоровье женщин	25 — 36	8
Безопасное материнство	31 — 36	10
VI. Инфицированность вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)	37 — 42	11
VII. Поддержка со стороны международных неправительственных организаций	43 — 46	13
VIII. Исследования в области здравоохранения	47 — 49	14
IX. Выводы	50	14

I. Введение

1. Цель настоящего доклада — провести широкий обзор ряда мероприятий в области охраны здоровья и снижения смертности с особым упором на взаимосвязь между здоровьем и развитием и полом и возрастом, которые были осуществлены

странами, охваченными программами Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), в период после Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в сентябре 1994 года в Каире, Египет. Доклад отражает ответы, полученные от стран через представителей ЮНФПА. В нем содержится оценка политики и программ,

проводимых странами в целях улучшения здоровья населения и снижения смертности. В соответствии с основными темами, выделенными в главе VIII Программы действий МКНР^{1/}, особое внимание уделено мерам по укреплению сферы первичного медико-санитарного обслуживания и сектора здравоохранения, повышению уровня выживания и здоровья детей, в области охраны здоровья женщин и безопасного материнства и сдерживанию распространения инфекции ВИЧ/СПИДа^{2/}.

2. Чтобы получить информацию, необходимую для подготовки настоящего доклада, 130 развивающимся странам через представителей ЮНФПА был направлен вопросник. Ответы были получены от 80 стран и 11 неправительственных, межправительственных и многосторонних организаций со следующей разбивкой: 29 — от стран Африки, расположенных к югу от Сахары, 18 — от стран Азиатско-Тихоокеанского региона^{3/}, шесть — от арабских государств, четыре — от европейских стран и стран с переходной экономикой, 23 — от стран Латинской Америки и Карибского бассейна, семь — от международных неправительственных организаций, один — от межправительственных организаций, три — от учреждений Организации Объединенных Наций.

3. Доля стран, приславших ответы на направленную страновым отделениям просьбу о представлении информации, составила 57 процентов. Для Африки (63 процента), Азиатско-Тихоокеанского региона (64 процента) и Латинской Америки и Карибского бассейна (70 процентов) доля полученных ответов была удовлетворительной, хотя и не оптимальной. Большинство охваченных программами стран Центральной Азии и стран, находящихся в условиях чрезвычайных ситуаций, по вполне понятным причинам не смогли ответить на вопросник. Незначительная доля (23 процента) приславших ответы арабских государств и стран Европы объясняется главным образом тем, что вопросник не заполнили государства Персидского залива, восточноевропейские страны и государства — преемники бывшего Советского Союза. Доля ответивших международных неправительственных организаций составила 23 процента, однако доля ответивших межправительственных организаций составила всего лишь 2 процента. Получение ответов в указанном объеме было обеспечено в

результате направления всем потенциальным респондентам первоначального запроса и двух напоминаний об оказании содействия в подготовке доклада. Для стран, в которых имеются представители—резиденты ЮНФПА, доля приславших ответы составила 74 процента.

II. Здоровье и развитие

А. Реформа и финансирование здравоохранения

4. Согласно полученным сообщениям, в настоящее время в секторе здравоохранения осуществляются реформы двух видов. Первый связан с планомерным пересмотром программ профессиональной подготовки и практики оказания медицинских услуг и контроля за ними, а также других элементов системы в соответствии с Программой действий. В частности, это включает уделение повышенного внимания консультациям, активизации работы по охране репродуктивного здоровья и здоровью подростков. Пересмотренные подходы включаются в текущие мероприятия — например, путем организации обучения по месту работы — и увязываются с учебными программами и планами, предусматривающими введение новых видов услуг и предоставляющих их учреждений. В качестве удачного примера можно привести Непал, где был утвержден долгосрочный план охраны здоровья, в котором упор делается на проблему выживания детей и охрану репродуктивного здоровья.

5. Реформы второго вида носят более фундаментальный характер и могут включать перестройку всего сектора здравоохранения. Двенадцать африканских стран сообщили о предпринятых ими шагах по развертыванию такой реформы. На Мадагаскаре проводится децентрализация системы здравоохранения с привлечением общин и сосредоточением деятельности по оказанию помощи на местном уровне, что сопровождается укреплением сектора здравоохранения на уровне округов.

6. Практически все ответившие азиатские страны (17 из 19) сообщают о мерах, связанных с перестройкой и реформированием сектора здравоохранения. В Бангладеш правительство при

содействии Всемирного банка проводит мероприятия по анализу реформ, необходимых для интеграции служб и функционирования системы первичного медико-санитарного обслуживания. Аналогичные меры, также при содействии Всемирного банка, принимаются в настоящее время в Египте. В Камбодже и Азербайджане реформы системы здравоохранения увязаны с изменениями в формах финансирования здравоохранения. В ряде стран, например в Таиланде, политика в области здравоохранения тесно увязана с общей политикой, призванной улучшить качество жизни. В некоторых странах эти усилия начались совсем недавно. Правительство Йемена создало комитет по реформе здравоохранения, возглавляемый министром, в целях разработки основных направлений реформы и новой политики для проведения ее в жизнь.

7. В соответствии с поставленной перед правительствами в Программе действий целью — "стремиться к повышению финансовой устойчивости базовых медицинских служб... путем надлежащего использования общинных служб, общественных распространителей и планов возмещения расходов в целях расширения диапазона и улучшения качества имеющихся услуг"^{4/}, — многие страны отходят от традиции полного финансирования базового здравоохранения за счет государственных источников, используя альтернативные механизмы финансирования. Двенадцать африканских стран сообщают об использовании платных услуг или возмещения расходов на здравоохранение, а другие страны приступили к осуществлению программ финансирования. Эти программы включают создание фондов оборотных средств для закупки медикаментов, взимание платы за проведение лабораторных анализов, частичной или полной платы за предоставленные услуги и другие механизмы. Сенегал выработал стратегию на основе Бамакской инициативы^{5/} и применил ее в 45 округах, на которые разбита территория страны в целях медицинского обслуживания, где от больных требуется вносить определенную плату за профилактические или лечебные консультации для покрытия текущих расходов. От этой платы зависит финансирование медпунктов. Больные платят также за основные лекарства. В каждом из описанных видов реформирования повышенное внимание уделяется первичному медико-

санитарному обслуживанию и облегчению доступа к услугам. По крайней мере в 15 странах Африки уже функционирует, апробируется в качестве экспериментального проекта или юридически разрешена система частного медицинского страхования.

8. Согласно сообщениям, взимание платы за пребывание в больнице или пользование услугами закреплено также в политике стран Азии, где Малайзия, Камбоджа и Бангладеш используют системы частичного или полного возмещения расходов. Во многих из этих стран созданы условия для введения медицинского страхования. В ряде стран Азии уже действуют программы медицинского страхования. Они включают страхование работников государственного сектора и некоторых категорий служащих частного сектора в десяти странах, в том числе в Индонезии, Таиланде, Исламской Республике Иран и на Филиппинах. В Йемене проводится политика поощрения совместного несения расходов больными и государством, и общинам предлагается брать на себя ответственность за управление медицинскими службами и участвовать в системе возмещения расходов.

9. Вместе с тем, также в соответствии с Программой действий, внедрены программы по расширению доступа, обеспечению приемлемости и доступности медицинских услуг, которые призваны облегчить доступ неимущих к медицинскому обслуживанию. На страновом уровне осуществляется программа репродуктивного здоровья в Бутане, которая направлена на увеличение числа беременных женщин, посещающих дородовые консультации, и предназначена в основном для тех, кто не может оплатить услуги частного сектора. Для беднейших слоев населения в Исламской Республике Иран предпринимаются усилия по распространению информации, образования и коммуникации (ИОК), которые способствуют более широкому использованию сети первичного медико-санитарного обслуживания и направлены на сокращение разрыва в уровне медицинского обслуживания женщин, живущих в городах, и женщин, проживающих в самых отдаленных районах страны. Сокращение или отмена платы или сборов за медицинские услуги для неимущих в Республике Корея и других странах преследует аналогичную цель. Увеличение числа пунктов

оказания медико-санитарных услуг в Непале и на Филиппинах будет способствовать доступу наиболее нуждающихся групп населения. Некоторые страны реагируют на потребности коренных жителей, открывая для них больше медицинских учреждений и осуществляя подготовку медицинского персонала на языках этих народностей с изучением также их культурно-бытовых укладов, что позволит более эффективно удовлетворять потребности этих групп.

В. Улучшение качества жизни

10. В Программе действий говорится, что "всем странам следует уделять приоритетное внимание мерам по улучшению качества жизни и здоровья посредством создания безопасных и отвечающих санитарным требованиям условий жизни для всех групп населения"^{6/}. Во многих странах составными элементами политики и программ по улучшению качества жизни и окружающей среды являются обеспечение источников безопасной воды и надлежащих санитарно-гигиенических условий. Страновые программы в таких государствах, как Коморские Острова и Эритрея, включают в качестве национального приоритета обеспечение безопасной для потребления воды и санитарно-гигиенических средств, а в Сенегале были приняты гигиенические нормы, которые обязательны вплоть до общинного уровня. Другие страны Азии, Ближнего Востока и Латинской Америки разрабатывают политику и программы просветительской работы среди населения и принимают меры по предотвращению роста загрязнения и ухудшения состояния окружающей среды. В южной части Тихого океана страны разработали политику и программы, пропагандирующие концепцию "здоровых островов".

11. Филиппины служат хорошим примером реализации стратегии "здоровых мест", которая осуществляется посредством пропаганды основ санитарии и устранения угроз окружающей среде. В ней предусматриваются обучение правилам гигиены в школах, обеспечение принятия органами местного самоуправления, неправительственными организациями, а также частным и государственным секторами мер по улучшению санитарно-гигиенического состояния жилых помещений, пунктов общественного

питания и рынков, а также содействие созданию более благоприятных для здоровья условий на рабочих местах, использованию автотранспорта, не загрязняющего окружающую среду, и поддержанию чистоты и должного санитарного состояния улиц. Такая просветительская работа среди населения призвана стимулировать проведение мероприятий по обеспечению безопасной и здоровой окружающей среды. В политике и программах некоторых других стран Азии, включая Непал и Республику Корея, также видное место занимают мероприятия по обеспечению безопасных, здоровых и отвечающих санитарным требованиям условий жизни.

С. Удовлетворение потребностей особых групп

12. В некоторых странах важными элементами в планах развития становятся политика и программы по охране здоровья на производстве. Медицинские услуги, предоставляемые по месту работы, иногда доступны для членов семьи, как, например, в Намибии и Уганде. Эти услуги могут предоставляться или финансироваться частным сектором, неправительственными организациями или правительством. В других странах была начата реформа нормативной базы в целях обеспечения и охраны здоровья трудящихся на основе принятия законодательного акта об охране и гигиене труда или аналогичных положений. Нормативные акты, принятые в различных странах Азии, также предусматривают необходимость охраны здоровья и безопасности трудящихся. На Фиджи новые требования предусматривают медицинский осмотр при приеме на работу, и был принят закон о компенсации за ущерб здоровью для оказания помощи тем, кто пострадал на производстве в результате антисанитарных условий. В Индии установлены правила по защите домашней прислуги, а Филиппины приняли нормы по обеспечению охраны и гигиены труда для защиты многих категорий трудящихся.

13. В ряде стран государством приняты постановления по оказанию помощи уязвимым группам населения. В них предусматриваются уход за слепыми и другими инвалидами, а также обеспечение их лечения. Правительства начинают все чаще признавать факт роста инвалидности в обществе и необходимость ее предупреждения и

лечения. Для укрепления финансовой самостоятельности инвалидов осуществляются активные программы физической реабилитации и обучения, как, например, в Кабо-Верде, Эфиопии и Сенегале. В некоторых странах существенный вклад в реализацию программ для инвалидов и лиц с физическими или умственными недостатками вносят неправительственные организации. В Центральноафриканской Республике национальные и международные неправительственные организации тесно сотрудничают с правительством в осуществлении программ для лиц с физическими или умственными недостатками. Республика Корея приняла законодательство о защите инвалидов и обеспечении им доступа к информации и услугам. Предоставляется финансовая помощь для диагностики заболеваний, увеличено число медицинских реабилитационных учреждений, расширен диапазон предоставляемых ими услуг и сокращена плата за медицинские услуги для инвалидов, принадлежащих к группе населения с низким доходом. Поддержка аналогичных мер осуществляется на Филиппинах, где сделан упор на оказание помощи по уходу семьям, имеющим инвалидов, и обеспечение поддержки программ по восстановлению и развитию способностей и навыков инвалидов в целях укрепления их самостоятельности и независимости. Согласно полученным сообщениям, политика и программы в отношении инвалидов осуществляются в 11 странах Азии. Как правило, в них предусматривается помощь со стороны неправительственных организаций и правительств в обеспечении обучения и поддержки тех, кто в состоянии трудиться, а также в проведении исследований и оценок причин и лечения инвалидности.

14. В странах Азии широко осуществляются программы и политика по обеспечению потребностей пожилых людей. В Республике Корея политика и программы призваны помочь пожилым людям жить у себя дома самостоятельной жизнью. На Фиджи, в Малайзии, Пакистане и на Филиппинах важную роль — наряду с правительствами — в предоставлении жилья, организации обучения и оказании медицинской помощи пожилым играют неправительственные организации. В Бангладеш программы для пожилых и учет государством их потребностей нашли проявление в создании Института гериатрической медицины и

формировании Национального комитета по проблемам старения на министерском уровне. Неправительственные организации играют активную роль в мобилизации общественного мнения на решение проблем пожилых людей. Важные нововведения осуществляются также в Африке, где, по сообщениям, в таких странах, как Малави, Мозамбик, Сенегал и Объединенная Республика Танзания, реализуются программы по удовлетворению медицинских потребностей пожилых. Сообщается, что программы по оказанию поддержки в решении социальных и жилищных проблем осуществляются в целом ряде стран; во многих случаях для удовлетворения потребностей этого быстро растущего сегмента населения устанавливается сотрудничество между неправительственными организациями и правительствами.

15. В каждом географическом регионе и во всех странах ширится понимание важности политики и программ, которые касаются медицинских нужд подростков, включая их потребности в плане репродуктивного здоровья, которые часто упускаются из виду. Во многих странах, таких как Бангладеш, Эритрея, Индия и Объединенная Республика Танзания, ранние браки и, как следствие, раннее деторождение не только таят в себе риск для здоровья молодых женщин, но и препятствуют их полному социальному развитию и уменьшают тот вклад, который каждый человек может внести в социальное развитие и жизнь общины. В знак признания этого в таких странах, как, например, Буркина-Фасо, Центральноафриканская Республика, Уганда и Замбия, были разработаны политика и программы по улучшению репродуктивного здоровья подростков посредством оказания услуг типа "молодежь для молодежи" и создания специализированных учреждений для молодых людей. Важную роль в оказании помощи подросткам в этих африканских странах играют неправительственные организации.

III. Первичное медико-санитарное обслуживание и сектор здравоохранения

16. В Программе действий говорится, что "все страны должны сделать доступ к базовому медико-

санитарному обслуживанию и возможностям укрепления здоровья центральным элементом стратегий уменьшения смертности и заболеваемости^{7/}. Как представляется, доступ к базовым медико-санитарным услугам улучшается в большинстве стран, которые ответили на вопросник ЮНФПА. Число людей, занимающихся оказанием услуг, растет благодаря набору и подготовке специалистов. Действующий персонал проходит курсы повышения квалификации для совершенствования технических навыков и улучшения качества обслуживания. В большинстве стран вводятся новые объекты, устанавливается новое оборудование, а существующие учреждения переоснащаются. Некоторые страны — например, Замбия — сообщают о том, что они переводят медицинский персонал в недостаточно обслуживаемые районы. Создается все больше медицинских учреждений на местах, а распределение услуг по здравоохранению все еще осуществляется на уровне общин. Были предприняты некоторые попытки — например, в Южной Африке — по перераспределению ресурсов с услуг по высокоспециализированному лечению на обеспечение базового медицинского обслуживания. Однако процесс этот сложный и часто сталкивается с противодействием. Общая цель состоит в том, чтобы среднее расстояние от пользователей до пунктов оказания помощи не превышало 5 километров, тем самым увеличится количество людей, имеющих доступ к услугам. На настоящий момент у стран нет единого подхода в отношении критерия, характеризующего доступ.

17. Проблема приемлемости системы базового медико-санитарного обслуживания решается в рамках страновых программ посредством повышения технических и нормативных стандартов, обучения медицинских работников новым навыкам, включая методы консультирования, и более полного учета культурно-бытовых особенностей в подходах к оказанию помощи. В том что касается населения, некоторые страны, такие как Эритрея, активно используют программы ИОК для ознакомления людей с основами медико-санитарной помощи и возможностями укрепления здоровья в целях выработки у них понимания важности соблюдения правил гигиены для себя и для своей семьи.

18. Общинное распределение услуг в области планирования семьи и базовой медико-санитарной

помощи является устоявшейся формой программной деятельности во всех регионах. Использование этой системы оказания помощи подкрепляется решениями по децентрализации управления системами здравоохранения до самого низового уровня, в котором оно наиболее эффективно. В Бангладеш, Бутане, Ботсване и Вьетнаме общинные организации и жители непосредственно участвуют в оказании помощи. Например, в Непале национальная политика в области здравоохранения предусматривает обеспечение первичного медико-санитарного обслуживания и планирования семьи на низовом уровне посредством участия общин в управлении и оказании услуг местными клиниками. Управление этими клиниками осуществляют группы пользователей, образующие руководящий комитет на местном уровне. По сообщениям, в Йемене общины участвуют в разработке политики в области здравоохранения, а лидеры общин принимают участие в выборе услуг, которые будут предоставляться. В Нигерии общины участвуют в планировании программ в рамках проекта Женской организации здравоохранения, в контроле за осуществлением программ и управлении ими посредством создания и работы комитетов по развитию здравоохранения в деревнях и округах, а также в мобилизации ресурсов и модернизации оборудования медицинских пунктов.

19. В связи с постановкой МКНР новых задач повсеместно ведутся корректировка и пересмотр учебных медицинских программ. Практически все развивающиеся страны расширили учебные программы для врачей, работников местного здравоохранения и других медицинских работников, включив в программы базового здравоохранения такие вопросы, как репродуктивное здоровье, в том числе планирование семьи. В Малайзии в программы были включены дополнительные материалы по медицинским потребностям молодежи, вопросам здоровья женщин, здоровья пожилых людей. В Ботсване, Мозамбике, Нигерии и ряде других стран отмечается выделение такого аспекта, как методика консультирования.

IV. Выживание и развитие детей

20. Когда в 80-е годы были разработаны первые программы, касающиеся выживания и развития детей, они были сосредоточены на вопросах наблюдения за ростом, кормления грудью, иммунизации и использования солей для пероральной регидратации в борьбе с обезвоживанием, вызываемым диареей. Эти четыре метода спасения жизни детей используются для борьбы с основными причинами заболеваемости и смертности детей на первом году жизни и до достижения ими пятилетнего возраста. На нынешнем этапе политика в области выживания детей вышла за рамки четырех программ, развернутых в 80-е годы. В данном обследовании большинство стран в каждом регионе сообщают о введении различных новых форм политики, направленной на обеспечение выживания и развития детей. Такие формы предусматривают выявление конкретных причин смертности, стратегический выбор всестороннего индивидуального подхода (данную инициативу поддержали ЮНЕСКО и другие организации) и включение обеспечения здоровья детей в услуги по охране репродуктивного здоровья родителей. Эти усилия осуществляются в увязке с другими программами в области развития. Например, в Индонезии политика по обеспечению выживания детей увязана с усилиями по искоренению нищеты. Ботсвана, Малави, Таиланд и некоторые страны южной части Тихого океана решают эту проблему путем осуществления школьных программ охраны здоровья, предусматривающих обеспечение питания и медицинского обслуживания в школах.

21. Практически все страны приняли программы питания и охраны здоровья детей, которые, как правило, включают наблюдение за степенью недостаточности питания, контроль роста, информационные материалы для матерей, меры по решению конкретных проблем. По сообщениям ЮНИСЕФ, в 61 стране приняты решения по введению добавки витамина А, и 28 стран предоставляют детям такие добавки. В настоящем обследовании обеспечение добавок витамина А, а также йодированной соли для предупреждения образования зоба и умственной отсталости часто указывается как конкретный компонент программы. В ответах стран редко отмечалась потребность в специальных программах для улучшения

рациона питания девочек. Однако, если в целом белковая недостаточность снижается, в некоторых странах у мальчиков в определенных возрастных категориях показатели лучше, чем у девочек.

22. В некоторых странах политика в области питания является составной частью программ развития. В Намибии в 1995 году был принят нормативный документ по проблеме продовольствия и питания, предусматривающий, что правительство будет уделять первоочередное внимание предоставлению населению возможностей достичь самообеспеченности в продовольствии и питании на уровне домашних хозяйств, способствуя внедрению рациональных методов производства продовольствия, охраны здоровья и питания. В связи с этим домашние хозяйства и отдельные лица должны иметь доступ к надлежащим ресурсам для производства необходимых продовольственных товаров, овладеть знаниями и навыками использования этих ресурсов наиболее выгодным для себя образом и получить доступ к безопасному водоснабжению, медицинскому обслуживанию и надежным рыночным структурам в целях полного освоения ресурсов.

23. Пропаганда и поддержка ИОК практики грудного вскармливания отмечается во всех регионах. Семьдесят процентов ответивших стран сообщают, что такие программы уже существуют и что они способствовали расширению практики грудного вскармливания как единственного источника питания младенцев или остановили сокращение этой практики, которое началось в предыдущее десятилетие. В тех ответах, в которых об этом упоминалось, рекомендуемая продолжительность кормления грудью составляет четыре—шесть месяцев. Вместе с тем в обследовании часто упоминалось принятие нормативного акта, направленного против использования заменителей материнского молока. Эти усилия практически всегда отмечаются как элементы "Педиатрической инициативы". По оценкам ЮНИСЕФ, свыше 12 тысяч больниц получили статус "педиатрических", что явилось результатом их усилий по пропаганде и защите практики грудного вскармливания. Содействие практике грудного вскармливания оказывают различные организации, в том числе правительства (через министерства здравоохранения) и неправительственные организации, такие как

национальные комитеты по содействию практике грудного вскармливания. На-пример, в Исламской Республике Иран национальный комитет по содействию практике грудного вскармливания, возглавляемый министром здравоохранения, поощряет больницы и медицинские университеты пропагандировать эту практику. Был создан национальный центр содействия практике грудного вскармливания, а также четыре дополнительных провинциальных центра для реализации учебных программ. Проведенное в 1995 году исследование показало, что 59 процентов младенцев в сельских районах и 46 процентов младенцев в городах в течение первых четырех месяцев жизни вскармливались исключительно грудным молоком. В Гондурасе практика грудного вскармливания пропагандируется как стратегия обеспечения выживания младенцев через национальный и внутрибольничные комитеты содействия практике грудного вскармливания и регулирование коммерциализации заменителей материнского молока.

24. Практически во всех регионах были приняты программы иммунизации. Расширенная программа иммунизации (РПИ) и другие массовые программы являются нормой, способствующей предотвращению основных детских заболеваний. Реже сообщают об усилиях по борьбе с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями. Пожалуй, только треть стран сообщает об осуществлении программ по борьбе с острыми респираторными заболеваниями. Лишь несколько стран в Африке, где отмечается 90 процентов всех клинических случаев малярии, сообщили о программах по сокращению заболевания малярией среди детей, хотя в то же время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) указала, что наибольшему риску этого заболевания подвергаются дети в возрасте до пяти лет, проживающие в пораженных малярией районах.

V. Здоровье женщин

25. Программа действий призывает все страны стремиться к обеспечению существенного сокращения материнской смертности к 2015 году. В основе этой обеспокоенности лежит понимание того, что качество здоровья женщин, и в частности репродуктивного здоровья, отстает от улучшений в

других показателях здравоохранения. Как отмечалось ВОЗ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ, материнская смертность является особенно чутким индикатором состояния здоровья женщин, свидетельствующим об их неравноправном по сравнению с мужчинами положении, и имеющаяся информация в полной мере документально свидетельствует об отсутствии в последние годы сколь-либо ощутимых улучшений в показателях материнской смертности. После МКНР ЮНФПА и ВОЗ признали, что улучшение репродуктивного здоровья является важнейшим компонентом развития. Стратегия по достижению такого улучшения основана на четырех принципах, а именно: использовать то, что уже имеется; обеспечивать взаимосвязь и функциональное интегрирование информации и услуг в области репродуктивного здоровья в систему первичного медико-санитарного обслуживания; удовлетворять потребности в основных компонентах регулирования фертильности, сокращая материнскую и младенческую заболеваемость и смертность и предотвращая и регулируя заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП); и привлекать и мужчин, и женщин к обеспечению репродуктивного здоровья.

26. На страновом уровне началось осуществление программ и мероприятий по уменьшению рисков, с которыми сталкиваются женщины репродуктивного возраста. Признается, что небольшие интервалы между рождением детей, роды в очень раннем возрасте и негативное воздействие на здоровье женщин необходимости быстрого возвращения на работу сразу после родов таят в себе повышенный риск для здоровья. Последнюю из трех перечисленных выше проблем можно решить путем законодательного и нормативного закрепления права на отпуск по беременности и родам. Согласно сообщениям, предоставление отпуска по беременности и родам является сложившейся практикой на Маврикии; соответствующее предложение было представлено для включения в закон о гражданской реформе в Эфиопии, который будет предусматривать предоставление отпуска по беременности и родам продолжительностью до трех месяцев. В Кении все матери имеют право на отпуск по беременности и родам продолжительностью 60 дней; в Руанде работницы в формальном секторе имеют трехмесячный отпуск по беременности и родам; в Ботсване действует

система трехмесячного отпуска по беременности и родам с полным сохранением содержания; женщины в Намибии имеют право на послеродовой отпуск продолжительностью один месяц; в Уганде нормой является отпуск длительностью 45 дней.

27. В странах Азии осуществляются аналогичные мероприятия и программы. В 14 азиатских странах, которые представили такую информацию, продолжительность отпуска по беременности и родам колеблется от 45 до 133 дней, причем в большинстве стран действует система трехмесячного отпуска. В нескольких странах, например в Индии и на Филиппинах, допускается также предоставление отпуска отцу в связи с рождением ребенка продолжительностью 15 дней. Практика предоставления отпуска по беременности и родам чаще всего наблюдается в государственных организациях и на крупных частных предприятиях. Гораздо реже отпуск по беременности и родам предоставляется значительному большинству женщин, которые трудятся в сельских районах или на мелких предприятиях. Неправительственные организации активно выступают за принятие нормативных актов, предусматривающих предоставление отпуска по беременности и родам, и добились определенных успехов в некоторых странах, например в Бангладеш, в обеспечении правительственной поддержки.

28. Положение женщин во многих странах таит в себе угрозу для их здоровья. В некоторых случаях это нашло отражение в принятии политики, направленной на защиту прав женщин в семье и социальной сфере, в быту и на уровне общины. Эти меры весьма разнообразны и отражают местные потребности. Малави, Нигер, Филиппины и Сирийская Арабская Республика сообщают о разработке политики и пересмотре законов, касающихся охраны здоровья женщин на рабочем месте. Некоторые условия труда в домашнем хозяйстве создают особые риски для здоровья женщин; они признаются в Эфиопии, Исламской Республике Иран и Непале. На Коморских Островах был усовершенствован семейный кодекс, и одному из министров поручено обеспечение прав и здоровья женщин. Камбоджа оказалась одной из немногих стран, которые сообщили о принятии государственной политики по уменьшению насилия в семье в рамках общего

подхода к охране здоровья женщин. Филиппины разработали политику по предотвращению насилия в отношении женщин в форме изнасилования, посягательства и кровосмешения.

29. Повышение роли женщин в принятии решений в области сексуального и репродуктивного здоровья рассматривается как часть более широкой политики по охране здоровья женщин. Политика и программы для достижения этой цели на всех уровнях общества существуют в целом ряде стран, например в Камбодже. Усилия по созданию возможностей для того, чтобы женщины могли играть более активную роль, также отмечаются в Бутане, Эфиопии и Исламской Республике Иран. На Филиппинах основным правительственным принципом является то, что выбор в области планирования семьи и деторождения принадлежит непосредственно отдельным лицам и семейным парам. Кроме того, гендерные просветительские мероприятия, осуществляемые женскими организациями здравоохранения и другими неправительственными организациями, включают вводный курс по таким вопросам, как репродуктивное здоровье и права, сексуальность и сексуальные права. В Исламской Республике Иран программа также включает усилия ИОК, направленные на просвещение мужчин по вопросам прав и роли женщин в принятии решений. Организации системы Организации Объединенных Наций в Исламской Республике Иран поддерживают эти усилия. В программе ЮНФПА по этой стране подчеркиваются компоненты, касающиеся развития женщин и обеспечения их прав, в рамках каждой основной области оказания помощи.

30. В 15 африканских странах проводятся мероприятия по ликвидации практики калечащих операций на женских половых органах, которая может губительно сказаться на здоровье женщин. Эти мероприятия включают: просветительскую работу; информационно-пропагандистскую деятельность; формирование национальных комитетов или целевых групп для борьбы с этой вредной практикой; пропагандистские кампании в средствах массовой информации; исследования в социальной и культурной сферах; подготовка и распространение информационных материалов; и подготовка специалистов по оказанию медицинской помощи. Низовые и национальные неправительственные организации и другие

национальные учреждения организовали ряд семинаров и практикумов по данной теме в отдельных африканских странах, и их работа получает поддержку двусторонних и многосторонних организаций, включая, во многих случаях, ЮНФПА.

Безопасное материнство

31. ЮНФПА играет активную роль в продвижении инициативы "За безопасное материнство", которая опирается на данные, показывающие, что заболеваемость и смертность в результате беременности являются основными компонентами общей картины состояния заболеваемости женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах. В настоящем обследовании показано, что этот подход пользуется широкой поддержкой: программы по обеспечению безопасного материнства действуют во всех странах в каждом географическом регионе. Создаются или реорганизируются медицинские учреждения; осуществляется подготовка специалистов и пересматриваются учебные программы; создаются системы направления к врачам-специалистам, которые начинают работать все эффективнее во всех представивших ответы странах.

32. В настоящее время признается, что материнскую заболеваемость и смертность нельзя существенно сократить, не обеспечив свободного доступа к безопасным и эффективным основным акушерским услугам для всех женщин, которые в них нуждаются. В регионе арабских государств Сирийская Арабская Республика, Судан и Йемен осуществляют мероприятия по подготовке специалистов в области обеспечения безопасных родов и чрезвычайной акушерской помощи. Аналогичная деятельность осуществляется в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, Латинской Америке и Азии. В Исламской Республике Иран создан комитет по снижению материнской смертности под непосредственным руководством министра здравоохранения и медицинского образования. Этот комитет имеет филиалы на уровне провинций. Каждый случай смерти матери при рождении ребенка должен доводиться до сведения комитета для расследования коренных причин и определения методов предотвращения таких случаев в будущем.

Комитеты планируют учебные программы и организуют курсы повышения квалификации по осложнениям при беременности и деторождении для врачей и акушеров с университетским образованием. После МКНР при поддержке ЮНФПА во многих странах в рамках новых программ помощи была проведена реконструкция медицинских учреждений с поставкой оборудования и материалов, а также организована специализированная подготовка по вопросам основной акушерской помощи.

33. По аналогии с программами питания для обеспечения выживания детей, программы материнского питания, как правило, включают лечение анемии путем введения добавок железа и йодной недостаточности — посредством использования йодированной соли, а также программы увеличения потребления витамина А. В некоторых случаях принимаются более интенсивные меры; например, в Судане осуществляется поддержка центров комплексного питания для диагностики и удовлетворения потребностей женщин в медицинском обслуживании. Работа по разъяснению потребностей беременных и кормящих женщин в области питания, а также пропагандистская работа по закреплению практики правильного питания посредством ИОК осуществляется в Йемене, который обеспечивает также основные продукты питания для неимущих через Мировую продовольственную программу и другие учреждения.

34. Репродуктивное здоровье подразумевает, что отдельные лица и семейные пары обладают способностью производить детей, что женщины могут безопасно забеременеть и родить ребенка и что младенцы выживут и вырастут здоровыми. Оно подразумевает также, что люди могут иметь такое количество детей и через такие интервалы, которые они пожелают, и что их сексуальные контакты должны быть безопасными. Планирование семьи играет центральную роль во всех аспектах репродуктивного здоровья и имеет отношение к предотвращению ЗППП, последствий нежелательной беременности и бесплодия и выживанию матерей и детей. Программы и мероприятия в области планирования семьи осуществляются в более чем 145 странах. С целью сокращения числа случаев нежелательной беременности программы на уровне стран,

осуществляемые при поддержке ЮНФПА и других международных организаций, направлены на облегчение доступа к качественной помощи в области планирования семьи, к усовершенствованным техническим материалам для служб планирования семьи, обеспечиваемых клиниками и базирующихся на общине, с тем чтобы они отражали новейшие рекомендации в отношении правомерных медицинских критериев для использования противозачаточных средств, и к модернизированным ИОК и консультативным материалам.

35. На уровне стран были также организованы инициативы в целях разъяснения подходов к удовлетворению таких возникающих потребностей, как экстренное прерывание беременности, и специальных потребностей в области планирования семьи таких отдельных групп населения, как подростки, беженцы и перемещенные лица. Совместная программа Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ) и ЮНФПА по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях определила процедуры, в соответствии с которыми основные материалы для обеспечения репродуктивного здоровья предоставляются беженцам и лицам, перемещенным внутри страны.

36. Предупреждение абортов и лечение возникающих после них осложнений являются чувствительной проблемой в большинстве стран. Доступ к эффективной службе планирования семьи поддерживается в страновых программах в качестве самого лучшего средства предотвращения нежелательной беременности, которая ведет к аборту. В том случае, если аборт был сделан в небезопасных условиях, во многих странах, включая Малави, Мозамбик и Непал, лечение осложнений осуществляется квалифицированным персоналом в условиях надлежащего клинического ухода. Женщины, которые прервали беременность посредством аборта, остро нуждаются в услугах в области планирования семьи. ВОЗ рекомендует тем, кто определяет политику, несколько видоизменить процедуры, которые являются препятствием на пути оказания услуг в области планирования семьи в период после аборта, выделять людские и финансовые ресурсы на осуществление программ и мобилизовывать политическую и административную поддержку планирования семьи в период после аборта. В

1997 году в Туркменистане был проведен семинар-практикум по вопросам планирования семьи в период после аборта для руководителей программ центрального и областного уровней, который был организован при содействии ВОЗ и явился частью более крупной программы по оказанию содействия осуществлению страновых программ.

VI. Инфицированность вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)

37. Во всех регионах была усилена нормативная и правовая база в связи с угрозой дальнейшего распространения эпидемии СПИДа. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, где число случаев инфицирования ВИЧ, возможно, является самым высоким в мире, были разработаны стратегические пятилетние планы, и в некоторых случаях в настоящее время осуществляются уже вторые пятилетние планы. Даже в тех странах, в которых отмечается относительно низкий уровень инфицирования ВИЧ/СПИДом, были приняты меры по созданию механизмов предотвращения распространения пандемии. Практически во всех странах и во всех регионах были созданы органы по профилактике и борьбе со СПИДом в виде национальных комитетов, советов, программ, комиссий или специальных подразделений в рамках существующих структур, таких как министерство здравоохранения. Например, в Индонезии в мае 1994 года был издан президентский указ о создании многоотраслевой комиссии по борьбе с распространением СПИДа, в состав которой входят представители министерств из ряда секторов. Эта комиссия разработала всеобъемлющую стратегию по борьбе со СПИДом, включающую пропаганду среди населения здорового образа жизни, защиту от инфекции, снижение вертикального распространения заболевания и оказание поддержки инфицированным.

38. На международном уровне система Организации Объединенных Наций сосредоточила свои усилия через Совместную программу Организации Объединенных Наций по

ВИЧ/СПИДу на укреплении и поддержке возможностей стран в области координации, планирования, финансирования, осуществления, контроля и оценки расширенных мер по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа. По состоянию на сентябрь 1997 года в 155 странах были созданы 132 тематические группы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу для оказания содействия созданию национального потенциала. В Ботсване общие рамки в поддержку восьмого плана национального развития включают шесть проектов. В Пакистане совместное планирование, проведенное тематической группой Организации Объединенных Наций и правительством, способствовало мобилизации национальной и международной поддержки программы. В Совместной программе Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу повышенное внимание уделяется также усилиям по развитию, пропаганде и осуществлению наиболее успешных методов борьбы с эпидемией; на данный момент Совместная программа обнародовала 19 таких методов и привлекла ученых к участию в региональных семинарах по проблемам совершенствования наблюдения за болезнью. ЮНФПА поддерживает эти и другие усилия. В 1996 году ЮНФПА выделил свыше 20 млн. долл. США на деятельность в области ВИЧ/СПИДа, включая профилактические мероприятия в 124 странах, а также сотрудничал со 115 неправительственными организациями в осуществлении этих мероприятий.

39. Страновые программы по предотвращению или уменьшению распространения ВИЧ/СПИДа широко варьируются в зависимости от местных условий. Чаще всего эти программы включают несколько элементов: разъяснительная работа и ИОК в отношении практики безопасного секса, искоренение неправильного представления о заболевании и повышение уровня знаний среди специалистов по оказанию помощи; проведение анализов и распределение запасов незараженной крови; обучение медицинских работников методам диагностики и обращения с больными, включая навыки консультирования; мероприятия по удовлетворению потребностей групп с высокой степенью риска заболеваемости, таких как проститутки и военные; и увеличение распространения и использования презервативов. В ряде африканских стран были созданы системы

жесткого наблюдения для контроля за распространением заболевания. В регионе Африки были приложены особые усилия посредством разъяснительной работы и принятия законодательных мер для предотвращения дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и обеспечения им доступа к медицинскому обслуживанию на местном уровне. Согласно результатам обследования, дискриминация в отношении лиц, инфицированных ВИЧ, широко проявляется на Коморских Островах; и правительство совместно с неправительственными организациями в спешном порядке организовали программы ИОК для решения этой проблемы.

40. Длительность периода между появлением первых симптомов и смертью человека от СПИДа сопряжена с дополнительным бременем для находящихся и без того в сложном положении семей. В целях уменьшения этого бремени в Объединенной Республике Танзания были разработаны программы по оказанию семьям консультативных услуг. Следует особо отметить тот упор на участие общин посредством ухода за больными СПИДом на дому, который делается в целом ряде стран Африки к югу от Сахары, включая Ботсвану, Гану, Кению, Малави, Намибию и Замбию.

41. Профилактика и лечение заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), и ВИЧ/СПИДа, как правило, осуществляются в рамках оказания базовых медико-санитарных услуг. В большинстве страновых программ усилия по предупреждению ЗППП, включая ВИЧ/СПИД, интегрированы в систему охраны репродуктивного здоровья. Это осуществляется посредством проведения специальной подготовки для действующих медицинских работников по вопросам консультирования, разъяснительной работы, обучения новейшим методам лечения и индивидуального подхода. Некоторые страны, включая Ботсвану, Гондурас, Намибию, Турцию, Уганду и Вьетнам, сообщают, что программы по профилактике ВИЧ/СПИДа осуществляются совместно на межминистерском или межведомственном уровнях для обеспечения наиболее эффективных результатов в решении этой проблемы.

42. Страны, в которых наблюдается высокий уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом, приняли меры для решения проблем, связанных с радикальными изменениями в спросе на услуги и уменьшением возможностей обеспечивать уход из-за болезни медицинского персонала. Были также приняты меры по перестройке систем здравоохранения, которая связана с необходимостью включения услуг по ВИЧ в существующую систему, как это имеет место в случае ЗППП и предохранения крови от инфекции. В Таиланде больные СПИДом получают финансовую помощь от правительства. Бюджетные ассигнования 1996 года на национальную программу борьбы со СПИДом включали средства на содействие предупреждению поведенческих и социальных факторов риска, развитие системы здравоохранения и медико-санитарных услуг, включая общие меры предосторожности и предохранения крови от инфекции, предоставление консультативных услуг и помощи заболевшим СПИДом, проведение исследований и оценок программ и административную и управленческую поддержку. Поддержка семей, в которых имеются заболевшие СПИДом, осуществляется в Бангладеш, Бутане, на Фиджи и в Индонезии. Значительная часть помощи поступает от неправительственных организаций, таких как Международный комитет Красного Креста и Красного Полумесяца, и национальных комитетов по борьбе со СПИДом.

VII. Поддержка со стороны международных неправительственных организаций

43. В настоящем докладе неоднократно говорилось о большом вкладе национальных неправительственных организаций в осуществление программ в области здравоохранения. Международные неправительственные организации также вносят в это дело существенный вклад; после МКНР они разработали многочисленные программы и мероприятия по проблемам здравоохранения и смертности в развивающихся странах. ЮНФПА оказывает содействие и сотрудничает с целым рядом международных неправительственных организаций в области охраны здоровья женщин и

репродуктивного здоровья. К их числу относятся организация "Доступ к добровольному и безопасному предупреждению беременности" (ДДБПБ), Центр по вопросам развития и деятельности в области народонаселения (СЕДПА), Медицинская ассоциация стран Британского содружества (МАС), Международный совет по управлению программами в области народонаселения (ИКОМП), Международная федерация по планированию размеров семьи (МФПС), Международная коалиция за охрану здоровья женщин (МКЗЖ), Японская организация по международному сотрудничеству в области регулирования размеров семьи (ЯОМСРС), Международная организация имени Мари Стопес, Совет по народонаселению, Институт по народонаселению, Программа по соответствующим технологиям в области здравоохранения (ПСТЗ) и Организация женщин по окружающей среде и развитию (ОЖСР).

44. Ответы, полученные на вопросник ЮНФПА, свидетельствуют о поддержке, оказываемой международными неправительственными организациями такой деятельности, как пропаганда грудного вскармливания в Нигере и некоторых островных государствах Карибского бассейна и охрана здоровья детей и женщин в Непале и Нигерии. Международные неправительственные организации оказывают содействие программам предоставления услуг и информации по ВИЧ в каждом из четырех географических регионов. Программа пропаганды здоровья женщин при поддержке европейских институтов и учреждений Организации Объединенных Наций подчеркивает важность того, чтобы улучшению здоровья и сокращению смертности по-прежнему уделялось особое внимание в качестве одного из элементов программ развития. Международная организация имени Мари Стопес играет важную роль в поддержке национальных усилий по улучшению состояния здоровья и управлению здравоохранением. Содействие подготовке специалистов по больничному уходу и консультированию в ряде стран осуществляется ДДБПБ, а в Непале, Нигерии и ряде других стран — СЕДПА. Осуществляемая в настоящее время в рамках ЈНРІЕГО (Программа Джона Хопкинса для Международной корпорации по просвещению в области акушерства и гинекологии) программа международного обучения и подготовки

специалистов по вопросам репродуктивного здоровья направлена на укрепление потенциала по подготовке кадров в Индонезии, Марокко и Уганде посредством разработки учебников и подготовки инструкторов для оказания высококачественных услуг и сокращения заболеваемости и смертности.

45. МКЗЖ оказывает поддержку неправительственным организациям, которые предоставляют помощь и содействуют развитию служб национального здравоохранения в Бангладеш, Бразилии, Камеруне, Чили, Индонезии, Нигерии и на Филиппинах, и осуществляет глобальные программы по поощрению репродуктивных и сексуальных прав и здоровья женщин. ОЖСР действует главным образом в информационно-пропагандистской области, отстаивая репродуктивные и сексуальные права и охрану здоровья женщин и контролируя их осуществление в более широких рамках гендерной проблематики, окружающей среды и развития. ОЖСР является глобальной организацией, которая объединяет свыше 20 тыс. активистов и организаций во всем мире.

46. ЯОМСРС в сотрудничестве с Ассоциацией по планированию размеров семьи Ганы оказывает содействие в подготовке традиционных акушерок в целях повышения качества ухода за женщинами при родах. В Индии и Бангладеш международные неправительственные организации оказывают значительную часть услуг по охране репродуктивного здоровья. Их усилия по оказанию услуг включают новаторские компоненты; например, ЯОМСРС способствует развитию самокупаемости служб в Непале на основе сотрудничества между центральным правительством и общинными организациями. Медицинские исследования при поддержке неправительственных организаций проводились также в условиях клиники. Можно отметить, например, помощь ДДБПБ в сопоставлении методов выявления онкологических заболеваний и содействие JHPIEGO в проведении оценок потребностей в подготовке кадров в Индонезии и Уганде. Ведущую роль в поддержке программ охраны здоровья и планирования семьи в каждом регионе играет Совет по народонаселению. Особенно важное значение имеет помощь в области проведения оперативных исследований и укрепления элементов обеспечения качества здравоохранения в национальных программах.

VIII. Исследования в области здравоохранения

47. Практически все страны, ответившие на вопросник, обеспечивают некоторые программы исследований в области здравоохранения. Исключение составляют те из них, которые испытывают острую нехватку ресурсов. Демографические и медицинские обследования чаще всего упоминались в вопроснике как источники информации. Некоторые страны проводят специальные обследования по проблемам питания и репродуктивного здоровья мужчин; пять стран особо упомянули программы, касающиеся охраны здоровья подростков.

48. Некоторые программы по странам включают обширные исследовательские компоненты. К числу стран, имеющих такие полностью документированные программы, относятся Никарагуа, Филиппины, Сенегал, Судан, Вьетнам и Зимбабве. Во Вьетнаме намечены или проводятся исследования по таким темам, как распространенность инфекционных заболеваний половых путей; распространенность аборт и осложнений после абортов; молодежь, добрачная половая жизнь и аборты; и причины материнской смертности.

49. Проблемы репродуктивного здоровья, включая безопасное материнство; исследования по теме: знания, воззрения и практика (ЗВП) мужчин; и изучение ЗППП (включая синдромный подход к диагностике ЗППП) включены в ряд национальных исследовательских программ. Об исследованиях в области абортов сообщили 12 из 80 ответивших стран; цель, как правило, состоит в том, чтобы определить остроту проблемы и выявить причины для принятия эффективных профилактических мер.

IX. Выводы

50. Данный обзор политики и программ в 80 странах в четырех географических регионах свидетельствует о существенной активизации усилий по улучшению положения в области охраны здоровья и снижения смертности. Главные выводы включают:

а) в структуре, финансировании и характере услуг, предоставляемых сектором здравоохранения, происходят глубокие изменения;

б) улучшение доступа к базовому медико-санитарному обслуживанию является ключевым элементом политики стран, и уже наблюдаются крупные достижения в усилиях по охвату наиболее уязвимых групп населения;

с) ширится участие общин в области оказания медицинских услуг;

д) программы выживания детей способствовали улучшению здоровья младенцев и детей, и уделение повышенного внимания питательным микроэлементам обещает повлечь за собой дальнейшие улучшения;

е) важность кормления грудью для выживания детей получила всеобщее признание;

ф) практика предоставления отпусков по беременности и родам становится нормой для работников формального сектора во многих развивающихся странах;

г) особые проблемы женщин, связанные с риском их здоровью, получают всеобщее признание и решаются на самых высоких правительственных уровнях;

з) планирование семьи рассматривается во всех странах как важнейший фактор снижения числа случаев нежелательной беременности и улучшения репродуктивного здоровья;

и) мероприятия на уровне стран в области ВИЧ/СПИДа способствовали мобилизации ресурсов для сдерживания распространения инфекции ВИЧ;

к) за исключением относительно развитых стран, объем ресурсов на исследования в области здравоохранения слишком ограничен, чтобы обеспечить сбор информации, необходимой для принятия решений;

л) неправительственные организации играют все более заметную роль в обеспечении медицинского обслуживания, в информационно-

пропагандистской деятельности и разъяснительной работе среди населения.

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/} Главный недостаток доклада заключается в том, что ответы на уровне стран не содержат данных о полноте реализации программ и политики или их воздействии на показатели здоровья и смертности.

^{3/} Объединенная информация по 13 странам региона южной части Тихого океана засчитана как один доклад.

^{4/} Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию.., приложение, глава VIII, пункт 8.8.

^{5/} Бамакская инициатива была объявлена в сентябре 1987 года на совещании министров здравоохранения стран Африканского региона, организованном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ.

^{6/} Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию.., приложение, глава VIII, пункт 8.10.

^{7/} Там же, пункт 8.4.