



Доклады о ходе работы

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
A. Полиомиелит: механизм преодоления потенциальных рисков для ликвидации (резолюция WHA61.1)	2
B. Борьба с онхоцеркозом посредством распространения ивермектина (резолюция WHA47.32)	5
C. Изменение климата и здоровье (резолюция WHA61.19 и резолюция EB124.R5)	8
D. Улучшение здоровья посредством экологически обоснованного удаления вышедших из употребления пестицидов и других вышедших из употребления химических веществ (резолюция WHA63.26)	9
E. Улучшение здоровья посредством обеспечения безопасного и экологически обоснованного удаления отходов (резолюция WHA63.25)	11
F. Работа в направлении всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей (резолюция WHA58.31)	14
G. Нанесение увечий женским гениталиям (резолюция WHA61.16)	17
I. Стратегия по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ (резолюция WHA60.25)	19
J. Прогресс в рациональном использовании лекарственных средств (резолюция WHA60.16)	21
H. Выполнение ВОЗ рекомендаций Глобальной целевой группы по совершенствованию координации в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами (резолюция WHA59.12)	24

А. ПОЛИОМИЕЛИТ: МЕХАНИЗМ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ (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 годовичная 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.

2. Исполнительный комитет на своей Сто двадцать восьмой сессии в ходе рассмотрения предыдущего варианта данного доклада отметил результаты осуществления нового Стратегического плана на 2010-2012 гг., в частности большие успехи, достигнутые в Индии и Нигерии, а также выразил озабоченность в связи с продолжающейся передачей некоторых полиовирусов с возобновленной циркуляцией, сохранением случаев международного распространения дикого полиовируса, а также, в особенности, дефицитом финансирования Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита, что может подорвать недавно достигнутые успехи. Кроме того, Исполком приветствовал создание Независимого комитета по мониторингу, первое совещание которого состоялось 21-22 декабря 2010 г. и который будет собираться ежеквартально для осуществления контроля за ходом выполнения нового Стратегического плана на 2010-2012 гг. и достигнутыми результатами с учетом его основных задач и установленных для этой цели показателей процесса, а также предоставлять рекомендации странам и партнерским учреждениям по корректирующим мерам, при необходимости². Исполком отметил, что Независимый комитет по мониторингу придавал новый импульс деятельности по ликвидации полиомиелита и призвал государства-члены предоставить дополнительные ресурсы для обеспечения выполнения Стратегического плана на 2010-2012 гг. в полном объеме.

3. По состоянию на 1 марта 2011 г., положение дел в отношении выполнения трех основных задач Стратегического плана на 2010-2012 гг. было следующим:

- i. Страны, в которых регистрируются новые вспышки полиомиелита, вызванные завозным полиовирусом³ : с середины 2010 г. случаев

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

² Документ EB128/2011/REC/2, протокол одиннадцатого заседания, раздел 3.

³ 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 г., 2011 г. или 2012 г.).

заболевания полиомиелитом, вызванного первоначальным завозом вируса, ни в одной из 15 стран, в которых в 2009 г. регистрировались новые вспышки заболевания, не отмечалось. В 11 странах, в которых регистрировались новые вспышки в 2010 г., ни одна из вспышек не продолжалась более шести месяцев.

- ii. Страны, “где передача полиовируса возобновилась”¹ : возобновление передачи дикого полиовируса типа 1 в южном Судане не отмечалось с 27 июня 2009 г. Считается, что странами, где продолжается передача полиовируса с возобновленной циркуляцией, являются: Чад (последний случай заболевания: 23 декабря 2010 г.), Демократическая Республика Конго (27 декабря 2010 г.) и Ангола (7 января 2011 г.).
- iii. Страны с эндемической передачей полиовируса²: в целом в четырех странах, где еще имеет место эндемическая передача полиовируса, число случаев полиомиелита сократилось на 82% в 2010 г. по сравнению с тем же периодом в 2009 году (232 случая в 2010 г. по сравнению с 1256 случаями в 2009 г. по состоянию на 1 марта 2011 г.)³. В Индии число случаев сократилось на 95% (42 случая по сравнению с 740 случаями), в Нигерии - на 95% (21 случай по сравнению с 388 случаями) и в Афганистане - на 35% (25 случаев по сравнению с 38 случаями). В Пакистане число случаев увеличилось на 61% (144 случая в 2010 г. по сравнению с 89 случаями в 2009 г.).

4. Несмотря на то, что движение в направлении выполнения первой и третьей задач Стратегического плана осуществлялось, в целом, успешно, серьезные препятствия сохраняются. В частности, намеченная на конец 2010 г. вторая задача - прекращение всех случаев “возобновления передачи полиовируса” - не была выполнена в Анголе, существует высокий риск того, что она не будет выполнена в Чаде и Демократической Республике Конго. В Анголе в некоторых районах страны в отношении более 25% детей не проводилась дополнительная иммунизация, что способствовало сохранению передачи вируса с возобновленной циркуляцией, вспышке заболевания в 2010 г., а также его трансграничному распространению в Конго и Демократическую Республику Конго. Кроме того, в Демократической Республике Конго не появлявшийся с 2008 г. штамм вируса был изолирован в восточной провинции Катанга в июне 2010 г. и сохранялся, как минимум, до декабря, что указывает на невыполнение 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 Пакистане в связи с сохраняющимися оперативными затруднениями в деле оптимизации

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.

³ Данные на веб-сайте <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>.

качественной дополнительной иммунизации в районах страны, 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. Признавая наличие этих рисков и соблюдая положения Стратегического плана на 2010-2012 гг., в Демократической Республике Конго и Пакистане были разработаны или обновлены чрезвычайные планы действий для усиления мер по ликвидации этой болезни под эгидой глав этих государств. Эти планы были представлены Независимому комитету по мониторингу 21-22 декабря 2010 г., а их осуществление было начато в январе 2011 года. Чаду было предложено представить свой чрезвычайный план действий на совещании Независимого комитета по мониторингу в конце марта 2011 года.

5. Распространение дикого полиовируса на международном уровне продолжает создавать существенную угрозу достижению цели освобождения мира от полиомиелита. Все одиннадцать новых вспышек заболевания в 2010 г. были остановлены в течение шести месяцев или близки к тому, чтобы добиться их прекращения в такие сроки. Однако стремительный характер распространения вспышек заболевания в Конго и Таджикистане, которые в обоих случаях были связаны с дальнейшим международным распространением дикого полиовируса, ясно указывают на сохранение этой угрозы. По состоянию на март 2011 г. задачей первостепенной важности являлось прекращение вспышек заболевания, связанных с недавними новыми случаями завоза полиовируса, в следующих странах: Конго; Габон; пограничная область между Угандой и Кенией; Российская Федерация; и, в особенности, Чад, где в сентябре 2010 г. наблюдались новые случаи повторного завоза дикого полиовируса типа 1.

6. 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 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.

7. 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, дефицит финансирования Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита продолжает приводить 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 март 2011 г. 38% бюджета на 2011-2012 гг. в размере 1,86 млрд. долл. США остаются без финансирования.

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

8. 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

9. 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.

10. 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.

11. 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

¹ Thompson K, Pallansch MA, Cochi SL et al. Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Vaccine*, 29 (2011) 334-343.

² Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Камерун, Центральнаяафриканская 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).

уничтожение переносчика в отдельных очагах при помощи экологически безопасных методов.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

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

17. По результатам недавних эпидемиологических исследований, проведенных Программой, у 20 стран¹ в Африке имеется возможность ликвидировать инфекцию и прервать передачу онхоцеркоза в большинстве очагов.

18. 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 постконфликтном периоде, расширить масштабы географического охвата лечебными мероприятиями.

Страны Америки

19. Программа ликвидации онхоцеркоза в странах Америки была развернута в 1992 году. В настоящее время она выполняется в соответствии с принятой ПАОЗ/ВОЗ в 2008 г. резолюцией CD48.12, которая призывает ликвидировать глазные болезни и прервать передачу паразита по всему Региону к 2012 году. Целью выполнения данной Программы является ликвидация онхоцеркоза человека путем проведения курса лечения ивермектином, как минимум, дважды в год, что обеспечит охват не менее 85% уязвимых групп населения во всех районах, эндемичных по этой болезни. 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.

20. 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 2006 году во всех 13 очагах этого заболевания в странах Америки был достигнут уровень охвата более 85%, и в 7 из них в 2010 г. передача паразита была прервана, вследствие чего 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. Наибольшим препятствием к достижению цели прерывания передачи паразита в этом регионе в 2012 году служит район проживания индейцев яномами в Бразилии и Венесуэле (Боливарианской Республике). Недавно заключенные соглашения о сотрудничестве между этими двумя странами открывают возможность добиться реальных успехов в осуществлении данной программы в этом труднодоступном районе.

Йемен

21. В течение минувшего десятилетия в Йемене успешно проводилось лечение ивермектином тяжелых поражений кожи (совда) в клинических условиях. В 2010 г.

¹ 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.

был разработан национальный план действий, направленный на ликвидацию онхоцеркоза в стране к 2015 г. при помощи массового распространения ивермектина и борьбы против переносчиков.

С. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИМАТА И ЗДОРОВЬЕ (резолюция WHA61.19 и резолюция EB124.R5)

22. Настоящий доклад является ответом на предложение, содержащееся в резолюции WHA61.19 и резолюции EB124.R5, о представлении доклада о ходе работы по выполнению этих резолюций и плана работы. Исполнительный комитет на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года принял предыдущий вариант данного доклада к сведению¹.

23. **Усиление информационно-разъяснительной работы и повышения уровня информированности.** Секретариат проводил работу с государствами-членами по организации ряда конференций на высоком уровне либо конкретно по вопросам изменения климата и здоровья (в Регионе Юго-Восточной Азии, например встречи парламентариев (Тхимпху, 5-7 октября 2010 г.) и министров (Дакка, 19-21 октября 2010 г.)) 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). Секретариат также поддерживает координацию между растущим числом ассоциаций специалистов, заинтересованных в области здравоохранения, и неправительственных организаций в целях сбора и распространения информации для поддержки здоровья.

24. **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 (Канкун, Мексика, 29 ноября - 10 декабря 2010 г.), было организовано 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.

¹ См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

25. **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. Кроме того, он участвует в подготовке Специального доклада Межправительственного комитета по изменению климата в отношении экстремальных событий, а Европейское региональное бюро приняло участие в разработке технического руководства по системам предупреждения об опасности высокой температуры для здоровья, которое подготовлено совместно с ВМО.

26. **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, 20-23 июля 2010 г.) для включения отзывов и предложений, поступивших из 16 стран, в окончательный текст, опубликованный 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. Кроме того, разрабатывается новая региональная инициатива, направленная на усиление охраны здоровья в связи с изменением климата в странах Африки.

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

27. Стратегический подход к Международному регулированию химических веществ обеспечиваеткрытие для действий по экологически обоснованному удалению

химических веществ¹. Секретариат продолжает содействовать осуществлению Стратегического подхода. В данном докладе содержится описание хода работы по выполнению резолюции WHA63.26. Предыдущий вариант данного доклада был принят к сведению Исполнительным комитетом на Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года².

28. 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, потому что существуют действенные и эффективные с точки зрения затрат альтернативные устройства, которые не содержат ртуть. 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.

29. В 2010 г. было опубликовано обновленное издание *Рекомендованной ВОЗ классификации пестицидов по степени опасности и руководства по классификации, 2009 г.*, подготовленное под эгидой Межорганизационной программы по экологически обоснованному регулированию химических веществ³. 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.

30. 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

¹ См. документ A63/21.

² См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

³ World Health Organization. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification, 2009*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

применением, и удалением отходов пестицидов, а также для подготовки персонала и повышения информированности и для усиления регулирующих положений в отношении пестицидов¹.

31. 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.

32. 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 явно недостаточными.

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

33. 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

¹ См. более подробно на веб-сайте: http://www.who.int/whopes/recommendations/who_fao_guidelines/en/index.html (по состоянию на 1 марта 2011 г.).

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.

34. 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.

35. 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.

36. 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.

¹ Административное постановление 274/2010.

37. 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.

38. 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.

39. 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 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).

40. 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 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 всеческие 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.

41. 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 в настоящее время рассматриваются на национальном уровне, и ожидается их официальное утверждение.

¹ *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Копенгаген, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

42. 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.

43. Исполнительный комитет принял этот доклад о ходе работы к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года¹.

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

44. 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 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)³. 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.)⁴, 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.

45. 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%⁵. Наибольший прогресс достигнут в регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, где средний ежегодный коэффициент сокращения материнской

¹ См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

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

³ Задача 4.А Четвертой Цели 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".

⁴ *Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. Женева, Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2010 г.

⁵ *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

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)¹. Тем не менее, такие страны, как Египет, Иран (Исламская республика), Марокко и Непал, показали, что с помощью сконцентрированных стратегий можно сократить материнскую смертность.

46. Охват эффективными мероприятиями в областях репродуктивного здоровья, охраны здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста остается неровным. 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 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%.

47. 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.

48. 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

¹ Задача 5.В Пятой Цели тысячелетия в области развития состоит в том, чтобы "сократить коэффициент материнской смертности на три четверти в период между 1990 и 2015 гг."

данные показывают крайне низкий средний охват помощью в течение двух дней после рождения в 4%.

49. 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.

50. 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.

51. *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 национальных планов здравоохранения для обеспечения больших инвестиций наряду с большей эффективностью. Подотчетность является важным аспектом этой стратегии, в которой определенную роль должны играть все партнеры.

52. Исполнительный комитет принял этот доклад о ходе работы к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года³.

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

² Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун, *Глобальная стратегия охраны здоровья матери и ребенка*, Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2010 г.

³ См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

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

53. 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 г., и Исполнительный комитет принял этот доклад о ходе работы к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии¹.

54. Секретариат оказывал поддержку исследованиям, проводимым в нескольких странах², касающимся практики нанесения увечий женским гениталиям в целях сбора 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 информации³ были намечены в качестве целевых специальные группы на уровне населения.

55. По состоянию на ноябрь 2010 г., законы, запрещающие практику нанесения увечий женским гениталиям, существуют в 20 африканских странах, а также в нескольких штатах еще двух стран⁴. С мая 2008 г. такие законы ввели три страны: Египет (в 2008 г.), Уганда (в 2009 г.) и Судан. Существующее законодательство было укреплено в Египте и Джибути, а в нескольких странах⁵ 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.

56. 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"

57. 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.

¹ См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

² Буркина-Фасо, Египет, Гамбия, Гана, Кения, Нигерия, Сенегал, Сьерра-Леоне и Судан.

³ Кот д'Ивуар, Джибути, Эритрея, Гана, Индонезия, Мавритания, Нигерия и Судан.

⁴ 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.

⁵ Включая Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Кению, Сенегал и Сьерра-Леоне. С 2008 г. в суд были представлены новые случаи в Нидерландах и Швейцарии.

58. Усилилось межсекторальное сотрудничество. В 2008 г. Региональное бюро для стран Африки провело среднесрочный обзор регионального плана действий (на период 1996-20015 гг.) по ликвидации данной практики¹. 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.

59. 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 помощи². Были модифицированы и использовались пятью 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.

60. 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.

61. Кроме того, имеются факты, свидетельствующие о возрастании числа случаев нанесения увечий женским гениталиям со стороны провайдеров медико-санитарной помощи. Глобальная стратегия³ по обращению вспять данной тенденции была разработана учреждениями системы Организации Объединенных Наций, а также межправительственными и международными профессиональными ассоциациями⁴. 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.

¹ World Health Organization, *Regional plan of action to accelerate the elimination of female genital mutilation in Africa*. Brazzaville, WHO Regional Office Africa, 1997.

² *Female genital mutilation – mapping the evidence. Guidelines for health-care providers for curative and preventive work*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, в печати.

³ *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. and New York, United Nations Population Fund, 2010.

⁴ 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.

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

62. Настоящий доклад подготовлен в ответ на содержащееся в резолюции WHA60.25 предложение представить доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении стратегии по включению гендерного анализа и действий путем проведения обзора работы ВОЗ за период с 2009 года¹. Исполнительный комитет принял предыдущий вариант этого доклада к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 г.²

63. 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, оценка исходного состояния³ и среднесрочный обзор⁴. В настоящем докладе представлены результаты оценки и обзора, а также отражены достижения по каждому стратегическому направлению данной стратегии по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ⁵.

ХОД РАБОТЫ ПО СТРАТЕГИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

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

64. 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.

65. 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 полов⁶, а также проведение учебных семинаров по оперативному планированию, в котором основное внимание уделяется гендерным вопросам. Однако требуется гораздо больше усилий для

¹ См. данные о ходе работы до 2009 г. в документе A62/23, раздел Н.

² См. документ EB128/2011/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 4.

³ *Gender mainstreaming in WHO: where are we now? Report of the baseline assessment of the WHO strategy 2010*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г..

⁴ *The mid-term review of the strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, в печати.

⁵ *Стратегия по включению гендерного анализа и действий в работу ВОЗ*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

⁶ World Health Organization, *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

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

66. В период с 2007 г. наблюдалось увеличение числа женщин в категории специалистов на 5%. ВОЗ еще не до конца выполнила поставленную в 1997 г. задачу доведения числа женщин в категории специалистов и выше до уровня 50%.

67. Результаты оценки исходного состояния, связанные с данным стратегическим направлением, показывают некоторое включение гендерных вопросов в процесс операционного планирования¹. Данный прогресс наиболее заметен в продолжающейся поддержке со стороны Секретариата, оказанной отдельным программам ВОЗ, таким как чрезвычайные ситуации гуманитарного характера, слепота, безопасность пищевых продуктов, ВИЧ, малярия, охрана психического здоровья, неинфекционные заболевания, гигиена труда и программы борьбы против табака.

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

68. Среднесрочный обзор, проведенный в 2010 г., показал очень ограниченный 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 (Многонациональному государству), Чили, Колумбии, Эквадору и Перу в определении основных показателей для гендера и здоровья. Для активизации этой работы были разработаны инструменты, включая набор руководящих принципов³.

69. Важным достижением является публикация в ноябре 2009 г. доклада ВОЗ *Женщины и здоровье: сегодняшние проблемы, повестка дня на завтра*⁴. Данный доклад вызвал много одобрительных заявлений со стороны основных партнеров ВОЗ.

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*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

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 принят призыв к действиям, одобренный представителями различных участвующих государств-членов, по улучшению гендерной и санитарной статистики и сокращению случаев неравенства¹.

Стратегическое направление 4: Установление отчетности

70. Оценка исходного состояния указала на необходимость дополнительных действий. 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.

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

71. 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.

72. 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 (Многонациональном государстве), Бразилии и Никарагуа.

73. 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.

¹ "Global policy dialogue for better evidence to improve women's health through gender and health statistics". Washington DC, Всемирная организация здравоохранения, 25–27 октября 2010 г.

74. 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 Юго-Восточной Европы обсудить актуальные аспекты национального законодательства, касающиеся рыночного продвижения лекарственных препаратов (Кишинев, 12-13 октября 2010 г.).

75. 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.

76. 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.

77. 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. Обновлено 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

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)*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., (WHO Technical Report Series, No. 958). Обновленный Примерный перечень, изданный в марте 2010 г., имеется на английском и французском языках на веб-сайте <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> (по состоянию на 2 марта 2011 г.).

² *WHO model formulary 2008*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

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%.

78. 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)¹, детей грудного и раннего возраста², а также взрослых и подростков³. Пересмотрено и опубликовано руководство по лечению малярии⁴, выпущено в свет четвертое издание руководства по лечению туберкулеза⁵.

79. 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.

80. Проведение Третьей международной конференции по улучшению использования лекарственных средств, которая должна была состояться 10-14 апреля 2011 г. в Александрии, Египет, было отложено. Однако подготовительная работа продолжается, и предполагается провести данную Конференцию позднее в 2011 году. Эта серия конференций, организуемых при участии ВОЗ, дает прочную основу для формирования повестки дня по проблеме рационального использования лекарственных средств на предстоящее десятилетие.

81. 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

¹ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version.* Имеется на веб-сайте: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf. (по состоянию на 10 ноября 2010 г.).

² *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Имеется на веб-сайте: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf. (по состоянию на 10 ноября 2010 г.).

³ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Имеется на веб-сайте: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf. (по состоянию на 10 ноября 2010 г.).

⁴ *Guidelines for the treatment of malaria. 2nd edition.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁵ *Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th edition.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

значительную роль клинических руководств, в том числе по рациональному применению антибиотиков.

82. 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. После тестирования на местах в нескольких африканских странах, данное руководство в настоящее время используется национальными органами, которые приводят его в соответствие с существующими потребностями. В настоящее время подготавливаются национальные версии в Уганде и Объединенной Республике Танзании. Кроме того, в Индии, Лаосской Народно-Демократической Республике, Малави, Непале и Вьетнаме ведется подготовка к разработке собственных версий.

83. Восемнадцатое совещание Комитета экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных лекарственных средств состоится в Аккре, Гана, 21-25 марта 2011 г., и на нем будет пересмотрен 16-й Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств. Материалы для этого совещания размещены на веб-сайте ВОЗ, и в связи с ними получены многочисленные замечания.

84. Эти разнообразные мероприятия отражают многоаспектный характер работы по рациональному использованию лекарств; большинству стран еще предстоит отразить вопросы рационального¹ использования лекарств в своих национальных планах и выделить необходимые ресурсы в соответствии с вышеуказанной резолюцией.

85. Исполнительный комитет принял предыдущий вариант этого доклада о ходе работы к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года².

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

86. Во исполнение рекомендации Совета по координации программ ЮНЭЙДС на своей 20-й сессии (Женева, 25-27 июня 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

¹ См. http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/18/en/index.html (по состоянию на 4 марта 2011 г.)

² См. документ EB128/2011/REC/2, протокол одиннадцатого заседания, раздел 3.

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.

87. 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.

88. В соответствии с рекомендацией Совета по координации программ ЮНЭЙДС распределение функций в ЮНЭЙДС было пересмотрено² 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 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 системы здравоохранения, стратегической информации ВИЧ, профилактики ВИЧ в секторе здравоохранения и медико-санитарного обслуживания подверженных наибольшему риску и уязвимых слоев населения.

89. 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

¹ Документ UNAIDS/PCB(25)/09.18.

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

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.

90. 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 2010 г. был опубликован доклад о ходе работы в области обеспечения всеобщего доступа⁶, а также обзор основных аспектов программы ВОЗ в области ВИЧ на 2008–2009 годы⁷.

91. Исполнительный комитет принял предыдущий вариант этого доклада о ходе работы к сведению на своей Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года⁸.

= = =

¹ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

² *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁴ *WHO recommendation on the diagnosis of HIV infection in infants and children.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁵ *Guidelines on HIV and infant feeding 2010.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁶ *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009,* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

⁷ *HIV/AIDS Programme Highlights.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

⁸ См. документ EB128/2011/REC/2, протокол одиннадцатого заседания, раздел 3.