

РЕШЕНИЯ

WHA57(1) Состав Комитета по проверке полномочий

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила Комитет по проверке полномочий в составе делегатов следующих 12 государств-членов: Австрия, Белиз, Канада, Джибути, Гамбия, Индия, Италия, Кения, Мали, Мьянма, Папуа-Новая Гвинея, Узбекистан.

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(2) Состав Комитета по выдвижению кандидатур

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения избрала Комитет по выдвижению кандидатур в составе следующих государств-членов: Бахрейн, Бруней-Даруссалам, Буркина-Фасо, Китай (Народная Республика), Демократическая Республика Конго, Эритрея, Эстония, Франция, Гайана, Израиль, Мексика, Микронезия (Федеративные Штаты), Монако, Мозамбик, Никарагуа, Перу, Российская Федерация, Шри-Ланка, Свазиленд, Таиланд, Тунис, Уганда, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Уругвай, а также д-ра Khandaker Mosharraf Hossain, Бангладеш (Председатель Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, *ex officio*).

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(3) Выборы должностных лиц Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Комитета по выдвижению кандидатур избрала следующих должностных лиц:

| | |
|----------------------------------|--|
| Председатель: | г-н Muhammad Nasir Khan (Пакистан) |
| Заместители Председателя: | д-р М.Е. Tshabalala-Msimang (Южная Африка) г-жа А. David-Antoine (Гренада) г-н S. Vogoev (Болгария) д-р R. Maria de Araujo (Тимор-Лешти) д-р Chua Soi Lek (Малайзия) |

(Первое пленарное заседание, 17 мая 2004 г.)

WHA57(4) Выборы должностных лиц главных комитетов

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Комитета по выдвижению кандидатур избрала следующих должностных лиц главных комитетов:

| | | |
|-------------------|---------------------|--|
| Комитет А: | Председатель | д-р Ponmek Dalaloy (Лаосская Народно-Демократическая Республика) |
|-------------------|---------------------|--|

Эстония; Эфиопия; Фиджи; Финляндия; Франция; Габон; Гамбия; Грузия; Германия; Гана; Греция; Гренада; Гватемала; Гвинея; Гвинея-Биссау; Гайана; Гаити; Гондурас; Венгрия; Исландия; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Ирак, Ирландия; Израиль; Италия; Ямайка; Япония; Иордания; Казахстан; Кения; Кирибати; Кувейт; Кыргызстан; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Латвия; Ливан; Лесото; Либерия¹; Ливийская Арабская Джамахирия; Литва; Люксембург; Мадагаскар; Малави; Малайзия; Мальдивские Острова; Мали; Мальта; Маршалловы Острова; Мавритания; Маврикий; Микронезия (Федеративные Штаты); Мексика; Монако; Монголия; Марокко; Мозамбик; Мьянма; Намибия; Непал; Нидерланды; Новая Зеландия; Никарагуа; Нигер; Нигерия; Норвегия; Оман; Пакистан; Палау; Панама; Папуа-Новая Гвинея; Парагвай; Перу; Филиппины; Польша; Португалия; Катар; Республика Корея; Республика Молдова; Румыния; Российская Федерация; Руанда; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Сент-Винсент и Гренадины; Самоа; Сан-Марино; Сан-Томе и Принсипи; Саудовская Аравия; Сенегал; Сербия и Черногория; Сейшельские Острова; Сьерра-Леоне; Сингапур; Словакия; Словения; Соломоновы Острова; Сомали; Южная Африка; Испания; Шри-Ланка; Судан; Свазиленд; Швеция; Швейцария; Сирийская Арабская Республика; Таиланд; бывшая Югославская Республика Македония; Тимор-Лешти; Того; Тонга; Тринидад и Тобаго; Тунис; Турция; Туркменистан; Тувалу; Уганда; Украина; Объединенные Арабские Эмираты; Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; Объединенная Республика Танзания; Соединенные Штаты Америки; Уругвай; Узбекистан; Венесуэла; Вьетнам; Йемен; Замбия; Зимбабве.

(Четвертое и седьмое пленарные заседания, 19 и 21 мая 2004 г.)

WHA57(8) Выборы государств-членов, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения рекомендаций Генерального комитета² избрала следующие государства-члены, которым предоставляется право назначить по одному лицу в состав Исполнительного комитета: Австралия, Бахрейн, Боливия, Бразилия, Ямайка, Кения, Лесото, Ливийская Арабская Джамахирия, Люксембург, Румыния, Таиланд, Тонга.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г.)

WHA57(9) Права интеллектуальной собственности, инновации и общественное здравоохранение

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила просить Генерального директора отложить срок представления окончательного доклада о результатах работы Комиссии по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению, учрежденной на основании резолюции WHA56.27, до Сто семнадцатой сессии Исполнительного комитета (январь 2006 г.), поскольку для завершения своей работы Комиссии потребуется дополнительное время.

(Седьмое пленарное заседание, 21 мая 2004 г.)

¹ Полномочия признаны временно.

² Документ A57/38.

WHA57(10) Ассигнования из бюджета регионам

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила, после рассмотрения доклада об ассигнованиях из регулярного бюджета регионам¹, и с учетом рекомендаций, содержащихся в пункте 21, просить Генерального директора разработать, в консультации с государствами-членами и регионами, руководящие принципы на основе объективных критериев, подлежащие соблюдению при распределении средств из всех источников с учетом справедливости, эффективности и результативности и при оказании поддержки странам, испытывающим наибольшие нужды, в особенности наименее развитым странам, которые будут рассмотрены Исполнительным комитетом на его Сто пятнадцатой сессии.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

**WHA57(11) Объединенный пенсионный фонд персонала Организации
Объединенных Наций: назначение представителей в Комитет
Пенсионного фонда персонала ВОЗ**

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения назначила д-ра J. Larivière, делегата Канады, членом Комитета Пенсионного фонда персонала ВОЗ, а д-ра A.A. Yoosuf, делегата Мальдивских Островов, заместителем члена этого Комитета, в каждом случае на трехлетний срок исполнения полномочий, а именно до мая 2007 года.

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения также назначила д-ра L. Waqatakiwewa, делегата Фиджи, в качестве члена Комитета на оставшийся срок полномочий г-на L. Rokovada, а именно до мая 2005 года.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

**WHA57(12) Политика в области взаимоотношений с неправительственными
организациями**

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила отложить рассмотрение новой политики в области взаимоотношений с неправительственными организациями², с тем чтобы дать Генеральному директору время для проведения консультаций со всеми заинтересованными сторонами в целях достижения консенсуса по формулировке соответствующей резолюции, подлежащей представлению на одной из последующих сессий Ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

¹ Документ A57/24.

² См. документ A57/32.

WHA57(13) Выбор страны, в которой будет проведена Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, в соответствии со статьей 14 Устава, приняла решение о том, что Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения будет проведена в Швейцарии.

(Восьмое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

WHA57(14) Доклады Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой и Сто тринадцатой сессиях

Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения после рассмотрения докладов Исполнительного комитета о его Сто двенадцатой¹ и Сто тринадцатой² сессиях приняла к сведению эти доклады, положительно оценила проделанную Исполкомом работу и с признательностью отметила самоотверженность, с которой Исполком выполнял поставленные перед ним задачи.

(Девятое пленарное заседание, 22 мая 2004 г.)

¹ Документ EB112/2003/REC/1.

² Документ EB113/2004/REC/1 и EB113/2004/REC/2.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Соглашение между Международным бюро по эпизоотиям (МБЭ) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)¹

[A57/28, Приложение – 8 апреля 2004 г.]

Всемирная организация здравоохранения (именуемая далее ВОЗ) и Международное бюро по эпизоотиям (именуемое далее МБЭ), выражая желание координировать свои усилия по содействию и улучшению ветеринарного здравоохранения (ВЗ), продовольственной безопасности и безопасности пищевых продуктов и тесно сотрудничать в этих целях,

согласились о следующем:

Статья 1

- 1.1 ВОЗ и МБЭ соглашаются тесно сотрудничать по вопросам, представляющим общий интерес и относящимся к их соответствующим областям компетенции, определенным их соответствующими уставными документами и решениями их Руководящих органов.

Статья 2

- 2.1 ВОЗ передает соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения и рекомендации соответствующих консультаций ВОЗ, семинаров и других официальных совещаний ВОЗ в МБЭ для цели их распространения членам МБЭ.
- 2.2 МБЭ передает рекомендации и резолюции своего Международного комитета, а также рекомендации соответствующих консультаций, семинаров МБЭ и других официальных совещаний МБЭ в ВОЗ для цели их распространения государствам – членам ВОЗ.
- 2.3 Эти резолюции и рекомендации, направленные для рассмотрения соответствующими органами этих двух Организаций (именуемых далее Сторонами), формируют основу для скоординированных международных действий между этими двумя Сторонами.

Статья 3

- 3.1 Представители ВОЗ приглашаются для участия в совещаниях Международного комитета и региональных конференций МБЭ и для участия без права голоса в обсуждениях этих органов по тем пунктам их повесток дня, которые представляют интерес для ВОЗ.
- 3.2 Представители МБЭ приглашаются для участия в совещаниях Исполнительного комитета, Всемирной ассамблеи здравоохранения и региональных комитетов ВОЗ и для участия без права голоса в обсуждениях этих органов по пунктам их повесток дня, которые представляют интерес для МБЭ.

¹ См. резолюцию WHA57.7.

- 3.3 Соответствующие договоренности устанавливаются посредством соглашения между Генеральным директором ВОЗ и Генеральным директором МБЭ в отношении участия ВОЗ и МБЭ в других совещаниях незакрытого характера, созываемых под их эгидой, на которых рассматриваются вопросы, представляющие интерес для другой стороны; это особенно относится к совещаниям, на которых определяются нормы и стандарты.
- 3.4 Обе Стороны соглашаются избегать проведения совещаний и конференций по вопросам, представляющим взаимный интерес, без предварительной консультации с другой Стороной.

Статья 4

ВОЗ и МБЭ сотрудничают в областях, представляющих общий интерес, в частности с помощью следующих средств:

- 4.1 Взаимного обмена докладами, публикациями и другой информацией, особенно своевременного обмена информацией о вспышках зоонозных болезней и болезней пищевого происхождения. Специальные соглашения будут заключены между двумя Сторонами для координации действий в ответ на вспышки зоонозных болезней и/или болезней пищевого происхождения, имеющих признанное международное значение для общественного здравоохранения или имеющих потенциал к этому.
- 4.2 Организации как региональных, так и всемирных совещаний и конференций по зоонозам, болезням пищевого происхождения и связанным с ними вопросам, таким как практика кормления животных и антимикробная резистентность, связанная с осторожным использованием антимикробных препаратов в животноводстве, а также политика и программы по их сдерживанию/борьбе с ними.
- 4.3 Совместных разработок, пропаганд и технической поддержки национальных, региональных или глобальных программ борьбы или ликвидации основных зоонозных болезней и болезней пищевого происхождения или возникающих/повторно возникающих проблем, представляющий общий интерес.
- 4.4 Содействия и укрепления, особенно в развивающихся странах, просвещения по вопросам ВЗ, операционализации ВЗ и эффективного сотрудничества между секторами общественного здравоохранения/ветеринарии.
- 4.5 Содействия и координации в международных масштабах исследовательской деятельности по зоонозам, ВЗ и безопасности пищевых продуктов.
- 4.6 Содействия и укрепления сотрудничества между сетью справочных центров и лабораторий МБЭ и сетью сотрудничающих центров и справочных лабораторий ВОЗ в целях консолидации их поддержки государствам – членам ВОЗ и членам МБЭ по вопросам, представляющим общий интерес.

Статья 5

- 5.1 ВОЗ и МБЭ в ходе подготовки своих соответствующих программ работы будут обмениваться своими проектами программ для получения замечаний.
- 5.2 Каждая Сторона будет учитывать рекомендации другой Стороны при подготовке своей окончательной программы для представления своему руководящему органу.

- 5.3 ВОЗ и МБЭ будут проводить ежегодные координационные совещания должностных лиц высокого уровня из штаб-квартиры и/или регионов.
- 5.4 Обе Стороны разработают административные меры, необходимые для осуществления этой политики, такие как обмен экспертами, общая организация совместных научных и технических совещаний, совместная подготовка персонала здравоохранения и ветеринарии.

Статья 6

- 6.1 Настоящее Соглашение вступает в силу в дату подписания Генеральным директором ВОЗ и Генеральным директором МБЭ после утверждения Международным комитетом МБЭ и Всемирной ассамблеей здравоохранения.
- 6.2 Соглашение может быть изменено по взаимному согласию, выраженному в письменном виде. Оно может быть также прекращено любой Стороной путем письменного уведомления за шесть месяцев другой Стороны.

Статья 7

- 7.1 Настоящее Соглашение заменяет Соглашение между ВОЗ и МБЭ, утвержденное ВОЗ 4 августа 1960 г. и МБЭ 8 августа 1960 года.

Утверждено ВОЗ 18 декабря 2002 г. и МБЭ 26 мая 2003 г.

Д-р D.L. Neumann
Исполнительный директор
Инфекционные болезни



Д-р В. Vallat
Генеральный директор



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Стратегия по ускорению прогресса в направлении достижения целей и выполнения задач в области международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем¹

[A57/13, Приложение – 15 апреля 2004 г.]

ВВЕДЕНИЕ

1. Репродуктивное и сексуальное здоровье² имеет фундаментальное значение для отдельных лиц, супружеских пар и семей, а также для социально-экономического развития общин и наций. В связи с обеспокоенностью медленным ходом работы по улучшению репродуктивного и сексуального здоровья в течение последнего десятилетия, а также осознавая тот факт, что цели международного развития не будут достигнуты без обновления обязательства международного сообщества, Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA55.19, предлагающую ВОЗ разработать стратегию для ускорения хода работы по достижению целей и задач международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем. В этой резолюции напоминаются и подтверждаются программы и планы действий, согласованные правительствами на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.) и на Четвертой всемирной конференции Организации Объединенных Наций по положению женщин (Пекин, 1995 г.), а также на их соответствующих конференциях по обзору пятилетней последующей деятельности³.

2. В ответ на резолюцию WHA55.19 и после проведения консультаций с государствами-членами и их партнерами ВОЗ разработала проект стратегии, который основан на действиях, предпринятых государствами-членами по выполнению резолюции WHA48.10 о репродуктивном здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии, которая настоятельно предложила государствам-членам осуществлять дальнейшую разработку и укрепление своих программ в области репродуктивного здоровья.

3. Стратегия, представленная в настоящем документе, предназначена для широкой аудитории лиц, разрабатывающих политику в рамках правительств, международных учреждений, профессиональных ассоциаций, неправительственных организаций и других учреждений. В Части I излагаются основные несоответствия между глобальными целями и глобальными реальностями, а также описаны основные препятствия на пути к достижению

¹ См. резолюцию WHA57.12.

² Определение репродуктивного здоровья, предложенное ВОЗ и согласованное на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.), включает сексуальное здоровье (см. рамку).

³ Двадцать первая специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященная общему рассмотрению и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Нью-Йорк, 1999 г.), и двадцать третья специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций на тему "Женщины 2000: гендерное равенство, развитие и мир в XXI столетии" (Нью-Йорк, 2000 г.).

прогресса, причем, в частности, отмечаются случаи несправедливости, связанные с гендером и бедностью, а также подверженностью риску подростков. В Части II изложена стратегия, определяемая принципами, основанными на международных правах человека. В ней особо выделяются основные аспекты служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья и предлагаются странам и ВОЗ пути к принятию новаторских подходов. В заключение вновь подтверждается корпоративная приверженность ВОЗ делу сотрудничества со своими партнерами в содействии и оказании поддержки государствам-членам в их усилиях по достижению Целей развития, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, и других согласованных на международном уровне целей, связанных с репродуктивным и сексуальным здоровьем.

I. ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ГЛОБАЛЬНЫЕ РЕАЛЬНОСТИ

4. Цели тысячелетия в области развития, которые взяты из Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, принятой 189 государствами-членами в 2000 г., предоставляют новые международные рамки для измерения хода работы по достижению устойчивого развития и искоренения бедности. Из восьми Целей три – сокращение детской смертности, улучшение здоровья матери и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями – непосредственно связаны с репродуктивным и сексуальным здоровьем, а четыре другие Цели – искоренить крайнюю бедность и голод, достичь всеобщего начального образования, способствовать гендерному равенству и предоставить более широкие полномочия женщинам, а также обеспечить экологическую устойчивость – имеют тесную связь со здоровьем, включая репродуктивное здоровье. В число конкретных задач входит следующее:

- сократить на три четверти показатель материнской смертности в период с 1990 по 2015 год;
- сократить на две трети показатель смертности детей в возрасте до пяти лет в период с 1990 по 2015 год;
- остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и приступить к мерам по обращению его вспять.

5. Дополнительные точки отсчета были согласованы в 1999 г. на двадцать первой специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, посвященной общему рассмотрению и оценке осуществления Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию. Например, к 2015 г. число всех родов, осуществляемых с помощью опытных акушерок, должно достичь 90% в глобальном масштабе и по меньшей мере 60% – в странах с высокими показателями материнской смертности¹.

6. Определение репродуктивного здоровья, принятое на Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 г. (см. рамку), включает основные особенности, которые создают уникальность репродуктивного и сексуального здоровья по сравнению с другими областями здравоохранения. Репродуктивное здоровье начинается до и продолжается после годов воспроизводства и тесно связано с социально-культурными факторами, гендерными ролями, а также с соблюдением и охраной прав человека, особенно – и не только – с сексуальностью и личными отношениями.

¹ Документ Организации Объединенных Наций A/S-21/5/Add.1, пункт 64.

Репродуктивное и сексуальное здоровье и права, определенные в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию¹

"Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и что у них есть возможность воспроизводить себя и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также другим методам регулирования деторождения по их выбору, которые не противоречат закону, и право иметь доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. В соответствии с изложенным выше определением репродуктивного здоровья, охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Она также включает охрану сексуального здоровья, целью которой является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем." (Пункт 7.2)

"С учетом вышеизложенного определения репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других соответствующих документах Организации Объединенных Наций, принятых на основе консенсуса. Указанные права зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами и праве на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Это также включает их право принимать решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах по правам человека. ..." (Пункт 7.3)

¹ Документ Организации Объединенных Наций A/CONF.171/13: Доклад МКНР.

7. Принятие этих всеобъемлющих определений на Международной конференции по народонаселению и развитию ознаменовало собой начало новой эры, а достижения прошлого десятилетия являются многочисленными и глубокими. Например, концепция репродуктивного и сексуального здоровья и прав с незначительными исключениями была широко принята и начата использоваться международным здравоохранением и организациями по развитию, национальными правительствами, неправительственными организациями и другими участвующими сторонами. Новая политика и программы в области репродуктивного здоровья были определены почти во всех странах. Их принятие произвело значительные изменения в некоторых странах в традиционных способах оказания услуг в области охраны здоровья матери и ребенка или планирования семьи.

8. После принятия концепции и выражения приверженности репродуктивному и сексуальному здоровью были созданы партнерства на национальном, региональном и глобальном уровнях. Были также собраны новые фактические данные в ранее забытых областях, таких как бремя болезней, вызываемых плохим репродуктивным и сексуальным здоровьем, его связь с бедностью и насилием гендерного характера. Значительно возросло число случаев оптимальной практики, основанной на фактическом материале, в области репродуктивного и сексуального здоровья, а также возросли масштабы клинических и

поведенческих исследований и сбора международно признанных стандартов, норм и руководящих принципов.

9. Опыт показал, что даже в странах с низким уровнем дохода новаторские подходы с учетом специфики конкретных стран могут привести к значительному сокращению, например материнской смертности и заболеваемости. В настоящее время проблема заключается в том, чтобы разработать новаторские национальные стратегии, направленные на то, чтобы медико-санитарные услуги были доступны для наиболее нуждающихся людей, таких как подростки и бедные, с тем чтобы достичь международных целей. В настоящее время многие страны страдают от постоянно сохраняющихся высоких показателей материнской смертности и заболеваемости, перинатальной смертности, инфекций половых путей и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, нежелательную беременность, небезопасные аборты и рискованное сексуальное поведение, о чем свидетельствуют приведенные ниже данные.

Глобальная ситуация

Беременность, роды и здоровье новорожденных

10. Ежегодно из приблизительно 210 миллионов женщин, которые становятся беременными, около восьми миллионов страдают от осложнений, угрожающих жизни, связанных с беременностью, причем многие имеют длительные заболевания и инвалидность. Согласно оценкам, в 2000 г. во время беременности и родов в основном по предупреждаемым причинам умерли 529 000 женщин. В глобальном масштабе показатель материнской смертности существенно не изменился за последнее десятилетие.

11. Несправедливость проявляется в наибольшей степени на региональном уровне, причем 99% этих случаев материнской смертности происходят в развивающихся странах. Риск смерти по материнским причинам в течение жизни в африканских странах к югу от Сахары составляет 1 к 16, а в Юго-Восточной Азии – 1 к 58 по сравнению с 1 к 4000 в промышленных странах.

12. Большинство случаев материнской смертности происходит в результате осложнений во время родов (например, очень затрудненные роды – особенно при ранней первой беременности, кровотечение и гипертензивные осложнения), сразу же после родов (сепсис и кровотечение) или после небезопасного аборта. Факторами, обычно связанными с этими случаями смерти, являются отсутствие квалифицированного медицинского персонала¹ во время родов, отсутствие служб, способных оказать экстренную акушерскую помощь и устранить осложнения после небезопасного аборта, и неэффективные действующие системы направления к специалистам.

13. Более 50% женщин, живущих в беднейших регионах мира, – в некоторых странах это число превышает 80%, – рожают своих детей без помощи квалифицированной акушерки. В африканских странах, расположенных к югу от Сахары, этот процент не изменился за прошедшее десятилетие. Дородовая помощь предоставляется и широко используется в промышленных странах; в противоположность этому в конце 1990-х годов почти половина беременных женщин в Южной Азии и одна треть в Западной Азии и в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, не получали вообще никакой дородовой помощи по

¹ Термин "квалифицированная акушерка" или "квалифицированный медицинский персонал" относится к специалисту здравоохранения, такому как акушерка, врач или сестра, которые обучены и обладают умением и навыками, необходимыми для проведения нормальных родов и непосредственно следующего послеродового периода, и которые могут выявлять осложнения, а, в случае необходимости, оказывать неотложную помощь и/или направлять больную на более высокий уровень медицинской помощи.

сравнению с менее чем одной пятой женщин в Восточной Азии, Латинской Америке и в зоне Карибского бассейна.

14. Из 10,8 миллиона случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире три миллиона происходят во время первых семи дней неонатального периода. Кроме того, согласно оценкам, 2,7 миллиона детей являются мертворожденными. Многие из этих случаев смерти связаны с плохим состоянием здоровья женщины и с недостаточной помощью во время беременности, родов и в послеродовой период. Показатель неонатальной смертности (смертность в первые 28 дней) в развивающихся странах остался неизменным с начала 1980-х годов и составляет приблизительно 30 случаев смерти на 1000 живорожденных. Кроме того, смерть матери может серьезным образом поставить под угрозу выживание ее детей.

Планирование семьи

15. Использование контрацептивов существенно повысилось во многих развивающихся странах и в некоторых из них приближается к уровню, существующему в развитых странах. Тем не менее, исследования показывают, что в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой более 120 миллионов супружеских пар не удовлетворяют потребностей в безопасной и эффективной контрацепции, несмотря на свое выраженное желание избегать будущих беременностей или устанавливать интервалы между ними.

16. У 9%–39% замужних женщин (включая женщин, состоящих в брачном союзе) существует эта неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Данные свидетельствуют о том, что неудовлетворенная потребность также существует у не состоящих в браке сексуально активных подростков и взрослых. Около 80 миллионов женщин ежегодно имеют незапланированную или нежелательную беременность, причем некоторые из них происходят в результате дефектов в контрацептивных средствах, поскольку ни один контрацептивный метод не является эффективным на 100%.

Небезопасный аборт

17. Ежегодно прекращаются приблизительно 45 миллионов случаев нежелательной беременности, причем приблизительно 19 миллионов из них прекращаются в результате небезопасного аборта¹, 40% всех небезопасных аборт совершаются у молодых женщин в возрасте 15-24 лет. В результате небезопасных аборт ежегодно погибают приблизительно 68 000 женщин, что представляет 13% всех случаев смерти, связанных с беременностью. Кроме того, небезопасный аборт связан со значительной заболеваемостью; например, исследования показывают, что по меньшей мере одна из пяти женщин, совершивших небезопасный аборт, в результате этого страдает от инфекции половых путей – некоторые из этих инфекций являются серьезными, ведущими к бесплодию.

Инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-инфекцию и инфекции половых путей

18. Согласно оценкам, ежегодно регистрируются 340 миллионов новых случаев бактериальных инфекций, передаваемых половым путем, большинство из которых можно вылечить. Многие инфекции не лечатся, потому что трудно установить диагноз, а также из-за отсутствия соответствующих требованиям доступных служб. Кроме того, ежегодно регистрируются миллионы случаев в основном неизлечимых вирусных инфекций, включая

¹ Небезопасный аборт определяется как процедура прекращения нежелательной беременности или лицами, у которых отсутствуют необходимые навыки, или в обстановке, в которой отсутствуют минимальные медицинские стандарты, или когда отсутствует и то и другое (см. Предупреждение и ведение небезопасного аборта, Доклад технической рабочей группы, документ WHO/MSM/92.5, 1992 г.).

пять миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции, из которых 600 000 случаев регистрируются у детей из-за передачи инфекции от матери ребенку.

19. Передаваемая половым путем папилломовирусная инфекция у человека тесно связана с раком шейки матки, который диагностируется у более чем 490 000 женщин и вызывает ежегодно 240 000 случаев смерти. Три четверти всех случаев рака шейки матки происходят в развивающихся странах, где ощущается серьезная нехватка или отсутствие программ по обследованию и лечению.

20. Более 100 миллионов в основном излечимых случаев передаваемых половым путем инфекций происходят ежегодно у молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эти инфекции способствуют заражению ВИЧ-инфекцией и ее распространению. Несмотря на отмеченные в последнее время позитивные тенденции среди молодежи (особенно среди женщин) в некоторых африканских странах, в целом приблизительно в два раза больше молодых женщин, чем мужчин, являются ВИЧ-инфицированными в африканских странах к югу от Сахары. В 2001 г., согласно оценкам, в африканских странах к югу от Сахары с ВИЧ/СПИДом жили 6%-11% молодых женщин по сравнению с 3%-6% молодых мужчин. В других развивающихся регионах число женщин с ВИЧ/СПИДом также больше, чем число мужчин. Кроме того, известно, что широко распространены инфекции половых путей, такие как бактериальный вагиноз и кандидоз гениталий, которые не передаются половым путем, хотя отсутствует достаточная документация о распространенности и последствиях этих инфекций.

21. Инфекции, передаваемые половым путем, также являются основной причиной бесплодия: во всем мире приблизительно 60-80 миллионов супружеских пар страдают от бесплодия и последующего невольного отсутствия детей, часто в результате закупорки трубы, вызываемой отсутствием лечения или недостаточным лечением инфекции, передаваемой половым путем.

22. Вместе эти аспекты плохого репродуктивного и сексуального здоровья (материнская и перинатальная смертность и заболеваемость, онкологические заболевания, инфекции, передаваемые половым путем, и ВИЧ/СПИД) составляют приблизительно 20% глобального бремени плохого состояния здоровья женщин и приблизительно 14% плохого состояния здоровья мужчин. Однако эти статистические данные не охватывают всего бремени плохого состояния здоровья. В настоящее время серьезно недооцениваются гендерно обусловленное насилие и гинекологические состояния, такие как серьезные менструальные проблемы, недержание мочи и энкопрез, вызываемые акушерскими свищами, выпадением матки, выкидышами и нарушением половой функции, все из которых имеют серьезные социальные, психологические и физические последствия. По оценкам ВОЗ, небезопасный секс является вторым наиболее важным глобальным фактором риска для здоровья.

Препятствия на пути к прогрессу

Несправедливость, связанная с гендером

23. Часто бросается в глаза гендерное неравенство, связанное со здоровьем. Семьи могут вкладывать меньше средств в питание, медико-санитарную помощь, обучение в школе, профессиональное обучение для девочек, чем для мальчиков. Дискриминация по признаку пола и низкий социальный статус девочек и женщин часто ведут к плохому состоянию физического и психического здоровья, физическому или психологическому злоупотреблению, а также к низким уровням контроля за своей собственной жизнью, особенно за своей половой и репродуктивной жизнью.

24. Насилие в отношении женщин во многих своих формах оказывает воздействие на репродуктивное и сексуальное здоровье женщин. В частности, насилие со стороны интимного

партнера, которое происходит во всем мире, включает физическое, сексуальное и психологическое злоупотребление. Исследования показывают, что от 4% до 20% женщин подвергаются насилию во время беременности с последствиями как для них самих, так и для их детей, такими как выкидыш, преждевременные роды и низкая масса тела при рождении. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в некоторых странах почти одна из четырех женщин подвергается половому насилию со стороны интимного партнера. Также широко распространено насилие и изнасилование со стороны знакомых и незнакомых людей. Также серьезной проблемой является торговля женщинами и детьми, а также вынужденная проституция, особенно в некоторых регионах. Экстенсивными являются последствия для репродуктивного и сексуального здоровья и включают нежелательную беременность, небезопасный аборт, хронические болевые синдромы, передаваемые половым путем инфекции, включая ВИЧ-инфекцию, и гинекологические нарушения.

Подростки, подвергающиеся риску

25. В большинстве стран табу и нормы в отношении сексуальности (включая такую практику, как брак в детском возрасте, увечья женских гениталий и ранние половые отношения) ставят серьезные препятствия для получения информации, предоставления услуг в области охраны репродуктивного здоровья и других форм поддержки, которые необходимы молодежи, для того чтобы быть здоровыми. Тем не менее, сексуальное и репродуктивное поведение в период отрочества (в возрасте от 10 до 19 лет) имеет незамедлительные и долгосрочные последствия. В некоторых частях мира половая активность начинается в отрочестве и часто является рискованной, независимо от того, возникает ли она в браке или вне брака. Подростки редко обладают способностью или поддержкой, для того чтобы противостоять давлению, побуждающему к половым отношениям, договариваться о более безопасном сексе или защищать себя от нежелательной беременности и передаваемых половым путем инфекций. Для молодых девочек беременность несет высокий риск материнской смертности и заболеваемости. Удовлетворение потребностей и защита прав 1200 миллионов подростков во всем мире имеют существенное значение для гарантирования здоровья нынешнего и будущего поколений.

Несправедливость, связанная с бедностью и доступом к службам здравоохранения

26. Бедность почти повсюду связана с несправедливым доступом к службам здравоохранения, особенно к службам охраны здоровья матери. Бремя плохого репродуктивного и сексуального здоровья является наибольшим в беднейших странах, где службы здравоохранения, как правило, расположены в разных местах или физически недоступны, плохо обеспечены кадрами, ресурсами и оборудованием, а также находятся вне досягаемости для многих бедных людей. Слишком часто улучшение в службах общественного здравоохранения приносит несоразмерно большие выгоды более обеспеченным людям, хотя теоретически возможно достичь некоторых целей международного здравоохранения без включения групп с самым низким доходом и уязвимых групп населения.

27. С 1980-х годов во многих странах проводятся различные реформы сектора здравоохранения, влиявшие на наличие и доступ к службам здравоохранения, включая службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Системы финансирования, такие как системы страхования с предоплатой и субсидии с проверкой нуждаемости, часто не приводят к желательному справедливому доступу для бедных людей. Таким образом, необходимо уделять особое внимание обеспечению того, чтобы обездоленные группы населения могли иметь доступ к профилактике, лечению и службам по спасению жизни, таким как экстренная акушерская помощь.

Другие проблемы

28. В последние годы отмечалось уменьшение объема общей помощи в области развития, хотя особенно пострадали такие секторы, как здравоохранение и образование. В то же самое время были введены новые механизмы внешнего финансирования здравоохранения, такие как документы по стратегии сокращения бедности, общесекторальные подходы и прямая поддержка бюджета. Также основные новые источники финансирования сектора здравоохранения, такие как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, концентрируют ресурсы на конкретных болезнях и вмешательствах. Важно обеспечить, чтобы эти новые вехи способствовали созданию устойчивого потенциала системы здравоохранения, включая службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья.

29. Во многих странах основным препятствием для расширения всеобъемлющих служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также для повышения качества помощи являются недостаточные кадровые ресурсы. Слабыми местами являются серьезная нехватка персонала, недостаточные навыки имеющегося персонала, быстрая текучесть кадров и потеря квалифицированных работников, а также неэффективное использование и распределение тех работников, которые уже работают в данной системе. Низкая или невыплачиваемая заработная плата и неудовлетворительная подготовка кадров, неудовлетворительное руководство и условия работы являются основными причинами низкой производительности труда и высокой текучести специалистов здравоохранения. Стратегическое планирование для создания и сохранения надлежащим образом подготовленных работников здравоохранения, включая, например, квалифицированных акушерок, имеет важное значение для достижения прогресса в оказании помощи в области репродуктивного и сексуального здоровья.

30. Помимо препятствий, с которыми сталкиваются бедные и другие, не имеющие благоприятных условий люди в доступе к службам здравоохранения в целом, такие как расстояние от служб, отсутствие транспорта, стоимость услуг и дискриминационное лечение пользователей, охрана репродуктивного здоровья связана с особыми трудностями. Они порождаются социальными факторами и факторами культурного характера, такими как табу, окружающее воспроизводство и сексуальность, отсутствие у женщин полномочий на принятие решений, связанных с сексом и воспроизводством, низкое значение, придаваемое здоровью женщин, и негативное и предосудительное отношение членов семьи и лиц, оказывающих медико-санитарную помощь. Целостное рассмотрение общинами и лицами, оказывающими медико-санитарную помощь на местах, убеждений, отношений и ценностей является многообещающим началом преодоления этих основных препятствий.

31. За последние два десятилетия были осуществлены достижения в области спасения жизни, в технологиях охраны репродуктивного здоровья, а также в эффективной клинической и прагматической практике. Однако даже при наличии электронных баз данных и средств интерактивной связи многие системы здравоохранения и лица, предоставляющие услуги, имеют незначительный доступ к этой новой информации или не имеют этого доступа вообще. Эффективные демонстрационные проекты во многих странах, включая введение технологий и наилучшей практики, часто не удается осуществить в более крупном масштабе. Неспособность использовать надлежащее стратегическое планирование на основе адекватных количественных и качественных данных ограничивает понимание причин плохого качества услуг и отсутствия доступа к услугам, а также их использования.

32. В некоторых странах законы, политика и регулирующие положения могут мешать доступу к службам (например, исключение не находящихся в браке людей из области контрацептивных услуг), без какой-либо необходимости ограничивать роли медицинского персонала (например, запрещение акушеркам применять процедуры по спасению жизни, такие как удаление плаценты), запрещение предоставления некоторых услуг (например, предоставление без рецепта средств неотложной контрацепции) или ограничивать импорт

некоторых основных лекарственных средств и технологий. Устранение таких ограничений, по всей видимости, будет в значительной степени способствовать улучшению доступа людей к службам.

II. СТРАТЕГИЯ ПО УСКОРЕНИЮ ХОДА РАБОТЫ

33. Всеобъемлющая цель этой стратегии заключается в ускорении хода работы по достижению в международном масштабе согласованных целей в области репродуктивного здоровья и, в конечном итоге, по достижению наивысшего достижимого стандарта репродуктивного и сексуального здоровья для всех.

Руководящий принцип: права человека

34. Стратегия ВОЗ по ускорению хода работы основана на согласованных в международном масштабе документах и декларациях по правам человека, принятых глобальным консенсусом, включая право всех людей на наивысший достижимый уровень здоровья; основное право всех пар и отдельных лиц свободно принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и времени их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами; право женщин осуществлять контроль, а также свободно и ответственно решать вопросы, связанные с их сексуальностью, включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья без принуждения, дискриминации и насилия; право мужчин и женщин выбирать супругу или супруга и вступать в брак лишь по их свободному и полному согласию; право доступа к информации и право каждого пользоваться выгодами научного прогресса и его применения. Для обеспечения соблюдения этих прав политика, программы и мероприятия должны способствовать гендерному равенству, в них должно уделяться приоритетное внимание бедным и получающим недостаточное обслуживание слоям и группам населения, особенно подросткам, а также оказываться особая поддержка тем странам, которые несут наибольшее бремя плохого состояния репродуктивного и сексуального здоровья.

Основные аспекты служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья

35. Существует пять основных аспектов охраны репродуктивного и сексуального здоровья: улучшение дородовой, перинатальной, послеродовой помощи и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг в области планирования семьи, включая службы, связанные с бесплодием; ликвидация небезопасных абортов; борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания; и укрепление сексуального здоровья. Благодаря тесной связи между различными аспектами репродуктивного и сексуального здоровья вмешательство в одной области, безусловно, окажет воздействие на другие области. Странам важно укрепить существующие службы и использовать их в качестве исходного пункта для разработки новых мероприятий, стремясь к максимальной синергии.

36. В большинстве стран основным исходным пунктом будут являться службы дородовой помощи, помощи при родах и помощи в послеродовой период, которые являются основой первичной медико-санитарной помощи. Центральное место в сокращении материнской заболеваемости и смертности, а также перинатальной смертности занимают принятие каждым родов квалифицированным медицинским персоналом и оказание всеобъемлющей неотложной акушерской помощи для устранения осложнений. Предоставление этих услуг требует наличия эффективных систем направления к специалистам для обеспечения связи и транспорта между пунктами предоставления услуг. Службы охраны здоровья матери предоставляют основную возможность для охвата женщин системой планирования семьи. Они также являются отличным средством, с помощью которого можно обеспечить женщинам доступ к

профилактике, консультациям, обследованию и лечению ВИЧ-инфекции и предотвращению передачи ВИЧ во время беременности и родов, а также посредством грудного вскармливания. Действительно, именно с помощью этих служб можно адекватным образом предоставлять медицинскую помощь. Эти пункты получают дальнейшую разработку в стратегии ВОЗ по обеспечению безопасной беременности.

37. Небезопасный аборт в качестве предупреждаемой причины материнской смертности и заболеваемости должен решаться в качестве части Цели тысячелетия в области развития по улучшению здоровья матери и других целей и задач международного развития. Это требует предпринятия неотложных действий, включая укрепление служб планирования семьи для предупреждения нежелательной беременности, и в той степени, в которой разрешено законом, обеспечение того, чтобы имелись и были доступными эти услуги. Также в той степени, в какой позволяет закон, требуются подготовка провайдеров медико-санитарных услуг по современной технологии и обеспечение их соответствующими лекарственными средствами и поставками, все из которых должны предоставляться для оказания гинекологической и акушерской помощи; предоставление социальной и иной поддержки женщинам с нежелательной беременностью и в той степени, в которой позволяет закон, предоставление услуг, связанных с абортом, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Женщинам, страдающим от осложнений, связанных с небезопасным абортом, должно предоставляться неотложное и гуманитарное лечение в рамках оказания помощи после аборта.

38. Об успехе в предоставлении услуг в области планирования семьи в большинстве стран мира свидетельствует огромное увеличение использования контрацептивных средств в развивающихся странах за последние два-три десятилетия. Эти программы являются существенной частью служб по сокращению материнской перинатальной заболеваемости и смертности, поскольку они позволяют женщинам откладывать на более поздний срок, распределять по времени и ограничивать беременности. Поскольку эти службы непосредственно связаны с половыми отношениями, они имеют огромный потенциал для определения пути укрепления сексуального здоровья и содействия усилиям по предупреждению инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции.

39. Диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем, проводятся фармацевтами, продавцами лекарственных средств и традиционными лекарями, часто совершенно неэффективно. Предпринимались различные попытки охватить женщин посредством интеграции лечения инфекций, передаваемых половым путем, в существующие службы охраны здоровья матери и ребенка и/или планирования семьи, но с ограниченным успехом. Тем не менее, опыт показывает, что включение профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в службы планирования семьи, особенно посредством предоставления консультаций и обсуждения вопросов сексуальности и отношений между партнерами, привело к увеличению использования услуг и улучшению качества медицинской помощи. Эти подходы можно использовать и усовершенствовать, с тем чтобы расширить охват и охватить мужчин, молодежь и другие группы населения, которым ранее не уделяли особого внимания службы планирования семьи. Кроме того, пробное лечение в группах высокого риска и всеобъемлющие программы борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, на уровне общины могли в значительной степени способствовать сокращению уровней передачи ВИЧ-инфекции.

40. Дополнительные выгоды от укрепления служб охраны репродуктивного здоровья многочисленны. Они включают уделение внимания вопросам насилия в отношении женщин, которые в настоящее время решаются в различных странах, например с предоставлением услуг в области неотложной контрацепции, проведение аборт (в той степени, насколько это разрешено законом), если требуется, лечение передаваемых половым путем инфекций и профилактика ВИЧ-инфекции после изнасилования, обследование и лечение рака шейки матки, профилактика первичного и вторичного бесплодия и лечение гинекологических состояний.

Хорошо разработанные и эффективно действующие службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья, особенно службы с участием населения, могут также способствовать улучшению отношений между пользователем и лицом, предоставляющим услуги, участию мужчин, а также предоставлению более широких прав женщинам в отношении выбора, касающегося репродуктивного здоровья.

41. Все службы охраны репродуктивного и сексуального здоровья играют ключевую роль в предоставлении информации и консультаций для укрепления сексуального здоровья. Соответствующая информация может также способствовать улучшению связи между партнерами и укреплению аспекта здоровья при принятии решения, касающегося половых отношений, включая воздержание и использование презервативов.

Действия

42. ВОЗ предлагает следующие ключевые области действий на страновом уровне и берет обязательства по оказанию поддержки государствам-членам в создании и укреплении их потенциала для улучшения репродуктивного и сексуального здоровья. Выявление проблем, установление приоритетов и стратегий по ускорению действий необходимо осуществлять каждой стране в рамках консультативных процессов с участием всех заинтересованных сторон. Пятью всеобъемлющими областями действий являются укрепление потенциала систем здравоохранения, улучшение информации для установления приоритетов, мобилизация политической воли, создание поддерживающих законодательных и регулирующих механизмов и укрепление мониторинга, оценки и отчетности.

Укрепление потенциала систем здравоохранения

43. Предпосылкой для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных с выживанием матерей и детей и ВИЧ/СПИДом, а также с более широкими целями репродуктивного и сексуального здоровья, является существование функционирующей системы основной медико-санитарной помощи на первичном, вторичном и третичном уровнях. В некоторых странах необходимо будет существенно укрепить основной потенциал служб здравоохранения, с тем чтобы можно было бы предоставлять всеобъемлющий ряд основных услуг в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Планирование в области репродуктивного и сексуального здоровья на национальном уровне потребует решения вопросов, касающихся устойчивых механизмов финансирования, кадровых ресурсов, качества предоставляемых услуг и использования служб.

44. **Устойчивые механизмы финансирования.** Центральное значение охраны репродуктивного и сексуального здоровья необходимо отразить в планировании и стратегическом развитии национального сектора здравоохранения. Оказывалось содействие реформам сектора здравоохранения и связанным с ними инициативам, таким как общесекторальные подходы к финансированию со стороны доноров в качестве средства укрепления систем здравоохранения. Задача заключается в обеспечении того, чтобы эти инициативы и другие механизмы финансирования привели к повышению качества, всеобъемлющим службам охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также к продвижению к всеобщему доступу.

45. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) добиться того, чтобы охрана репродуктивного и сексуального здоровья занимала центральное место в процессах национального планирования и разработки стратегий, включая документы по стратегии сокращения бедности и стратегии ВОЗ по сотрудничеству между странами;

(2) обеспечить надлежащее отражение репродуктивного и сексуального здоровья в национальных планах сектора здравоохранения, включая планы, касающиеся инициативы "3 к 5", предложения в отношении Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также другие соответствующие инициативы;

(3) установить приоритеты охраны репродуктивного и сексуального здоровья в пакетах основных услуг в соответствии с реформами сектора здравоохранения и общесекторальными подходами; и

(4) там, где введены новые механизмы финансирования, такие как разделение расходов, разработать способы содействия доступу к службам для подростков, бедных и других людей, не получающим должного внимания, а также проводить мониторинг последствий такой политики и адаптировать ее к местным условиям.

46. **Кадровые ресурсы.** Подготовка, наём, размещение и сохранение квалифицированного персонала здравоохранения являются главными элементами улучшения здравоохранения и медико-санитарной помощи в целом. Многие основные мероприятия в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья могут осуществляться специалистами среднего уровня и вспомогательным медицинским персоналом. Задача состоит в том, чтобы определить штаты работников здравоохранения, навыки и формы подготовки, которые в наибольшей степени необходимы для предоставления приоритетных услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья. Необходимо будет создать предоставляющие возможности условия для работников здравоохранения, с тем чтобы они в полной мере реализовывали свой потенциал, и создать для них мотивацию для работы со всеми группами населения, включая беднейшие слои.

47. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) определить основные требования на всех уровнях в отношении числа и распределения работников здравоохранения, обладающих навыками, необходимыми для осуществления приоритетных мероприятий в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья, а также осуществить надлежащий наём и соответствующую подготовку кадров;

(2) провести оценку и улучшить условия работы, условия найма и руководство;

(3) сформулировать стратегию по созданию мотивации и сохранению квалифицированного персонала; и

(4) содействовать политике, позволяющей работникам здравоохранения в полной мере использовать свои навыки.

48. **Качество предоставления услуг.** Современная практика, используемая в учебных больницах и специальных проектах, часто не принимается во всей системе, что ведет к тому, что общая эффективность остается низкой и сохраняется неравенство как в отношении качества, так и в отношении доступа. При децентрализованном планировании и ответственности, связанной с проведением реформ сектора здравоохранения, необходимо уделять особое внимание содействию принятия во всей системе надлежащей практики. Необходимо создать системы материально-технического обеспечения для устойчивого обеспечения основными предметами медицинского назначения.

49. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

- (1) осуществить стратегическое планирование с участием специалистов и руководителей здравоохранения, с тем чтобы провести оценку существующего качества медико-санитарной помощи и определить оптимальные пути повышения качества в рамках существующих ограничений на ресурсы;
- (2) разработать и провести проверку стратегий в целях расширения вмешательств с доказанной эффективностью;
- (3) разработать, принять и провести мониторинг стандартов для клинической практики в частном и общественном секторах;
- (4) набрать партнеров среди неправительственных организаций, а также в частном и коммерческом секторах для максимального предоставления и использования услуг в области репродуктивного здоровья; и
- (5) содействовать обмену выводами, сделанными во время деятельности в странах, и сотрудничества между ними.

50. **Использование служб.** В тех случаях, где существуют службы здравоохранения, есть много причин – социальных, экономических и культурных – почему, тем не менее, люди не пользуются ими, особенно в отношении репродуктивного и сексуального здоровья. Выявление и преодоление препятствий требуют сотрудничества с женщинами, молодежью и другими группами населения для лучшего понимания потребностей, анализа проблем и изыскания приемлемых решений.

51. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

- (1) провести социальные и оперативные исследования для выявления препятствий для использования служб, а также разработать и проверить меры по их преодолению; и
- (2) использовать подходы с участием многих людей для работы с общинами, учреждениями общественного и частного секторов, а также с неправительственными организациями для преодоления таких препятствий и содействия надлежащему использованию имеющихся служб.

Улучшение информации для установления приоритетов

52. Необходимо провести анализ эпидемиологических данных и данных социальных наук, с тем чтобы понять вид, серьезность и распространение риска воздействия на репродуктивное и сексуальное здоровье, а также на плохое состояние здоровья населения, понять динамику, являющуюся движущей силой плохого состояния репродуктивного и сексуального здоровья, и установить связи между плохим состоянием здоровья и бедностью, гендером и социальной уязвимостью. Сбор и анализ улучшенных данных, включая информацию о затратах и об эффективности с точки зрения затрат, имеет существенное значение для выбора среди конкурирующих приоритетов действий, а также для ориентации мероприятий системы здравоохранения на цели, которые, вероятнее всего, произведут изменения в имеющихся ресурсах.

53. Однако процесс установления приоритетов на основе надежных данных должен осуществляться с участием многих заинтересованных сторон: правительства, двусторонних и многосторонних учреждений, профессиональных ассоциаций, женских групп и других секторов гражданского общества. Объединение этих различных участников с их

разнообразными перспективами будет способствовать созданию широкого консенсуса, укреплению сотрудничества и увеличению вероятности того, что данное мероприятие будет успешным. Основные участники тщательно устанавливают соотношение между эффективностью с точки зрения затрат и справедливостью, а также рассматривают необходимость инвестирования больших средств, с тем чтобы охватить бедные и другие группы населения, получающие недостаточное обслуживание.

54. Необходимыми действиями в этой области являются:

- (1) укреплять возможности для сбора и анализа данных о состоянии здоровья и лежащих в его основе детерминант, а также о функционировании служб здравоохранения на местном, районном и национальном уровнях; и
- (2) установить приоритеты на основе данных с использованием широкого консультативного процесса с участием заинтересованных сторон при уделении особого внимания вопросам справедливого доступа, особенно для бедных и других групп населения, получающих недостаточное обслуживание.

Мобилизация политической воли

55. Создание динамической обстановки решительной международной, национальной и местной поддержки в отношении основанных на правах инициатив в области репродуктивного и сексуального здоровья будет способствовать преодолению инерции, стимулированию инвестиций и разработке высоких стандартов и механизмов для отчетности об осуществлении. Это требует участия не только министерств здравоохранения, но также министерств финансов, образования и, возможно, других секторов, а также их соответствующих организаций на районном и местном уровнях. Потенциал для политической приверженности и пропаганды должен быть достаточен для поддержания надлежащей практики и программ, особенно для групп населения, получающих недостаточное обслуживание.

56. Необходимыми действиями в этой области являются:

- (1) организовать решительную поддержку инвестиций в области репродуктивного и сексуального здоровья с использованием фактических данных, свидетельствующих о выгодах для общественного здравоохранения и прав человека;
- (2) мобилизовать основных участников для поддержки национальной повестки дня в области репродуктивного и сексуального здоровья (например, специалистов здравоохранения, экспертов в области права, группы по правам человека, женские ассоциации, правительственные министерства, политических лидеров и партии, религиозных лидеров и лидеров общин) и внести согласованность в использование средств массовой информации; и
- (3) организовать сильное основанное на фактических данных движение в пользу стратегических инвестиций в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав подростков, а также включить их в национальную повестку дня; распространять информацию о характере, причинах и последствиях потребностей и проблем в области репродуктивного здоровья подростков, таких как уязвимость в отношении передаваемых половым путем инфекций, включая ВИЧ-инфекцию, нежелательную беременность, небезопасные аборты, ранний брак или деторождение, а также сексуальное принуждение и насилие как в рамках брака, так и за его пределами.

Создание поддерживающих законодательных и регулирующих механизмов

57. Устранение необходимых ограничений в политике и регулирующих положениях с целью создания поддерживающего механизма в области репродуктивного и сексуального здоровья, по всей видимости, будет в значительной степени способствовать улучшению доступа к услугам.

58. Необходимы регулирующие положения для обеспечения того, чтобы предметы медицинского назначения (лекарственные препараты, оборудование и поставки) осуществлялись на постоянной и справедливой основе и чтобы они отвечали международным стандартам качества. Кроме того, необходим эффективно действующий регулирующий механизм для обеспечения отчетности общественного и частного секторов за предоставление высококачественной помощи всему населению.

59. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) рассмотреть и, в случае необходимости, обновить законы и политику для обеспечения того, чтобы они облегчали всеобщий, справедливый доступ к просвещению, информации и услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья;

(2) обеспечить введение регулирующих положений и стандартов, с тем чтобы необходимые предметы медицинского назначения, которые отвечают международным стандартам качества, поставлялись на постоянной и справедливой основе; и

(3) создать стандарты осуществления и разработать механизмы мониторинга и отчетности в отношении предоставления услуг и сотрудничества, а также в отношении дополнительных действий среди частного, неправительственного и общественного секторов.

Укрепление мониторинга, оценки и отчетности

60. Мониторинг и оценка имеют существенное значение для определения того, что действует, а что не действует и почему. Они также могут выявить изменяющиеся потребности и неожиданное воздействие, как позитивное, так и негативное.

61. Необходимыми **действиями** в этой области являются:

(1) создать и укрепить механизмы мониторинга и оценки на основе четкого плана того, чего следует достичь, как и когда, а также четкого комплекта показателей с надежными основными данными;

(2) провести мониторинг реформ сектора здравоохранения, общесекторальных подходов и осуществления других финансовых механизмов, таких как документы по стратегии сокращения бедности, разделение расходов и прямая поддержка бюджету, для обеспечения того, чтобы получили выгоды бедные и другие социально или экономически маргинализированные группы населения, а также для содействия в укреплении служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья на всех уровнях; и

(3) разработать механизмы (такие, как местные комитеты и собрания общин) для повышения отчетности на уровне учреждения и на районном уровне.

Приверженность ВОЗ достижению глобальных целей в области репродуктивного здоровья

62. Во всех областях действий, изложенных выше, ВОЗ будет продолжать и активизировать свою техническую помощь странам посредством:

- поддержки ориентированных на действия научных исследований и укрепления потенциала научных исследований
- упорядочения и тщательного установления целенаправленности норм и стандартов, основанных на фактических данных
- глобальной пропаганды в поддержку репродуктивного и сексуального здоровья.

63. Все эти мероприятия будут систематически содействовать и способствовать справедливости, включая гендерную справедливость, а также аспекты прав человека в области репродуктивного и сексуального здоровья.

64. На глобальном уровне ВОЗ будет:

(1) удваивать свои усилия по осуществлению инициативы по повышению безопасности беременности в качестве приоритетного компонента стратегии в области репродуктивного и сексуального здоровья, особенно для стран с наивысшим показателем материнской смертности;

(2) продолжать укреплять свои партнерства с системой Организации Объединенных Наций (в частности, с ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ЮНЭЙДС), с Всемирным банком, ассоциациями специалистов здравоохранения, неправительственными организациями и другими партнерами для обеспечения сотрудничества и координированных действий, осуществляемых широким кругом партнеров. Новое партнерство в области безопасного материнства и здоровья новорожденных, штаб-квартира которого будет расположена в ВОЗ, будет играть решающую роль в этом;

(3) содействовать работе служб охраны репродуктивного и сексуального здоровья и укреплять их в качестве основы для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, особенно в рамках системы планирования семьи; антенатальной помощи, помощи при родах и в послеродовой период; борьбы с передаваемыми половым путем инфекциями; содействия более безопасному сексу; и предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. ВОЗ будет также обеспечивать уделение внимания репродуктивному и сексуальному здоровью посредством укрепления сотрудничества с другими программами общественного здравоохранения, включая программы по иммунизации, питанию и профилактике и лечению малярии и туберкулеза, особенно у беременных женщин; и

(4) обеспечивать отчетность посредством регистрации хода работы в области репродуктивного и сексуального здоровья в качестве составной части достижения Целей тысячелетия в области развития.
