



Доклады о ходе работы¹

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
C. Ликвидация полиомиелита (резолюция WHA61.1).....	2
D. Предупреждение пандемий и ежегодных эпидемий гриппа и борьба с ними (резолюция WHA56.19)	4
E. Борьба с онхоцеркозом посредством распространения ивермектина (резолюция WHA47.32)	7
F. Изменение климата и здоровье (резолюции WHA61.19 и EB124.R5).....	9
G. Улучшение здоровья посредством экологически обоснованного удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ (резолюция WHA63.26)	11
H. Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов (резолюция WHA63.25)	13
I. Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (резолюция WHA58.31).....	15
J. Нанесение увечий женским гениталиям (резолюция WHA61.16)	18
K. Стратегия по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ (резолюция WHA60.25)	20
L. Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств (резолюция WHA60.16)	23
M. Выполнение ВОЗ рекомендаций Глобальной целевой группы по совершенствованию координации в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами (резолюция WHA59.12)	26

¹ См. документ EB128/35, доклады А и В.

С. ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА (резолюция WHA61.1)

1. В 2008 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA61.1 предложила Генеральному директору разработать новую стратегию, чтобы придать новый импульс борьбе за ликвидацию полиомиелита в тех странах, где эта болезнь еще остается. Для построения основ новой стратегии в рамках Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита была принята специальная годовая Программа работы на 2009 год. Программа предусматривала оценку тактических инноваций, проведение клинических испытаний новых рецептур вакцины (например, бивалентной пероральной полиовакцины) и содействие независимому изучению основных препятствий на пути к прекращению передачи полиовируса. Шестидесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения отметила достигнутые успехи и выразила согласие со схемой нового стратегического плана на 2010-2012 гг.¹, работа над которым была впоследствии завершена и выполнение которого было начато в июне 2010 года. В настоящем докладе приведены анализ и результаты нового стратегического плана по состоянию на 1 ноября 2010 г., а также включено изложение основных факторов риска, препятствующих его всестороннему осуществлению.

2. В соответствии с указаниями Исполнительного комитета на его Сто двадцать шестой сессии², был образован Независимый комитет по мониторингу. На рассмотрение этой комиссии ВОЗ от имени партнеров по Глобальной инициативе по ликвидации полиомиелита представила первый ежеквартальный доклад. В этом ежеквартальном докладе в общем виде отражены успехи в выполнении задач, установленных в Стратегическом плане, а также в достижении основных показателей процесса³. По состоянию на 1 ноября 2010 г. следует отметить следующее:

- Страны, в которых регистрируются новые вспышки полиомиелита⁴: с середины 2010 г. случаи полиомиелита отмечались лишь в одной из 15 стран, в которых в 2009 г. регистрировались новые вспышки заболевания. В 12 странах, в которых имелись новые вспышки в 2010 г., включая Таджикистан, ни одна из вспышек не продолжалась более шести месяцев.

¹ Документ WHA63/2010/REC/3, протокол восьмого заседания Комитета В, раздел 2А.

² Документ EB126/2010/REC/2, протокол тринадцатого заседания, раздел 4А.

³ Ежеквартальный доклад по выполнению задач и показателей - доклад по состоянию на 1 октября 2010 года. Имеется на сайте: www.polioeradication.org.

⁴ Определяются как страны, в которых к середине 2010 г. наблюдалось прекращение всех вспышек полиомиелита, начавшихся в 2009 году. Ставится задача предотвратить в течение шести месяцев после подтверждения индексного случая все новые вспышки (т.е. начавшиеся в 2010, 2011 или 2012 годах).

- Страны, “где передача полиовируса возобновилась”¹: полиовирус не отмечался в южном Судане с 27 июня 2009 г., а в Чаде с 10 мая 2010 года. К числу стран, сообщавших о выявлении полиовируса во второй половине 2010 г., относятся Ангола (13 октября 2010 г.) и Демократическая Республика Конго (13 октября 2010 г.).
- Страны с эндемической передачей полиовируса²: в целом в четырех странах, где еще имеет место эндемическая передача полиовируса, число случаев полиомиелита сократилось на 85% в 2010 г. по сравнению с тем же периодом в 2009 году. В Нигерии число случаев сократилось на 97%, в Индии на 93% и в Афганистане на 21%. В Пакистане число случаев увеличилось на 34%.

3. Несмотря на то, что по состоянию на 1 ноября 2010 г. движение в направлении выполнения первой и третьей задач Стратегического плана осуществлялось, в целом, успешно, серьезные препятствия сохраняются. В частности, выполнение намеченной на конец 2010 г. второй задачи - прекращение всех случаев “возобновления передачи полиовируса” - поставлено под угрозу по причине сохранения передачи полиовируса в Анголе и Демократической Республике Конго. В Анголе в некоторых районах страны в отношении более 25% детей не проводится дополнительная иммунизация, что способствовало расширению эпидемии в 2010 г., а также ее трансграничному распространению на Конго и Демократическую Республику Конго. Кроме того, в Демократической Республике Конго не появившийся с 2008 г. штамм вируса был изолирован в восточной провинции Катанга в июне 2010 г. и был вновь изолирован в сентябре, что позволяет сделать вывод о недостаточности работы по эпиднадзору и дополнительной иммунизации в этом регионе. Выполнение запланированной на конец 2011 г. третьей задачи - прекращение передачи полиовируса в странах, где этот вирус является эндемичным - находится под угрозой в связи с сохраняющимися оперативными затруднениями в деле оптимизации качественной дополнительной иммунизации в районах Пакистана, являющихся устойчивыми резервуарами полиовируса. Эти проблемы дополнительно осложняются в связи с нестабильностью и конфликтом в племенных районах, находящихся под федеральным управлением, а также в связи с сильными наводнениями, обрушившимися на страну в середине 2010 года.

4. В обстановке сокращения заболеваемости диким полиовирусом во всем мире государства-члены принимают дополнительные меры по снижению риска новых вспышек заболевания, вызываемых международным распространением диких полиовирусов или возникновением циркуляции вакцинных полиовирусов. Эти меры предусматривают дополнительную и плановую иммунизацию, которые призваны закрыть брешь в иммунной защите населения, а также вакцинацию лиц, направляющихся в районы, где наблюдается полиомиелит, и лиц, выезжающих из этих

¹ Определяемые как страны, в которых к концу 2010 г. отмечалось прекращение всех случаев “возобновившейся” передачи полиовируса.

² Определяемые как страны, в которых к концу 2011 г. ожидается прекращение всех случаев передачи полиовируса по крайней мере в двух из четырех эндемичных по этой болезни странах.

районов. Аналогичным образом обеспечение своевременных мер вакцинации в связи с циркуляцией вакцинных полиовирусов приобретает все большее значение по мере прогресса в ликвидации дикого полиовируса. В 2010 г. вспышки заболевания, обусловленные циркуляцией вакцинных полиовирусов, наблюдались в Афганистане, Демократической Республике Конго, Эфиопии, Индии и Нигерии.

5. При вступлении в силу Стратегического плана на 2010-2012 гг. были обнародованы результаты нового исследования в отношении экономической составляющей Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита. Эти результаты свидетельствуют о том, что постепенно возрастающие чистые выгоды от завершения ликвидации полиомиелита, агрегированные за период 1988-2035 гг., будут составлять по меньшей мере 42 млрд. долл. США¹. Вместе с тем, в 2010 г. дефицит финансирования Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита привел к свертыванию дополнительной иммунизации и эпиднадзора в некоторых регионах, задержкам в осуществлении мер реагирования на вспышки заболевания в других регионах и к сокращению долгосрочной технической помощи, предоставляемой Секретариатом ряду государств-членов. По состоянию на 1 октября 2010 г. 25% бюджета Стратегического плана на 2010-2012 гг., составляющего 2,6 млрд. долл. США, остаются без финансирования.

D. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПАНДЕМИЙ И ЕЖЕГОДНЫХ ЭПИДЕМИЙ ГРИППА И БОРЬБА С НИМИ (резолюция WHA56.19)

6. **Глобальная система оповещения.** Глобальная сеть эпиднадзора за гриппом осуществляет мониторинг развития сезонных и зоонозных вирусов гриппа, включая H5N1. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.) привело к более своевременному получению ВОЗ информации о H5N1 и других зоонозных гриппозных инфекциях. Улучшился географический охват и качество данных, получаемых в результате эпиднадзора. В настоящее время в данной Сети принимают участие 135 национальных центров по гриппу в 105 государствах-членах, что представляет собой увеличение на 23 центра, начиная с 2003 года. ВОЗ оказывает поддержку оценке качества работы национальных центров по гриппу² и способствует поставке образцов³. Данная Сеть способствовала принятию ответных мер в ответ на пандемию (H1N1)-2009 посредством быстрого выявления и характеристики данного вируса, разработки и распространения диагностических реагентов, отбора и разработки пандемической противовирусной вакцины и мониторинга антивирусной восприимчивости. Секретариат на основе докладов по осуществлению руководства

¹ Thompson K, Pallansch MA, Cochi SL et al. Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Vaccine* (в печати).

² Внешний проект ВОЗ по оценке качества при определении вирусов подтипа гриппа А посредством применения ПЦР был создан в 2007 году. С тех пор в рамках этого Проекта была проведена оценка качества работы 136 лабораторий, в том числе 16 - в Африканском регионе.

³ Проект ВОЗ по финансированию доставки, основанный в 2005 г., оказал поддержку в организации 123 поставок в 2008 г. и 316 поставок в течение пандемии гриппа в 2009 году.

ВОЗ по эпиднадзору за пандемией, поступающих из государств-членов, выпускал еженедельные глобальные последние данные.

7. **Медицинские и экономические последствия** сезонного гриппа в тропических странах со средними и высокими доходами, согласно сообщениям, аналогичны последствиям сезонного гриппа в странах с высокими доходами, расположенных в умеренной зоне. В странах с низкими и средними доходами на сезонный грипп может приходиться приблизительно 10% случаев госпитализаций с диагнозом пневмонии.

8. Состояние **программ вакцинации против гриппа** в государствах-членах является следующим. К 2010 г. по меньшей мере одна страна в Европейском регионе и несколько стран в Американском регионе достигли 75%-го охвата вакцинацией людей пожилого возраста. В настоящее время во всем мире в 79 странах имеются национальные программы вакцинации, но в 2006 г. такие программы отсутствовали в пяти странах (в трех странах в Африканском регионе и в двух странах в Регионе Юго-Восточной Азии). К 2009 г. 35 из 43 стран и территорий Американского региона разработали программы вакцинации (по сравнению с 13 странами в 2004 г.), а с 2004 г. увеличилось число стран, которые ввели противогриппозную вакцинацию детей раннего возраста.

9. Глобальные **производственные мощности по изготовлению вакцин** увеличились с приблизительно 350 миллионов доз трехвалентной вакцины против сезонного гриппа в 2006 г. до более 800 миллионов (произведенных приблизительно 30 компаниями) в 2009 году.

10. **Глобальный план действий по увеличению запаса вакцин на случай пандемического гриппа** был отмечен Ассамблеей здравоохранения в 2006 году¹. В соответствии с созданной в 2007 г. программой ВОЗ по увеличению мощностей для производства вакцин в развивающихся странах были предоставлены гранты и оказана техническая помощь производителям вакцин в 11 развивающихся странах². Три из этих 11 производителей - включая одного, который только что начал разработку противогриппозной вакцины в 2007 г. - в 2009-2010 гг.³ смогли произвести и зарегистрировать вакцины против пандемического гриппа (H1N1)-2009. В 2009 г. ВОЗ также провела переговоры о выдаче лицензии с одной фармацевтической компанией о приобретении технологии производства живой аттенуированной вакцины. Вскоре после этого ВОЗ передала лицензию на эту технологию трем производителям в развивающихся странах.

¹ Резолюция WHA60.28 (Готовность к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам).

² Бразилия, Египет, Индия, Индонезия, Исламская Республика Иран, Мексика, Республика Корея, Румыния, Сербия, Таиланд и Вьетнам.

³ Индия, Республика Корея и Румыния.

11. Что касается **запасов и распространения вакцины H5N1 со стороны ВОЗ**, то в 2008 г. двумя производителями было взято обязательство по производству 110 миллионов доз вакцин. В начале пандемии (H1N1)-2009 эти обязательства перешли в форму безвозмездного предоставления вакцины против пандемии гриппа. ВОЗ завершила распространение безвозмездно предоставленной вакцины в октябре 2010 г., когда около 78 миллионов доз вакцины были доставлены в 77 стран. Большинство этих доз были безвозмездно предоставлены правительствами из запасов, закупленных первоначально для внутреннего применения.

12. План ВОЗ по обеспечению готовности к пандемическому гриппу, впервые выпущенный в 1999 г., был пересмотрен в 2005 г. и 2009 году¹. К 2009 г. 141 (73%) государство-член разработали национальные планы. Начиная с 2003 г. Ассамблея здравоохранения приняла несколько резолюций, направленных на повышение глобального потенциала обеспечения готовности к пандемии².

13. В отношении **научных исследований и разработок** Секретариат сосредоточил внимание на вакцинах, противовирусных препаратах и плане научных исследований. Исследование вакцин сосредоточено на ведении более широкого и более длительного иммунитета и увеличении мощностей по производству вакцин посредством использования новейших технологий. В отношении противовирусных препаратов появляется все больше фактических данных, свидетельствующих об их эффективности и безопасности при применении у детей очень раннего возраста и беременных женщин. Противовирусные препараты закрепили свою позицию в борьбе против гриппа и его осложнений. Несколько новых противовирусных препаратов были лицензированы для клинического применения. Ожидается, что применение ВОЗ программы исследований в области общественного здравоохранения применительно к гриппу³ предоставит преимущества для следующего десятилетия, включая укрепление руководства общественным здравоохранением и ограничение воздействия гриппа.

14. **Координация.** ВОЗ укрепила сотрудничество с ФАО и МБЭ, с тем чтобы сократить риски, связанные с зоонозным гриппом, особенно с высокопатогенным птичьим гриппом H5N1.

15. Деятельность Секретариата в области **противовирусных препаратов** включала разработку и регулирование глобального запаса противовирусных препаратов, прошедших предварительную квалификацию, которая таким образом способствовала своевременному распространению трех миллионов курсов противовирусного лечения в 72 выделенных странах в мае 2009 года. Секретариат провел строгий обзор разработки

¹ Соответственно, документы WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5 и *Готовность к пандемическому гриппу и ответные меры: руководство ВОЗ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

² Резолюция WHA58.5 (Повышение готовности к пандемическому гриппу и реагирование на него), WHA59.2 (Применение Международных медико-санитарных правил (2005 г.)) and WHA60.28, WHA62.10 и WHA63.1 (Обеспечение готовности к пандемическому гриппу: обмен вирусами гриппа и доступ к вакцинам и другим преимуществам).

³ *Программа исследований ВОЗ по гриппу с позиции общественного здравоохранения, Вариант 1, 2009 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

руководства в отношении применения противовирусных препаратов для борьбы с пандемией гриппа H1N1 в августе 2009 года. Последующий пересмотр, проведенный в феврале 2010 г., был основан на данных, полученных в течение этой пандемии¹.

Е. БОРЬБА С ОНХОЦЕРКОЗОМ ПОСРЕДСТВОМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИВЕРМЕКТИНА (резолюция WHA47.32)

~~1.~~ [E. Onchocerciasis control through ivermectin distribution \(resolution WHA47.32\)](#)

~~1.16.~~ [Онхоцеркоз](#) (речная слепота) является эндемическим заболеванием, главным образом, в 30 африканских странах к югу от Сахары², а также в шести странах Латинской Америки³ и в Йемене.

Африка

17. В 1974 г. в 11 странах Западной Африки была учреждена Программа борьбы против онхоцеркоза, задача которой состояла в ликвидации онхоцеркоза как заболевания, являющегося проблемным для общественного здравоохранения и препятствующего социально-экономическому развитию. Основная стратегия Программы состояла в борьбе против переносчиков, которая, начиная с 1989 г. и далее, стала осуществляться в сочетании с массовым применением ивермектина для лечения этой болезни. Несмотря на то, что Программа была свернута в 2002 г., когда были достигнуты ее основные цели во всех 11 странах, кроме Сьерра-Леоне, было принято решение продолжать регулярный эпиднадзор и массовое лечебное применение ивермектина во всех странах, чтобы сохранить достигнутое.

18. В 1994 г. Ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA47.32 о [борьбе с онхоцеркозом посредством распространения ивермектина](#), в которой, в частности, отмечалось, что онхоцеркоз можно поставить под контроль при помощи ивермектина, бесплатно предоставляемого производителем.

[4.19.](#) В 1995 г. была развернута Африканская программа борьбы с онхоцеркозом, чтобы противодействовать этому заболеванию в 19 странах Африки, остающихся эндемичными по этой болезни, чтобы внедрять лечение ивермектином, координируемое на местном уровне, и, в необходимых случаях, проводить уничтожение переносчика в отдельных очагах при помощи экологически безопасных методов.

¹ WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses, February 2010;
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html.

² Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Камерун, Центральноафриканская Республика, Чад, Конго, Кот д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, Габон, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Кения, Либерия, Малави, Мали, Мозамбик, Нигер, Нигерия, Руанда, Сьерра-Леоне, Сенегал, Судан, Того, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

³ Бразилия, Колумбия, Эквадор, Гватемала, Мексика и Венесуэла (Боливарианская Республика).

5-20. В соответствии с содержащейся в резолюции WHA47.32 просьбой в адрес государств-членов подготовить **национальные планы**, стратегия лечения ивермектином, координируемого на местном уровне, осуществляется посредством национальных целевых групп по онхоцеркозу в 15¹ из 19 стран, участвующих в Программе. В некоторых странах, остающихся эндемичными по этой болезни, применяется лечение ивермектином в клинических условиях.

6-21. При помощи **эпидемиологического экспресс-картирования онхоцеркоза**, проведенного более чем в 13 000 деревнях в 19 странах, охваченных данной Программой, удалось выделить приоритетные районы для массового лечения ивермектином около 120 миллионов человек, подверженных риску инфицирования.

7-22. Африканская программа борьбы с онхоцеркозом прилагает усилия к **укреплению первичной медико-санитарной помощи** путем наращивания потенциала населения на местном уровне и медработников первичного звена. Решение привлечь местные сообщества к борьбе с этой болезнью позволило им взять на себя ответственность за предоставление ивермектина, решать как, когда и кем должно проводиться лечение и осуществлять контроль за проведением лечения ивермектином, координируемым на местном уровне. В 2009 г. более 507 000 обученных раздатчиков лекарств первичного уровня и почти 37 000 медработников в 15 странах обеспечили ивермектином 66 миллионов человек.

8-23. Координируемое на первичном уровне лечение ивермектином, помимо прочего, открывает эффективные возможности, позволяющие внедрять другие виды медико-санитарной помощи. В 2009 г. некоторые проекты Программы сообщили о том, что им удалось обеспечить почти 26 миллионов человек лечебными средствами или предметами, используемыми при других заболеваниях. В настоящее время имеет место более широкое распространение ивермектина одновременно с распространением других лечебных средств, что помогает проводить профилактическую химиотерапию против забытых тропических болезней.

9-24. Африканская программа борьбы с онхоцеркозом обеспечивает **координацию** действий участвующих сторон (правительств, учреждений-спонсоров, доноров, неправительственных организаций и компанию-производителя, которая безвозмездно предоставляет ивермектин), а также контроль за ходом работы.

10-25. По результатам недавних эпидемиологических исследований, проведенных Программой, у 19 стран² в Африке имеется возможность ликвидировать инфекцию и прервать передачу онхоцеркоза в большинстве очагов.

¹ Ангола, Бурунди, Камерун, Центральнаяафриканская Республика, Чад, Конго, Демократическая Республика Конго, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, Либерия, Малави, Нигерия, Судан, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

² Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Камерун, Чад, Конго, Демократическая Республика Конго, Эфиопия, Экваториальная Гвинея, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Малави, Мали, Нигер, Нигерия, Сенегал, Того, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

~~11-26.~~ Вместе с тем, по поводу стабильности работы национальных программ после завершения Программы в 2015 г. сохраняются опасения, особенно с точки зрения оказания помощи, позволяющей семи странам, находящимся в пост-конфликтном периоде, расширить масштабы географического охвата лечебными мероприятиями.

Страны Америки

~~12-27.~~ Программа ликвидации онхоцеркоза в странах Америки была развернута в 1992 году. Цель состояла в том, чтобы ликвидировать глазные заболевания и передачу паразита по всему Региону стран Америки к 2012 г. при помощи массового проведения курса лечения ивермектином дважды в год. В рамках этой Программы осуществляется координация деятельности различных участников, включая правительства стран, эндемичных по этой болезни, Региональное бюро для стран Америки и ряд международных партнеров.

~~13-28.~~ Как и в Африке (см. выше), страны, участвующие в Программе ликвидации онхоцеркоза в Регионе Америки, разработали национальные программы борьбы с онхоцеркозом на базе своих министерств здравоохранения. В период с 2007 по 2010 год передача паразита была прервана в 7 из 13 очагов в странах Америки и, вследствие этого, распространение ивермектина было прекращено. Ни одного случая слепоты, обусловленной онхоцеркозом, в Регионе не отмечалось на протяжении более 10 лет. В 2011 г. Колумбия может стать первой страной, которая, по истечении трехлетнего периода эпиднадзора, завершающего лечение, обратится с просьбой выдать сертификат о ликвидации заболевания. Эквадор может выступить с аналогичной просьбой в 2013 году.

Йемен

29. В течение минувшего десятилетия в Йемене успешно проводилось лечение ивермектином тяжелых поражений кожи (совда) в клинических условиях. В 2010 г. разрабатывается национальный план действий, направленный на ликвидацию онхоцеркоза в стране к 2015 г. при помощи массового распространения ивермектина и борьбы против переносчиков.

Г. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗДОРОВЬЕ (резолюции WHA61.19 и EB124.R5)

30. В январе 2009 г. в резолюции EB124.R5 Исполнительный комитет утвердил предложенный Секретариатом план работы в области изменения климата и здоровья. Настоящий доклад является ответом на предложение, содержащееся в резолюции WHA61.19, о представлении доклада о ходе работы по выполнению данной резолюции и плана работы, а также по представлению обновленного варианта предыдущего доклада Исполкому в январе 2010 года¹.

¹ Документ EB126/38 Add.1.

31. **Повышение поддержки и информированности.** Секретариат проводил работу с государствами-членами по организации ряда конференций на высоком уровне либо конкретно по вопросам изменения климата и здоровья (например, встречи парламентариев (Тхимпху, 5-7 октября 2010 г.) и министров (Дакка, 19-21 октября 2010 г.) в Регионе Юго-Восточной Азии) либо конференций, в которых связи между изменением климата и здоровьем являлись важным компонентом (Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья в Европе; Парма, Италия, 10-12 марта 2010 г., и Вторая межминистерская конференция по здоровью и окружающей среде в Африке; Луанда, 23-26 ноября 2010 года). Несколько из этих конференций приняли декларации по Конференции Сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по изменению климата. Секретариат также организовал заседание неформальной контактной группы национальных делегатов на Рамочную конвенцию для обеспечения того, чтобы на переговорах были рассмотрены вопросы здравоохранения. Он также поддерживает координацию между растущим числом ассоциаций специалистов, заинтересованных в области здравоохранения, и неправительственных организаций в целях сбора и распространения информации для поддержки здоровья.

32. **Партнерство с организациями системы Организации Объединенных Наций и другими сторонами.** ВОЗ способствует вынесению вопросов здравоохранения на обсуждение Советом административных руководителей Организации Объединенных Наций и Комитетом высокого уровня по программам и совместно создает новую рабочую группу Организации Объединенных Наций по социальным параметрам изменения климата. Во время подготовительных сессий для шестнадцатой Конференции Сторон Рамочной конвенции (которая состоится в Канкуне, Мексика, 29 ноября - 10 декабря 2010 г.), на которой она намеревается организовать проведение трех вспомогательных мероприятий. Она принимает активное участие в форумах по изменению климата на региональном уровне, например, совместно с Региональным бюро для стран Восточного Средиземноморья, представляя интересы здравоохранения на Арабском региональном форуме по инициативе ПРООН по устойчивости климата. Такое участие привело к улучшению представления интересов здравоохранения в рамках различных механизмов системы Организации Объединенных Наций и в процессе обсуждения текстов Рамочной конвенцией.

33. **Содействие в сборе научных данных и его поддержка.** Секретариат завершил систематический обзор степени, до которой последнее изучение изменения климата и здоровья соответствует таким приоритетам, которые изложены Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA61.19. Продолжается оценка глобального бремени болезней, возникающего в результате изменения климата, причем окончательные оценки будут опубликованы в начале 2011 года. Секретариат выявляет вероятные преимущества для здоровья стратегий по уменьшению воздействия изменения климата, предложенных в Межправительственном комитете по изменению климата в его докладах по вопросам сельского хозяйства, транспорта, бытового использования энергии и жилищного строительства. Секретариат разрабатывает проект основных положений политики в отношении того, каким образом смягчение в этих секторах может улучшить состояние здоровья. Он также способствует разработке Специального доклада Межправительственного комитета по изменению климата в отношении

экстремальных событий, а Европейское региональное бюро способствует разработке технического руководства по системам предупреждения об опасности высокой температуры для здоровья, которое в настоящее время подготавливается совместно с ВМО.

34. Укрепление систем здравоохранения для защиты населения от побочных воздействий изменения климата на здоровье. Был подготовлен проект руководства по вопросам уязвимости здоровья и адаптации к изменению климата. Поэтому ПАОЗ организовал проведение глобального совещания (Сан-Хосе, Коста-Рика, 20-23 июля 2010 г.) для включения отзывов и предложений, поступивших из 16 стран, до опубликования окончательного текста в начале 2011 года. Региональное бюро для стран Африки пересмотрело охват здоровья посредством программ действий по национальной адаптации в наименее развитых странах, определив основные слабые места. Затем была проведена консультация на тему "Основной набор мер общественного здравоохранения для повышения устойчивости населения к изменению климата в развивающихся странах" с соответствующими программами ВОЗ и отдельными государствами-членами (Женева, 6-7 сентября 2010 года). На страновом уровне Секретариат поддержал оценки уязвимости и адаптации в более 30 странах, например, посредством инициативы Регионального бюро для стран Западной части Тихого океана, охватывающим 15 стран, включая 11 островных государств Тихого океана и инициатив Европейского регионального бюро в 13 европейских странах. В настоящее время Организация осуществляет практические проекты по охране здоровья от изменения климата в 16 странах, охватывающих все регионы, и поддерживает новую инициативу "Зеленые и безопасные больницы" в Китае.

G. УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОСРЕДСТВОМ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОГО УДАЛЕНИЯ ВЫШЕДШИХ ИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПЕСТИЦИДОВ И ДРУГИХ ВЫШЕДШИХ ИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (резолюция WHA63.26)

35. Стратегический подход к Международному регулированию химических веществ обеспечиваеткрытие для действий по экологически обоснованному удалению химических веществ. Секретариат продолжает содействовать осуществлению Стратегического подхода¹, и в данном докладе содержится описание хода работы по выполнению резолюции WHA63.26.

36. Секретариат предоставляет фактические данные для лиц, принимающих решения, в отношении воздействия на здоровье отдельных вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ, предоставляя информацию о действиях, которые оказались успешными, и способствуя осуществлению стратегий и национальных действий по работе с другими важными химическими веществами. Например, использование устройств, содержащих ртуть, для измерения кровяного давления и термометров в больницах является устаревшим,

¹ См. документ A63/21: Стратегический подход к международному регулированию химических веществ: доклад Секретариата.

потому что существуют действенные и эффективные с точки зрения затрат альтернативные устройства, которые не содержат ртути. Секретариат осуществляет сотрудничество с партнерами сектора здравоохранения по поэтапному удалению таких устройств. Он сотрудничает с Индонезией и Таиландом по укреплению национального потенциала для экологически обоснованного удаления основных промышленных канцерогенов, включая асбест. ВОЗ, в партнерстве с ЮНЕП, возглавляет осуществление глобальной инициативы по поэтапному исключению основанных на свинце красок, которые продолжают оставаться источником повышенной концентрации свинца в крови детей.

37. В 2010 г.¹ было опубликовано обновленное издание *Рекомендованной ВОЗ классификации пестицидов по степени опасности*, подготовленное под эгидой Межорганизационной программы по экологически обоснованному регулированию химических веществ. В нем содержатся списки пестицидов, которые устарели или использование которых прекращено в качестве пестицидов, а также списки опасных пестицидов. Оно позволяет осуществлять продуманный отбор пестицидов, таким образом не допуская накопления ненужных запасов.

38. Посредством применения Схемы ВОЗ по оценке пестицидов (WHOPES) и в тесном сотрудничестве с ФАО и ЮНЕП Секретариат оказывает поддержку государствам-членам в регулировании жизненного цикла пестицидов, используемых в области общественного здравоохранения. Эта поддержка в своей основе включает разработку политики, стратегий, руководств и стандартов, а также осуществление проектов в отдельных странах. Был разработан набор инструментов для регулирования пестицидов в целях оказания поддержки государствам-членам в экологически обоснованном удалении пестицидов из области здравоохранения, включая вопросы, связанные с регистрацией, распределением и продажей, использованием и применением, и удалением отходов пестицидов, а также для подготовки персонала и повышения информированности и для усиления регулирующих положений в отношении пестицидов².

39. В различных регионах ВОЗ оказывалась поддержка 13 странам, причем приоритет отдавался африканским странам, который охватывал анализ ситуации, оценку потребностей и разработку национальных планов действия посредством многосекторального и многостороннего подхода. Данная поддержка также включает оценку потенциала национальных лабораторий по контролю качества пестицидов и подготовку персонала в области разработки спецификаций для такого контроля качества. Обеспечение качества пестицидов предотвращает отказ от них со стороны покупателей, что, в свою очередь, предотвращает накопление запасов ненужных материалов.

¹ Всемирная организация здравоохранения. *Рекомендованная ВОЗ классификация пестицидов по степени опасности и руководства к классификации*, 2009 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² См. подробности на сайте http://www.who.int/whopes/recommendations/who_fao_guidelines/en/index.html.

40. В 2010 г. в рамках Схемы ВОЗ по оценке пестицидов было проведено глобальное исследование в приблизительно 140 странах, где трансмиссивные болезни являются эндемическими, с тем чтобы картировать и документировать практику регистрации и регулирования пестицидов в области общественного здравоохранения. Полученная информация будет использована для создания лучшей основы для планов по оптимизации и гармонизации процедур регистрации и пострегистрационных регулирующих положений в отношении пестицидов в области общественного здравоохранения. Она также будет использоваться при разработке стратегий и планов действий по укреплению потенциала в государствах-членах для экологически обоснованного удаления пестицидов из общественного здравоохранения, а также в качестве профилактической меры для избежания накопления вышедших из употребления пестицидов. Общий вывод, который был получен в результате этого исследования, показал, что ресурсы государств-членов в области экологически обоснованного удаления пестицидов из общественного здравоохранения в целом остаются в высшей степени недостаточными.

Н. УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОСРЕДСТВОМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОГО И ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОГО УДАЛЕНИЯ ОТХОДОВ (резолюция WHA63.25)

41. **Проект, финансируемый по линии Глобального экологического фонда.** В резолюции WHA63.25 Генеральному директору предлагается, в частности, продолжить оказание поддержки в целях предотвращения рисков для здоровья, связанных с воздействием медико-санитарных отходов, и содействия экологически обоснованному удалению таких отходов. В соответствии с этим предложением Секретариат продолжил работу по реализации этого рассчитанного на четыре года проекта, начало которому было положено в середине 2008 года. Цель данного проекта – показать и продвигать более широкое применение самых современных методов и видов практики, с тем чтобы свести до минимума или ликвидировать практику высвобождения стойких органических загрязнителей и ртути в окружающую среду. В реализации этого проекта участвуют Аргентина, Индия, Латвия, Ливан, Филиппины, Сенегал и Вьетнам с привлечением соответствующих национальных субъектов деятельности. Кроме того, Инженерно-технологический колледж при Дарэссаламском университете (Объединенная Республика Танзания) в настоящее время разрабатывает и проверяет приемлемые технологии обработки медико-санитарных отходов, не прибегая к их сжиганию. Цель этой работы – использовать соответствующие процессы в установке по обработке, которые могут быть построены и эксплуатироваться в африканских странах, расположенных к югу от Сахары, с использованием имеющихся на месте материалов и навыков.

42. **Поддержка со стороны Альянса ГАВИ.** Кроме того, в области удаления медико-санитарных отходов Альянс ГАВИ оказывал финансовую поддержку всем 72 странам, которые имеют на нее право, в деле создания соответствующего потенциала и разработки национальных планов, политики, правил и стратегий осуществления. ВОЗ принимала участие в обеспечении этой технической поддержки.

В настоящее время большинство соответствующих стран уже имеют такие планы и выполняют их.

43. Либревильская декларация по здравоохранению и окружающей среде в Африке (2008 г.). Либревильская декларация явилась результатом первой Межминистерской конференции по здравоохранению и окружающей среде в Африке (Либревиль, 26-29 августа 2008 г.), которая была проведена по приглашению правительства Габона и организована на совместной основе ВОЗ и ЮНЕП. В этой Декларации африканские страны взяли на себя обязательство по созданию стратегических альянсов в интересах охраны здоровья и окружающей среды в качестве основы для разработки планов совместных действий.

44. Использование ртути в системе здравоохранения. В июле 2008 г. Организация “Медицинская помощь без нанесения вреда” и ВОЗ выдвинули глобальную инициативу по замене медицинских приборов, которые содержат ртуть, более безопасными альтернативными вариантами, которые доступны по цене и столь же точны, в качестве части Глобального проекта ЮНЕП по ртути. ВОЗ предоставляет технические консультации по оценке термометров, не содержащих ртути, и устройств для измерения кровяного давления. В 2010 г. министерство здравоохранения Аргентины издало административное постановление, запрещающее изготовление, импорт, сбыт или бесплатную передачу ртутных сфигмоманометров для измерения кровяного давления населением, врачами или ветеринарами¹. Импорт этих изделий был прекращен сразу же, а сбыт всех имеющихся изделий должен быть прекращен через шесть месяцев. К такой же цели стремятся и такие страны, как Бразилия, Мексика, Непал и Объединенная Республика Танзания.

45. Информационно-разъяснительная работа. ВОЗ проводит информационно-разъяснительную работу по применению основных принципов обращения с медико-санитарными отходами, в соответствии с которыми все те субъекты деятельности, которые оказывают финансовую или иную поддержку медико-санитарной деятельности, должны предусматривать меры по покрытию расходов, связанных с обработкой медико-санитарных отходов. Несмотря на некоторые обнадеживающие результаты, в этой области необходимо вести более целенаправленную работу.

46. Управление медико-санитарными отходами в чрезвычайных обстоятельствах. В рамках Межучрежденческого постоянного комитета Организации Объединенных Наций деятельность ВОЗ включает консультации и принятие необходимых мер в порядке удовлетворения потребностей, связанных с медико-санитарными отходами, которые образуются в чрезвычайных ситуациях в Гаити и Пакистане.

47. Деятельность по накоплению научных данных. В Европейском регионе была проведена оценка различий в состоянии здоровья в связи с воздействием отходов в окружающей среде и представлен соответствующий доклад на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья (Парма, Италия, 10-12 марта

¹ Административное постановление 274/2010.

2010 г.) в качестве одного из разделов справочного документа по неравенству в связи с окружающей средой и здоровьем¹. Кроме того, были пересмотрены руководящие принципы оценки воздействия на здоровье по целому ряду специализированных свалок отходов (например, на военных объектах и топливных складах).

48. Расширение прав и возможностей. За отчетный период было организовано несколько региональных семинаров по управлению медико-санитарными отходами; были также широко распространены учебные материалы, которые активно использовались. В начале 2011 г. выйдет в свет второе издание справочника ВОЗ *“Safe Management of wastes from health-care activities”* (*“Безопасное управление отходами в результате медико-санитарной деятельности”*). Были переведены и широко распространены в странах различные документы, руководящие принципы и программные исследования. В настоящее время прилагаются всеяческие усилия с целью обеспечить, чтобы страницы веб-сайта ВОЗ, посвященные медико-санитарным отходам, постоянно обновлялись и были удобными в использовании. Эти веб-страницы просматриваются очень многими лицами.

49. Укрепление системы управления медико-санитарными отходами. Работа в этой области проводится главным образом в государствах - членах Европейского региона. Так, например, соответствующая техническая поддержка в целях оценки существующей ситуации была оказана Азербайджану. Полученные в этой связи результаты позволяют разрабатывать национальную политику и готовить бюджетную смету и план осуществления. Эти документы сейчас ожидают официального утверждения.

50. В 2009 г. был проведен трехдневный семинар по национальным стратегиям в области медико-санитарных отходов в Казахстане. В нем приняли участие делегаты от 10 стран – восемь стран, имеющих право на поддержку по линии Альянса ГАВИ, а также Босния и Герцеговина и Казахстан, – которые разработали соответствующие подходы к подготовке своих национальных стратегий.

I. РАБОТА В НАПРАВЛЕНИИ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА МЕРОПРИЯТИЯМИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ, НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ (резолюция WHA58.31)

51. Согласно оценкам, число случаев смерти детей в мире в 2009 г. составило 8,1 миллиона, что представляет собой уменьшение по сравнению с 9,0 миллиона в 2005 году². В период между 1990 и 2009 гг. наибольший прогресс был достигнут в Европейском регионе, где зарегистрированный средний ежегодный коэффициент сокращения числа случаев смерти детей в возрасте до пяти лет составил 5,1%; а также в Регионе стран Америки, где этот показатель составил 4,3%. Прогресс был гораздо

¹ *“Здоровье населения и управление отходами: научные данные и варианты политики”*. Копенгаген, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² Межучрежденческая Группа ООН по оценке детской смертности, *Levels and trends in child mortality: report 2010*. Нью-Йорк, Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2010 г.

более скромным в Африканском регионе, где этот показатель был равен 1,8%; и в Регионе Восточного Средиземноморья он составил 1,9%. Наблюдаются значительные различия между этими показателями и заданием в отношении ежегодного сокращения детской смертности на 4%, необходимым для достижения четвертой Цели тысячелетия в области развития (Сокращение детской смертности)¹. Из 68 стран с высоким бременем смерти детей в возрасте до пяти лет, указанных в десятилетнем докладе Отсчет времени до 2015 г. (2000–2010 гг.)², 19 находятся на пути к достижению этой цели и 17 из них сократили смертность по крайней мере наполовину. В 47 странах за период 2000-2008 гг. по сравнению с периодом 1990-2000 гг. произошло увеличение среднего ежегодного коэффициента сокращения смерти детей в возрасте до пяти лет.

52. Ежегодное число случаев смерти матерей в мире в 2008 г., согласно оценкам, составило 358 000 по сравнению с 546 000 в 1990 г., то есть сократилось на 34%³. Наибольший прогресс достигнут в регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, где средний ежегодный коэффициент сокращения материнской смертности между 1990 и 2008 гг. составил 5,0%. Меньший прогресс достигнут в Африканском регионе, где среднее ежегодное сокращение составило 1,7%, и в Регионе Восточного Средиземноморья, где среднее ежегодное сокращение составило 1,5%. В данном случае наблюдается значительное различие между этими показателями и показателем сокращения в 5,5%, необходимым для выполнения соответствующей задачи пятой Цели тысячелетия в области развития (Улучшение здоровья матерей)⁴. Тем не менее, такие страны, как Египет, Иран, Марокко и Непал, показали, что с помощью сконцентрированных стратегий можно сократить материнскую смертность.

53. Охват эффективными мероприятиями в областях репродуктивного здоровья, охраны здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста остается неравным. Доклад "Обратный отсчет" показал, что в 68 странах средний охват был высоким для мероприятий, проводимых в запланированное время, таких как иммунизация (более 80%) и добавление в пищу витамина А (85%). Однако средний охват оставался низким для мероприятий, проводимых при необходимости, таких как лечение диареи (41%) и пневмонии (27%), квалифицированное родовспоможение (54%), планирование семьи (31%) и кесарево сечение (менее 5%). Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи (среднее значение 24%) по-прежнему отражались в значительном количестве случаев нежелательной беременности. Сокращение числа случаев нежелательной беременности, особенно среди подростков, продолжает оставаться приоритетом. Быстрый прогресс в охвате мероприятиями возможен, как это иллюстрируют два примера: резкое увеличение охвата

¹ Четвертая Цель тысячелетия в области развития состоит в том, чтобы "сократить на две трети в период между 1990 и 2015 гг. смертность детей в возрасте до пяти лет".

² *Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. Женева, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ, 2010 г.

³ *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁴ Пятая Цель тысячелетия в области развития состоит в том, чтобы "сократить коэффициент материнской смертности на три четверти в период между 1990 и 2015 гг."

использованием противомоскитных сеток, обработанных инсектицидом, и предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку в ряде стран. Двенадцать стран в течение двух последних десятилетий повысили распространенность исключительного грудного вскармливания детей до шести месяцев по крайней мере на 20%.

54. Качество услуг продолжает оставаться проблемой во многих местах. Например, наличие разрыва в качестве помощи становится очевидным при сравнении доли женщин, обращающихся в службы дородовой помощи, с долей тех из них, которые получают эффективные услуги в ходе таких дородовых посещений. Подобно этому, чрезвычайно неровным является качество помощи при родах. Например, женщины, стремящиеся получить "квалифицированную помощь" во время родов, могут ее получить, но качество этой помощи может не отвечать стандартам, соответствующим понятию "квалифицированная помощь", что ведет к медицинским осложнениям и, в худшем случае, к смерти. В целом, необходимо усилить показатели, используемые для оценки качества услуг, оказываемых женщинам во время беременности, родов и в послеродовой период, а также новорожденным и детям грудного и раннего возраста.

55. Разрывы существуют также в непрерывности помощи, в частности в послеродовой период, когда риск смерти для матери и новорожденного ребенка является высоким. Всего лишь шесть стран собирают данные о постнатальной помощи детям, родившимся дома (то есть, за пределами медицинского учреждения), и эти данные показывают крайне низкий средний охват помощью в течение двух дней после рождения в 4%.

56. Общенациональные данные об уровнях охвата часто скрывают серьезные различия между подгруппами населения, в том числе по таким аспектам, как гендер, городское население по отношению к сельскому, доходы и этническое происхождение. Страны со сходными уровнями общенационального охвата мероприятиями могут существенно различаться по справедливости охвата между группами населения. В целом, охват мероприятиями значительно выше среди семей с более высокими доходами. Странами, которые уменьшают эти различия в справедливости, являются Бангладеш, Бразилия, Египет, Свазиленд и Замбия.

57. Слишком мало стран приняли недавно разработанную политику, основанную на фактических данных, для увеличения доступа к основным мероприятиям в областях репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста. Расширению доступа к таким здравоохранительным мероприятиям в некоторых странах препятствовали ограничения, связанные с кругом обязанностей работников здравоохранения. Например, из 68 стран, упомянутых в докладе "Обратный отсчет" (то есть, стран с наивысшим бременем), лишь в 26 странах акушерки выполняли семь спасающих жизнь задач и лишь в 29 странах коммунальные работники здравоохранения выявляли и лечили детей с симптомами пневмонии. Двадцать две страны приняли Международный свод правил сбыта заменителей

грудного молока¹ и 41 страна сообщила о наличии национального плана со сметами расходов на охрану здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста.

58. *Глобальная стратегия охраны здоровья матери и ребенка*², содержащаяся в докладе Генерального секретаря Организации Объединенных Наций и одобренная мировыми лидерами в сентябре 2010 г., обеспечивает платформу для совместных действий, чтобы сделать реальностью континуум помощи в области репродуктивного здоровья и здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста. Эта стратегия подчеркивает соответствующие аспекты всех Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем. В ней признается особая уязвимость беременных женщин, новорожденных и подростков. Она призывает к единству в поддержке страновых планов здравоохранения для обеспечения больших инвестиций наряду с большей эффективностью. Подотчетность является важным аспектом этой стратегии, в которой определенную роль должны играть все партнеры. ВОЗ будет осуществлять мониторинг ее осуществления и сообщит о результатах на Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

J. НАНЕСЕНИЕ УВЕЧИЙ ЖЕНСКИМ ГЕНИТАЛИЯМ (резолюция WHA61.16)

59. В соответствии с резолюцией WHA61.16, Секретариат проводит работу с государствами-членами, а также в сотрудничестве с международными, региональными и страновыми партнерами по ликвидации практики нанесения увечий женским гениталиям. В настоящем докладе особое внимание уделено ходу работы в период с 2008 года.

60. Секретариат оказывал поддержку исследованиям, проводимым в нескольких странах³, касающимся практики нанесения увечий женским гениталиям. Их цель заключалась в сборе информации, способствующей активизации усилий по ликвидации данной практики. Кроме того, в результате этих исследований была получена информация об оказании помощи тем девушкам и женщинам, которые подверглись данной практике. В восьми странах по всей Африке и Азии в результате осуществления инициатив в области образования и информирования, а также с помощью средств массовой информации⁴ были намечены в качестве целевых специальные группы на уровне населения.

61. По состоянию на ноябрь 2010 г., законы, запрещающие практику нанесения увечий женским гениталиям, существуют в 20 африканских странах, а также в

¹ Международный свод правил сбыта грудного молока, Женева. Всемирная организация здравоохранения, 1981 г.

² Генеральный секретарь ООН Пан Ки Мун, *Global strategy for women's and children's health*, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2010 г.

³ Буркина-Фасо, Египет, Гамбия, Гана, Кения, Нигерия, Сенегал, Сьерра-Леоне и Судан.

⁴ Кот д'Ивуар, Джибути, Эритрея, Гана, Индонезия, Мавритания, Нигерия и Судан.

нескольких штатах еще двух стран¹. С мая 2008 г. такие законы ввели три страны: Египет (в 2008 г.), Уганда (в 2009 г.) и Судан (в двух штатах). Существующее законодательство было укреплено в Египте и Джибути, а в нескольких странах² ряд случаев был представлен в суд. Кроме того, 13 стран, принимающих иммигрантов из стран, в которых практикуется нанесение увечий женским гениталиям, ввели законодательство против данной практики.

62. Четыре страны в Африке ввели национальные планы действий против практики нанесения увечий женским гениталиям. Правительства других государств сделали публичные заявления и улучшили координацию мер, проводимых в ответ на данную практику. Кроме того, девять европейских стран разработали планы действий. Европейский парламент принял четыре резолюции по вопросам борьбы с увечьями женских гениталий, а в 2009 г. Европейский союз развернул кампанию под лозунгом: "Покончим с увечьями женских гениталий"

63. В 16 странах были проведены общественные мероприятия неправительственными организациями, правительствами и религиозными лидерами, в результате чего сотни общин публично заявили о своем намерении прекратить данную практику.

64. Усилилось межсекторальное сотрудничество. В 2008 г. Региональное бюро для стран Африки провело среднесрочный обзор регионального плана действий (на период 1996-2015 гг.) по ликвидации данной практики³. Основными участниками были созданы совместные программы и партнерства по финансированию, включая организации в системе Организации Объединенных Наций, министров правительств, неправительственные организации, проекты по безопасному материнству, организации среди населения и конфессиональные организации, а также религиозных лидеров. В четырех странах были созданы новые виды межсекторального сотрудничества: в Буркина-Фасо и Судане основное внимание уделялось правовым вопросам и аспектам прав человека; в Эфиопии и Гвинее, совместно с органами местной власти, неправительственными организациями и учреждениями гражданского общества, основное внимание уделялось вопросам создания региональных сетей.

65. Секретариат обновил свои основные принципы оказания медицинской помощи девушкам и женщинам, которые подверглись практике нанесения увечий женским гениталиям и подготовили мультимедийный материал для подготовки провайдеров медико-санитарной помощи⁴. Были модифицированы и использовались пятью

¹ Бенин, Буркина-Фасо, Центральноафриканская Республика, Чад, Кот д'Ивуар, Джибути, Египет, Эритрея, Эфиопия, Гана, Гвинея, Кения, Мавритания, Нигер, Нигерия (в 13 штатах), Сенегал, Южная Африка, Судан (во многих штатах), Того, Уганда, Объединенная Республика Танзания и Замбия.

² Включая Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Кению, Сенегал и Сьерра-Леоне. С 2008 г. в суд были представлены новые случаи в Нидерландах и Швейцарии.

³ World Health Organization, *Regional plan of action to accelerate the elimination of female genital mutilation in Africa*. Brazzaville, WHO Regional Office Africa, 1997.

⁴ *Female genital mutilation – mapping the evidence. Guidelines for health-care providers for curative and preventive work*. Geneva, World Health Organization, в печати.

африканскими странами клинические руководства. Подготовка кадров на рабочих местах в областях ликвидации данной практики и разработки учебной программы для различных специалистов по оказанию медико-санитарной помощи, касающейся их роли, были зарегистрированы в двух африканских странах.

66. Национальные службы телефонной помощи девушкам или женщинам, которые подверглись практике нанесения увечий женским гениталиям, были созданы в Египте и в настоящее время создаются в Джибути.

67. Однако существуют тенденции, подрывающие глобальные усилия. По-прежнему ограничены масштабы применения законов против нанесения увечий женским гениталиям. В Индонезии и Судане сильная религиозная поддержка продолжения этой практики подрывают усилия по введению национальных законов против всех форм увечий. Тот же самый источник поддержки также подрывает регулирующие положения, которые запрещают провайдерам медико-санитарной помощи в какой-либо форме проводить данную практику.

68. Кроме того, имеются факты, свидетельствующие о возрастании числа случаев нанесения увечий женским гениталиям со стороны провайдеров медико-санитарной помощи. Глобальная стратегия¹ по обращению вспять данной тенденции была разработана ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, Совместной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, а также межправительственными и международными профессиональными ассоциациями². Данной стратегии оказывается поддержка на региональном и страновом уровнях. Кроме того, в пяти странах были созданы сети врачей и профессиональных организаций для борьбы с нанесением увечий женским гениталиям.

К. СТРАТЕГИЯ ПО ВКЛЮЧЕНИЮ ГЕНДЕРНОГО АНАЛИЗА И ДЕЙСТВИЙ В РАБОТУ ВОЗ (резолюция WHA60.25)

69. В настоящем докладе содержится обзор хода работы по осуществлению стратегии по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ за период с 2009 года³.

70. В соответствии с предложением о предоставлении двухгодичного доклада о ходе работы был разработан механизм мониторинга и оценки. В 2008-2009 гг. и в 2010 г., соответственно, были успешно осуществлены два этапа реализации данного механизма,

¹ *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Geneva, World Health Organization, 2010 and New York, United Nations Population Fund, 2010.

² Международная федерация по акушерству и гинекологии, Международный совет медицинских сестер, Международная организация по миграции, Международная ассоциация женщин-врачей, Всемирная конфедерация физиотерапии и Всемирная медицинская ассоциация.

³ См. данные о ходе работы до 2009 г. в документе A62/23, раздел Н.

оценка исходного состояния¹ и среднесрочный обзор². В настоящем докладе представлены результаты оценки и обзора, а также отражены стратегические направления данной стратегии по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ³.

ХОД РАБОТЫ ПО СТРАТЕГИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

Стратегическое направление 1: Создание потенциала ВОЗ для проведения гендерного анализа и планирования

71. В отношении Сети по вопросам гендера, женщин и здоровья достигнутые успехи включают увеличение числа координационных центров по гендерным вопросам во всех регионах ВОЗ. В настоящее время существуют 112 таких координационных центров.

72. Оценка исходного состояния гендерной стратегии ВОЗ, проведенная в 2008-2009 гг., показала, что большинство (60%) сотрудников ВОЗ, которые принимали участие в этом исследовании, обладают хорошими знаниями в области гендерных концепций. Кроме того, почти 35% сотрудников применяют гендерный анализ и действия в своей работе. ВОЗ продолжает усилия по созданию потенциала, включая опубликование пособия по стратегии достижения равенства полов⁴, а также проведение учебных семинаров по оперативному планированию, в котором основное внимание уделяется гендерным вопросам. Однако требуется гораздо больше усилий для формирования потенциала и создания благоприятной рабочей обстановки для персонала, с тем чтобы он мог применять навыки гендерного анализа в своей работе.

Стратегическое направление 2: Включение гендерных вопросов в процесс управления главным направлением деятельности ВОЗ

73. В отношении обеспечения гендерного равенства при укомплектовании персоналом, сравнительные результаты, полученные при проведении оценки исходного состояния и среднесрочного обзора, показывают ограниченный прогресс. В период с 2007 по 2009 год наблюдалось увеличение числа женщин в категории специалистов на 1,8%, хотя женщины по-прежнему недостаточно представлены на более высоких уровнях категории специалистов. В течение того же самого периода наблюдалось сокращение числа женщин на 3,3%, работающих в качестве национальных сотрудников категории специалистов.

¹ *Gender mainstreaming in WHO: where are we now? Report of the baseline assessment of the WHO strategy 2010.* Geneva, World Health Organization, в печати.

² *The mid-term review of the strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO.* Geneva, World Health Organization, в печати.

³ *Стратегия по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

⁴ World Health Organization, *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach.* Geneva, World Health Organization, 2010.

74. Результаты оценки исходного состояния, связанные с данным стратегическим направлением, показывают некоторое включение гендерных вопросов в процесс оперативного планирования¹. Данный прогресс может быть связан с постоянной поддержкой, оказываемой Секретариатом отдельным программам ВОЗ. Примеры показывают включение гендерных вопросов в программы по чрезвычайным ситуациям гуманитарного характера, слепоте, безопасности пищевых продуктов, ВИЧ, малярии, охране психического здоровья, неинфекционным болезням, гигиене труда и табаку.

Стратегическое направление 3: Содействие в использовании данных в разбивке по полу и гендерного анализа

75. Среднесрочный обзор, проведенный в 2010 г., показал незначительный прогресс. В следующем отчетном периоде, то есть в 2010-2011 гг., Секретариат посредством Сети по вопросам гендера, женщин и здоровья расширит масштабы и планирует продолжать наращивать усилия для поддержки использования данных в разбивке по полу и гендерного анализа. В 2009 г. был проведен семинар в г. Кито, Эквадор², для оказания поддержки Боливии, Чили, Колумбии, Эквадору и Перу в определении основных показателей для гендера и здоровья. Для активизации этой работы были разработаны инструменты, включая набор руководящих принципов³.

76. Важным достижением является опубликование в ноябре 2009 г. доклада ВОЗ *Женщины и здоровье: сегодня доказательства - завтра повестка дня*⁴. Данный доклад вызвал много одобрительных заявлений со стороны основных партнеров ВОЗ. В конце 2010 г. было проведено совещание по стратегическим вопросам в целях повышения базы научных данных в области гендера, женщин и здоровья, в результате которого было принято заявление об обязательствах, одобренное различными представителями участвующих государств-членов, по улучшению гендерной и санитарной статистике и сокращению случаев неравенства⁵.

¹ Измерение степени включения гендерных вопросов приняло форму интервью, проводимых во время оценки исходного состояния, охвативших 131 координатора, которые строили структуру своих интервью по подготовленным вопросам.

² "Семинар "Создание потенциала в области гендера и показателя здоровья для стран, занимающихся сбором данных в разбивке по полу и гендерным анализом", организованный Региональным бюро для стран Америки в Кито, Эквадор, 12-16 октября 2009 г.

³ Haworth-Brockman M, Isfeld H, Prairie Women's Health Centre of Excellence, *Guidelines for gender-based analysis of health data for decision making*. Washington DC, Gender, Ethnicity and Health Office of the Pan-American Health Organization.

⁴ *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.

⁵ "Global policy dialogue for better evidence to improve women's health through gender and health statistics". Washington DC, World Health Organization, 25-27 October 2010.

Стратегическое направление 4: Установление отчетности

77. Оценка исходного состояния указала на необходимость предпринятия дополнительных действий, поскольку среднесрочный обзор показал практически отсутствие прогресса. В 2010 г. ВОЗ ввела гендерную классификацию в Глобальную систему управления, которая предлагает сотрудникам ВОЗ, занятым подготовкой планов работы, указывать, отражает ли их продукция и услуги гендерные аспекты. Таким образом, вводится подотчетность сотрудников, и ВОЗ может отслеживать прогресс во включении гендерного анализа в свою продукцию и услуги.

L. ПРОГРЕСС В РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (резолюция WHA60.16)

78. Работа по содействию рациональному использованию лекарственных средств включала в себя множество различных мероприятий. В Африканском регионе в таких странах, как Центральноафриканская Республика, Чад, Эфиопия, Мали, Сенегал и Замбия, проведены учебные мероприятия для медицинских работников, посвященные надлежащей практике назначения лекарственных средств и содействию рациональному использованию лекарственных средств в лечебно-профилактических учреждениях. В Объединенной Республике Танзания разработана национальная стратегия коммуникации по совершенствованию рационального использования лекарств на уровне общин.

79. В Регионе стран Америки на основе вышеуказанной резолюции в сотрудничестве с государствами-членами разработана региональная стратегия по содействию рациональному использованию лекарственных средств и начато осуществление соответствующих пилотных инициатив в Боливии (Многонациональное государство), Бразилии и Никарагуа.

80. В Регионе Юго-Восточной Азии разработана региональная стратегия по профилактике и сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам. Кроме того, в Нью-Дели с 13 по 15 июля 2010 г. состоялось межстрановое совещание по вопросам использования лекарственных средств; по ее итогам было рекомендовано осуществлять в странах координированные действия в целях более рационального использования лекарств, включая создание специальных, полностью обеспечиваемых необходимыми ресурсами подразделений в министерствах здравоохранения.

81. В Европейском регионе был проведен семинар, позволивший представителям европейских стран обсудить стратегии по улучшению информирования пациентов по вопросам лекарственных средств (Амстердам, Нидерланды, 6-8 октября 2010 г.); после этого состоялась двухдневная конференция, на которой были обсуждены вопросы регламентирования рыночного продвижения лекарственных средств. Был также организован семинар, давший возможность представителям Новых независимых государств и стран Балканского региона обсудить актуальные аспекты национального законодательства, касающиеся рыночного продвижения лекарственных препаратов (Кишинев, 12-13 октября 2010 г.).

82. В Регионе Восточного Средиземноморья объединенными усилиями Регионального бюро для стран Восточного Средиземноморья и Исполнительного комитета Совета министров здравоохранения государств, входящих в Совет сотрудничества стран Персидского залива, был проведен совместный семинар по вопросам рационального использования лекарственных средств (Маскат, 7-9 ноября 2010 года). На семинаре был обсужден успешный опыт работы Директората по рациональному использованию лекарственных средств Омана, и рекомендации по рациональному использованию лекарственных средств были представлены в Исполнительный комитет Совета министров здравоохранения.

83. В Регионе Западной части Тихого океана сформирована тихоокеанская рабочая группа по отбору и использованию лекарственных средств в целях создания единой концептуальной основы для составления клинических руководств и общего перечня лекарственных средств. Также учреждена многопрофильная рабочая группа по проблемам сдерживания устойчивости к противомикробным препаратам и оказана техническая поддержка государствам-членам по следующим направлениям: учебные мероприятия по рациональному использованию лекарств; отбор лекарственных средств на основе фактических данных; и разработка и внедрение клинических руководств.

84. В апреле 2009 г. была опубликована новая, пересмотренная версия Примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств¹. Страны продолжают пересматривать национальные перечни основных лекарственных средств на основе данного Примерного перечня. В 2009 г. был опубликован Типовой фармацевтический справочник ВОЗ². Обновлена база данных ВОЗ по применению лекарственных средств при оказании первичной медико-санитарной помощи в развивающихся странах и странах с переходной экономикой с включением результатов опросных исследований, проведенных вплоть до 2009 года. Информация, содержащаяся в базе данных, свидетельствует о том, что за период 2004-2009 гг. 50% назначений лекарств в государственном секторе соответствовали рекомендациям клинических руководств, в то время как в частном коммерческом секторе в течение этого же периода уровень соблюдения таких рекомендаций при назначении лекарственных средств составил лишь 30%.

85. В области борьбы с ВИЧ/СПИДом обновлены и опубликованы в Интернете руководства ВОЗ по антиретровирусной терапии в отношении беременных женщин (предупреждение ВИЧ-инфекции среди младенцев)³, детей грудного и раннего

¹ *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, March 2009 (including the 16th WHO model list of essential medicines and the 2nd WHO model list of essential medicines for children)*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHO Technical Report Series, No. 958). An update to the Model List, issued in March 2010, is available in English and French at <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> (accessed 16 November 2010).

² *WHO model formulary 2008*. Geneva, World Health Organization, 2009.

³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version*. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf. (accessed 10 November 2010).

возраста¹, а также взрослых и подростков². Пересмотрено и опубликовано руководство по лечению малярии³, выпущено в свет четвертое издание руководства по лечению туберкулеза⁴.

86. Все 80 стран, эндемичных по малярии, вызываемой *P. falciparum*, внедрили методы комбинированной терапии на основе артемизинина и исключили из своих руководств по лечению малярии монотерапию на основе артемизинина. Эти шаги имеют важное значение для рационального использования лекарственных средств при лечении малярии.

87. Начата работа по подготовке к Третьей международной конференции по улучшению использования лекарственных средств, проведение которой запланировано на 10-14 апреля 2011 г. в Александрии, Египет. Эта серия конференций, организуемых при участии ВОЗ, дает прочную основу для формирования повестки дня по проблеме рационального использования лекарственных средств на предстоящее десятилетие.

88. Тема Всемирного дня здоровья 2011 г. – устойчивость к противомикробным препаратам и ее глобальное распространение. Существенную часть усилий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам составляет рациональное использование антибиотиков. Важными компонентами проведения Всемирного дня здоровья 2011 г. станут междисциплинарные мероприятия с вовлечением программ по безопасности пациентов, ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии, подчеркивающие значительную роль клинических руководств, в том числе по рациональному применению антибиотиков.

89. Составлен проект руководства для национальных программ борьбы с забытыми тропическими болезнями, предназначенного для улучшения помощи при тяжелых побочных эффектах, возникающих в ходе проведения крупномасштабных программ профилактической химиотерапии. Руководство в настоящее время апробируется в полевых условиях в нескольких африканских странах.

90. Вышеописанные разнообразные мероприятия отражают многоаспектный характер работы по рациональному использованию лекарств; большинству стран еще предстоит отразить вопросы рационального использования лекарств в своих национальных планах и выделить необходимые ресурсы в соответствии с вышеуказанной резолюцией.

¹ *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf. (accessed 10 November 2010).

² *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf. (accessed 10 November 2010).

³ *Guidelines for the treatment of malaria. 2nd edition.* Geneva, World Health Organization, 2010.

⁴ *Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th edition.* Geneva, World Health Organization, 2010.

М. ВЫПОЛНЕНИЕ ВОЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КООРДИНАЦИИ В ОБЛАСТИ СПИДА МЕЖДУ МНОГОСТОРОННИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И МЕЖДУНАРОДНЫМИ ДОНОРАМИ (резолюция WHA59.12)

91. Во исполнение рекомендации 20-й сессии Совета по координации программ ЮНЭЙДС, проведенной в 2007 г., при Глобальной целевой группе была сформирована Контрольная группа по надзору для наблюдения за ходом работы и отчетностью участников, в которой ВОЗ представляла соучредителей ЮНЭЙДС. Контрольная группа по надзору представила доклад 25-й сессии Совета по координации программ ЮНЭЙДС, проведенной в декабре 2009 г., который рассматривался в контексте заключительного доклада, посвященного Второй независимой оценке ЮНЭЙДС (2002-2008 гг.)¹. В ходе Второй независимой оценки было рассмотрено выполнение всех рекомендаций Глобальной целевой группы. Было принято решение о том, что работа Контрольной группы по надзору завершена и что дальнейшие задачи по надзору следует включить в другие процессы ЮНЭЙДС по управлению и отчетности.

92. ВОЗ проводит работу в тесном сотрудничестве с ЮНЭЙДС, государствами-членами, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и другими важнейшими провайдерами и реципиентами технической помощи в целях координации и обеспечения согласованной технической поддержки странам. В рамках Второй независимой оценки Совет по координации программ ЮНЭЙДС рекомендовал подготовить стратегию ЮНЭЙДС по оказанию технической помощи, в которой разъяснялись бы сравнительные преимущества и роли секретариата ЮНЭЙДС, его соучредителей и других органов Организации Объединенных Наций и провайдеров технической помощи. ВОЗ приняла участие в разработке этой стратегии и занимается подготовкой плана, излагающего роль и мероприятия, в которых ВОЗ принимает участие. В сентябре 2009 г. ВОЗ провела консультационное совещание региональных сетей сотрудничающих центров ВОЗ, центров знаний и технических партнеров, работающих в области ВИЧ, с целью построения регионального и национального потенциала в области посредничества, руководства и оказания высококачественной технической помощи делу укрепления ответных действий здравоохранения против ВИЧ. ВОЗ возглавляет неформальную Объединенную рабочую группу по вопросам, связанным с Фондом, в состав которой входят представители соответствующих департаментов ВОЗ и секретариата ЮНЭЙДС и Глобального фонда, и координирует предоставление технической помощи странам в соответствии с грантами Глобального фонда.

93. Совет по координации программ ЮНЭЙДС рекомендовал пересмотреть распределение функций в ЮНЭЙДС² с учетом рекомендаций Второй независимой оценки, выделяя 10 приоритетных областей работы в соответствии с Рамочным документом ЮНЭЙДС с описанием целей и принимая во внимание Стратегический план ЮНЭЙДС на 2011-2015 годы. При новом разделении труда ВОЗ будет

¹ Документ UNAIDS/PCB(25)/09.18.

² Двадцать шестая сессия Совета по координации программ ЮНЭЙДС, Женева, июнь 2010 г.

направлять действия сектора здравоохранения против ВИЧ, в частности в лечении и обеспечении ухода при ВИЧ, ВИЧ/ТБ и в профилактике инфекции ВИЧ у детей грудного возраста. ВОЗ также будет вносить существенный вклад в действия ЮНЭЙДС в области планирования сектора здравоохранения, укрепления систем здравоохранения, стратегической информации ВИЧ, профилактики ВИЧ в секторе здравоохранения и медико-санитарного обслуживания подверженных наибольшему риску и уязвимых слоев населения.

94. Достигнуты успехи в создании и повышении эффективности объединенных групп Организации Объединенных Наций по СПИДу и объединенных программ поддержки в странах. К концу 2009 г. объединенные группы Организации Объединенных Наций были созданы в 84 странах, где ВОЗ взяла на себя активную роль в работе всех этих групп, в том числе в совместном программировании работы с другими партнерами и учреждениями Организации Объединенных Наций. Однако всестороннее участие ВОЗ в работе этих объединенных групп зависит от присутствия в странах сотрудников программы ВОЗ по ВИЧ.

95. Всеобщий план ВОЗ по обеспечению доступа к медико-санитарному обслуживанию в области ВИЧ/СПИДа на 2006-2010 гг. вступил в завершающий год своего осуществления. В течение 2010 г. был опубликован ряд обновленных рекомендаций ВОЗ по: антиретровирусной терапии при инфекции ВИЧ у взрослых и подростков¹; антиретровирусной терапии при инфекции ВИЧ у детей грудного и раннего возраста²; антиретровирусным препаратам для лечения беременных женщин и профилактики инфекции ВИЧ у детей грудного возраста³; диагностике инфекции ВИЧ у детей грудного и раннего возраста⁴; и по вопросам питания детей грудного возраста в контексте ВИЧ⁵. В 2009 г. был опубликован доклад о ходе работы в области обеспечения всеобщего доступа⁶, а в 2010 г. - обзор основных моментов программы ВОЗ в области ВИЧ на 2008–2009 годы⁷.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

96. Исполнительному комитету предлагается принять к сведению эти доклады.

¹ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Geneva, WHO, 2010.

² *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access: Recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Geneva, WHO, 2010.

³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: Recommendations for a public health approach. 2010 version.* Geneva, WHO, 2010.

⁴ *WHO recommendation on the diagnosis of HIV infection in infants and children.* Geneva, WHO, 2010.

⁵ *Guidelines on HIV and infant feeding 2010.* Geneva, WHO, 2010.

⁶ *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009,* Geneva, World Health Organization, 2009.

⁷ *HIV/AIDS Programme Highlights.* Geneva, WHO, 2010.