



# ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

ЕВ105/36

Сто пятая сессия

10 ноября 1999 г.

Пункт 8.2 предварительной повестки дня

---

## Осуществление резолюций и решений

### Доклад Секретариата

#### СОДЕРЖАНИЕ

	<b>Стр.</b>
I. Глобальный альянс в отношении вакцин и иммунизации	2
II. Пересмотренная стратегия в области лекарственных средств	5
III. Укрепление здоровья	8
IV. Прекращение передачи болезни Шагаса	11
V. Техническое сотрудничество между развивающимися странами	14
VI. Питание детей грудного и раннего возраста	16
VII. Клонирование и здоровье человека	21
VIII. Ликвидация полиомиелита	22

## I. ГЛОБАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИН И ИММУНИЗАЦИИ

1. Резолюция WHA44.4 предлагает Генеральному директору, в частности, информировать Исполнительный комитет о ходе работы, связанной с Инициативой по детским вакцинам. Эта Инициатива была учреждена группой организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, ПРООН и Фонд Рокфеллера, после Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей (Нью-Йорк, 1990 год). Она представляет собой международные коллективные усилия, направленные на использование новых научных достижений в целях увеличения защиты от инфекционных болезней и более легкого обеспечения вакцинами.

2. В наши дни приблизительно два миллиона детей продолжают умирать ежегодно от болезней, которые можно предотвратить с помощью имеющихся в настоящее время вакцин, и несколько миллионов жизней можно было бы спасти, если бы были в наличии эффективные вакцины против таких болезней, как СПИД, туберкулез и малярия.

3. В настоящее время наблюдается новая или обновленная приверженность со стороны благотворительных фондов, отраслей промышленности, производящих вакцины, и ряда учреждений государственного сектора к тому, чтобы предоставить такие вакцины нынешнему и будущим поколениям детей. Глобальный альянс в отношении вакцин и иммунизации был создан после ряда совещаний (Всемирный банк, Вашингтон, март 1998 г.; Белладжио, Италия, март 1999 г.; Сиэтл, Соединенные Штаты Америки, июль 1999 г.), а также после проведенного в течение одного года углубленного изучения связанной с иммунизацией деятельности, предпринятой основными заинтересованными партнерами.

4. Альянс был создан в целях реализации права каждого ребенка на защиту от болезней, предупреждаемых с помощью вакцин и имеющих значение с точки зрения общественного здравоохранения. Его миссия состоит в том, чтобы спасти жизни детей и защитить здоровье людей с помощью широкого использования безопасных вакцин, обращая особое внимание на потребности развивающихся стран.

5. основополагающим принципом деятельности этого Альянса является то, что партнеры соглашаются поставить ряд общих целей, достижению которых все они будут способствовать с помощью совместных действий. Альянс не является новой организацией; он представляет собой группировку, которая расширяет партнерство в отношении вакцин и иммунизации и увеличивает синергизм вкладов различных партнеров.

6. Стратегическими целями Альянса являются следующие: (i) улучшить доступ к стабильным службам иммунизации; (ii) расширить использование всех существующих и эффективных с точки зрения затрат вакцин; (iii) ускорить разработку и внедрение новых вакцин; (iv) ускорить научные исследования и усилия по разработке вакцин и связанных с ними препаратов, особенно необходимых развивающимся странам; и

(v) сделать охват иммунизацией неотъемлемой частью разработки и оценки систем здравоохранения и международных усилий по развитию. Были поставлены промежуточные задачи для обеспечения в конкретные периоды времени сокращения неравенств доступа к вакцинам и уменьшения бремени предупреждаемых болезней, особенно среди бедных людей.

7. Альянс будет действовать на основе следующих механизмов:

- Глобальный фонд для детских вакцин, который будет содействовать (i) финансированию недостаточно используемых и новых вакцин; (ii) усилению инфраструктуры проведения иммунизации; и (iii) исследованиям и разработкам приоритетных вакцин для бедных групп населения и стран;
- Руководящий совет, состоящий первоначально из 12 членов, выражающий наивысшую политическую приверженность партнеров и обеспечивающий форум для принятия решений в отношении общих целей и стратегий. Руководители исполнительных органов партнерских организаций ex-officio и по очереди выполняют обязанности Председателя Совета в течение двух лет. Генеральный директор ВОЗ согласилась выполнять обязанности Председателя в течение первых двух лет, а Директор-исполнитель ЮНИСЕФ – в течение второго срока. В состав членов Совета входят представители ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирного банка, промышленно развитых и развивающихся стран, технических учреждений, научно-исследовательских учреждений и учреждений по развитию, а также Фонда Рокфеллера и Фонда Bill and Melinda Gates;
- координирующий секретариат, оказывающий содействие работе Совета и помогающий обеспечить участие и представленность всех органов, участвующих в деятельности по иммунизации; секретариат будет располагаться в ЮНИСЕФ, в его помещениях в Женеве;
- рабочая группа, состоящая из преданных сотрудников в каждой из основных партнерских организаций, для обеспечения преобразования решений Совета в оперативные действия, подходящие для каждого лидирующего учреждения;
- целевые группы с ограниченным сроком деятельности для рассмотрения конкретных вопросов: три целевых группы с согласованным кругом ведения уже функционируют - по координации стран (под руководством ВОЗ), по пропаганде (под руководством ЮНИСЕФ) и по финансированию (под руководством Всемирного банка). Кроме того, Совет предложил завершить в течение года анализ пробелов в исследованиях и разработках;
- международное совещание будет проводиться приблизительно один раз в два года, с тем чтобы объединить вместе более широкое сообщество заинтересованных в иммунизации.

8. Ожидается, что Альянс будет официально учрежден в то же время, что и Глобальный фонд для детских вакцин в конце января 2000 г., возможно, во время Всемирного экономического форума.

9. В результате создания этого Альянса партнеры, участвовавшие в создании Инициативы по детским вакцинам, согласились с тем, что она прекратит свое существование 31 декабря 1999 года.

## II. ПЕРЕСМОТРЕННАЯ СТРАТЕГИЯ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1. В мае 1999 г. государства-члены приняли резолюцию WHA52.19 о пересмотренной стратегии в области лекарственных средств. В резолюции рассматриваются задачи в областях международных торговых соглашений, доступа к основным лекарственным средствам, качества лекарственных средств, а также рационального использования лекарственных средств. Эта резолюция основана на первоначальной пересмотренной стратегии в области лекарственных средств, принятой резолюцией Ассамблеи здравоохранения WHA39.27 (1986 год). В стратегии определяются принципы и цели деятельности ВОЗ в фармацевтическом секторе.

2. Области ответственности ВОЗ, изложенные в резолюции WHA52.19, будут отражены в более широком документе о стратегии ВОЗ в отношении политики в области основных и других лекарственных средств, 2000-2003 гг., которая разрабатывается на всех уровнях ВОЗ и при участии самых разнообразных партнеров по развитию. Текущая работа в ключевых областях, отмеченных в этой резолюции, кратко описана в следующих абзацах.

3. **Национальная политика в области лекарственных средств.** К концу 1999 г. почти 100 государств-членов сформулировали национальную политику в области лекарственных средств, а 145 государств-членов составили национальные перечни основных лекарственных средств. Продолжает оказываться поддержка разработке, осуществлению и мониторингу политики при обращении особого внимания на сдвиг от политики к осуществлению и на оценку воздействия политики. Публикация *Показатели мониторинга национальной политики в области лекарственных средств* в настоящее время пересматривается, и вскоре будет выпущено новое издание *Руководящих принципов для разработки национальной политики в области лекарственных средств*. Также разрабатываются средства и стратегии для обеспечения внедрения гендерной перспективы в национальную политику в области лекарственных средств. Поддержка осуществления национальной политики в области лекарственных средств распространяется также на сотрудничество в области финансирования лекарственных средств, а также управления и снабжения лекарственными средствами. На глобальном уровне составлена база данных по положению в мире в области лекарственных средств.

4. **Фармацевтические препараты и торговля.** Странам оказывается консультативная помощь в отношении новых международных экономических условий для учета в рамках национальной политики в области лекарственных средств. В ответ на просьбы государств-членов подготавливается руководство по связи между международными соглашениями и такими вопросами, как цены на лекарственные средства, нововведения и местное производство, применение исключений, передача технологий, лицензионные соглашения и переходный период для наименее развитых стран. Завершается обновленная библиография по глобализации, патентам и лекарственным средствам для использования странами, ведущими исследования таких вопросов самостоятельно. Одновременно с этим и совместно с сотрудничающими

центрами ВОЗ (в Бразилии и Таиланде) разрабатываются методы для мониторинга фармацевтических последствий новых соглашений и последствий таких соглашений в области общественного здравоохранения. Ведется также совместная работа с ООН-СПИД в области торговых соглашений и доступа к лекарственным средствам, связанным с ВИЧ. Учреждена контактная группа с заинтересованными сторонами из ВОЗ, ВТО, ВОИС и ЮНКТАД.

**5. Качество лекарственных средств.** Разрабатываются механизмы для расширения принятой ВОЗ Системы сертификации качества фармацевтических препаратов, поступающих в международную торговлю, для охвата контроля исходных материалов и предоставления руководства по вопросам качества, связанным с торговлей. В то же время составляются монографии для включения международной фармакопеи для лекарственных средств, включенных в Примерный перечень основных лекарственных средств, в том числе противомаларийных и противотуберкулезных лекарственных препаратов. Для этих лекарственных средств разрабатываются также основные методы испытаний. Последние мероприятия включили объединение скрининговых тестов для противомаларийных и противотуберкулезных препаратов. Эти мероприятия согласуются с поэтапным подходом к контролю качества.

6. Активно осуществляется крупный проект по подготовке кадров и техническому сотрудничеству в целях укрепления принятой ВОЗ надлежащей практики производства (НПП). Кроме того, составляется образец инспекционного сертификата для национальной инспекции мест фармацевтического производства исходных материалов и готовых фармацевтических препаратов. Цель состоит в обеспечении соответствия с НПП ВОЗ. Планируется осуществить это в сотрудничестве с государствами-членами.

**7. Информация о лекарственных средствах и их продвижение на рынок.** ВОЗ продолжает публиковать образцы выписки для лекарственных средств, связанных с ВИЧ, противомикробных препаратов и других лекарственных средств, имеющих значение с точки зрения общественного здравоохранения. Ожидается, что в 2000 г. будет выпущено одиннадцатое издание Примерного перечня основных лекарственных средств и самый последний Образец формуляра ВОЗ. ВОЗ и заинтересованные стороны работают над способами расширения использования принятых ВОЗ *Этических критериев продвижения лекарственных средств на рынок* и мониторинга их применения. Продвигается также осуществление проекта по критическому изучению фактических данных о неправильном продвижении лекарственных средств на рынок во всем мире.

**8. Бесплатное предоставление лекарственных средств.** Основой стратегии ВОЗ по улучшению бесплатного предоставления лекарственных средств продолжает быть активное содействие осуществлению надлежащей практики бесплатного предоставления, основанной на пересмотренных *Руководящих принципах бесплатного предоставления лекарственных средств*, выпущенных в августе 1999 г., в результате совместных усилий 15 организаций, имеющих опыт гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях<sup>1</sup>. Для организаций и фармацевтических компаний организована система для открытой поддержки этих руководящих принципов.

---

<sup>1</sup> Документ WHO/EDM/PAR/99.4.

Параллельно этому, ВОЗ создает механизм для сообщения получателями лекарственных средств информации о случаях неправильного бесплатного предоставления. Составлены планы для широкой публикации фактов о повторяющихся случаях нарушения надлежащей практики бесплатного предоставления.

**9. Расширение партнерства.** ВОЗ постоянно работает в сотрудничестве с другими организациями, такими как ЮНИСЕФ, Всемирный банк, другие учреждения системы Организации Объединенных Наций, «Врачи без границ», неправительственные организации, и с частным сектором по вопросам, связанным с доступом к основным лекарственным средствам. Эта деятельность должна довести до максимума воздействие политики ВОЗ в области фармацевтических препаратов и расширить поддержку пересмотренной стратегии в области лекарственных средств.

### III. УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

1. В резолюции WHA51.12 содержится призыв к ВОЗ осуществить ряд специальных мер, связанных с укреплением здоровья, что Организация и делает в настоящее время.
2. ВОЗ продолжает поощрять подход, связанный с конкретным «местоположением», призванным обеспечить такое положение, при котором вопросы здравоохранения будут включаться в повестку развития, для тех, кто занимается планированием на местном и национальном уровнях и определяет политику. Значительные усилия были приложены, для того чтобы обеспечить мобилизацию усилий в поддержку инициативы здоровых городов, островов, общин, рынков, школ, рабочих мест и служб здравоохранения.
3. С целью укрепления базы фактических данных для политики и практики, призванных обеспечить укрепление здоровья, ВОЗ разрабатывает структуру, призванную обеспечить создание исходной базы данных при начале любого вида деятельности, при котором подход, связанный с разнообразными условиями на местах, используется для решения проблем развития здравоохранения. В настоящее время разрабатываются методики и приемы для руководства в дальнейшем процессом оценки, включая оценку самого участия. Практические руководства такого рода будут содействовать улучшению потенциала местных и национальных правительств в части мониторинга и оценки сложного процесса социальных перемен, которые происходят в конкретных условиях. В указанные инструменты оценки ВОЗ включает специальные рекомендации в отношении сбора информации, содействующей приобретению знаний в отношении взаимосвязи между бедностью и плохим состоянием здоровья с учетом факторов пола, этнической принадлежности, возрастной группы и инвалидности, а также воздействия этих факторов на здоровье. Результаты этого будут содействовать определению основного вклада в «здоровую» общественную политику.
4. ВОЗ меняет направленность своих мероприятий, с тем чтобы более эффективно содействовать укреплению базы данных в отношении того, как следует укреплять здоровье для решения проблем бедняков. Это может быть сделано, например, за счет включения стратегии по укреплению здоровья в политику здравоохранения, программы и проекты, содействующие достижению хорошего здоровья, лучшего качества жизни, особенно среди уязвимых групп населения, проживающих в условиях, где не имеется достаточных ресурсов. ВОЗ составляет и содействует распространению комплексных исходных данных на основе опубликованной информации об исследованиях по вопросам укрепления здоровья в развивающихся странах. Свыше 450 таких исследований из более чем 1000 осуществленных были рассмотрены на протяжении шести месяцев с учетом того потенциала, которым они располагают для выявления доказавших свою эффективность методологий.
5. Для того чтобы обратить особое внимание на вклад стратегий по укреплению здоровья для решения проблемы неравенства, ВОЗ совместно с ПАОЗ и Министерством здравоохранения Мексики выступает ко-спонсором для Пятой глобальной конференции по вопросам укрепления здоровья, которая должна состояться в Мехико-Сити (июнь 2000 года). Конференция рассмотрит вопросы укрепления



здоровья в качестве пути для сокращения разрыва при обеспечении равенства. Отдельные исследования проводятся для того, чтобы продемонстрировать тот факт, что политика, программы или проекты, которые включают стратегии укрепления здоровья на протяжении всей жизни человека, оказывают позитивное влияние на здоровье.

6. Основой укрепления здоровья является обязательство по обеспечению равенства доступа на основе использования таких подходов, которые дают возможность как общине, так и отдельным лицам любого возраста, сделать здоровый выбор. Однако этого еще недостаточно. Укрепление здоровья предполагает, что общественная политика делает здоровый выбор более легким. Работа в этом направлении строится на основе сложных и взаимодополняющих детерминантов здоровья, которые зачастую находятся за пределами сектора здравоохранения и действуют на индивидуальном, семейном, коммунальном, национальном и глобальном уровнях. Характер данной работы предполагает учреждение межсекторальных партнерских взаимоотношений. С учетом этого усилия должны быть направлены на три основные направления: укрепление мероприятий в сфере здравоохранения, пропаганду «здоровой» политики и содействие распространению знаний и возможности действовать с учетом социальных детерминантов здоровья.

7. Более того, ВОЗ предпринимает сегодня первые усилия для создания альянса в интересах глобального укрепления здоровья. Такой альянс отдает должное эффективным мерам в интересах здоровья, которые выходят за рамки сектора здравоохранения и предполагают мобилизацию и соединение усилий со множеством социальных институтов и организаций, чья работа оказывает воздействие на социальные детерминанты здоровья. С учетом этого ВОЗ стимулирует межсекторальные действия на национальном уровне, с тем чтобы страны могли эффективно осуществлять стратегии, определенные в Джакартской декларации. Именно на национальном уровне сектор здравоохранения может лучше всего содействовать осуществлению работы с широким спектром отдельных групп, представляющих зачастую конфликтующие интересы, обеспечивать планирование, программирование и оценку усилий указанных групп с точки зрения здравоохранения и развития. Работа на национальном уровне является краеугольным камнем для формирования региональных и глобальных альянсов и сетей, на основе которых осуществляется работа по укреплению здоровья и обеспечивается ее продолжение.

8. Имеется достаточно данных, свидетельствующих о том, что стратегии по укреплению здоровья и его охране являются социально и экономически надежными и что последовательная деятельность по улучшению результатов лечения приводит к принятию обоснованных ответных мер со стороны различных социальных секторов. Вместе с тем роль укрепления здоровья все еще не в полной мере осознается в министерствах здравоохранения, частично в силу того обстоятельства, что укрепление здоровья выходит за рамки традиционной медицинской практики и требует более широкого понимания того, что делает население здоровым или больным. Философия и практика укрепления здоровья исходят из уверенности в том, что наилучший «выигрыш» для здоровья может быть получен за счет оказания содействия как отдельным лицам, так и общине, в обретении «чувства контроля» в отношении избранного ими образа жизни.

9. Многие из медицинских работников, а также близких к ним по профессии людей признают, что «быть здоровым» предполагает сложное сочетание разнообразных факторов, ряд которых не известен сегодня медицинской и социальной науке. Исходя из преимуществ медицинской науки, ВОЗ призвана выступить в качестве соединительного звена, обеспечивающего стыковку биомедицинских открытий для улучшения здоровья и социальных факторов, которые в значительной мере содействуют укреплению здоровья и благополучия. На основе осознания широких рамок действительности, в которой живут сегодня люди, это будет содействовать пониманию того, каким образом можно эффективно и с пониманием необходимой ответственности обеспечить снижение уровня лишних страданий, болезней и смерти.

10. С учетом все возрастающей потребности обеспечить широкое представительство как местных, так и национальных органов для осуществления необходимых действий в сфере здравоохранения и «здоровой» общественной политики возникает необходимость пересмотреть состояние дел в области укрепления здоровья внутри министерств здравоохранения. Возможно, необходимо также изменить ориентацию усилий в сфере укрепления здоровья, с тем чтобы обеспечить увеличение того вклада, который укрепление здоровья может внести в создание и консолидацию объединений во имя здоровья.

11. В наличии уже имеется база данных для укрепления здоровья, которая продолжает расширяться. Мы располагаем многими примерами того, как межсекторальные действия в интересах здравоохранения содействовали улучшению положения маргинализированных или уязвимых групп населения. Предстоящая конференция по укреплению здоровья предоставит необходимый форум для министерств здравоохранения с целью обмена информацией, существующей в мире, в отношении имеющихся достижений и проблем, касающихся укрепления и защиты здоровья населения.

#### IV. ЛИКВИДАЦИЯ ПЕРЕДАЧИ БОЛЕЗНИ ШАГАСА

1. Описанный далее прогресс в направлении прекращения передачи болезни Шагаса измеряется с помощью эпидемиологических и энтомологических показателей. Сокращение инфекционной заболеваемости в группах населения младшего возраста за период 1985-1999 гг. кратко представлено в таблице ниже.

#### СОКРАЩЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, 1985-1999 гг. (коэффициенты x 100)<sup>1</sup>

Субрегион	Страна	Возрастная группа (годы)	1985 г.	1995 г.	1999 г.	Сокращение 1985-1999 гг.	Комментарии
Южный мыс	Бразилия	7-15	18,5	0,23	0,04	99,8	Оценка независимой комиссией в 2000 г.
	Чили	0-10	5,9	5,4	0,38	94,0	Страна сертифицирована в 1999 г. как свободная от передачи
	Уругвай	6-12	5,6	0,7	0,06*	99,0	Страна сертифицирована в 1997 г. как свободная от передачи
Страны в Андах	Венесуэла	0-4	1,7	0,1	0,1	95,0	Оценка независимой комиссией в 2000 г.
Центральная Америка	Все страны	--	--	--	--	N/A	В соответствии с резолюцией WHA51.14 проводится исследование распространенности

<sup>1</sup> Данные представлены странами.

\* Цифры за 1997 год

--: Данные отсутствуют

N/A: Неприменимо

## СТРАНЫ ЮЖНОГО МЫСА

### Бразилия

2. Распространенность инфекции человека *Trypanosoma cruzi* в возрастной группе 7-14 лет в 1999 г. составила 0,04%, что представляет сокращение на 99,8% инфекционной заболеваемости в этой возрастной группе. Результаты серологических исследований в ограниченном числе выборок в возрастной группе населения 0-4 года в 1999 г. свидетельствуют, что серораспространенность в этой возрастной группе составляет 0,0%, что можно считать доказательством прекращения передачи болезни Шагаса в Бразилии через переносчиков.

3. Число домицилированных насекомых *Triatoma infestans*, отловленных в ходе осуществления программы борьбы во всей стране в 1998 г., составило всего лишь 485. Это представляет в среднем одно насекомое на 10 000 обследованных жилищ, то есть такую степень заражения, которая гораздо ниже минимума, необходимого для эффективной передачи паразита новым больным.

4. Эти данные подтверждают прекращение передачи болезни Шагаса в Бразилии через переносчиков. Международная комиссия, которой поручено оценить прекращение передачи через переносчиков, посетит Бразилию в 2000 г. для подтверждения этих результатов. На основе приведенных выше эпидемиологических и энтомологических данных, как предполагается, в стране в 2000 г. будет документально подтверждено отсутствие передачи.

### Чили

5. В 1999 г. только 113 жилищ были повторно инфицированы, и во всей стране отловлено 55 насекомых *T. infestans*.

6. Степень заражения в возрастной группе 0-10 лет в 1998 г. составила 0,38%. Это значительно ниже, чем 5% - 9%, выявленные в этой возрастной группе в 1985 г., и чем 5,4%, выявленные в той же возрастной группе в 1995 году. Это представляет собой сокращение на 94% в течение указанного периода.

7. Независимая комиссия посетила эндемичные районы для подтверждения прекращения передачи через переносчиков. Документ о прекращении передачи был выдан в Сантьяго 10 ноября 1999 года.

## СТРАНЫ В АНДАХ

### Венесуэла

8. Прогресс в направлении прекращения передачи является заметным и включает сокращение на 37% степени заражения жилищ в период между 1993 и 1998 годами. За исключением штатов Баринас и Португеса, где степень заражения составляет более 2,9%, в остальных 10 штатах страны степень заражения составляет менее 1,1%. Это

является значительным достижением, поскольку заявленная цель программы борьбы заключается в достижении показателя степени заражения менее чем в 2% для всей страны. Распространенность инфицированных банков крови уменьшена с 1,16% в 1993 г. до 0,78% в 1998 году.

9. Инфекционная заболеваемость в возрастной группе 0 – 4 года была уменьшена на 90% в период между 1992 и 1998 гг. с 1,0% до 0,1%.

## V. ТЕХНИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ РАЗВИВАЮЩИМИСЯ СТРАНАМИ

1. В резолюции WHA42.37 Генеральному директору предлагается, в частности, оказывать содействие программам по техническому сотрудничеству между развивающимися странами (ТСРС), а также определять области сотрудничества. Сама концепция и практика ТСРС подвергается в настоящее время пересмотру в контексте бурных глобальных изменений. ВОЗ занимается уточнением новых критериев как своей собственной деятельности, так и работы со странами в целях формулирования более стратегического подхода к ТСРС по таким жизненно важным аспектам, как борьба с бедностью и реформирование государственного сектора. Действующие связи между ТСРС и экономическим сотрудничеством между развивающимися странами являются достаточно тесными и формируются под влиянием дальнейшего расширения торговых отношений в плоскости «Юг-Юг» и усиления во многих развивающихся странах частного сектора. С точки зрения становления глобальной экономической системы, на современном этапе неправительственным организациям, гражданскому обществу и частному сектору все чаще отводится жизненно важная роль в развитии ТСРС.

2. Благодаря глобализации и либерализации торговли повышается роль и активность сотрудничества между развивающимися странами, особенно на региональном и субрегиональном уровнях. Спустя два десятилетия после начала ТСРС не вызывает сомнения тот факт, что сотрудничество между странами типа «Юг-Юг» заметно расширилось. К примеру, региональные торговые объединения уже не занимаются исключительно вопросами торговли, поскольку неотъемлемым элементом их повестки дня является развитие социального сектора. Очевидно и то, что все большее число стран, особенно из числа развивающихся государств со средними уровнями доходов населения, пользуются механизмом ТСРС в качестве политического средства при выражении солидарности и расширении сотрудничества и торговли. Более того, расширилась роль, которую играют учреждения системы Организации Объединенных Наций в стимулировании ТСРС.

3. На Двадцать третьем совещании министров здравоохранения Движения неприсоединения (июнь 1998 г., Гавана) и на последующей встрече на высшем уровне глав государств и правительств неприсоединившихся стран (сентябрь 1998 г., Дурбан, Южно-Африканская Республика) были определены четыре области совместной деятельности с ВОЗ:

- социальные ценности как основа для формулирования политики
- глобализация и достижение здоровья для всех
- реформирование сектора здравоохранения
- пересмотренная стратегия в области лекарственных средств.

Именно под таким углом зрения, а также для создания гарантии того, что вопросы здравоохранения займут достойное место в работе по обеспечению устойчивого развития и ликвидации бедности, недавно было принято решение о создании целевой группы по здравоохранению и сокращению масштабов бедности. Помимо этого, ВОЗ активизировала свою поддержку, чтобы придать необходимый импульс ТСРС как основной форме технического сотрудничества. Ввиду повышения роли регионального и субрегионального сотрудничества ВОЗ строит свои ответные действия таким образом, чтобы активизировать динамику региональных связей.

4. Подходы, осуществляемые ВОЗ к ТСРС, носят в основном стратегический характер, что проявляется в стимулировании сотрудничества в областях, касающихся служб здравоохранения и борьбы с болезнями, а также в стремлении Организации заниматься решением сложных проблем, обусловленных процессами глобализации. Несомненным представляется и то, что механизм ТСРС следует использовать для постановки вопросов охраны здоровья во главу угла повесток дня в области развития и разработки политики. Аналогичным образом следует также содействовать развитию сотрудничества по горизонтали в связи с такими более масштабными детерминантами здоровья, как снижение распространенности бедности и улучшение питания, а также в отношении устойчивого развития в целом.

## VI. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. Во всем мире более чем одна треть детей в возрасте до пяти лет не получает достаточного и правильного питания - будь то задержки в росте, похудание, недостаточность йода, витамина А или железа. Эти зачастую необратимые и угрожающие самой жизни состояния, связанные с неправильным питанием, корнями своими уходят в бедность и недостаточное развитие, что компрометирует «устойчивое развитие» среди тех групп населения, где люди голодают и не получают достаточного питания. В настоящем докладе особое внимание обращается на улучшение питательного статуса детей грудного и раннего возраста, особенно за счет надлежащего кормления<sup>1</sup>.

2. **Белково-энергетическая недостаточность.** Распространенность белково-энергетической недостаточности, определяемая показателями задержек роста и недостаточного веса, постепенно снижается. Тем не менее, более одной четверти детей во всем мире все еще не получают достаточного питания - 26,7% (150 миллионов) страдают от недостаточного веса и 32,5% (182 миллиона) - задержками роста, из которых 70% приходится на долю Азии, 26% - на долю Африки и 4% - на Латинскую Америку. Положение дел в ряде районов Африки представляется особенно сложным в связи с ростом указанных показателей в результате экологических бедствий, войн, гражданских беспорядков и массовых перемещений населения.

3. Бедность выступает как главная причина недостаточного питания в мире, что сопровождается также недостаточными поставками и небезопасными продуктами питания, неправильной практикой вскармливания и оказания помощи, чрезвычайными ситуациями, связанными с продуктами питания, широким распространением инфекций и загрязнением продуктов питания, что усугубляется также отсутствием необходимых служб здравоохранения. Недостаточное питание, получаемое матерями, остается по-прежнему одним из главных факторов риска для 30 миллионов детей, рождающихся каждый год, с отставанием внутриутробного развития, которое приводит к задержкам физического, умственного и интеллектуального развития, увеличивает угрозу инфекционных заболеваний и смерти. Недостаточное питание приводит почти к половине всех смертей (49%) от 10,7 миллиона смертных случаев каждый год среди детей дошкольного возраста в развивающихся странах.

4. ВОЗ обеспечивает помощь странам в вопросах оценки, мониторинга, профилактики и лечения белково-энергетической недостаточности. Глобальная база данных по вопросам детского роста и недостаточного питания охватывает 95% численности народонаселения мира, не достигшего пяти лет<sup>2</sup>. Недавно

---

<sup>1</sup> Настоящий доклад представляется в соответствии с резолюциями WHA33.32 и WHA49.15, а также статьей 11.7 Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока. В полном объеме вопрос о недостаточном питании в мире и действиях ВОЗ рассмотрен в публикации «Вопросы питания, здравоохранения и развития: имеющиеся результаты и прогнозы накануне 21-го столетия». Документ WHO/NHD/99.9 (на английском языке только).

<sup>2</sup> Информация может быть получена по Всемирной компьютерной сети: <http://www.who.int/nutgrowthdb>.



опубликованное руководство<sup>1</sup>, охватывающее вопросы оценки, лечения и реабилитации детей, страдающих острыми формами недостаточного питания, представляет собой основу для разработки упрощенных руководств и учебных материалов в различных условиях, например в контексте интегрированного лечения детских заболеваний. Тем временем, осуществляемые на основе многочисленных центров исследования по определению справочных материалов международного характера по вопросам роста разрабатываются в Бразилии, Норвегии и Соединенных Штатах Америки и в ближайшее время начнутся в Гане, Индии и Омане<sup>2</sup>.

5. **Национальная политика и программы по вопросам питания.** Две наиболее крупные и состоявшиеся в этом десятилетии глобальные конференции по вопросам питания отмечали важность межсекторальной политики по вопросам питания и планов для достижения стабильного положения в вопросах питания и продуктов питания и сокращения распространенности различных форм недостаточного питания<sup>3</sup>. Тесное сотрудничество с ФАО и ЮНИСЕФ, а также активные региональные программы ВОЗ по вопросам питания содействовали подготовке и укреплению комплексных национальных планов по вопросам питания и политики, которые согласуются с задачами Всемирной декларации и Планом действий по вопросам питания. Сегодня 151 государство-член (79%) завершили составление своих планов и политики по вопросам питания, и другие страны - 21 (11%) - готовят такие планы. В 1999 г. при сотрудничестве с ФАО и ЮНИСЕФ были рассмотрены национальные программы по вопросам питания и разработаны региональные стратегии для стран Юго-Восточной Азии, Европы и Западной части Тихого океана. ВОЗ осуществляет также межнациональное исследование для определения основных положений, касающихся безопасности продуктов питания в контексте укрепления национальной политики по вопросам питания и программ<sup>4</sup>.

6. **Другие основные формы недостаточного питания у детей.** Приблизительно 740 миллионов людей - как дети, так и взрослые - в 130 странах страдают от нарушений, связанных с **недостаточностью йода**, что является одной из главных причин не поддающихся профилактике нарушений мозговой деятельности у плода, детей грудного и раннего возраста. Тем не менее, в этом плане имеются значительные достижения, как то было отмечено Ассамблеей здравоохранения в 1999 году<sup>5</sup>. От **недостаточности витамина А** страдают 100-140 миллионов детей в 118 странах, в основном в Африке и в Юго-Восточной Азии, что ведет к слепоте и увеличивает

---

<sup>1</sup> *Лечение острых форм недостаточного питания: руководство для врачей и старших сотрудников здравоохранения.* Женева, ВОЗ, 1999 год.

<sup>2</sup> Дополнительная информация о состоянии в настоящее время реферативного исследования, осуществляемого на основе многочисленных центров, приводится в документе EB105/INF.DOC./1.

<sup>3</sup> Международная конференция по вопросам питания (Рим, 1992 г.) и Всемирная встреча на высшем уровне по вопросам питания (Рим, 1996 год).

<sup>4</sup> Исследование по вопросам улучшения приготовляемой на дому пищи и безопасности в вопросах питания для наиболее уязвимых групп населения осуществляется в Китае, Египте, Гане, Индонезии, Мьянме и Южной Африке. Интерес к участию в нем был также проявлен Камбоджей.

<sup>5</sup> См. документ WHA/1999/REC/3, Протокол заседаний Комитета А, восьмое и девятое заседания, а также резолюцию WHA52.24. См. также: Ход работы по ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода (документ WHO/NHD/99.4).

опасность инфекций и смерти. Разрабатываемые успешные стратегии профилактики и борьбы включают дополнительное питание, обогащение продуктов питания и улучшение диеты. В 1998 г. обогащение продуктов питания витамином А через национальные программы по иммунизации обеспечило улучшение состояния (хотя и временное) в отношении недостаточности витамина А у 24 миллионов детей. Другие основные виды недостаточного и неправильного питания, включая **недостаточность железа, анемии**, а также вызывающую особое беспокойство проблему **излишнего веса у детей**, рассматриваются в докладе по вопросам питания в мире<sup>1</sup>.

7. **Вопросы недостаточного питания при чрезвычайных обстоятельствах.** Для обеспечения профилактики, диагностики и лечения неправильного и недостаточного питания, а также отдельных видов недостаточности питательных веществ, которые зачастую возникают среди беженцев, подвергающихся лишениям, и страдающих от голода групп населения, были подготовлены специальные технические обзоры по вопросам **цинги, недостаточности тиамина<sup>2</sup> и пеллагре**. ВОЗ и Управление Верховного Комиссара по делам беженцев совместно провели консультацию (Рим, февраль 1998 г.) для определения руководящих принципов в оказании помощи уязвимым группам населения во время чрезвычайных обстоятельств. Во время южно-балканского кризиса (**апрель-июль 1999 г.**) **Межучрежденческая медицинская целевая группа** под председательством ВОЗ еженедельно проводила свои заседания для рассмотрения вопросов в отношении основных медико-санитарных служб, включая вопросы оптимального питания детей грудного и раннего возраста<sup>3</sup>. ВОЗ, ЮНИСЕФ, Международная сеть по действиям в вопросах детского питания и связанные с ней учреждения (в Вашингтоне, ОК) в настоящее время готовят учебное пособие по вопросам питания грудных детей при чрезвычайных обстоятельствах.

8. **ВИЧ и вопросы питания детей грудного возраста.** В 1998 г. на технической консультации ВОЗ/ЮНИСЕФ/ООН-СПИД по ВИЧ-инфекциям и питанию грудных детей было подготовлено руководство по вопросам политики и практики в указанных вопросах<sup>4</sup>. Опубликованная недавно статья<sup>5</sup> указывает на то, что передача ВИЧ-инфекции через исключительно грудное вскармливание менее вероятна, чем при комбинированном питании. Полагая, что в существующих руководствах не следует пока производить каких-либо изменений, ВОЗ, тем не менее, осуществляет роль лидера при выполнении дальнейших научных исследований. ВОЗ, ЮНИСЕФ и ООН-СПИД совместно готовят консультативный курс по вопросам ВИЧ-инфекции и питания грудных детей, который должен будет использоваться совместно с подготовкой по вопросам грудного вскармливания.

---

<sup>1</sup> См. упомянутый ранее документ по вопросам питания, здоровья и развития.

<sup>2</sup> Цинга и вопросы профилактики и борьбы с ней при чрезвычайных обстоятельствах (документ WHO/NHD/99.11) и Недостаточность тиамина, вопросы профилактики и борьбы при чрезвычайных обстоятельствах (документ WHO/NHD/99.13) (в печати).

<sup>3</sup> Информационная схема No. 6 «Питание детей грудного и раннего возраста при чрезвычайных обстоятельствах» в докладе Межучрежденческой медицинской группы на Южных Балканах (документ в стадии подготовки).

<sup>4</sup> ВИЧ и кормление грудных детей (документ WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

<sup>5</sup> Coutsooudis A et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. The Lancet, 1999; 354: 471-476 (на англ. языке).

9. **Грудное вскармливание и дополнительное питание.** Соответствующее питание является важнейшим фактором роста, сохранения здоровья, нормального положения дел в вопросах питания на протяжении первых двух лет жизни. Неправильное питание есть причина большей части случаев нарушений питания в детском возрасте и связанной с этим смертности. Глобальный банк данных ВОЗ по вопросам грудного вскармливания располагает данными в отношении 94 стран и 65% общего числа грудных детей в мире, указывает на то, что лишь приблизительно 35% всех грудных детей получают исключительно грудное вскармливание в возрасте от 0 до 4 месяцев<sup>1</sup>.

10. Инициатива больниц благожелательного отношения к ребенку, осуществление которой было начато в 1992 г., в настоящее время принята в 171 стране; количество стационаров, попадающих под определение «благожелательного отношения к ребенку», увеличилось с 4300 в 1995 г. до более чем 16 000 в конце 1999 года. Тем не менее, определенную озабоченность вызывает тот факт, что соответствующие стандарты не соблюдались во всех случаях. С учетом этого ВОЗ стремится к укреплению национального потенциала, используя, среди прочих, такие подходы, как подготовка работников здравоохранения<sup>2</sup> и пробуждение интереса к этому вопросу среди как администраторов, так и тех, кто отвечает за принятие решений<sup>3,4</sup>, и распространению набора<sup>5</sup> материалов в отношении оценки и мониторинга, которые были разработаны при сотрудничестве с Wellstart International для оказания содействия данной инициативе.

11. Неправильная практика прикармливания в сочетании с использованием неадекватных с питательной точки зрения и зачастую загрязненных продуктов питания, начинаемая слишком рано (в развивающихся и развитых странах) или слишком поздно (в развивающихся странах), по-прежнему выступает в качестве главного фактора неправильного питания. Совсем недавно был широко распространен обзор имеющихся научных данных в отношении проверенных практикой рекомендаций в отношении питания грудных детей<sup>6</sup>. Практическое руководство по подготовке коммунальных работников здравоохранения в вопросах дополнительного питания, например в контексте интегрированного ведения детских заболеваний, составляется в настоящее время на основе сотрудничества с Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

---

<sup>1</sup> Данные Глобального банка данных ВОЗ по вопросам грудного вскармливания вскоре будут доступны на Интернете.

<sup>2</sup> Консультация по вопросам грудного вскармливания: учебное пособие (документ WHO/CDR/93.3-93.6).

<sup>3</sup> Содействие грудному вскармливанию в учреждениях здравоохранения – краткий курс для организаторов здравоохранения и тех, кто отвечает за вопросы политики (документ WHO/NUT/96.3).

<sup>4</sup> Фактические данные в отношении десяти этапов успешного грудного вскармливания (документ WHO/CHD/98.9).

<sup>5</sup> ВОЗ, ЮНИСЕФ и Wellstart International. Инициатива больниц благожелательного отношения к ребенку. Мониторинг и оценка: инструменты прогресса (WHO/NHD/99.2).

<sup>6</sup> ВОЗ, ЮНИСЕФ и Университет Калифорнии (Davis), ORSTOM. Дополнительное питание детей раннего возраста в развивающихся странах: обзор имеющихся научных данных (документ WHO/NUT/98.1).

12. **Ход работы по осуществлению Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока.** С момента принятия Тридцать четвертой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения Международного свода в 1981 г. 160 государств-членов (84%) уведомили ВОЗ о действиях по претворению в жизнь принципов и целей этого документа (83% государств-членов в Африке, 97% в странах Америки, 80% в странах Юго-Восточной Азии, 63% в Европе и 95% в странах Восточного Средиземноморья, а также 96% в странах Западной части Тихого океана). Национальные действия включают принятие соответствующего законодательства, составление руководств для работников здравоохранения или агентов по сбыту, соглашения с производителями, а также механизмы мониторинга и отчетности. Начиная с последнего доклада, представленного по этому вопросу Генеральным директором в 1998 г., Камбоджа, Хорватия, Франция, Грузия, Гвинея, Малайзия и Панама сообщили о новых мерах, осуществленных в отношении этой проблемы.

13. ВОЗ ответила также на заявки в отношении технической помощи, поступившей из ряда стран, включая Австралию, Новую Зеландию и Пакистан, и провела рабочие семинары в Таиланде и в Африканском регионе (для 12 говорящих на французском языке стран). В ноябре 1998 г. Генеральный директор провела заседания двух круглых столов: одного с потребителями и общественными неправительственными организациями и другого – с Международной ассоциацией производителей продуктов детского питания. На этих совещаниях были рассмотрены вопросы, связанные с совершенствованием мер по осуществлению свода правил в странах и улучшению диалога между заинтересованными сторонами.

14. **Глобальные технические консультации по вопросам питания детей грудного и раннего возраста.** ВОЗ и ЮНИСЕФ совместно намерены организовать консультацию экспертов (Женева, 13-17 марта 2000 г.) для оценки политики в вопросах питания детей грудного и раннего возраста, пересмотра осуществляемых мер и разработки комплексной стратегии на следующее десятилетие. Информация по итогам данного совещания будет представлена Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

## VII. КЛОНИРОВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

1. Во исполнение резолюции WHA51.10 небольшая рабочая группа независимых и государственных экспертов (Женева, 12-14 октября 1998 г.) рассмотрела первый проект руководящих принципов и рекомендаций в области клонирования и здоровья человека. В консультации по проекту принимали участие представители правительств, международных организаций, а также научных и профессиональных организаций; сама консультация была осуществлена на основе сообщений по электронной почте<sup>1</sup>.
2. После дискуссий на Пятьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и в ответ на выраженный интерес со стороны ряда государств-членов международные эксперты и другие участники указали на то, что ВОЗ надлежит взять на себя ведущую роль при решении проблем, связанных со здоровьем и этическими аспектами проблем, которые взаимосвязаны с достижениями в области генетики, причем следующая консультация должна состояться в Женеве в декабре 1999 года.
3. На данной консультации с учетом замечаний, высказанных на Ассамблее здравоохранения, будет рассмотрен доклад о последствиях для общественного здравоохранения, связанных с медицинской генетикой и биотехнологией. Кроме того, с учетом проделанной работы и присутствия различных участников данной консультации на ней будет указано на возможные направления работы ВОЗ в этой и связанных с ней областях в дальнейшем.
4. Отчет об указанной консультации будет позднее представлен Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, с тем чтобы дать возможность для проведения более широкой дискуссии в связи со здравоохранительными и этическими аспектами проблем, связанных с клонированием, и близких к нему вопросов.

---

<sup>1</sup> См. документ A52/12.

## VIII. ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА

1. В резолюции WHA52.22 (1999 г.) содержится призыв к ускорению выполнения инициативы по ликвидации полиомиелита к концу 2000 г. с завершением сертификации к 2005 году.

2. Достигнуты значительные успехи, благодаря которым три из шести регионов ВОЗ в настоящее время сообщают о том, что в них не зарегистрировано случаев полиомиелита. Последние уведомления о случаях этого заболевания в странах Америки, в Западно-тихоокеанском и Европейском регионах имели место в августе 1991 г., марте 1997 г. и ноябре 1998 г., соответственно. В остающихся эндемичными по полиомиелиту регионах число случаев, о которых поступили уведомления в 1999 г., было вдвое меньше, чем в предыдущем году. Инициатива по ликвидации полиомиелита осуществляется с завидной энергией и эффективностью и находится в настоящее время на своей завершающей стадии. Тем не менее, для успешного завершения глобальных усилий в этой области потребуется ускорение деятельности по ликвидации и эпиднадзору в странах, где полиомиелит все еще сохраняется или еще совсем недавно был эндемическим.

3. Основной предпосылкой для ускорения деятельности является проведение в государствах-членах, являющихся эндемичными по полиомиелиту, дополнительных раундов национальных дней иммунизации в 2000 и 2001 гг., имея в виду особенно 10 наиболее приоритетных во всемирном масштабе стран, а именно: Афганистан, Анголу, Бангладеш, Демократическую Республику Конго, Эфиопию, Индию, Нигерию, Пакистан, Сомали и Судан.

4. В регионах Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья четыре наиболее приоритетные на глобальном уровне страны уже приступили к проведению или взяли на себя обязательства о проведении дополнительных раундов иммунизации. Только в Индии распространяется или будет распространено более 1 миллиарда доз пероральной полиомиелитной вакцины в ходе четырех национальных и двух субнациональных дней иммунизации в период с октября 1999 г. по март 2000 года. В случае обеспечения необходимых ресурсов Афганистан, Бангладеш и Пакистан увеличат число раундов иммунизации в период до 2000 и 2001 гг. с двух до четырех ежегодно.

5. В шести отнесенных к числу наиболее приоритетных во всемирном масштабе странах Африки инициатива по ликвидации полиомиелита достигла своей кульминационной точки и превзошла этот рубеж в августе – октябре 1999 г., когда были проведены впервые три раунда иммунизации в Демократической Республике Конго. В июне – августе 1999 г. расширила свою деятельность, с проведением до трех раундов, Ангола. Помимо дней иммунизации, в Судане и Нигерии было проведено два дополнительных субнациональных раунда в областях высокого риска в 1999 году. В Эфиопии было проведено всего лишь два раунда, тогда как в Сомали проведению дней иммунизации помешали соображения безопасности.

6. Признавая необходимость значительных финансовых ресурсов для ускорения и завершения кампании вплоть до 2005 г. (дефицит финансовых средств по состоянию на май 1999 г. составил 500 млн. долл. США), Ассамблея здравоохранения обратилась к Генеральному директору с призывом обеспечить дополнительное финансирование. Заявки о выделении 75 млн. долл. США были получены от Фонда Организации Объединенных Наций и Фонда Bill and Melinda Gates. Pasteur-Mérieux-Connaught пожертвовали полиомиелитные вакцины на сумму 5 млн. долл. США для областей и территорий Африки, пострадавших в результате конфликтов. Всемирный банк предоставил поддержку правительству Индии для обеспечения массового ускорения деятельности по ликвидации полиомиелита. Канада, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Соединенные Штаты Америки увеличили свою общую поддержку инициативы по ликвидации этого заболевания. «Ротари Интернэшнл» и целый ряд специализированных учреждений, осуществляющих деятельность в области развития, продолжают расширять свою активную поддержку глобальной инициативы по ликвидации.

7. Важность соблюдения сроков ликвидации полиомиелита все еще недооценивается в некоторых странах и рядом организаций. Однако чем дольше будет продолжаться активная передача полиовируса в Африке, в прилегающих к Сахаре районах, и в Южной Азии, тем будет выше риск повторного, возвратного заражения областей и территорий, являющихся свободными от этого заболевания в настоящее время. Масштабные вспышки в Анголе и Ираке в 1999 г. продемонстрировали хрупкость и неустойчивость достигнутого в этой области прогресса. Задержки и несоблюдение сроков решения поставленной задачи повысили бы суммарную стоимость и расходы по ликвидации на 100 млн. долл. США ежегодно. Кроме того, будет очень затруднительно обеспечивать поддержание нынешних уровней финансирования более чем на 24-36 месяцев, особенно в странах, являющихся свободными от полиомиелита, которым пришлось бы и в дальнейшем проводить дни иммунизации для защиты от случаев завезенного заболевания.

8. Для удовлетворения требований, связанных с ускорением выполнения инициативы, организациями системы Организации Объединенных Наций и их партнерам по деятельности в области ликвидации полиомиелита необходимо укрепить свой потенциал и возможности. В 1999 г. из-за недостатков в деле планирования и координации имели место случаи задержки и даже отказа от проведения дней иммунизации в Африке и Южной Азии. Необходимо активизировать усилия по совершенствованию прогнозирования, планирования и координации деятельности организаций системы ООН, изготовителей вакцин и правительств-доноров, чтобы предотвратить или предупредить в дальнейшем недостачу или отсутствие полиомиелитной вакцины в период, когда государства-члены откликаются на призыв ускорить деятельность по ликвидации заболевания.

9. Успешные миротворческие действия для проведения национальных дней иммунизации или для обеспечения, как минимум, безопасной рабочей среды и доступа к оставшимся неохваченными общинам и контингентам населения должны быть расширены и распространены на все области и районы, пострадавшие в результате затяжных конфликтов. В Сомали два представителя персонала Организации

Объединенных Наций из числа нанятых для проведения мероприятий по ликвидации полиомиелита были убиты в 1999 году. Кроме того, были убиты два члена группы по вакцинации в Анголе, где в районах, контролируемых движением УНИТА, было охвачено иммунизацией лишь небольшое число детей в ходе дней иммунизации. Успешное провозглашение Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций так называемых «дней спокойствия» в ходе проведения иммунизации в Демократической Республике Конго продемонстрировали возможность успешной работы на этих территориях, несмотря на кажущиеся совершенно непреодолимыми материально-технические препятствия и проблемы в плане безопасности.

10. Установленные Глобальной комиссией по сертификации ликвидации полиомиелита стандарты и нормативы соблюдаются и выполняются не повсеместно. В некоторых странах даже прекращена дополнительная деятельность по иммунизации, хотя условия эпиднадзора в этих странах намного ниже требуемых для сертификации стандартов. Опыт, накопленный в странах Америки, в Западно-тихоокеанском, Европейском и Восточно-средиземноморском регионах, со всей четкостью и определенностью продемонстрировал, что такие действия могут поставить под угрозу исторические достижения, так как скрытая (низкого уровня) передача полиомиелита может продолжаться без выявления на протяжении более чем трех лет в областях и районах, где деятельность по эпиднадзору осуществляется в недостаточной степени.

= = =