



UNFPA народонаселение мира в 2019 году

НЕЗАВЕРШЕННОЕ ДЕЛО

Обеспечение прав и возможностей выбора **ДЛЯ ВСЕХ**

Народонаселение мира в 2019 году

Настоящий доклад подготовлен к изданию под эгидой Отдела коммуникации и стратегических партнерских отношений ЮНФПА.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Артур Эркин, директор Отдела коммуникации и стратегических партнерских отношений

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Редактор: Ричард Коллодж

Помощник редактора: Кэти Мадония

Ответственный за версию в цифровом виде: Кэти Мадония

Консультанты по подготовке версии в цифровом виде: Ханно Ранк, Кэтлин Руис

Публикация и дизайн веб-версии: «Прографикс, Инк.»

НАУЧНЫЙ СОВЕТНИК И АВТОР

Стэн Бернштейн

ТЕХНИЧЕСКИЕ СОВЕТНИКИ ЮНФПА

Элизабет Беномар

Даниэль Шенсул

ВЕДУЩИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ И АВТОР

Кэтлин Могелгаард

ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ ГЛАВ

Джеффри Эдмидес

Гретхен Люкзингер

Уильям А. Райан

Энн М. Старрс

АВТОРЫ ОЧЕРКОВ

Джанет Дженсен

Гретхен Люкзингер

© ЮНФПА, 2019

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

ЮНФПА выражает благодарность тем женщинам, которые поделились историями своей жизни для настоящего доклада:

Тефте Шакадж, АЛБАНИЯ

Медихе Бесик, БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА

Цицине Ксаванте, БРАЗИЛИЯ

Фани Дерисме, ГАИТИ

Альме Одетте Чакон, ГВАТЕМАЛА

Марте Поле Санча, ГВИНЕЯ-БИСАУ

Дахаб Эльсаид и Ум Ахмед, ЕГИПЕТ

Раджешвари Махалингам, ИНДИЯ

Сай Янь, КАМБОДЖА

Расами, ТАИЛАНД

Жозефине Касья, УГАНДА

Шаре Ранасингх, ШРИ-ЛАНКА

Редакторы благодарят Уильяма МакГриви за проведенное исследование институциональных и финансовых барьеров, препятствующих доступу к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и Кристофера Хука за помощь в проведении исследований по другим вопросам. Сотрудники сектора ЮНФПА по вопросам народонаселения и развития обобщили региональные данные, которые представлены в разделе настоящего доклада, посвященном показателям. Исходные данные для раздела доклада со статистическими показателями были предоставлены Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам, Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры и Всемирной организацией здравоохранения. Свой вклад в подготовку доклада за текущий год также внесли Рэчел Сноу, Сара Рейс и Мариэль Сандер-Линдстром. Эрин Анастаси, Эмили Филмер-Уилсон, Аннака Кнутссон и Лейла Шарафи рассмотрели представленные проекты и высказали свои замечания.

КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Обозначения, используемые в картах настоящего доклада, а также приведенные в них материалы не должны рассматриваться как выражение какого бы то ни было мнения со стороны ЮНФПА относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей или относительно делимитации их границ или определения их пределов. Пунктирная линия приблизительно соответствует контрольно-разграничительной линии в Джамму и Кашмире, согласованной между Индией и Пакистаном. Окончательный статус Джамму и Кашмира сторонами не согласован.

Фотография на передней стороне обложки:

© Steve McCurry/Magnum Photos

Хронологический график:

© Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, UN/UNFPA

ЮНФПА

Обеспечение прав и возможностей выбора для всех с 1969 года



население мира в 2019 году

НЕЗАВЕРШЕННОЕ ДЕЛО

Обеспечение прав и возможностей выбора **ДЛЯ ВСЕХ**



- 1** Борьба за права и возможности выбора является непреходящей задачей стр. 7

- 2** Шесть женщин, шесть десятилетий, шесть историй жизни стр. 23

- 3** В период роста численности населения права находятся под угрозой стр. 37

- 4** В наличии, но недоступно стр. 53

- 5** Препятствие, лежащее в основе всех остальных стр. 73

- 6** Когда система предоставления услуг терпит крах стр. 87

- 7** Учреждения и финансирование для обеспечения прав и возможности выбора стр. 101

- 8** Осуществление прав и возможностей выбора для всех: если не сейчас, то когда? стр. 117

- 9** Больше возможностей, чем у моей матери, меньше, чем у моей дочери стр. 137

С 1969 года, когда был учрежден ЮНФПА, в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав был достигнут заметный прогресс. Но несмотря на продвижение вперед сотни миллионов женщин наших дней по-прежнему сталкиваются с экономическими, социальными, институциональными и другими барьерами, которые не позволяют им принимать собственные решения о том, заводить ли детей, а если да, то когда, как часто и с кем.

Борьба за обеспечение прав и возможностей выбора продолжается, и новые проблемы, требующие своего решения, возникают постоянно.



Осуществление прав и возможностей выбора для всех

Шел 1969 год. Численность населения Земли достигла 3,6 миллиарда человек, увеличившись примерно на 1 миллиард человек всего за 17 лет. В то время показатели рождаемости во всем мире примерно в два раза превышали современный уровень. В наименее развитых странах уровень рождаемости составлял примерно 6 деторождений в расчете на одну женщину.

В работе «Демографическая бомба» Пола Эрлиха, выпущенной в свет годом ранее, приводились убедительные свидетельства охватившей весь мир паники в связи с «перенаселенностью», которая, согласно пророчествам автора, должна была привести к массовому голоду на «умирающей планете».

Именно в этой обстановке был создан ЮНФПА, перед которым была поставлена задача рассказать развивающимся странам о социально-экономических последствиях роста численности населения и оказать поддержку в реализации национальных демографических программ, в рамках которых выдача противозачаточных средств достигла беспрецедентного уровня.

Посредством этих программ для большого числа женщин из развивающихся стран возможность выбора в репродуктивной сфере стала реальностью. А одним из результатов было то, что женщины стали рожать меньше детей. Миллионы людей наконец-то обрели возможность осуществлять контроль над вопросами, касающимися их репродуктивной функции.

Несмотря на то, что за последние годы объем имеющихся в *наличии* противозачаточных средств увеличивается, сотни миллионов женщин по-прежнему не располагают доступом к ним и, соответственно, возможностью, благодаря таким средствам, принять собственное решение в отношении рождения детей. Не имея доступа, эти женщины лишены возможности принимать решения о том, как распорядиться своим собственным телом, в том числе стоит ли беременеть и когда это делать.

В отсутствие этой возможности, оказывающей влияние на столь многие стороны жизни от образования до получения дохода и обеспечения безопасности, женщины неспособны выстраивать свое собственное будущее.

Со времени своего создания в 1969 году ЮНФПА возглавляет многосторонние усилия, призванные помочь женщинам из развивающихся стран сориентироваться в непрерывно меняющейся обстановке, препятствующей реализации их репродуктивных прав. Эти усилия получили новый импульс и обрели новую динамику в 1994 году, когда представители правительств 179 стран мира собрались в Каире для участия в Международной конференции по народонаселению и развитию и разработали план устойчивого развития на основе осуществления прав личности и возможностей индивидуального выбора при обеспечении охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех. Этот план, воплощенный в Программе действий, не только активизировал деятельность всемирного движения защитников репродуктивных прав, но и сделал ЮНФПА попечителем этого движения.

За последние 50 лет совместные действия гражданского общества, правительств, учреждений, занимающихся вопросами развития, и ЮНФПА открыли новые перспективы и возможности для женщин и девочек по всему миру. И все же нам предстоит пройти еще долгий путь, прежде чем *все* женщины и девочки будут располагать реальной возможностью и средствами, позволяющими им распоряжаться своим собственным телом и принимать осознанные решения по вопросам охраны своего сексуального и репродуктивного здоровья.

При этом мы должны противостоять тем силам, которые стремятся вернуть нас в ту эпоху, когда женщины практически не имели права голоса по вопросам принятия решений в репродуктивной сфере, а также по любым иным вопросам, касающимся различных сторон их жизни.

Борьба за осуществление прав и возможностей выбора должна продолжаться до тех пор, пока они не станут реальностью для всех.

Д-р Наталия Канем

Заместитель Генерального секретаря Организации Объединенных Наций и Директор-исполнитель Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)



1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019



БОРЬБА ЗА ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

В 2019 году отмечаются две важные даты в истории охраны репродуктивного здоровья: 50 лет с момента начала деятельности ЮНФПА и 25 лет со времени проведения знаменательного события — Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в Каире.

Эти два события — создание первого специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, призванного решать вопросы, связанные с ростом численности населения мира, и удовлетворять потребности людей в области охраны репродуктивного здоровья, а также провозглашение всеобщей приверженности делу охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты репродуктивных прав — в корне перестроили

жизнь женщин и семей, а также обществ, в которых они живут, благодаря измеримым и неизмеримым, глубоким и обыденным, постоянным и мимолетным переменам.

Активисты, правозащитники, специалисты в области общественного здравоохранения и многие другие неустанно добивались осуществления преобразований, которые мы наблюдаем сегодня, но многое еще предстоит сделать. С точки зрения прогноза роста численности населения, использования

противозачаточных средств и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, будущее не только будет зависеть от того, в какой мере женщины и девочки смогут реализовать свой потенциал как члены общества, но и будет определяться их способностью сделать это. А это в немалой степени будет зависеть от того, насколько миру удастся продвинуться вперед по пути достижения целей МКНР и устранения существующих недостатков.

Мир в 1969 году

Пятьдесят лет назад в мире на одну среднестатистическую женщину приходилось 4,9 ребенка, и 35 процентов замужних женщин пользовались теми или иными методами контрацепции для отсрочки или предотвращения беременности; однако в наименее развитых странах на одну женщину в среднем приходилось 6,7 ребенка, а контрацепцией пользовались только около

2 процентов женщин. Во многих странах мира абортывы были поставлены вне закона, а движение за освобождение женщин вело упорную борьбу за равенство в таких вопросах, как доступ к образованию, возможности трудоустройства, оплата труда, вступление в брак и его расторжение, владение имуществом, а также в отношении целого ряда других направлений. В 1969 году Стоунволлские бунты

в Нью-Йорке положили начало глобальному движению за права гомосексуалистов, в Агентстве Соединенных Штатов Америки по международному развитию было создано Управление по вопросам народонаселения, а Гана приняла свою политику в области планирования народонаселения в интересах национального прогресса и процветания. Годом ранее на первой Международной конференции Организации

1969 — 2019



**ДИРЕКТОРОМ-ИСПОЛНИТЕЛЕМ
ЮНФПА НАЗНАЧЕН РАФАЭЛЬ САЛАС**

**ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ
НАЧИНАЕТ СВОЮ РАБОТУ**

Вступает в силу Договор о нераспространении ядерного оружия

**ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ
НАЗНАЧАЕТ ЮНФПА
ВЕДУЩИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ
ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ
НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ**

1969

Стоунволлские бунты в Нью-Йорке знаменуют собой начало современного движения за права гомосексуалистов в Соединенных Штатах Америки

Первое сообщение отправлено через сеть АРПАНЕТ, предшественницу сети Интернет

Биолог Роберт Джеффри Эдвардс сообщает, что впервые оплодотворил яйцеклетку человека в чашке Петри

Создано Управление по народонаселению при АМР США

Нил Армстронг делает свои первые исторические шаги по поверхности Луны

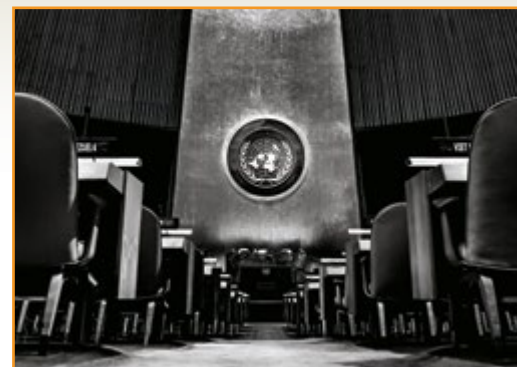
1970

Совет по народонаселению учреждает Международный комитет по исследованиям в области контрацепции

1971

На рынок выходит ВМУ «Далкон Шилд»

Сьерра-Леоне становится республикой



ВЕХИ ИСТОРИИ ООН

и

события в мире



Объединенных Наций по правам человека в Тегеране делегаты впервые подтвердили во всеобщей декларации основное право родителей «свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения» (United Nations, 1968).

К 1969 году в результате мероприятий в области общественного здравоохранения, направленных на сокращение младенческой и детской

смертности и увеличение средней продолжительности жизни, показатели рождаемости во многих развивающихся странах превысили показатели смертности. Опасения в связи с тем, что рост численности населения может негативно сказаться на экономическом прогрессе и состоянии окружающей среды, внесли свой вклад в желание получить более глубокое понимание

факторов, влияющих на рождаемость, и повысить эффективность процессов управления в этой сфере. Создание Фонда Организации Объединенных Наций для деятельности в области народонаселения, который в 1987 году был переименован в Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, отразило растущий интерес к пониманию



Соединенные Штаты Америки и Советский Союз совместно с 70 другими странами подписывают соглашение о запрете средств ведения биологической войны

Завершено строительство моста через пролив Босфор в Стамбуле, соединившего континентальные части Европы и Азии

ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ, БУХАРЕСТ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ОБЪЯВЛЯЕТ О НАЧАЛЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ ЖЕНЩИНЫ

1972

1973

1974

1975

Римский клуб публикует доклад «Пределы роста»

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПРОВОЗГЛАШАЕТ 10 ДЕКАБРЯ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДНЕМ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

Американская психиатрическая ассоциация удаляет гомосексуализм из своего справочника DSM-II

В Соединенных Штатах Америки узаконены аборты

НАСЕЛЕНИЕ МИРА
4
МЛРД ЧЕЛ.

Мозамбик и Суринам становятся независимыми государствами

Андрей Сахаров, ученый и создатель водородной бомбы в Советском Союзе, удостоен Нобелевской премии мира

Индия успешно проводит подземные ядерные испытания



того, каким образом динамика демографических процессов оказывает влияние на социально-экономическое развитие, и стремление Организации Объединенных Наций оказать поддержку программам, направленным на стабилизацию численности населения мира.

Расширение доступности относительно новых и эффективных методов контрацепции в 1960-е годы

стало одним из факторов преобразования жизни женщин, поскольку они впервые обрели способность надежно предотвращать непреднамеренную беременность и получили новые возможности по контролю своей жизни в том, что касается права на репродуктивный выбор. Однако понимание последствий контрацепции и регулирования рождаемости для здоровья, благополучия и социально-

экономического положения конкретных женщин и девочек только начинало складываться. Полное осознание того, к чему приведут принимаемые меры, было еще впереди.

Мир в 1994 году

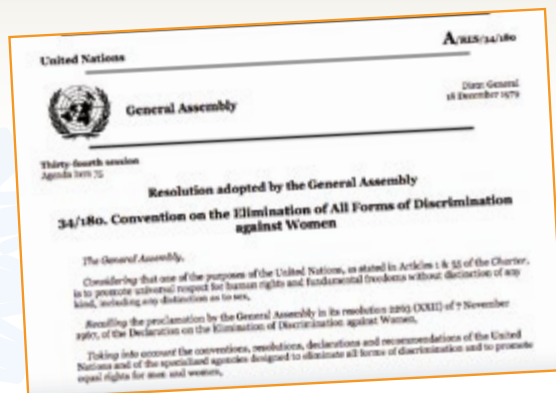
Двадцать пять лет назад во время проведения МКНР в Каире среднемировой коэффициент рождаемости составлял около трех деторождений в расчете на



Первая известная вспышка лихорадки Эбола



ЮНФПА ВЫПУСКАЕТ ПЕРВЫЙ ДОКЛАД «НАРОДОНАСЕЛЕНИЕ МИРА»



ПРИНЯТА КОНВЕНЦИЯ О ЛИКВИДАЦИИ ВСЕХ ФОРМ ДИСКРИМИНАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН (КЛДЖ)

1976

1977

1978

1979

Президент Египта Анвар Садат совершает официальный визит в Израиль

Рождается первый «ребенок из пробирки»

Первый Международный год ребенка



одну женщину, и во всем мире противозачаточными средствами пользовались 58,8 процента женщин; в наименее развитых странах рождаемость составляла около 5,6 ребенка в расчете на одну женщину, и контрацепцией пользовались 20,2 процента замужних женщин. В Южной Африке состоялись первые многорасовые выборы, и президентом страны был избран Нельсон Мандела,

геноцид в Руанде привел к гибели более 800 000 мужчин, женщин и детей, в Швеции были легализованы гражданские союзы между однополыми партнерами, а запуск America Online (AOL) ознаменовал начало легкого доступа к Интернету.

За годы, предшествовавшие созыву МКНР, произошел постепенный, но все более ощутимый сдвиг: от ориентированности на

демографические вопросы и цели сокращения рождаемости к выдвигению на первый план права отдельных людей и супружеских пар на предотвращение или отсрочку беременности и охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Этот сдвиг был в значительной степени обусловлен действиями защитников прав женщин и поборников сексуального и репродуктивного



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ УЧРЕЖДАЕТ ПРЕМИЮ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ



Салли Райд, полетевшая в космос на борту космического корабля многоразового использования «Челленджер», становится первой американской женщиной-астронавтом

1980

Глобальное искоренение оспы удостоверяется Всемирной организацией здравоохранения



1981

Сандра Дэй О'Коннор становится первой женщиной, назначенной на должность судьи Верховного суда США

Численность населения Китая превысила 1 миллиард человек

Корпорация IBM выводит на рынок свой первый персональный компьютер под управлением операционных систем от компании Microsoft



1982

Врачи проводят первую имплантацию постоянного искусственного сердца конструкции Роберта Джарвика

Звания «Человек года» журнала «Тайм» впервые удостоен не человек, а компьютер

1983

Обнаружен ретровирус, вызывающий СПИД



Голод в Эфиопии



здоровья и прав и отчасти стал ответом на злоупотребления, которые порождались целенаправленной политикой «контроля за ростом численности населения», унаследованной из прошлого. В 1970-х и 1980-х годах при финансовом содействии и поощрении со стороны материально обеспеченных стран-доноров и благотворительных фондов в некоторых странах были развернуты программы, которые

принуждали или заставляли супружеские пары использовать противозачаточные средства или ограничивали размер их семей либо предоставляли денежные или иные стимулы для того, чтобы убедить их поступить таким образом.

В Программе действий МКНР, принятой правительствами 179 стран, содержится прямой призыв к исключению целевых демографических показателей и

показателей контроля рождаемости из национальных программ в области народонаселения и планирования семьи. Принимая во внимание то, что при разработке политики следует продолжать учитывать динамику демографических процессов, в Программу действий был включен настоятельный призыв поставить нужды и права женщин в центр политических установок в области народонаселения



ДИРЕКТОРОМ-ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЮНФПА НАЗНАЧЕНА Д-Р НАФИС САДИК

НАИМЕНОВАНИЕ ЮНФПА ИЗМЕНЕНО НА ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ, МЕХИКО

Пять государств-членов Европейского экономического сообщества заключили Шенгенское соглашение

В результате катастрофы космического корабля многоразового использования «Челленджер» погибают семь членов экипажа

1984

1985

1986

1987

Первый перенос эмбриона от одной женщины к другой, завершившийся живорождением

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США разрешает проводить анализ крови на ВИЧ-инфекцию

Южная Африка отменяет запрет на межрасовые браки

Корасон Акино становится первой женщиной-президентом Филиппин

Впервые ребенок рождается у суррогатной матери, не состоящей в родственных отношениях с его родителями

«Черный понедельник»: крах фондовых бирж на Уолл-Стрит и по всему миру

НАСЕЛЕНИЕ МИРА
5
МЛРД ЧЕЛ.

Начата реализация инициативы «Безопасное материнство»



и развития. Представители правительств пришли к согласию в том, что женщинам, супружеским парам и семьям необходимо предоставить доступ к целому ряду услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и что следует реализовать такие социально-экономические преобразования, которые расширят права и возможности женщин, обеспечат соблюдение их прав и помогут

продвинуть мир к достижению гендерного равенства.

Успехи и неудачи после 1994 года

Достижение консенсуса на МКНР стало поворотным моментом, ознаменовавшим победу движения защитников репродуктивных прав, ориентированного на осуществление преобразований.

В результате того, что права личности и благополучие каждого

человека были поставлены в центр повестки дня в области охраны репродуктивного здоровья, был осуществлен ряд кардинальных изменений: в научных исследованиях основное внимание стало уделяться изучению факторов, оказывающих влияние на индивидуальный выбор и поведение в отношении использования или неиспользования противозачаточных



1 декабря отмечен первый Всемирный день борьбы со СПИДом

Нельсон Мандела освобожден из тюрьмы Виктора Верстера



Корейская Народно-Демократическая Республика и Республика Корея, Эстония, Латвия, Литва, Маршалловы Острова и Микронезия становятся членами Организации Объединенных Наций

1988

1989

1990

1991

1992

Берлинская стена открыта для пересечения границы

Намибия стала независимым государством
Начинается разрушение Берлинской стены

Хорватия и Словения объявляют о своей независимости от Югославии; на Балканах начинается война

Мирное соглашение в Мозамбике

Распад Советского Союза



средств и деторождения; в информационно-просветительской деятельности — повышению осведомленности женщин, мужчин и лиц, принимающих решения, о пользе для здоровья и социально-экономических выгодах, проистекающих из сокращения рождаемости и предупреждения непреднамеренных беременностей; и в сфере оказания услуг — подчеркиванию важности предоставления полного

спектра методов контрацепции и обеспечения всем женщинам возможности выбора.

Участники МКНР также признали, что к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и благополучия женщины относится не только доступ к противозачаточным средствам и их использование, но и многие другие аспекты этой проблемы: способность предотвращать осложнения и обеспечивать уход

после небезопасных абортов; способность предупреждать или лечить инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ; и уход, получаемый во время беременности и родов. Профилактика и лечение бесплодия и онкологических заболеваний репродуктивных путей также были определены в качестве составной части понятия сексуального и репродуктивного здоровья.



ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ, КАИР

ЧЕТВЕРТАЯ ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЖЕНЩИН

Ганский дипломат Кофи Аннан избран на пост Генерального секретаря Организации Объединенных Наций

1993

1994

1995

1996

Всемирная организация здравоохранения объявляет глобальную чрезвычайную ситуацию в связи с эпидемией туберкулеза

Геноцид в Руанде
.....
В Южной Африке Нельсон Мандела вступает в должность президента

Более 170 стран согласились продлить действие Договора о нераспространении ядерного оружия на неопределенный срок и без каких-либо условий

В Париже подписано Дейтонское соглашение, положившее конец войне в Боснии

Лихорадка Эбола становится причиной смерти 244 человек в Заире

Правительство Боснии объявляет об окончании осады Сараево
.....
Рождается овечка Долли — первое млекопитающее животное, успешно клонированное из соматической клетки взрослой особи



Потребности подростков в области охраны репродуктивного здоровья, как признается в Программе действий МКНР, существующими службами в значительной степени игнорируются. Хотя консенсус, достигнутый в ходе МКНР, содержал призыв приложить особые усилия, чтобы удовлетворить эти нужды, возражения против предоставления подросткам всеобъемлющих услуг

в области полового просвещения и охраны репродуктивного здоровья и разногласия по вопросу о необходимости получения одобрения со стороны родителей привели к включению в документ запутанных формулировок, а в некоторых случаях — проведению запутанной политики на местах.

Время проведения МКНР совпало с пиком еще одного кризиса в сфере общественного здравоохранения и защиты

прав человека, а именно: эпидемией ВИЧ/СПИДа. По мере нарастания озабоченности и активных выступлений в связи с тяжелейшими последствиями ВИЧ-инфицирования и СПИДа некоторые доноры усилили к ним свое внимание и увеличили объемы финансирования, выделяемого на решение проблем, порождаемых этой пандемией и ее воздействием на людей, общины и страны, в то время как финансирование других



В Ирландской Республике узаконено расторжение брака

Южноафриканская альпинистка Кэти О'Дауд становится первой женщиной, взойшедшей на Эверест как по северному, так и по южному склону



ПРИНЯТЫ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ



ДИРЕКТОРОМ-ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЮНФПА НАЗНАЧЕНА СОРАЙЯ АХМЕД ОБЕЙД

1997

1998

1999

2000

2001

Палата представителей Конгресса США передает статьи об импичменте президента Клинтона в Сенат США

НАСЕЛЕНИЕ МИРА
6
МЛРД ЧЕЛ.

Историческая встреча на высшем уровне руководителей Республики Корея и Кореической Народно-Демократической Республики

Первое в мире автономное искусственное сердце имплантировано Роберту Тулсу в Соединенных Штатах Америки

Террористические акты 11 сентября, приведшие к обрушению зданий Всемирного торгового центра в Нью-Йорке



аспектов охраны сексуального и репродуктивного здоровья в большинстве случаев оставалось на прежнем уровне.

Некоторые наблюдатели опасались, что особый упор в рамках МКНР на обеспечении возможности сделать самостоятельный выбор и расширении прав и возможностей женщин не найдет отклика у доноров и правительств и что ослабление внимания к вопросам

роста численности населения нанесет ущерб способности международного сообщества проводить мобилизацию ресурсов и добиваться обеспечения политической поддержки. Несмотря на эти опасения, работоспособность механизма реализации решений МКНР была сохранена. В 1999 году на сессии, посвященной пятилетнему обзору осуществления решений МКНР, ее участники подтвердили

свою приверженность принципу обеспечения всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья, и его сторонникам, несмотря на жесткую оппозицию, удалось дополнить его такими ключевыми элементами, как охрана сексуального и репродуктивного здоровья подростков и обеспечение доступа к безопасным абортam в тех случаях, когда это разрешено законом.



▲ Организация африканского единства распущена и заменена Африканским союзом



▲ ЦЕЛЕВАЯ ЗАДАЧА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ОДОБРЕНА ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

2002 2003 2004 2005

Евро официально введен в оборот в странах еврозоны



САММИТ ЗЕМЛИ 2002 года

Проект «Геном человека» завершен, 99 процентов генома человека секвенировано с точностью 99,9 процента.



Бразилия запускает свою первую ракету в космос

Главы европейских государств подписывают **договор и заключительный акт**, устанавливающие первую европейскую конституцию

51-летняя Ангела Меркель становится первой женщиной-канцлером Германии и самым молодым канцлером этой страны

Элен Джонсон-Серлиф становится первой демократически избранной женщиной-главой государства в Африке

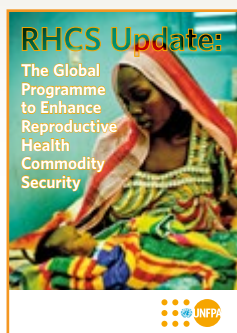


Однако в 2000 году, когда Организация Объединенных Наций приняла Цели развития тысячелетия (ЦРТ), определив цели и задачи для всего мира на последующие 15 лет, охраны репродуктивного здоровья среди них не оказалось. Возможно, ввиду продолжительности и насыщенности переговоров на четвертой Всемирной конференции по положению женщин в 1995 году и на совещании по пятилетнему

обзору хода осуществления решений МКНР в 1999 году должностные лица, отвечающие за разработку формулировок ЦРТ, предпочли определить эту цель как «улучшение охраны материнского здоровья». Только в 2005 году непрестанные усилия поборников охраны сексуального и репродуктивного здоровья увенчались успехом, и обеспечение всеобщего доступа к охране сексуального и репродуктивного

здоровья стало одной из целевых задач в рамках цели охраны материнского здоровья.

То, что первоначально задача охраны сексуального и репродуктивного здоровья в состав ЦРТ не вошла, способствовало формированию взглядов, согласно которым этот вопрос является спорным и проблематичным и поэтому его легче игнорировать, по крайней мере в ходе глобальных дискуссий и переговоров.



ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ГОЛОСУЕТ ЗА СОЗДАНИЕ СОВЕТА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

2006

Мишель Бачелет приведена к присяге в качестве первой женщины-президента Чили

Парламент Южной Африки принимает закон, легализующий браки между лицами одного пола

ЮНФПА ПРИСТУПАЕТ К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ПОВЫШЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ СРЕДСТВАМИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

2007

ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ООН ПРИНИМАЕТ ДЕКЛАРАЦИЮ О ПРАВАХ КОРЕННЫХ НАРОДОВ



Хирурги Лондонской глазной больницы в Мурфилдс проводят первые успешные операции по вживлению бионных линз, имплантируя их двум слепым пациентам

2008



Боливия провозглашает право коренных народов на самоуправление

2009

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США разрешает употребление посткоитальных контрацептивов, так называемых «таблеток следующего дня», с 17 лет

Несмотря на то, что мировое сообщество нередко откладывало эту задачу, финансирование на поддержку в области планирования семьи продолжало выделяться, информация распространялась, при этом время от времени эти усилия нарастали, а в июле 2012 года получили мощный импульс в результате проведения всемирной встречи на высшем уровне по вопросам планирования семьи, приведшей к мобилизации

средств новых крупных доноров, принятию новых далеко идущих политических обязательств и активизации деятельности организаций, работающих в области планирования семьи.

Новая парадигма: 2015 год и Цели устойчивого развития

Новая рамочная программа, идущая на смену ЦРТ, была принята правительствами

193 стран в сентябре 2015 года. С учетом расширения сферы охвата повестки дня и растущей сложности задач, которые предстоит решить, Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года включает 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) и 169 целевых задач. Хотя численность и пропорциональная доля населения, живущего в условиях нищеты, в период 2000–2015 годов пошли на спад,



ДИРЕКТОРОМ-ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЮНФПА НАЗНАЧЕН Д-Р БАБАТУНДЕ ОСОТИМЕХИН



ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ПРИНИМАЕТ РЕЗОЛЮЦИЮ ОБ ИСКОРЕНЕНИИ ПРАКТИКИ КАЛЕЧАЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ



КОМИССИЯ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЖЕНЩИН ПРИЗЫВАЕТ ГОСУДАРСТВА ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ ПРАКТИКЕ ДЕТСКИХ, РАННИХ И ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ БРАКОВ

2010

Всемирная организация здравоохранения объявляет о завершении пандемии гриппа H1N1

2011

НАСЕЛЕНИЕ МИРА 7 МЛРД ЧЕЛ.

Начинается гражданская война в Сирии



2012

Тайфун «Бофа» обрушивается на Филиппины

2013

Уровень загрязнения воздуха в Пекине объявлен опасным для здоровья человека



ликвидация нищеты остается главной целью новой глобальной повестки дня.

Но наряду с новыми задачами проявились и новые аспекты ранее возникших проблем, которые открыто признаются и четко сформулированы в ЦУР. К ним относятся изменение климата и экологическая нестабильность; растущее число трудноразрешимых гуманитарных и политических кризисов и, как следствие,

увеличение числа людей, живущих в нестабильных и изменчивых условиях; и выдвигание на первый план необходимости выделения финансирования из внутренних источников, а также переориентации помощи в целях развития на повышение устойчивости к кризисам, наращивание потенциала и создание основы для устойчивого социально-экономического прогресса.

В отличие от ЦРТ, охрана сексуального и репродуктивного здоровья прямо признается в ЦУР в качестве крайне важного элемента справедливого развития и расширения прав и возможностей женщин, что подтверждается включением этого положения в ЦУР 3 по охране здоровья, а также в ЦУР 5 по обеспечению гендерного равенства, в которой также содержится ссылка на репродуктивные



▲
**20-ЛЕТНИЙ
ОБЗОР ХОДА
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
ПРОГРАММЫ
ДЕЙСТВИЙ МКНР**

2014

Эпидемия лихорадки Эбола в Западной Африке приводит к инфицированию как минимум 28 616 человек и становится причиной смерти по меньшей мере 11 310 человек

В Нигерии похищены и взяты в заложники 276 девочек и женщин



▲
**ПРИНЯТЫ ЦЕЛИ
УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ,
В ТОМ ЧИСЛЕ ЗАДАЧА
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО
ДОСТУПА К УСЛУГАМ ПО
ОХРАНЕ СЕКСУАЛЬНОГО И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

2015

Мировые лидеры собрались в Париже на исторические переговоры по проблеме глобального изменения климата



▲
Всемирная организация здравоохранения объявляет о вспышке лихорадки Зика

2016

права. Однако по аналогии с решениями МКНР и текстом ЦРТ сексуальные права в ЦУР не признаются. Другие центральные элементы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая меры по сокращению смертности матерей и новорожденных и числа случаев ВИЧ-инфицирования, рассматриваются в целевых задачах ЦУР 3, а вопросы искоренения гендерно мотивированного насилия

и вредных обычаев — в целевых задачах ЦУР 5. ЦУР также содержат призыв к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, в частности, путем обеспечения доступа к качественным основным медико-санитарным услугам и безопасным, эффективным и доступным по цене лекарствам и вакцинам для всех. В целом ЦУР продвигают повестку оказания помощи всем людям, как это предусмотрено решениями

МКНР, подчеркивая при этом важность принципа справедливости и удовлетворения потребностей наиболее уязвимых групп населения.

За последние 25 лет, выступая на различных обзорных совещаниях и в рамках процессов, связанных с МКНР, представители некоторых регионов мира призывали к признанию сексуальных прав. Ряд современных определений сексуальных прав, в том числе представленных



ДИРЕКТОРОМ-ИСПОЛНИТЕЛЕМ ЮНФПА НАЗНАЧЕНА Д-Р НАТАЛИЯ КАНЕМ



ЮНФПА ИСПОЛНЯЕТСЯ 50 ЛЕТ

2017

Миллионы людей в 168 странах присоединяются к «Маршу женщин»

Организация Объединенных Наций предупреждает, что 20 миллионов человек в Йемене, Сомали, Южном Судане и Нигерии испытывают острую нехватку продовольствия, находясь на грани голода

2018

Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи заявляет о придании услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья ведущей роли



2019

25-Я ГОДОВЩИНА МКНР



ICPD25
International Conference on
Population and Development

в докладе 2018 года по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и прав, выпущенном Институтом Гуттмахера – Комиссией «Ланцет», а также в материалах Всемирной организацией здравоохранения, охватывают право людей открыто заявлять о своей сексуальной ориентации, право подростков на получение всестороннего полового просвещения и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также право женщин и девочек на свободу от гендерно мотивированного насилия и принуждения. Эти права были признаны и одобрены организациями гражданского общества во всем мире и подтверждены в различных региональных документах, которые были согласованы и утверждены правительствами государств. Однако консенсус всех государств-членов Организации Объединенных Наций в отношении этих прав еще не достигнут и не нашел своего отражения ни в одном из документов, согласованных на глобальном уровне.

2019 год и последующий период

50-я годовщина ЮНФПА и 25-я годовщина МКНР открывают перед мировым сообществом уникальную возможность, опираясь на рамочную основу, заложенную в решениях МКНР, подтвердить свою приверженность делу всестороннего осуществления перспективной повестки дня в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав и оказания помощи тем, кто нуждается в ней больше всего. Внимание в этой повестке дня должно уделяться динамике демографических процессов,

разнообразным проблемам, с которыми сталкиваются различные страны на том или ином этапе развития, и политическим установкам и программам, основанным на уважении прав человека и достоинства личности и обеспечивающим осуществление этих прав.

В настоящее время усилиям, направленным на достижение ЦУР и подтверждающим приверженность осуществлению стратегии «Здоровье для всех», придан колоссальный импульс, при этом прямо признается, что каждый человек имеет основополагающее право на наивысший достижимый уровень здоровья без каких бы то ни было различий. В рамках движения «Каждая женщина, каждый ребенок», основанного бывшим Генеральным секретарем ООН Пан Ги Муном в 2010 году,

которое в настоящее время возглавляет Генеральный секретарь ООН Антониу Гутерриш, достижению Целей устойчивого развития и обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, девочек и подростков как одному из ключевых направлений скоординированных усилий, уделяется повышенное внимание.

Борьба за обеспечение прав и возможностей выбора для всех продолжается, и новые проблемы, требующие своего решения, возникают постоянно. С годами характер и масштабы этих препятствий, возможно, изменились, но международное сообщество по-прежнему сохраняет твердую приверженность делу их преодоления.



Миллионы женщин в Индии берутся за руки, образуя стену в знак протеста против неравенства, 2019 год. © Babus Panachmoodu



ШЕСТЬ **ЖЕНЩИН**, ШЕСТЬ ДЕСЯТИЛЕТИЙ, ШЕСТЬ ИСТОРИЙ ЖИЗНИ

Шесть женщин, которым было 10 лет в 1969 году, когда был учрежден ЮНФПА, и 35 лет во время проведения Международной конференции по народонаселению и развитию, делятся мыслями о замужестве, работе, семье. Была ли у них возможность свободно выбрать свой собственный путь и определить свое будущее?



© UNFPA/R. Anis

Возможности выбора были ограниченными

Дахаб Эльсаид, 60 лет, живет в неблагополучном районе Каира. Она почти не помнит ажиотажа, возникшего в городе вокруг созыва Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР). В то время она была полностью занята работой и заботами по уходу за своей семьей, поэтому подробности, связанные с конференцией и тем воздействием, которое она оказала, в ее памяти не сохранились.

Тем не менее некоторые перемены в отношении к женщинам и девочкам, свидетелем которых она стала

У меня не было никаких перспектив, кроме как выйти замуж — это было то единственное будущее, которое я могла себе представить».

Дахаб

на более позднем этапе своей жизни, восходят к решениям МКНР, участники которой признали и подтвердили, что осуществление прав девочек и женщин, особенно в том, что касается их сексуального и репродуктивного выбора, имеет решающее значение для процесса развития.

Будучи девочкой, выросшей в малоимущей сельской семье, состоящей из 15 человек, Дахаб располагала ограниченными возможностями, и даже образование было ей недоступно. «У меня не было никаких перспектив, кроме как выйти замуж — это было то единственное будущее, которое я могла себе представить», — говорит она.

Дахаб вспоминает тот день, когда к ней домой пришла какая-то женщина и удалила ее наружные половые органы. Дахаб понятия не имела, что происходит, но помнит боль, кровь и присыпку из порошка, которая использовалась, чтобы остановить кровотечение. Она помнит, что, пока все не зажило, она пролежала в постели 15 дней. Когда она стала взрослой и обзавелась собственной семьей, ей пришлось пойти на то, чтобы наружные половые органы были удалены и у ее собственной дочери. «Это [калечащие операции на женских половых органах] было обязательным», — говорит Дахаб. Ее родственники по линии мужа на этом настояли. От этого зависело, сможет ли она выйти замуж. В те времена обрезанию подвергались все девочки.

Теперь она считает, что подвергаться такой практике неправильно, и ее внуку уберегли от этой операции. «В наши дни это считается

нежелательным», — говорит Дахаб, которая узнала о вреде калечащих операций на женских половых органах из рекламы по телевидению, а также и о том, что эта процедура теперь поставлена вне закона.

После замужества Дахаб родила одного за другим четырех детей. Столкнувшись с нищетой и ухудшающимся здоровьем мужа, супруги решили, что детей у них достаточно. Поскольку она всегда занималась разовыми подработками — уборкой, стиркой, уходом, у нее никогда не было медицинской страховки, чтобы оплатить контрацепцию. Но в Египте внутриматочные устройства субсидировались, и она начала ими пользоваться.

Ее муж, работавший обойщиком, умер 20 лет назад. С тех пор ей все труднее было сводить концы с концами. Состояние здоровья ее трех

детей не позволяет им работать. Чтобы содержать и себя, и их она работает на двух работах в течение дня и ухаживает за пожилым человеком ночью. Она редко приходит домой ночевать. Ей бы хотелось научиться читать и писать, но если бы у нее было больше времени, она, вероятно, использовала бы его, чтобы заработать больше денег. Скоро она начнет получать небольшую государственную пенсию, но ее не хватит на содержание даже самой себя, поэтому она продолжит работать. «Женщины — это те, кто работает и получает деньги для содержания семьи», — говорит она как само собой разумеющееся.

Поскольку у Дахаб и других 60-летних женщин воспоминания о своей жизни, мечтах и борьбе с трудностями примерно одинаковы, становится очевидным, насколько глубоко те политические и экономические обстоятельства, в которых они родились, предопределили

© UNFPA/R. Anis



весь их жизненный путь. Хотя возможности и варианты реального выбора у них были ограничены, большинство женщин находили свой путь, позволяющий им жить полноценной жизнью.

Жизнь и судьба этих женщин оказались совершенно иными, чем они представляли себе в возрасте 10 лет. Иногда их чаяния не выходили за пределы ограниченного числа моделей поведения, которые, как представлялось, были доступны женщинам в те времена. В других случаях им мешали социальные потрясения. Некоторым женщинам удалось совершить неожиданный поворот в жизни и добиться успеха, о котором в 10-летнем возрасте они не могли и мечтать.

Однако во всех этих очень разных историях возникают общие темы, многие из которых непосредственно связаны с мандатом и деятельностью ЮНФПА.

В мире ограниченных возможностей

Раджешвари Махалингам вспоминает, как ей нравилось ходить в школу в индийском штате Тамилнад, у нее были красивые длинные вьющиеся волосы, и она занималась танцами в танцевальном коллективе. Но никто никогда не спрашивал ее о ее мечтах или о том, чем бы она хотела заниматься в будущем. Когда она думала об этом, ей

казалось, что возможная сфера приложения ее способностей весьма ограничена: домохозяйка, медицинский работник, учитель.

В возрасте 25 лет ее выдали замуж. Она была обязана ждать, пока все ее семь старших братьев и сестер вступят в брак, а ее родители найдут подходящего жениха, не требующего непомерного приданого.

После рождения двух детей с помощью кесарева сечения ей сказали, что будущие роды также потребуют кесарева сечением и их стоимость будет больше, чем ее семья могла бы себе позволить, поэтому она решила сделать перевязку маточных труб. Ей уже пришлось продать часть своих золотых украшений, чтобы оплатить рождение второго ребенка — дочери.





© UNFPA/Stormy Clicks

«Я наслаждалась материнством больше всего на свете».

Раджешвари

У большинства ее друзей в то время семьи были небольшими. На них повлияли кампании по планированию семьи, говорит Раджешвари, вспоминая популярный лозунг: «Планируемая семья — это счастливая семья».

Она посвятила большую часть своей жизни заботе о своей семье, хотя в тяжелые времена за дополнительные деньги занималась уходом за другими детьми. Двум своим детям она отдавала всю свою энергию, и все ее мечты были связаны с детьми. В настоящее время они имеют высшее образование и преуспевают. «Я рассказывала им разные истории и читала книги, объясняя необходимость служения людям, оставаясь честным человеком. Мне хотелось, чтобы они выросли и стали успешными в жизни», — говорит она.

«Я наслаждалась материнством больше всего на свете. Женщина — это свет в доме, — говорит Раджешвари. — Тем самым женщина вносит свой вклад в жизнь своей семьи, общества, страны и всего мира».

В течение своей жизни Раджешвари была свидетелем больших перемен, связанных с возникновением у молодых женщин новых ожиданий и возможностей. До замужества она боялась много работать вне дома — ее родители это не одобряли. Но ее сестра, которая была всего на пять лет ее младше, обладала большим чувством личной свободы, что позволило ей стать общественным активистом, получить степень магистра и профессионально заниматься женскими вопросами.

© UNFPA/Stormy Clicks



От лишения к политическим действиям

Когда ей было 10 лет, Жозефина Касья из Уганды восхищалась своими учителями: «Они были самыми умными людьми — и я сказала себе, что стану учителем. Кроме того, мой отец был учителем, и я его очень любила. Я решила, что хочу быть похожей на своего отца».

Но когда Жозефине исполнилось 12 лет, власть в стране захватил Иди Амин, и последовали годы нестабильности, лишения и насилия. Ее мечта стать учителем так и не осуществилась. После окончания гражданской войны в 1986 году разруха в ее общине была настолько сильной, что они вместе со своим новым мужем, работавшим социальным работником, переехали на его достаточно далекую родину — в южную часть страны с ее обильными лесами. Хотя ее новая община меньше пострадала от войны, ей не хватало социальной инфраструктуры, к которой она привыкла. «Жизнь стала совсем другой и трудной, — вспоминает она об этом раннем периоде своего замужества, когда она растила шестерых детей, носила воду из источника, расположенного в полутора километрах от дома, и ухаживала за своими коровами. — Иногда мне удавалось продать молоко,

чтобы получить хоть немного денег, и купить кое-что для дома».

Но она не жалеет о той ранней борьбе с трудностями, говорит она, потому что они побудили ее начать действовать. «Именно в этой сельской местности я стала убеждать женщин действовать сообща, объединив свои ресурсы». Там она также научилась тому, что для достижения успеха нужно наладить сотрудничество с другими организациями.



© UNFPA/M. Mugisha

Ее лидерские качества были замечены, и она была избрана руководителем сначала на более низком местном уровне, а затем в 2001 году — председателем округа, в котором проживает 250 000 человек. На протяжении

«Я развеяла миф, согласно которому эта должность предназначалась исключительно мужчинам, и проложила путь для других женщин, которые смогли занять аналогичные должности в других округах».

Жозефина

© UNFPA/M. Mugisha



всей своей политической карьеры она выступала за развитие общин, обеспечение образования для девочек и защиту гендерного равенства, уделяя особое внимание тому, чтобы стать проводником мнения сельских женщин. Она стала первой женщиной-председателем округа в Уганде. «Я развеяла миф, согласно которому эта должность предназначалась исключительно мужчинам, и проложила путь для других женщин, которые смогли занять аналогичные должности в других округах», — с гордостью говорит она, добавляя, что в ее округе еще ряд женщин взяли на себя функции принятия решений.

Когда война подрывает возможности выбора

Сай Янь мечтала пойти в хорошую школу и усердно учиться, чтобы исполнить свое желание стать учителем. Но ее мечта рухнула, когда ей было 16 лет: в ее общине появились солдаты, которые стреляли в воздух и кричали. Ее разлучили с семьей и вынудили заняться изнурительной работой. «Война все разрушила, — рассказывает она. — Даже мои мечты. На самом деле я и не осмеливалась мечтать. Во время войны у людей нет никаких вариантов. Они пытаются выжить любым способом».

В Камбодже во время правления красных кхмеров,



© UNFPA/M. Kasztelan

«Во время войны у людей нет никаких вариантов. Они пытаются выжить любым способом».

Янь

когда личные свободы были ограничены, в ходе проведения большой коллективной брачной церемонии Янь была вынуждена выйти замуж за человека, чье имя она даже не знала. Каждая пара выходила вперед, как только объявлялись их имена.

Они держались за руки и обещали жить как муж и жена. Поначалу в течение нескольких месяцев они с мужем были настолько застенчивы, что редко осмеливались взглянуть друг на друга или заговорить.



© UNFPA/M. Kasztelan

семей, проживавших в городе Гватемала. Ее родители придавали большое значение образованию и отдали детей в школу иезуитов. Когда она думала о будущем, Альма представляла себя учительницей, как ее мать, или бухгалтером, как ее отец. Она точно знала, что хочет помогать другим.

Ее жизнь резко изменилась в ту ночь, когда ее мать отправилась в больницу, чтобы родить своего седьмого ребенка. Она больше не вернулась. Несмотря на то, что все предыдущие роды прошли нормально, на этот раз что-то пошло не так.

Мир Альмы рухнул. «Настали трудные времена, — говорит она. — Внезапно вы теряете самого родного человека, и каждому приходится выбирать свой путь». До смерти своей матери Альма всегда была одной из лучших в классе, но потом хорошо учиться ей уже не удалось. Ее отец отсутствовал большую часть времени, и в конце концов мачеха выгнала ее из дома.

Через год после смерти матери вблизи города Гватемала произошло землетрясение силой 7,5 балла, в результате которого погибли или получили ранения 100 000 человек, а более 1 миллиона человек были вынуждены переселиться

Когда правление красных кхмеров закончилось, Янь и ее муж вернулись в родной город и стали жить с ее матерью. В период с 1981 по 1988 год она родила пятерых детей, один из которых умер в младенчестве, а другой — в возрасте 13 лет. Узнав от соседки, что больница в соседнем городе выполняет перевязку маточных труб, она отправилась в трудное и до определенной степени опасное путешествие, чтобы воспользоваться этой возможностью.

Однажды в Камбодже Янь получила сообщение о том, что ее пригласили записаться

на курсы подготовки учителей. «Но поехать я просто не смогла. У меня был на руках ребенок, о котором нужно было заботиться, и надо было постоянно заниматься домашними делами. Вместо этого поехал муж. Мы должны были найти оптимальный баланс между семейной и общественной жизнью».

Отстаивание прав женщин

Пока Альме Одетте Чакон не исполнилось 14 лет, она вела относительно спокойную, счастливую жизнь как самая старшая из шести детей в одной из

в другие места. Сочувствуя тяжелому положению перемещенных людей, Альма занялась оказанием помощи пострадавшим.

Вскоре после этого ее школа выделила ей стипендию для работы учителем в течение месяца в общине индейского

племени киче. По ее словам, эти два случая работы среди социально отчужденных и пострадавших людей — в основном женщин из числа коренного населения — на всю оставшуюся жизнь предопределили ее приверженность делу социальной справедливости.

© UNFPA/Rizzo Producciones



В свои 20 с небольшим лет, опасаясь ареста за участие в политической деятельности, она уехала из Гватемалы в Мексику, чтобы получить образование в области коммуникационных технологий. Там она поняла, что можно вести более свободный образ жизни, и познакомилась с феминистскими идеями. Чтобы прокормить себя, она работала в самых разных местах: уборщицей и секретарем в центре по защите прав человека, среди прочего.

В середине 1990-х годов Альма совершила поездку по Центральной Америке и помогла организовать

«Женщины теперь четко знают, что у них есть права и что они должны сами решать, как распоряжаться своим телом».

Альма

региональное совещание по правам женщин. Эта работа подтолкнула ее к более активному участию в женском движении и углубила ее понимание вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, что явилось мощным стимулом для более широкой деятельности в области развития.

Она снова живет в Гватемале и уже несколько десятков лет работает с «Терра Вива», некоммерческой организацией, которая занимается этими вопросами. Анализ ситуации сквозь призму ее опыта показывает, что произошли большие изменения в отношении к женщинам, особенно в общинах коренных народов: «Женщины теперь четко знают, что у них есть права и что они должны сами решать, как распоряжаться своим телом».

Жизнь, посвященная оказанию помощи другим людям

Тефта Шакадж всегда хотела учиться в университете, чтобы стать врачом, но в Албании, когда она была подростком, у нее не было никакой возможности исполнить свою мечту. «Мы обязаны были делать то, что нам велят», — говорит она. Однако после окончания средней школы ей представилась возможность, которая изменила ход ее жизни: годичная программа обучения по специальности медсестры-акушерки.

По окончании подготовки Тефта была направлена в глухую деревню, где не хватало помещений, персонала и медицинских препаратов. Во многих отношениях жизнь была нелегкой. Но ей нравилось ухаживать за новорожденными



© UNFPA/G. Banaj

и их матерями, и она с энтузиазмом взялась за дело — принимала роды, оказывала дородовую помощь, ухаживала за маленькими детьми в педиатрическом отделении. «У меня было много работы, потому что часто роды проходили на дому — родильных домов было немного. Я счастлива, что помогла стольким женщинам».

В начале 1990-х годов после падения коммунистического режима в Албании был полный хаос и дефицит практически всего, говорит она. Она вышла замуж и родила двоих детей, но их было бы больше, если бы в то время не было такой экономической неопределенности. Еще одним



© UNFPA/Rizzo Producciones



*«Я счастлива,
что помогла
стольким
женщинам».*

Тефта

обстоятельством было то, что заболел ее муж, и им нужны были деньги на оплату медицинских услуг. Не имея доступа к противозачаточным средствам, она забеременела и, как многие женщины, проживавшие в то время в Восточной Европе, сделала аборт.

По ее словам, в сумятице начала 1990-х годов была и положительная сторона: те события спровоцировали исход албанцев в Италию и Грецию, открыв людям новые идеи и виды деятельности. Общаясь с теми, кто покинул Албанию, «мы открыли для себя другой мир и другие перспективы, — говорит она. — До этого мы

слышали только то, что за пределами Албании все плохо». По словам Тефты, жизнь в Албании улучшается, и она считает, что у ее собственных дочерей и внуков будет больше возможностей сделать свой выбор, чем было у нее.

Во-первых, противозачаточные средства в настоящее время широко доступны и бесплатны. А во-вторых, ее младшая дочь решила стать полицейским — знак того, что старые представления о гендерном равенстве меняются.

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/R. Anis



© UNFPA/M. Kasztelan

Жизнь, которую они прожили

Жизнь всех шести женщин примечательна тем, что они оказали огромное влияние на других людей, будь то в их собственных семьях или в более широком контексте взаимоотношений. Но если проследить их жизнь на протяжении шести десятилетий, становится ясно и то, в какой степени эти женщины были сами подвержены мощному

воздействию более общих социальных, политических и экономических сил, причем некоторые из них выступали как влиятельные проводники перемен в своих собственных семьях или общинах. Пришлось пойти на компромиссы, а чаяния остались без удовлетворения.

Дахаб продолжает работать на трех утомительных работах, но говорит, что смирилась с такой жизнью и что ее все устраивает.

Любовь Раджешвари к танцам, которыми она занималась в юном возрасте, привела ее к занятиям интенсивной разновидностью йоги. Ее несбывшиеся мечты об образовании реализуются через ее детей.

Хотя Янь говорит, что ее мечты умерли в результате насилия, которое она пережила во время войны, семья продолжает занимать центральное место

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj

в ее жизни. Помимо того, что она ухаживает за четырьмя внуками и периодически посещает свою пожилую мать, она недавно открыла семейную прачечную.

Как и раньше, для Альмы смысл и цель жизни — это ее работа по расширению прав и возможностей женщин, и в ближайшее время она не планирует выходить на пенсию. «Предстоит сделать еще очень много», — говорит она.

Тейфта, которая борется с раком, полна решимости увидеть, как ее внучка вырастет, и продолжает жить полной жизнью. «Я не позволю опухоли взять надо мной верх, — говорит она. — Я буду продолжать помогать другим, пока у меня остаются силы».

А Жозефина в Уганде перед уходом в отставку с

государственной должности намерена баллотироваться еще на один срок, который станет пятым по счету. Но она не планирует прекращать заниматься любимым делом. «Годы идут, и я уже не так сильна, как раньше. Но я очень увлечена выпечкой и планирую обучить группу женщин, чтобы они могли печь и продавать хлеб».

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones





В ПЕРИОД РОСТА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРАВА НАХОДЯТСЯ ПОД УГРОЗОЙ

Это была эпоха необычайного технического прогресса. В 1969 году Нил О. Армстронг и Эдвин Олдрин-младший совершили первую прогулку по Луне. В том же году врачи впервые имплантировали умирающему пациенту искусственное сердце. А яйцеклетка человека была оплодотворена в пробирке (Edwards and others, 1969).

И к 1969 году более ранние достижения в области медицинских технологий, наряду с укреплением систем общественного здравоохранения, улучшением питания и санитарии, а также глобальной приверженностью искоренению младенческой и детской смертности, ставшей бедствием для всего мира, начали приносить свои плоды. Во всем мире показатели детской смертности резко упали с 215 случаев на 1 000 живорождений в 1950 году до менее 160 случаев на

1 000 живорождений всего 19 лет спустя (United Nations, 2017).

Другие достижения медицины помогают людям жить дольше. В мировом масштабе средняя продолжительность жизни увеличилась с 47 лет в 1950 году до около 55 лет в 1969 году.

Повышение показателей выживаемости детей, а также то, что люди стали жить дольше, преобразовали жизнь человека. Но с учетом среднемирового коэффициента рождаемости, составившего

около 5 деторождений в расчете на одну женщину, это изменило и общемировую динамику роста численности населения.

В 1969 году численность населения мира увеличивалась примерно на 2 процента в год. При таких темпах роста население мира удвоилось бы всего за 35 лет. Никогда прежде численность населения не росла так быстро.

От воодушевления к обеспокоенности

Всеобщее воодушевление на фоне успехов в сфере общественного

здравоохранения вскоре сменилось страхом перед мрачным будущим, в котором слишком много людей будут бороться за доступ к постоянно сокращающимся ресурсам. Как такой рост численности населения отразится на таких мировых проблемах, как голод? Что будет в районах, раздираемых конфликтами? Какие дальнейшие усилия, направленные на развитие экономики и избавление людей от нищеты, окажутся эффективными в условиях, когда численность населения растет столь быстрыми темпами? И что делать в связи со всем этим?

По мнению некоторых, рост численности населения нужно рассматривать не как свидетельство прогресса, которого добилось человечество, а как угрозу и проблему, требующую безотлагательного решения.

Опасения по поводу последствий стремительного роста численности населения охватили лиц, отвечающих за обеспечение безопасности, еще в 1950-х годах. В Соединенных Штатах Америки президент Дуайт Д. Эйзенхауэр назначил отставного генерала Уильяма Г. Дрейпера руководителем комитета по разработке согласованных стратегий оказания помощи в целях развития. Комитет Дрейпера отметил те области, главным образом в сфере производства продовольствия, которые, по мнению его членов, вызывали серьезную обеспокоенность в связи с ростом численности населения в различных частях развивающегося мира. «Проблемы, связанные с ростом численности населения мира, войдут в число самых серьезных, с которыми столкнется нынешнее молодое поколение», говорится в докладе комитета, изданном в 1959 году. «Если взаимосвязь между текущей тенденцией

Во всем мире показатели детской смертности резко упали с 215 случаев на 1 000 живорождений в 1950 году до менее 160 случаев на 1 000 живорождений всего 19 лет спустя



«Проблемы, связанные с ростом численности населения мира, войдут в число самых серьезных, с которыми столкнется нынешнее молодое поколение».

Комитет Дрейпера

роста численности населения и увеличением объемов производства продовольствия не будет обращена вспять, то решить и без того трудную задачу экономического развития станет практически невозможно» (Draper and others, 1959).

В этой связи комитет рекомендовал Соединенным Штатам Америки и другим экономически развитым странам предоставлять развивающимся странам по их просьбе информацию и техническую помощь «в разработке планов действий по решению проблемы стремительного роста численности населения». Согласно еще одной рекомендации Соединенным Штатам Америки предлагалось «увеличить свою помощь в реализации программ, касающихся охраны материнства и детства, на местном уровне».



© Mark Tuschman

Несколько лет спустя в работе «Демографическая бомба» Пол Эрлих высказал мнение, согласно которому «какая бы проблема вас ни интересовала, вы не решите ее, если при этом не решите проблему роста народонаселения. Какому бы делу вы ни служили, без контроля над численностью населения это будет заведомо проигрышным делом» (Ehrlich, 1968). У Эрлиха неоднократно брал интервью Джонни Карсон, ведущий популярной американской ночной телепрограммы «Сегодня вечером». Его книга стала бестселлером, и вскоре понятие «перенаселенность» и вопросы о том, что следует с этим делать, если вообще нужно что-то предпринимать, горячо обсуждались в гостиницах, лекционных залах и залах заседаний правительств по всему миру.

Исследование 1972 года, проведенное по заказу международного аналитического центра «Римский клуб» научными сотрудниками Массачусетского технологического института, еще больше усилило обеспокоенность в связи с тем, какие последствия продолжающийся стремительный рост численности населения может иметь для общества. В своем исследовании «Пределы роста» исследователи разработали сценарии будущего развития, которые были основаны на различных предположениях относительно роста численности населения, производства продовольствия, индустриализации, загрязнения окружающей среды и потребления невозобновляемых природных ресурсов (Meadows and others, 1972).

Модель «стандартного сценария», в основу которой были положены исторически сложившиеся тенденции 1900–1970 годов, приводила к «выходу за пределы равновесия и коллапсу» в связи с истощением ресурсов, развалом промышленной базы (а вместе с ней и развалом производства сельскохозяйственной продукции, которое становится зависимым от поступления промышленной продукции) и ростом численности населения, который в конечном итоге прекращается, и тенденция обращается вспять вследствие увеличения смертности по причине нехватки продовольствия и отсутствия медицинского обслуживания. Другие сценарии, основанные на скорректированных прогнозах в отношении одной или нескольких переменных, в конечном

итоге также приводили к выходу за пределы равновесия и коллапсу. Лишь в одном сценарии, согласно которому темпы роста численности населения и промышленного капитала стабилизируются, а технический прогресс способствует предотвращению загрязнения окружающей среды и эффективному производству продовольствия, обеспечивалось достижение состояния равновесия, которое приводит к «стабилизации ситуации в мире».

Согласно выводам, к которым пришли исследователи, «если нынешние тенденции роста численности населения мира, индустриализации, загрязнения

окружающей среды, производства продовольствия и истощения ресурсов останутся неизменными, пределы роста на этой планете будут достигнуты примерно за столетие. Наиболее вероятным результатом станет до некоторой степени внезапное и неконтролируемое снижение как численности населения, так и промышленного потенциала». Методы и результаты исследования широко обсуждались и оспаривались, что стимулировало интерес к изучению взаимосвязи между ростом численности населения и функционированием других антропогенных и природных систем (Nørgård and others, 2010).

От обеспокоенности к контролю

Опасаясь того, что стремительный рост численности населения обратит вспять успехи в области развития, породит голод или что-нибудь еще хуже, международные и неправительственные организации и правительства отдельных стран начали принимать меры.

В одних странах эта деятельность осуществлялась в форме изучения демографических тенденций и стремления углубить понимание их последствий с точки зрения достижения целей общества. В других меры принимались в форме перехода к реализации программ планирования семьи. В отдельных случаях

Настенная роспись по планированию семьи: «Второй ребенок — через три года», Индия, 1988 год. © Raghu Rai/Magnum Photos



предпринятые действия были направлены на то, чтобы побудить (или даже принудить) супружеские пары и отдельных людей иметь меньше детей или полностью от них отказаться, что время от времени приводило к нарушению прав человека и сокращению возможностей выбора.

На протяжении 1970-х и 1980-х годов политика в области контроля численности населения или планирования семьи была принята во многих странах. Зачастую такие политические установки определяли цели или задачи, тесно связанные с достижением конкретных демографических результатов — например, устанавливали сроки достижения стабилизации численности населения или ставили цели, связанные со снижением показателей рождаемости или увеличением пропорциональной доли населения, пользующегося современными методами контрацепции.

Однако демографические цели иногда превалировали над правами личности и возможностью выбора. Программы планирования семьи, носившие добровольный характер, в рамках которых отдельные люди имеют право самостоятельно принимать решения относительно использования противозачаточных средств, иногда считались недостаточными для снижения рождаемости. «Условия, которые приводят к желанным или нежелательным деторождениям, находятся вне контроля системы планирования семьи, а следовательно, за пределами контроля любой страны, которая полагается в качестве своей демографической политики только на планирование семьи», писал в 1967 году американский социолог Кингсли Дэвис в своей широко обсуждавшейся статье на эту тему



Бесплатные услуги по уходу за детьми в рамках программы планирования семьи. Индия, 1972 год. © UN Photo/LO

(Davis, 1967). Он утверждал, что если демографическая политика призвана обеспечить контроль над ростом численности населения на благо общества, то потребуются разработать новые направления демографической политики, а не ограничивать ее простым планированием семьи.

Рекомендации Дэвиса включали отсрочку вступления в брак, а также меры вмешательства, побуждающие супружеские пары ограничивать рождаемость. Такие меры могли привести к выхолащиванию механизма защиты и отстаивания прав личности. Например,

финансовые стимулы, такие как денежные выплаты и выдача продуктов питания или предметов домашнего обихода, были включены в некоторые демографические программы в качестве стратегии, призванной убедить супружеские пары принять конкретные методы планирования семьи или ограничить деторождение (Heil and others, 2012); в некоторых демографических стратегиях также предусматривалось предоставление жилищных и кредитных привилегий семьям с меньшим числом детей (Ross and Isaacs, 1988).

Цели, направленные на снижение



Молодая женщина рассматривает «спираль» в центре планирования семьи. Восточная Африка, 1973 год. © UN Photo/FAO

рождаемости и замедление роста численности населения, в ряде случаев были не согласованы с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР).

В 1950-х и 1960-х годах многие новаторские решения в области противозачаточных технологий были обусловлены демографическими проблемами, что привело к появлению современных методов, включая пероральные контрацептивы, внутриматочные средства и инъекционные препараты. Однако в некоторых случаях демографически

мотивированная политика контроля численности населения приводила к реализации подходов, которые ограничивали качество медицинской помощи и ставили под угрозу здоровье и права отдельных людей.

Например, первое крупномасштабное тестирование пероральных контрацептивов было проведено в 1956 году среди 200 женщин, проживавших в одном из районов жилищной застройки на острове Пуэрто-Рико. Женщинам была предоставлена весьма скудная информация о безопасности и потенциальных побочных эффектах, поскольку

в то время о них было мало что известно (Liao and Dollin, 2012). По прошествии определенного времени высказывались опасения и в отношении практики работы учреждений, частных компаний и правительственных ведомств, отвечающих за разработку и оценку эффективности противозачаточных технологий, включая обеспокоенность в связи с отсутствием осознанного согласия пациентов, надлежащего консультирования и медицинского наблюдения (United Nations, 2014).

Углубление понимания тенденций и расширение вариантов выбора для отдельных людей

В то время как опасения в связи с ростом численности населения в ряде случаев приводили к принятию политических установок и реализации программ, ограничивавших или даже попиравших права и возможности выбора, демографические сдвиги XX века также вызвали новую волну научных исследований и глобальных дискуссий по вопросу о том, каким образом динамика изменения численности населения влияет на социально-экономические тенденции и подвергается их влиянию, а также как эти тенденции пересекаются с формирующейся повесткой дня в области прав человека.

Появились новые учреждения, которым было поручено изучать последствия роста численности населения и разрабатывать возможные политические и программные меры реагирования. В 1952 году Джон Д. Рокфеллер III выступил с инициативой созыва совещания под эгидой Национальной академии наук Соединенных Штатов Америки для изучения вопросов, касающихся демографических тенденций и их последствий.

Рост численности населения и экономический рост

После проведения первоначальных дебатов по вопросам идеологии возникла необходимость в получении фактических данных, не зависящих от политического влияния и поддержки, о том, каким образом экономический рост и рост численности населения связаны друг с другом. Важный документ, подготовленный Коулом и Гувером (Coale and Hoover, 1958), продемонстрировал, что в странах, где темпы роста численности населения были очень высокими, показатели экономического роста отставали. Эта корреляция не продемонстрировала причинно-следственной связи, но тем не менее использовалась некоторыми людьми для обоснования опасений относительно негативного воздействия высоких темпов роста численности населения на экономику.

Однако более поздние исследования развенчали эту точку зрения. Например, в 1984 году незадолго до Международной конференции по народонаселению в Мехико в исследовании, проведенном по заказу Национальной академии наук Соединенных Штатов Америки, был сделан вывод о том, что рост численности населения является нейтральным фактором в том, что касается экономического роста. Этот вывод был сделан на основе сопоставления темпов роста численности населения с темпами роста экономики (а не уровней этих показателей). Как представлялось, никакой связи не существовало (National Research Council, 1986). Неопределенность этого вывода и других исследований усилила сопротивление принятию мер в области планирования семьи на конференции 1984 года и в последующий период.

С конца 1990-х годов растет признание того, что совокупные уровни численности населения и их изменения не дают объяснения их взаимосвязи. Принципиальное значение имеет изменение возрастной структуры населения, что происходит по мере того, как дети рождаются в меньшем количестве, в более поздний период жизни и в более безопасных условиях (Bloom and others, 2000 and 2007; Bloom and Canning, 2004) в сочетании с изменением демографических характеристик и возможностей населения, в частности, в сфере образования (Lutz and others, 2008), здравоохранения и занятости (Joshi and Schultz, 2007). По мере снижения рождаемости пропорциональная доля лиц трудоспособного возраста увеличивается по сравнению с долей лиц преклонного

и очень молодого возраста. Если этот период совпадает с широкомасштабными и крупными инвестициями в человеческий капитал, сосредоточенными на молодежи до достижения ею зрелого возраста, а также появлением новых возможностей на рынке труда, то результатом этих процессов становится ускорение экономического роста и повышение уровня благосостояния населения. Этот эффект, называемый «демографическим дивидендом» или «демографическим бонусом» ограничен во времени. По мере того как смертность продолжает снижаться, в том числе в пожилом возрасте, пропорциональная доля иждивенцев старшего поколения в общей численности населения растет, и возможности реализации этого дивиденда могут быть серьезно подорваны.

С ростом числа целевых научных исследований по тематике демографического дивиденда динамика численности народонаселения вновь заняла должное место в дискуссиях по вопросам экономической

Этот эффект, называемый «демографическим дивидендом» или «демографическим бонусом», ограничен во времени.

политики. Нельзя не отметить наличие дополнительных оговорок и недопонимания, которые сопровождали возрождение этой темы. Данный феномен связан с большей численностью молодежи и людей среднего возраста по сравнению с детьми и пожилыми людьми, а не с непосредственным увеличением численности населения трудоспособного возраста, и поэтому для сокращения численности последующих когорт населения требуется снижение рождаемости.

Необходимо также учитывать гендерные аспекты. Численность трудоспособного населения увеличивается в тех случаях, когда женщины могут продуктивно трудиться (то же самое относится к социально отчужденным и изолированным группам населения). Кроме того, старение не всегда связано с упущенными возможностями. Люди рождаются, не имея никаких ресурсов, но становятся «иждивенцами» в пожилом возрасте, располагая накопленными ресурсами, если только они не были малоимущими всегда. Кроме того, часто ошибочно полагают, что «окно возможностей» захлопывается в тот момент, когда иждивенчество достигает своего минимума, даже несмотря на то, что при этом достигаются наиболее благоприятные условия, по сравнению с первоначальной отправной точкой. Этот факт со временем усиливает необходимость в стимулирующих инвестициях, которые сначала способствуют формированию этого дивиденда, а затем поддерживают его на определенном уровне.

Вскоре после этого для продолжения этой работы он учредил Совет по народонаселению. С первых дней своего существования Совет по народонаселению занимался вопросами, связанными с углублением понимания демографических тенденций и их связи с целями общества: одна из его первых программ предусматривала оказание поддержки студентам магистратуры в повышении их квалификации в области демографии.

Однако на начальном этапе работа Совета по народонаселению касалась не только вопросов демографии, но и отражала понимание того, что демографические тенденции имеют в своей основе жизнь отдельно взятых людей. Программы Совета по народонаселению в области социальных и биомедицинских исследований были направлены на то, чтобы описать ситуации, в которых отдельно взятые люди принимают решения в отношении репродуктивной сферы своей жизни, и изучить технологии контрацепции, которые

могли бы помочь расширить возможности людей, связанные с их половой жизнью и рождением детей. Эти вопросы находились в центре внимания тех, кто стремился расширить варианты и возможности выбора для женщин в рамках того, что было известно в то время как движение в поддержку «регулирования рождаемости»; и в самом деле, в том же году была создана Международная федерация планируемого родительства под совместным председательством первопроходцев в области регулирования рождаемости Маргарет Сэнгер из Соединенных Штатов Америки и леди Рама Рау из Индии (Claeys, 2010).

Доклад Комитета Дрейпера 1959 года оказал значительное влияние на последующее создание в 1969 году Управления по народонаселению при Агентстве Соединенных Штатов Америки по международному развитию, и другие развитые страны начали разрабатывать программы в области народонаселения в рамках своих стратегий оказания помощи зарубежным государствам. Ключевой особенностью этих программ стало предоставление информации и услуг в области планирования семьи. Соединенные Штаты Америки и Швеция вскоре стали ведущими донорами программ планирования семьи, действовавшими на двусторонней основе во всем развивающемся мире (Robinson and Ross, 2007).

Обеспокоенность в связи со стремительным ростом численности населения также нашла свое отражение в решениях Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, которая в 1966 году приняла резолюцию 2211 (XXI), озаглавленную «Рост численности населения и экономическое развитие». В этой резолюции содержится призыв к Организации Объединенных

Наций «оказывать, при поступлении соответствующей просьбы, помощь в дальнейшем развитии и укреплении национальных и региональных механизмов подготовки кадров, проведения исследований, информационных и консультативных услуг в области народонаселения с учетом различного характера демографической проблемы в каждой стране и регионе и возникающих в связи с этим потребностей» (Singh, 2002). В следующем году Генеральный секретарь ООН У Тан учредил целевой фонд с широким мандатом для оказания поддержки странам всего мира в разработке демографической политики, а в 1969 году этот целевой фонд стал называться ЮНФПА, а его первым Директором-исполнителем был назначен Рафаэль Салас.

Вместе с аналогичными учреждениями той эпохи ЮНФПА содействовал более глубокому изучению причин и последствий демографических тенденций. В партнерстве с Агентством Соединенных Штатов Америки по международному развитию ЮНФПА приступил к проведению Всемирного обследования рождаемости, призванного обеспечить сбор и обобщение надежных демографических данных. Это обследование впервые в истории помогло пролить свет на важные вопросы, касающиеся жизни женщины, включая их предпочтения, выбор и потребности, связанные с рождаемостью и деторождением.

Совет по народонаселению, Международная федерация планируемого родительства, Агентство Соединенных Штатов Америки по международному развитию и другие учреждения стали членами-основателями нового движения в области демографии, которое придало новый импульс, политическую волю и направило



Маргарет
Сэнгер

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

Рафаэль Салас

Получивший ласковое прозвище «господин Народонаселение», Рафаэль Салас наблюдал за рождением ЮНФПА в 1969 году в качестве его первого Директора-исполнителя. Под его руководством ЮНФПА превратился из небольшой организации в крупнейшего в мире поставщика многосторонней помощи в

области народонаселения. На этом пути был достигнут всемирный консенсус в отношении того, что существует неразрывная связь между народонаселением и развитием, с одной стороны, и сексуальными и репродуктивными правами людей и их правом на здоровье, с другой, кульминацией которого стала Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию.

«Родители обладают неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности решать вопрос о числе своих детей и интервалах между их рождением», — сказал он участникам Международной конференции по правам человека 1968 года. Для того времени это было новаторским заявлением, особенно из уст Саласа как вице-председателя конференции.

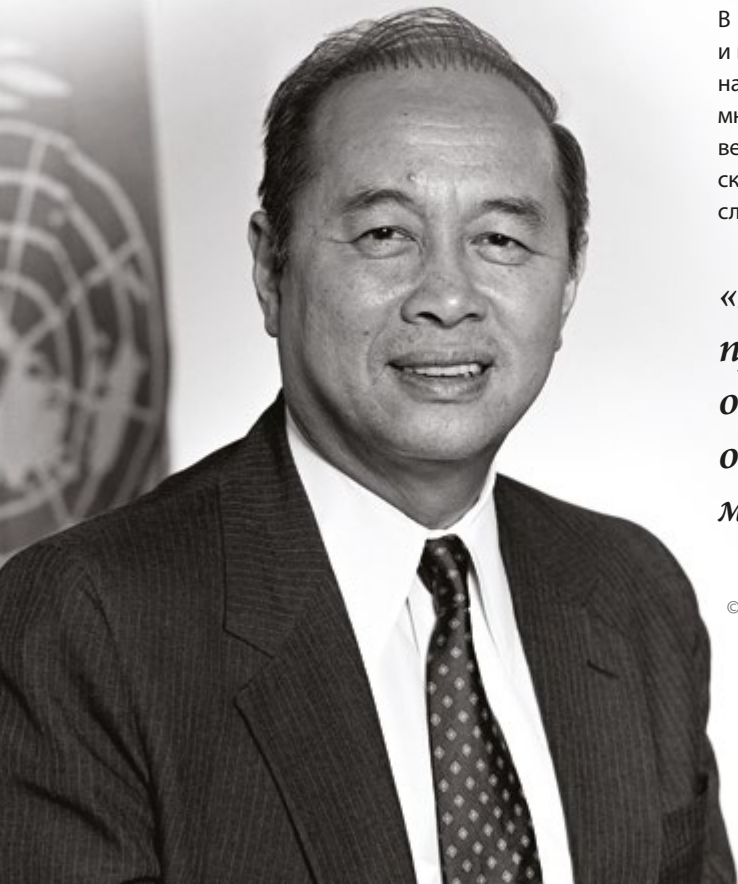
Салас был широко известен тем, что объединял людей, которые в противном случае могли бы оставаться разобщенными, помогая им выходить за рамки закостеневших идеологических позиций и достигать согласия по вопросам, вызывающим всеобщую обеспокоенность. Действия ради всеобщего блага всегда были в центре его внимания. Он возглавил Международную конференцию по народонаселению 1984 года в Мехико и был первопроходцем в работе Организации Объединенных Наций с парламентариями и религиозными лидерами. Он убедил людей на всех уровнях государственного управления включить взаимосвязанные вопросы народонаселения и нищеты в национальные планы развития.

Человек многих талантов, в разное время Салас был профессором и поэтом, директором-исполнителем Национального экономического совета его родных Филиппин и генеральным управляющим газеты «Хроника Манилы». В качестве национального координатора филиппинской Национальной программы по рису и кукурузе он стал инициатором «зеленой революции», которая впервые в истории сделала Филиппины самодостаточной страной в производстве риса.

В 1987 году со всех уголков земного шара собрались его друзья и коллеги, чтобы проводить его после его безвременной кончины на посту Директора-исполнителя ЮНФПА. Были отмечены его многочисленные достижения, и все согласились, что потеряли великого человека, который всегда вел себя с окружающими как скромный государственный служащий. За свою человечность и годы службы он останется в памяти всеми любимым человеком.

«Родители обладают неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности решать вопрос о числе своих детей и интервалах между их рождением.»

© UN Photo/M. Grant



ресурсы на изучение вопросов народонаселения, в результате чего произошло расширение программ планирования семьи в развивающихся странах, которые помогли расширить возможности людей принимать решения, касающиеся репродуктивной сферы их жизни. Вместе с тем в рамках этого движения нарастала напряженность по поводу того, является ли рост численности населения по своей сути проблемой, и если да, то являются ли программы в области планирования семьи надлежащим или достаточным решением.

Эта напряженность проявилась на Всемирной конференции по

народонаселению в Бухаресте в 1974 году. К тому времени развитые страны уже оказывали поддержку усилиям по планированию семьи в развивающихся странах, а также помощь правительствам стран в разработке демографической политики.

Однако не все развивающиеся страны приветствовали эту поддержку; некоторые из них, по сути, не видели в росте численности населения в своих странах проблемы, требующей решения, и были разочарованы тем, что развитые страны, по их мнению, уделяли чрезмерное внимание этому вопросу. Для тех, на чьи взгляды оказала влияние

трудовая теория стоимости К. Маркса, увеличение численности населения означало увеличение числа работников и, следовательно, создание большего богатства, а попытки замедлить этот рост вызывали подозрение и сопротивление. Другие считали, что увеличение числа работников приведет к улучшению условий труда только в том случае, если рынок создаст достаточное число рабочих мест. Поскольку темпы роста численности населения нередко превышали темпы экономического роста, этот разрыв приведет к неполной занятости и безработице и, как следствие, социальным потрясениям.

«Действительно ли перенаселенность многих странах мира в наши дни

ПОБОРНИЦА ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Джудит Брюс

Будучи наблюдательной девочкой-подростком, Джудит Брюс поняла, что, если плыть по течению, то согласно устоявшимся традициям «становление женщины» означает не только телесные изменения, но и потерю свободы. Выбор молодых женщин в отношении сексуального поведения и рождаемости сдерживался не только равнодушием в сфере охраны здоровья, но и в не меньшей степени отсутствием дохода и «права высказывать свое мнение».

Даже когда ее поколение приветствовало появление современных противозачаточных средств, Брюс усомнилась в том, что ей следует прежде всего полагаться на техническое решение этого вопроса. В начале 1920-х годов она присоединилась к групповому судебному иску, с тем чтобы поддержать право женщины на выбор, и изучала, как подростковый возраст девочек формирует их способность вести достойную жизнь по своему собственному усмотрению.

В области интеллектуальной деятельности она полагалась на свой жизненный опыт, в частности, она одновременно опубликовала материалы о социально-экономической самостоятельности женщин в домашних хозяйствах и об уходе, ориентированном на получателей услуг. Ее концепция «качества ухода» легла в основу

изменений в программах планирования семьи во всем мире: от упора на количественные показатели в качестве мерил успеха к содействию устойчивому и безопасному использованию соответствующих средств путем реагирования на первоочередные потребности девочек и женщин. Эта рамочная основа содержала шесть элементов: обеспечение клиентам возможности выбора среди различных методов контрацепции с учетом их нужд; обмен информацией с клиентами, чтобы помочь им сделать осознанный выбор; техническая компетентность поставщиков услуг; уважительные и благоприятные межличностные взаимоотношения; последующий контроль и обеспечение непрерывного функционирования механизма по предотвращению прекращения пользования услугами; и соответствующий спектр услуг, позволяющий гарантировать, что клиенты получают весь комплекс услуг, необходимых для удовлетворения их потребностей как в сфере охраны здоровья, так и в более широком социальном плане.

Эта рамочная концепция легла в основу переориентации ряда программ в области планирования семьи по всему миру. Брюс стала одним из архитекторов Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, обеспечивших признание того, что ориентированные на клиента услуги в области охраны репродуктивного здоровья и стратегии расширения прав и возможностей женщин являются равноценными, а не взаимоисключающими целями.

порождает безработицу и нищету? Нет, конечно нет. В основном это является следствием агрессии, грабежа и эксплуатации со стороны империалистов, особенно сверхдержав», — сказал Хуанг Шу-Цзе, глава китайской делегации в Бухаресте (Potts and others, 2018). Министр здравоохранения и планирования семьи Индии Каран Сингх утверждал, что высокая рождаемость в основном обуславливается общими социально-экономическими условиями, и поэтому первоочередное внимание следует уделять увеличению помощи в целях развития, а не помощи в области планирования семьи. «Наилучшим противозачаточным средством, — сказал он, — является развитие» (Potts, 1992).

Эти высказывания способствовали возникновению некоторой двусмысленности в отношении того, насколько эффективны зарождающиеся программы планирования семьи, и существует ли взаимосвязь между ростом численности населения и экономическим ростом в более широком плане. Действительно, вопросы о факторах, способствующих снижению рождаемости и ускорению демографического перехода в развивающихся странах, поднимались в ходе многих обсуждений.

В своем выступлении в Бухаресте в 1974 году Джон Д. Рокфеллер III

выразил «разочарование результатами применявшегося подхода к планированию семьи» и настоятельно призвал к переоценке сложившейся ситуации, которая должна была выйти за рамки простого предоставления услуг по планированию семьи. «На мой взгляд, если мы хотим добиться подлинного прогресса в экономическом и социальном развитии, если мы хотим добиться прогресса в достижении целей в области народонаселения, должны осуществляться последовательные шаги, позволяющие женщинам иметь бóльшую свободу выбора при определении своей роли в обществе» (Rockefeller, 1978).

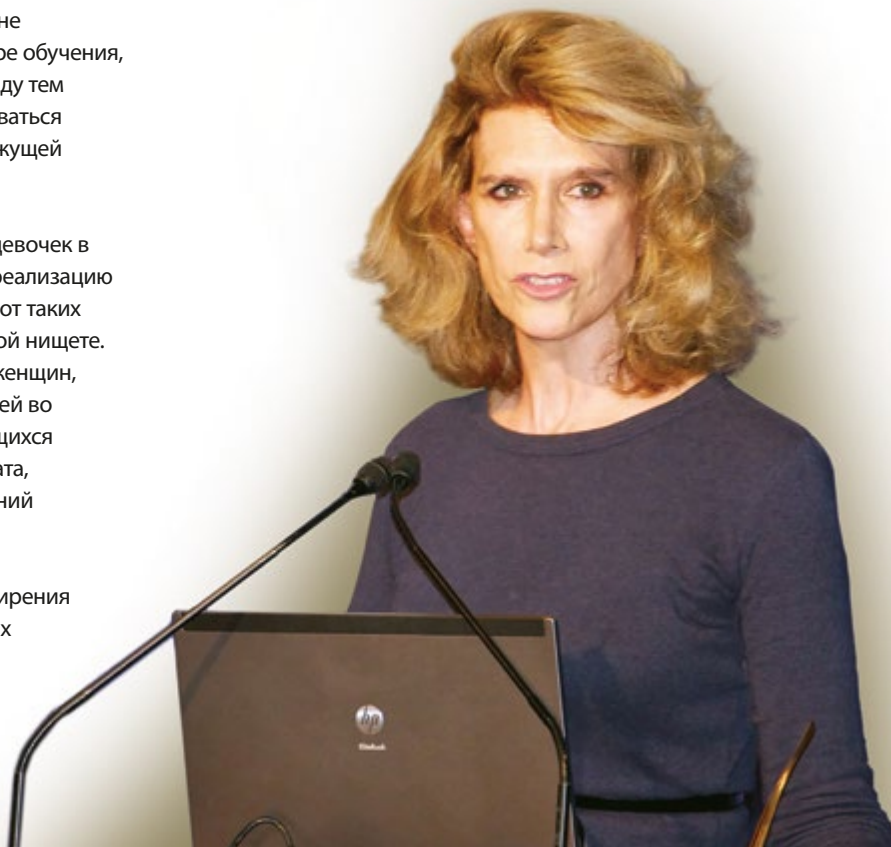
В наши дни она призывает использовать Цели устойчивого развития для привлечения инвестиций в горячие точки, где пересекаются такие вопросы, как вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте, сексуальное принуждение, неудовлетворенные потребности, нехватка ресурсов и передаваемая от поколения к поколению нищета. «Девочки, которые подвергаются наибольшему риску неблагоприятных последствий, скорее всего станут матерями-одиночками и единственными кормильцами в домохозяйстве», — говорит она. Затем эти девочки становятся еще более социально отчужденными, поскольку их домашние обязанности не позволяют им воспользоваться возможностями в сфере обучения, трудоустройства и участия в жизни своих общин. Между тем живущие в тех же общинах мужчины могут воспользоваться преимуществами нового экономического уклада, движущей силой которого является технический прогресс.

«Без активных упреждающих инвестиций в развитие девочек в возрасте 10–14 лет страны не могут рассчитывать на реализацию демографического дивиденда», — говорит она. Отказ от таких инвестиций, говорит она, равносителен запланированной нищете. Она предсказывает «растущее давление на молодых женщин, вынуждающее их торговать своим телом и рожать детей во имя собственного выживания в условиях все учащающихся чрезвычайных ситуаций по причине изменения климата, возникновения конфликтов, вынужденных перемещений населения, дефицита и стресса».

Брюс призывает обратить вспять эту тенденцию расширения масштабов запланированной нищеты и сопутствующих

некачественных услуг по охране репродуктивного здоровья посредством реализации планов действий, ориентированных на удовлетворение потребностей тех, кто нуждается в этом больше всего, исходя из факторов возраста, гендерной принадлежности и местонахождения этих людей. Отправная точка преобразований: на сегодняшний день это 50 миллионов 10-летних девочек в наименее обеспеченных странах мира.

© Nadia Todres



Откат к узкому определению демографической политики

По мере того как на протяжении 1980-х годов национальная политика в области народонаселения продолжала расширять свое влияние, страх и недоверие к тем, кто содействует достижению демографических целей, продолжали нарастать. Все расширяющееся международное движение за охрану здоровья женщин выступило в поддержку программ, обеспечивающих не только доступ к услугам по планированию семьи, но и реализацию целостного подхода к охране репродуктивного здоровья женщин, включая уделение внимания вопросам сексуального поведения и отношений между полами.

Несмотря на все многообразие движения за охрану здоровья женщин, его объединяет основополагающая идея: разработка, осуществление и оценка эффективности программ охраны здоровья женщин должны определяться заботой об их репродуктивном здоровье и правах, а не демографическими целями. Женские организации во всем мире все чаще призывают к осуществлению политики и программ, в рамках которых женщины рассматриваются как субъекты, имеющие свои собственные потребности и права, а не просто как объекты достижения более широких социальных целей.

Все большее число активистов стали призывать к проведению новых исследований и сбору данных о потребностях и предпочтениях женщин, связанных с рождаемостью и планированием семьи, и многие из них утверждали, что эти потребности и предпочтения, а не демографические целевые показатели, должны служить главным ориентиром

в демографической политике и программах планирования семьи. Действительно, авторитетные исследования, проведенные Синдингом и соавторами (Sinding and others, 1994), показали, что в большинстве исследованных стран существующий спрос на услуги в области планирования семьи превышает национальные целевые показатели распространенности противозачаточных средств, установленные правительством; поэтому утверждалось, что политические установки в области народонаселения, ориентированные на достижение демографических целей, следует заменить задачами, выраженными в категориях заявленных потребностей обслуживаемого населения.

Все силы на подготовку МКНР

Индивидуальные и коллективные цели могут быть согласованы в широком контексте демографической политики: это послание стало всемирным призывом к сплочению в ходе подготовки к МКНР, которую предстояло провести в 1994 году в Каире.

Будучи центральным учреждением-организатором наряду с Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций, ЮНФПА стремился навести мосты в рамках движения, которое становилось все более разобщенным. Эти учреждения старались развить первоначально сформулированные основы всемирного движения в области народонаселения, признавая, что понимание демографических тенденций имеет решающее значение для достижения долгосрочных результатов в области развития при одновременном понимании центральной роли жизни женщин и защите их прав и возможностей выбора в качестве основного принципа демографической политики.

Руководимый Директором-исполнителем ЮНФПА д-ром Нафисом Садиком, Секретариат МКНР организовал процесс подготовки документов, результатом которого стала основанная на консенсусе Программа действий, которая коренным образом изменила взгляды на то, как следует разрабатывать и осуществлять демографическую политику в будущем.

Путь до Каира был длинным и целенаправленным. Первое подготовительное совещание было проведено в 1991 году, когда термин «развитие» впервые в истории стал частью названия международной конференции по народонаселению, а проект программы действий был рассмотрен, обсужден и принят государствами на последующих совещаниях «подготовительного комитета».

Наряду с подготовительными совещаниями Секретариат МКНР организовал совещания групп экспертов для решения таких непростых вопросов, как рост численности населения, миграция, планирование семьи и охрана здоровья, народонаселение и окружающая среда. В целях обеспечения широкой географической представленности и вовлеченности были организованы пять региональных совещаний, и, что особенно важно, проведены многочисленные официальные и неофициальные совещания неправительственных организаций, что позволило обеспечить разнообразное и активное участие представителей широкого круга заинтересованных сторон.

Многочисленные консультации, разнообразные совещания, формирование стратегии информационной поддержки и вовлечение заинтересованных сторон принесли свои плоды. В итоговой Программе действий

Нафис Садик

лучшему. И в 1994 году она это сделала, убедив людей объединиться на основе совершенно нового понимания взаимосвязи между народонаселением и развитием.

С самого начала она решила бросить вызов устоявшимся взглядам. Она получила диплом врача по специальности «Акушерство», работала с малоимущими сельскими женщинами и мужчинами и помогла разработать первую национальную демографическую политику Пакистана.

Когда в 1987 году она поступила на работу в ЮНФПА и стала его вторым Директором-исполнителем, это был первый случай, когда женщина возглавила одну из основных добровольно финансируемых программ Организации Объединенных Наций. Она быстро стала страстной поборницей предоставления женщинам различных инструментов — от информации до противозачаточных средств, позволяющих им контролировать репродуктивную сферу жизни. В поездках по всему миру она выслушивала рассказы женщин об истории их жизни и на их основе развернула неослабевающую кампанию борьбы за их право на здоровье и жизнь, свободную от насилия.

В начале 1990-х годов Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций поручил Садик возглавить подготовку к Международной конференции по народонаселению и развитию. Эта конференция стала крупнейшим в истории межправительственным форумом по этому вопросу и произвела революцию в подходе к охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Используя силу убеждения и влияние, Садик поддержала организации гражданского общества, которые сыграли важную роль на всех этапах этого

процесса, установив новые нормы участия активистов в международных политических переговорах.

Когда конференция началась, Садик выступила перед делегатами и сказала с типичной для нее прямотой: «Любые формы принуждения в демографической политике и программах неприемлемы. Женщины и мужчины имеют право делать свой выбор в отношении размера своей семьи и промежутков между рождением детей, а также получать необходимую для этого информацию и средства».

«В центре этого процесса всегда находятся люди, будь то инициаторы перемен или получатели помощи, — заявила она. — В наших силах облегчить их бремя, устранить препятствия на их пути и позволить им в полной мере реализовать свой человеческий потенциал».

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo

«В центре этого процесса всегда находятся люди, будь то инициаторы перемен или получатели помощи»





© Mark Tuschman

правительства стран впервые в истории согласились с тем, что демографическая политика должна включать широкий спектр вопросов социального развития. Им удалось достичь консенсуса в том, что планирование семьи следует осуществлять в контексте всеобъемлющей охраны репродуктивного здоровья, в том числе в сфере обеспечения здорового и безопасного деторождения, предотвращения инфекций, передаваемых половым путем, и решения связанных с этим проблем охраны репродуктивного и сексуального здоровья, включая гендерно мотивированное насилие и другие вредные обычаи. Расширение прав и возможностей женщин и обеспечение гендерного равенства стали рассматриваться как основополагающие

элементы политики в области народонаселения и развития.

В основе выдвижения этих принципов на первый план лежало общее понимание того, что укрепление здоровья и прав личности будет способствовать снижению рождаемости и замедлению роста численности населения. Благодаря тому, что причины и следствия стремительного роста численности населения были вписаны в контекст развития человеческого потенциала и социального прогресса, правительства стран совместно с гражданским обществом, придерживающимся различных политических, культурных и научных точек зрения, смогли присоединиться и поддержать эти рекомендации (Ashford, 2001).

В отличие от итоговых документов предыдущих международных конференций по народонаселению в принятой Программе действий вопросы, касающиеся сексуального поведения, воспроизводства и отношений между полами, рассматривались с позиции открытости и уважительного отношения. В ней были подчеркнуты важнейшие взаимосвязи между охраной сексуального и репродуктивного здоровья и прав, с одной стороны, и практически всеми другими элементами проблемы народонаселения и развития, с другой: урбанизацией, миграцией, старением населения, изменением состава семьи и правами молодежи. В порядке сравнения: ни Всемирный

план действий в области народонаселения, принятый на Бухарестской конференции 1974 года, ни рекомендации конференции в Мехико 1984 года не включали такие термины, как «сексуальное» или «сексуальность» (United Nations, 1995).

Обобщение накопленного опыта

Благодаря консенсусу, достигнутому на МКНР, были получены значительные и долгосрочные результаты. Ушли в прошлое демографические целевые показатели, устанавливаемые по принципу «сверху вниз»; сегодняшнее отношение к «демографической политике» является отражением достижения широкого консенсуса в отношении того, что образование, расширение прав и возможностей и равенство женщин имеют первостепенное значение. В контексте всесторонней охраны сексуального и репродуктивного здоровья в полной мере признается важность планирования семьи.

При этом многие продолжают обращать внимание на то, каким образом демографические тенденции могут препятствовать достижению конечных результатов в области развития. Например, во многих районах, которые охвачены нищетой и конфликтами или уязвимы к изменению климата или стихийным бедствиям, темпы роста численности населения остаются высокими. С другой стороны, сохраняющаяся низкая рождаемость и старение населения вызывают беспокойство по поводу состояния экономики и способности общества обеспечить функционирование адекватной системы социальной защиты.

Несомненно, динамика численности населения формирует социальные условия, а также формируется ими. Эти взаимосвязи являются сложными, многомерными и многонаправленными. Уроки прошлого показали, что меры, направленные на формирование или изменение демографических

тенденций, которые финансируются государством по принципу «сверху вниз», ни к чему не приводят: они являются слишком грубыми инструментами достижения намеченных результатов, налагают неоправданные ограничения на индивидуальный выбор и чреваты вопиющим нарушением прав человека.

Но необходимо добиться и более глубокого понимания демографических тенденций и их взаимосвязи с целями в области развития. Международное сообщество несет ответственность за сбор и распространение данных, которые дают возможность выявить эти взаимосвязи, при одновременном выдвигении на первый план примата прав и возможностей выбора во всех жизненных ситуациях, но особенно в том, что касается доступа к информации и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАВЫ

- Организация Объединенных Наций учредила ЮНФПА в 1969 году в период стремительного роста численности населения для оказания странам помощи в анализе демографических тенденций и их взаимосвязи с социально-экономическим развитием.
- В 1970-е годы правительства, неправительственные организации и учреждения, занимающиеся вопросами развития, увеличили объемы поставок надежных и современных противозачаточных средств, с тем чтобы женщины могли самостоятельно контролировать свою репродуктивную функцию.
- На раннем этапе достижение демографических целей являлось главной целью некоторых программ по планированию семьи, что время от времени ставило под угрозу качество услуг в области охраны репродуктивного здоровья.
- К 1994 году, когда состоялась Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР), в мире сформировался консенсус в отношении того, что женщины имеют право принимать собственные решения о том, заводить ли детей, а если да, то когда и как часто. Программа действий МКНР показала, что репродуктивные права и устойчивое развитие взаимно подкрепляют друг друга.
- Осуществление прав и обеспечение возможностей выбора для всех будут зависеть от продолжения партнерских отношений между гражданским обществом, правительствами, научно-преподавательским сообществом и международными учреждениями.
- Успех Целей устойчивого развития, провозглашенных Организацией Объединенных Наций, отчасти зависит от обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.



В НАЛИЧИИ, НО НЕДОСТУПНО

В 1970-е годы и последующий период число национальных программ в области народонаселения и объемы финансирования этих программ со стороны доноров увеличивались в геометрической прогрессии, что повысило уровень наличия противозачаточных средств в развивающихся странах.

Международная федерация планируемого родительства также предоставила возможность выразить свое мнение женщинам всего мира, требующим доступа к информации и услугам, которые позволили бы им контролировать свою репродуктивную функцию. Самой главной целью, которую поставила перед собой эта федерация, было расширение круга имеющихся вариантов предупреждения беременности. В 1950-х годах наиболее распространенные методы контрацепции, такие как мужской презерватив, прерванный половой акт и периодическое воздержание, в основном зависели от позиции мужчин. Маргарет Сэнгер, одна из основательниц программы «Планируемое отцовство», проявляла особый интерес к разработке таблеток,

которые были бы такими же простыми в применении, как аспирин, и позволили бы женщинам предотвратить беременность. В 1953 году она познакомила американскую феминистку Кэтрин Декстер МакКормик, занимающуюся благотворительностью, с д-ром Грегори Пинкусом. МакКормик предоставила Пинкусу финансирование для исследования возможности создания перорального гормонального контрацептива, и к 1960 году «таблетка» появилась на рынке.

В 1970 году Совет по народонаселению учредил Международный комитет по исследованиям в области контрацепции в целях дальнейшего расширения ассортимента противозачаточных средств, в том числе средств длительного

действия, таких как имплантаты и инъекционные препараты.

К 1976 году более 100 правительств предоставляли информацию и услуги в области контрацепции либо напрямую в государственных медицинских учреждениях, либо при посредстве неправительственных организаций. Число стран, предоставляющих современные средства контрацепции, увеличилось до почти 140 к 1986 году и до 160 к 1996 году (United Nations, 2013). К 2015 году лишь 6 процентов правительств не предоставляли никакой поддержки в области планирования семьи. Тем не менее, эти правительства позволили частному сектору оказывать услуги по планированию семьи, не предоставляя им никакой материальной или финансовой поддержки (United Nations, 2017a).

По мере роста государственной поддержки в области планирования семьи и числа методов контрацепции увеличивалось и число людей, пользующихся противозачаточными средствами. За период 1970–2015 годов пропорциональная доля женщин, состоящих в официальном или гражданском браке, которые сообщили об использовании противозачаточных средств, почти удвоилась — с 36 до 64 процентов (United Nations, 2015).

За последние полвека правительства стран и международное сообщество доноров расширили доступность многочисленных методов контрацепции для людей во всем мире, и это привело к широкому применению сочетания разнообразных методов, чему мы сегодня являемся свидетелями.

Нечто большее, чем просто планирование семьи

По мере того, как по всему миру предпринимались усилия по поэтапному развертыванию программ планирования семьи, проблемы женщин стали играть первостепенную роль. Например, в 1975 году Организация Объединенных Наций объявила о начале Десятилетия женщины, и многочисленные международные конференции и региональные совещания позволили женщинам во всем мире встречаться, обмениваться информацией и выступать за перемены. Все больше и больше женщин требовали свободы действий в отношении репродуктивной сферы своей жизни, и такая свобода действий, по их утверждению, выходит за рамки простого наличия средств планирования семьи. Например, в ответ на новые фактические данные, заставившие задуматься о том, что сотни тысяч женщин ежегодно умирают во время беременности или родов, движение за охрану здоровья

женщин в 1987 году выступило с глобальной инициативой «Безопасное материнство». Эта инициатива была направлена на сокращение материнской смертности на 50 процентов к 2000 году посредством укрепления системы оказания медицинской помощи на уровне общин и разработки систем быстрой перевозки пациентов, с тем чтобы беременные женщины, входящие в группу риска, могли получать жизненно важные услуги по охране материнства.

Организации гражданского общества между тем призывали к замене узконаправленных программ планирования семьи, сосредоточенных на раздаче противозачаточных средств, более широкими услугами по охране репродуктивного здоровья. Они утверждали, что наличие системы планирования семьи является лишь частью этой деятельности и что для обеспечения реализации прав и возможностей выбора все люди нуждаются в наличии всесторонней информации и комплекса услуг, связанных с половой жизнью и охраной репродуктивного здоровья, и заслуживают того, чтобы такие услуги были им оказаны.

Так близко, но все же так далеко

В 1994 году в Программе действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, было не только подтверждено, что планирование семьи, охрана сексуального и репродуктивного здоровья и защита репродуктивных прав неразрывно переплетены друг с другом, но и содержался призыв к государствам обеспечить *доступ* к услугам по дородовому наблюдению; обеспечению безопасного родоразрешения и послеродовому уходу; лечению бесплодия; производству безопасных аборт в тех случаях, когда это разрешено

законом, и лечению осложнений после небезопасных абортов; лечению инфекций репродуктивного тракта и заболеваний, передаваемых половым путем; и информации, просвещению и консультированию по вопросам половой жизни, охраны репродуктивного здоровья и ответственного отношения к родительским обязанностям.

В этой Программе действий было также подтверждено, что в целях получения этих услуг всегда должна быть возможность перенаправления пациентов к конкретным специалистам, а также лечения рака молочной железы и онкологических заболеваний репродуктивных органов; и что противодействие вредным обычаям, таким как калечащие операции на женских половых органах, должно стать неотъемлемой частью первичной медико-санитарной помощи (United Nations, 2014a).

Термин «доступ» был использован с целью подчеркнуть, что *наличие* услуг по охране репродуктивного здоровья является недостаточным условием для того, чтобы каждый человек смог реализовать свои репродуктивные права. Права универсальны, а это означает, что они присущи каждому человеку. Женщина, которая, к примеру, не в состоянии воспользоваться услугами по планированию семьи, даже если они имеются в наличии, лишена права планировать размер своей семьи. Поэтому для осуществления прав необходимо устранить социальные, экономические и иные барьеры, препятствующие получению доступа.

Одним из самых простых и базовых определений понятия «доступ» является географическая близость к пунктам оказания услуг. Большие расстояния могут затруднить доступ либо из-за ограниченности приемлемого по цене транспорта, либо по причине слишком высоких издержек, которые



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

могут понести малоимущие женщины в случае необходимости совершить поездку и прервать на это время получение средств к существованию. Но расстояние — это только часть проблемы, требующей своего решения. Иногда услуги имеются в наличии буквально в двух шагах, но все равно остаются недоступными.

Например, близлежащая клиника планирования семьи может предлагать услуги, но поставщик услуг, имеющий предвзятое отношение к посетителям, может отказать в выдаче противозачаточных средств молодому человеку или незамужней женщине. В этой же клинике предложение может быть ограничено лишь одним или двумя современными методами

контрацепции, но не будет того, который для некоторых женщин является предпочтительным. Поставки противозачаточных средств могут осуществляться с перебоями. Могут действовать законы, которые предусматривают запрет на доступ к услугам для определенных групп населения, или мужа могут запрещать своим женам использовать любую форму контрацепции.

Со временем исследователи и специалисты-практики помогли сформулировать многомерные концепции доступа, признав, что на доступ влияют факторы, действующие на уровне отдельных лиц, общин, поставщиков услуг и пунктов оказания услуг. Расширенные концепции обеспечения доступа признают

наличие многочисленных барьеров, мешающих отдельным людям получить доступ к информации и услугам, которые обеспечивают им здоровье, благополучие и реализацию прав и возможностей выбора в отношении своего сексуального и репродуктивного поведения.

Преодоление барьеров, препятствующих доступу

За последние полвека в расширении доступа людей во всем мире к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и связанной с этим информации был достигнут значительный прогресс. Однако этот прогресс был неравномерным, и проявления неравенства сохраняются как внутри стран, так и между ними — не только

в отношении традиционных факторов обеспокоенности в связи с планированием семьи и охраной материнства, но и информации и услуг, которые могут создать благоприятные условия для реализации всего спектра мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

Здесь действуют многочисленные социальные, институциональные, политические, географические и экономические факторы. Проявления неравенства в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья в значительной степени обусловлены неравенством доходов, качеством медицинских услуг в системе здравоохранения и сферой их охвата, законами и политическими установками, социальными и культурными нормами, а также охваченностью людей половым просвещением.

Неравенство доходов

На сегодняшний день в большинстве развивающихся стран доступ к важнейшим услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, как правило, самый низкий среди наименее обеспеченных

20 процентов домохозяйств и самый высокий среди наиболее зажиточных 20 процентов (UNFPA, 2017). Взаимосвязь между нищетой и отсутствием доступа является сложной: в то время как в некоторых случаях одним из барьеров, препятствующих доступу к медицинским услугам и изделиям, может стать размер финансовых издержек, связанных с получением таких услуг, уровень дохода неразрывно связан с многочисленными социальными, институциональными, политическими, географическими и экономическими факторами, которые также могут сказаться на доступности таких услуг и изделий для конкретного человека.

Женщины из наименее обеспеченных домохозяйств могут оказаться практически или полностью лишены доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, что приводит к непреднамеренным беременностям, повышенному риску заболевания или смерти по причине беременности или родов, а также к необходимости рожать самостоятельно без помощи врача, медсестры или акушерки.

Плохое состояние сексуального и репродуктивного здоровья этих женщин может лишить их возможностей, ослабить их потенциал и закрепить их положение на нижней ступени экономической лестницы. Показатели подтверждают наличие огромных различий между квинтилями материального благосостояния в отношении многих важнейших услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья (UNFPA, 2017). Например, в большинстве развивающихся стран пропорциональная доля спроса на услуги в области планирования семьи, удовлетворяемая с помощью современных методов контрацепции, обеспечения доступа к надлежащему дородовому наблюдению и повышения вероятности квалифицированного родовспоможения, значительно ниже среди малоимущих, чем среди более зажиточных домохозяйств (диаграммы 4.1, 4.2, 4.3).

За последние 50 лет в обеспечении новых групп населения информацией и услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья были достигнуты значительные успехи. Диаграмма 4.4 свидетельствует о том, что во многих

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



ДИАГРАММА 4.1

Пропорциональная доля спроса на средства планирования семьи, удовлетворенного современными методами контрацепции, в разбивке по уровням развития стран, месту жительства и квинтилям материального благосостояния, данные за последний год, по которому они имеются в наличии

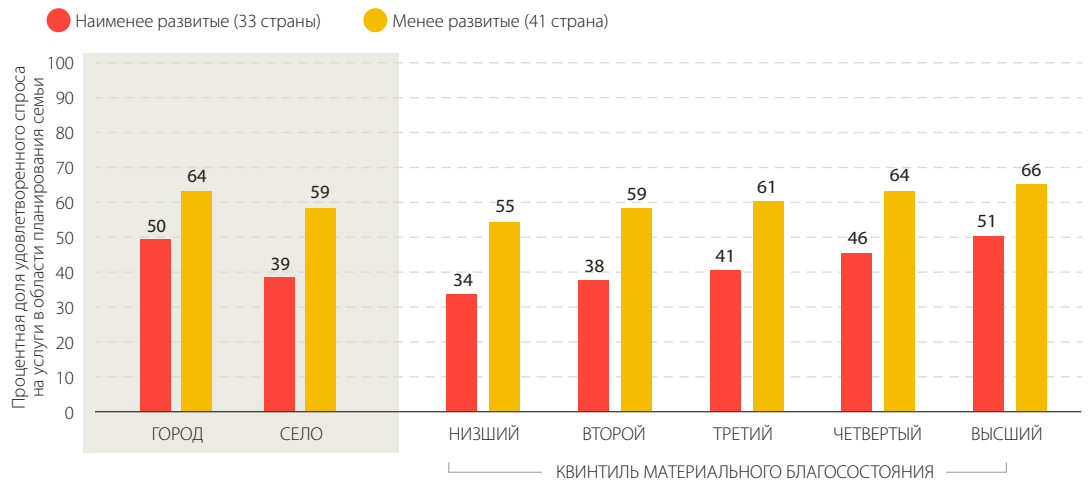


ДИАГРАММА 4.2

Пропорциональная доля женщин, проходящих дородовой осмотр не менее четырех раз, в разбивке по уровням развития стран и квинтилям материального благосостояния, данные за последний год, по которому они имеются в наличии

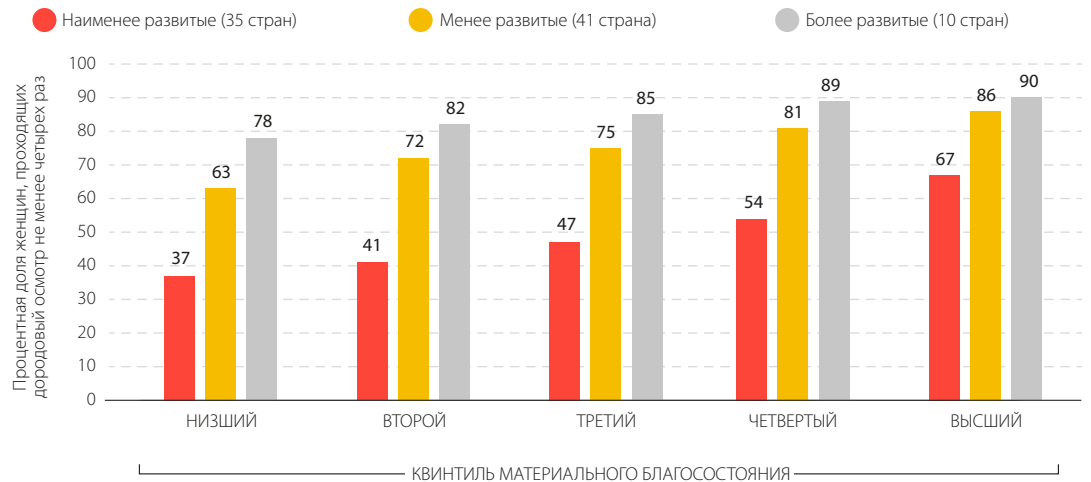
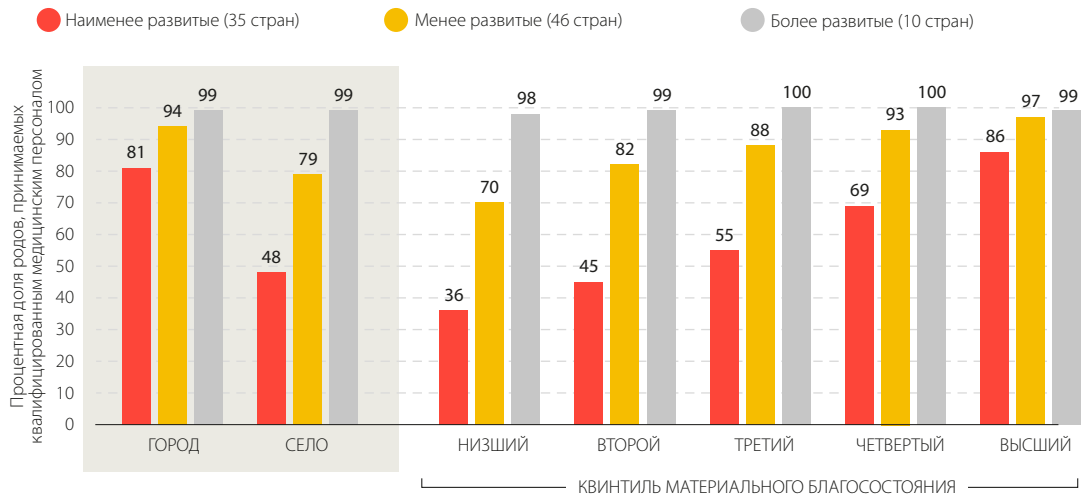


ДИАГРАММА 4.3

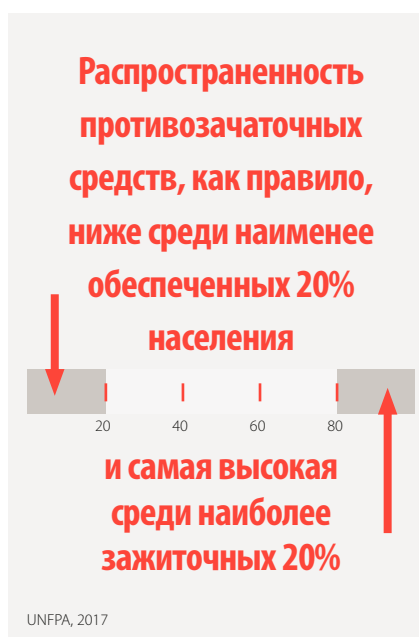
Пропорциональная доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом, в разбивке по уровням развития стран, месту жительства и квинтилям материального благосостояния, данные за последний год, по которому они имеются в наличии



странах отмечается значительный прогресс в расширении доступа к услугам, которые привели к кардинальному сокращению материнской смертности: коэффициент материнской смертности в мире снизился почти на 44 процента, причем прогресс в этой области был достигнут во всех регионах (Alkema and others, 2016).

Однако во многих других странах наименее обеспеченные слои населения не могут в равной степени пользоваться плодами такого прогресса. К примеру, подавляющее большинство случаев материнской смертности происходит в условиях нехватки ресурсов, и малоимущие женщины, имеющие ограниченный доступ к дородовому наблюдению, квалифицированному родовспоможению и неотложной акушерской помощи, с большей вероятностью подвержены подрывающим силы организма заболеваниям и связанным с беременностью повреждениям, таким как акушерский свищ. Необходимы более активные усилия для распространения информации и услуг, направленных на уделение первоочередного внимания малоимущим и живущим в труднодоступных районах слоям населения.

Примеры таких усилий вселяют надежду. Например, в Бангладеш, Бутане, Камбодже и Таиланде показатели распространенности противозачаточных средств среди наименее обеспеченных 20 процентов населения выше, чем среди самых зажиточных 20 процентов. В этих и ряде других стран согласованные усилия, направленные на расширение сферы охвата услугами в области планирования семьи в наиболее труднодоступных районах, привели к обеспечению практически всеобщего доступа к современным методам контрацепции и



близким к справедливым показателям распространенности противозачаточных средств как среди зажиточных, так и среди малоимущих домохозяйств (UNFPA, 2017).

Новаторские модели предоставления услуг способствовали расширению доступа среди наименее обеспеченных слоев населения. Например, общинные системы распределения, созданные в 1970-х годах, помогли расширить доступ в малоимущих и сельских общинах при посредстве подготовленных членов общины. Хотя традиционно эти усилия были сосредоточены на расширении доступа к противозачаточным средствам, таким как таблетки и презервативы, предпринимались меры и по расширению комплекса услуг, включая экстренную контрацепцию, акушерские наборы и мизопропростол для профилактики послеродовых кровотечений (Bongaarts and others, 2012).

В последнее время были внедрены стратегии финансирования на основе спроса, такие как ваучеры, в качестве одного из способов предоставления

малоимущим пациентам более широких возможностей принятия решений. В рамках этой модели люди, обращающиеся за помощью, могут купить ваучеры, дающие право на приобретение конкретных средств охраны репродуктивного здоровья по субсидируемой цене. Эти ваучеры можно обменять на услуги, в том числе такие разнообразные, как информация о долгосрочном планировании семьи, а также информация и услуги по безопасному родоразрешению и восстановлению после гендерно мотивированного насилия, предоставляемые квалифицированными поставщиками (Bongaarts and others, 2012). Обусловленные денежные пособия также были введены в качестве стратегии стимулирования действий и поведения, способствующих достижению крайне важных конечных результатов в области охраны здоровья, таких как дородовые медицинские осмотры, удержание девочек в школе или отсрочка вступления в брак (Bongaarts and others, 2012).

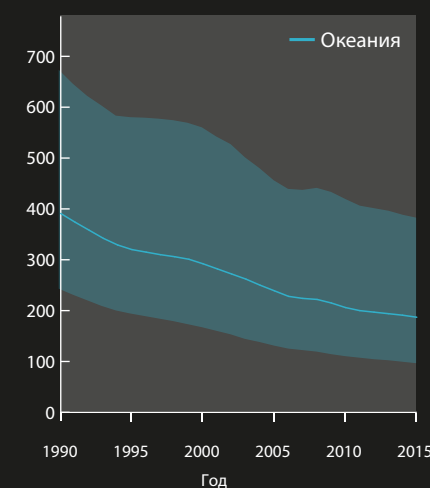
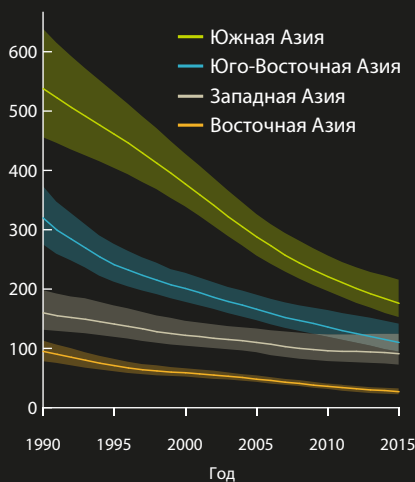
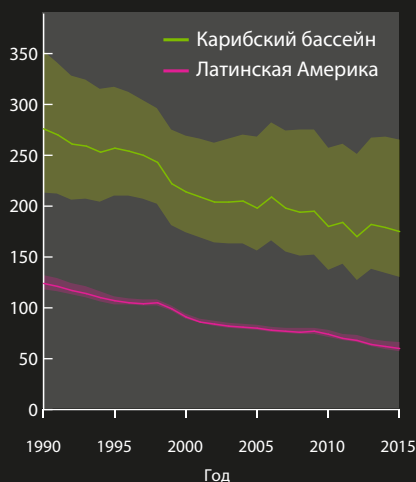
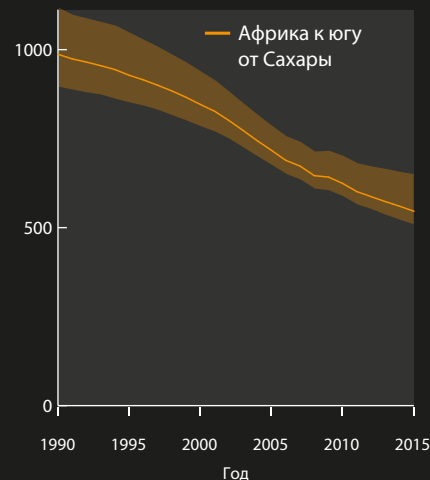
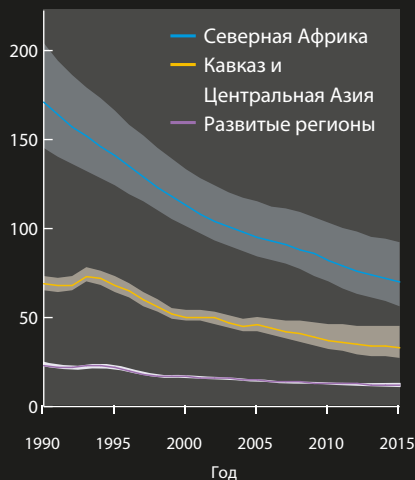
Нехватка медицинских учреждений, поставщиков услуг и расходных материалов

Женщина, которая ищет информацию и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, может не найти поставщика в своей общине. Если у нее есть средства для поездки в клинику в соседней общине, она может приехать и неожиданно для себя обнаружить, что в этой клинике нет надлежащего оборудования или медикаментов для оказания необходимых ей услуг. Там может не быть поставщика медицинских услуг, или не хватает медработников, чтобы принять всех, кто пришел в этот конкретный день. Если медработников достаточно,

ДИАГРАММА 4.4

Глобальные и региональные оценки коэффициента материнской смертности, 1990–2015 годы

Материнская смертность на 100 000 живорождений. Затененные области представляют 80-процентные интервалы неопределенности. Затененные области на заднем плане сопоставимы.



Весь мир



По всему миру в решении проблемы материнской смертности отмечается заметный прогресс: с 1990 года коэффициент материнской смертности уменьшился **почти на 44 процента**. Однако в темпах этого прогресса имеются значительные различия между регионами.

Источник: Alkema and others, 2016

Значение качества услуг

Качество является важнейшим аспектом доступа к услугам. В основополагающей работе Джудит Брюс по определению рамочных основ обеспечения качества обслуживания сформулированы шесть вопросов, которые заслуживают внимания пациента, занимающегося планированием семьи: возможность выбора метода контрацепции; информация, предоставляемая пациентам; техническая компетентность; межличностные отношения; механизмы последующих действий и непрерывности оказания услуг; и соответствующий спектр предоставляемых услуг (Bruce, 1990).

Признавая, что меры, направленные на укрепление репродуктивного здоровья, не приносят пользы слишком большому числу женщин, международные учреждения и девять стран создали в 2017 году Сеть по улучшению качества обслуживания в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, известную также как «Сеть по повышению качества обслуживания». Члены этой сети пришли к единому мнению о том, что каждая беременная женщина и каждый новорожденный должны получать высококачественную помощь на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода, и это видение опирается на основные ценности — качество, справедливость и достоинство (WHO, 2018).

Вопросам качества, относящимся ко всем аспектам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, оказывается поддержка со стороны механизма взаимодействия в области здравоохранения, известного как AAAQ, участники которого выступают за обеспечение таких требований, как *наличие (availability)*, *доступ (access)*, *приемлемость (acceptability)* и *качество (quality)* услуг, которые продвигаются Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам Организации Объединенных Наций в качестве ключевых компонентов осуществления прав человека в сфере здравоохранения (UNCESCR, 2000).

В 1992 году Международная федерация планируемого родительства разработала «Билль о правах» людей, обращающихся за помощью по вопросам планирования семьи, в котором обозначены требования, которые лица, стремящиеся воспользоваться средствами планирования семьи, должны быть в состоянии предъявить в случае получения высококачественной помощи от поставщиков услуг. К ним относятся право на информацию, доступ к услугам и самостоятельный выбор, а также на право на безопасность, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность, сохранение достоинства, комфорт, непрерывность оказания услуг и выражение собственного мнения.

Хотя ответственность за качество обслуживания в принципе распределяется между всеми участниками программы планирования семьи, наибольшую ответственность за обеспечение этих прав несут лица, непосредственно контактирующие с пациентами — поставщики услуг. Таким образом, в стратегиях обеспечения качества обслуживания должно быть также признано, что поставщики услуг имеют свои собственные потребности и должны иметь возможность рассчитывать на получение услуг по профессиональной подготовке, расходных материалов и рекомендаций, а также на поддержку, уважение, поощрение, обратную связь и самореализацию (Huezo and Diaz, 1993).

Взаимосвязь между правами пациентов и потребностями поставщиков услуг играет центральную роль в любых усилиях по устранению препятствий на пути обеспечения качества обслуживания. Перспективными считаются мероприятия, которые

способствуют улучшению взаимодействия между пациентами и поставщиками услуг благодаря таким средствам, как развитие у поставщиков услуг навыков межличностного общения. В результате можно добиться улучшения этих аспектов обеспечения качества обслуживания без необходимости крупных инвестиций в персонал, оборудование или расходные материалы (RamaRao and Mohanam, 2003).

Невысокое качество обслуживания может привести к значительным негативным последствиям для здоровья матерей. Хотя все больше и больше женщин рожают в медицинских учреждениях, а не дома, отсутствие

надлежащего персонала, профессиональной подготовки, инфраструктуры и предметов первой необходимости может привести к некачественному обслуживанию по принципу «слишком мало, слишком поздно», или СМСП. Обратная ситуация тоже представляет собой проблему: в некоторых регионах стремительное увеличение случаев использования родильных домов сопровождалось широко распространенной практикой чрезмерного медицинского вмешательства при родах, приводящей, например, к слишком частому или ненужному применению кесарева сечения или к проведению кесарева сечения в небезопасных или ненадлежащих условиях, что приводило к травмам у матери и новорожденного. Это явление, известное как принцип «слишком много, слишком рано», или СМСР, может свести к нулю достижения в области охраны материнского и перинатального здоровья. Как в случае СМСП, так и в случае СМСР, повышение уровня подготовки поставщиков услуг в том, что касается уважительного обслуживания и соблюдения норм передовой практики, может способствовать улучшению конечных результатов в области охраны материнского и перинатального здоровья и позволит избежать причинения вреда, а также снизить затраты на здравоохранение и сократить проявления неравенства (Miller and others, 2016).

**«СЛИШКОМ МАЛО,
СЛИШКОМ ПОЗДНО»
ИЛИ «СЛИШКОМ
МНОГО, СЛИШКОМ
РАНО»**

они могут не обладать надлежащей квалификацией, чтобы предложить соответствующую информацию или услуги, или, возможно, не смогут обеспечить неприкосновенность частной жизни или принять другие меры, которые позволили бы ей чувствовать себя в безопасности и ощущать уважительное отношение.

Исследования, основанные на отдельных наблюдениях сведения и доклады гражданского общества уже давно подтверждают наличие недостатков в системе предоставления услуг. Недавний обзор медицинских учреждений в 10 африканских странах, к примеру, выявил в целом низкие уровни готовности при оценке наличия основных предметов снабжения и услуг, в том числе методических рекомендаций по вопросам планирования семьи, сотрудников, прошедших подготовку по вопросам

планирования семьи, приборов для измерения артериального давления, комбинированных пероральных контрацептивов, инъекционных противозачаточных средств и мужских презервативов (Ali and others, 2018).

Меры по проведению более систематической количественной оценки и осуществлению текущего контроля общей готовности по-прежнему находятся в процессе разработки. Всемирная организация здравоохранения в партнерстве с другими организациями регулярно выпускает методические указания по стандартам надлежащей практики для различных мероприятий в области охраны репродуктивного здоровья.

Оценка, проведенная в 2017 году в 24 странах, показала, что при предоставлении услуг по планированию семьи примерно

в трех четвертях случаев складские запасы противозачаточных средств отдельных видов оказываются недостаточными. В среднем на день проведения оценки необходимые запасы противозачаточных средств имелись на складах 78 процентов пунктов первичной медицинской помощи, предлагающих три и более метода контрацепции, и 79 процентов медицинских учреждений, предоставляющих специализированную и высокоспециализированную помощь (областные больницы и более крупные медицинские центры), которые предлагают пять и более методов контрацепции (FP2020, 2018). Однако за этими средними показателями скрываются значительные различия как между странами, так и внутри самих стран.

«Обеспеченность средствами охраны репродуктивного здоровья»





© UNFPA/M. Bradley

достигается тогда, когда все люди могут иметь доступ к доступным по цене и качественным противозачаточным средствам, включая метод контрацепции по своему выбору, когда бы они в них ни нуждались. Для достижения этой цели партнерство с Фондом Билла и Мелинды Гейтс и Министерством по вопросам международного развития Соединенного Королевства во избежание дефицита ускоряет доставку средств охраны репродуктивного здоровья в различные страны (UNFPA, 2018).

Во многих местах число подготовленных поставщиков услуг просто недостаточно для обеспечения надлежащего доступа ко всему спектру информации и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Глобальный альянс по трудовым ресурсам здравоохранения указывает на необходимость увеличения числа медицинских работников в развивающихся странах, особенно квалифицированных акушерок (Campbell and others,

2013). Согласно оценкам в начале этого десятилетия нехватка работников здравоохранения всех категорий во всем мире составляла 7,2 миллиона человек.

Особенно остро ощущается потребность в подготовленных специалистах, способных оказывать основные услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Проведенный недавно анализ по 73 странам с низким и средним уровнем дохода показал, что, хотя в мировом масштабе более 92 процентов случаев смерти матерей и новорожденных и мертворождения происходят в этих странах, в них проживают лишь 42 процента медицинского, акушерского и сестринского персонала мира (UNFPA, 2014).

Оценки расходов на персонал, необходимый для достижения всеобщего охвата основными мероприятиями в области охраны репродуктивного здоровья, а также охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, свидетельствуют о том, что потребуется существенное увеличение выделяемого

финансирования. Например, чтобы достичь уровней, позволяющих удовлетворить все потребности в области охраны репродуктивного здоровья, здоровья матерей и новорожденных во всем мире, потребуется примерно 37-процентное увеличение финансирования расходов на персонал, занятый выдачей противозачаточных средств, а в области охраны здоровья матерей и новорожденных объемы финансирования необходимо увеличить примерно на 20 процентов по сравнению с текущими уровнями (Guttmacher Institute, 2017).

За этими среднемировыми показателями скрываются значительные региональные различия. Например, в наименее развитых странах только для решения проблемы неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах расходы на персонал необходимо увеличить на 96 процентов, а для обеспечения полного охвата услугами по охране здоровья матерей и новорожденных — на 84 процента. Отдача от таких инвестиций будет высокой: согласно оценкам материнская смертность и число абортот сократятся на целых три четверти при полном укомплектовании этой системы кадрами и оборудованием и ее поддержании в работоспособном состоянии (Guttmacher Institute, 2017).

В том, что касается планирования семьи, готовность поставщиков услуг обеспечивать надлежащий уровень обслуживания уже давно получила высокую оценку. Недостаточный объем консультационных услуг (то, что не позволяет решить вопросы о правильном использовании; предложить рекомендации относительно противопоказаний, побочных эффектов и соответствующих последующих мер, включая переход от одного метода

к другому; или помочь в решении вопросов, касающихся конкретных условий использования, включая обеспокоенность партнеров) может стать препятствием для доступа к противозачаточным средствам и принятия решения о начале и продолжении их использования.

Результаты исследований причин возникновения неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи свидетельствуют о том, что предоставление широкого спектра методов контрацепции, а также соответствующей информации и консультаций в целях оказания женщинам помощи в выборе и эффективном использовании соответствующего метода может иметь решающее значение для преодоления препятствий на пути использования противозачаточных средств. Наиболее часто сообщаемые причины неиспользования этих средств включают нерегулярную половую жизнь и обеспокоенность в связи с возможными побочными эффектами или рисками для здоровья (Sedgh and Hussain, 2014).

Прекращение использования противозачаточных средств нередко становится результатом недостатков в решении проблемы неудовлетворенной потребности. Недавний анализ ситуации в 32 странах свидетельствует о том, что в среднем более одной пятой случаев использования методов контрацепции краткосрочного действия (презервативы и таблетки) заканчиваются прекращением их применения в течение 12 месяцев, несмотря на то, что пользователь по-прежнему хочет предотвратить беременность (FP2020, 2018). В случае использования методов длительного действия показатели прерывания использования противозачаточных средств в течение одного года ниже: 12 процентов — для внутриматочных устройств и 8 процентов — для имплантатов.

Правовые барьеры

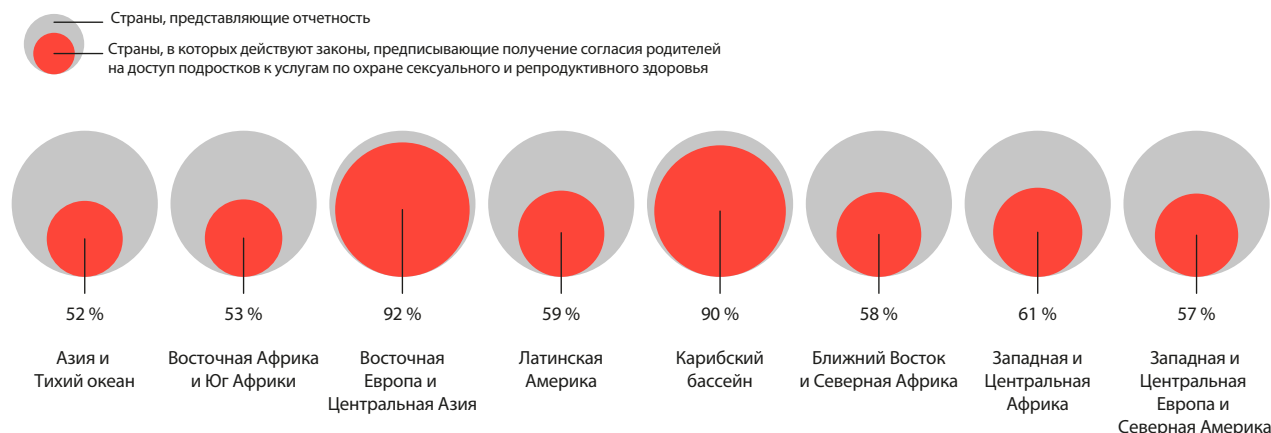
Даже в тех случаях, когда имеются надлежащим образом подготовленные поставщики услуг и хорошо укомплектованные и оснащенные учреждения,

отдельные лица могут сталкиваться с правовыми барьерами, ограничивающими их доступ к информации и услугам. В одних странах законодательство требует от женщин или подростков, чтобы прежде чем воспользоваться доступом к услугам по охране здоровья они получили разрешение третьей стороны. В других странах законы, устанавливающие уголовную ответственность за сексуальные отношения с лицами того же пола, работу в секс-индустрии и употребление наркотиков, могут заставить людей скрывать и помешать им искать или получать информацию и услуги, в которых они нуждаются.

Хотя законы о возрасте согласия на медицинское обслуживание призваны защищать несовершеннолетних, они могут препятствовать доступу подростков к необходимым услугам, связанным с охраной их сексуального и репродуктивного здоровья. Это может иметь особо пагубные последствия для девочек-подростков, на которых возлагается несоразмерное бремя социальных

ДИАГРАММА 4.5 Побуждение подростков к отказу от получения услуг

Страны, в которых действуют **законы о возрасте согласия** на получение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, 2018 год



Источник: UNAIDS, 2018



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

наиболее либеральными законами об абортах примерно одинаковы. Однако чем более строгими являются правовые нормы, тем выше доля небезопасных аборт — от менее 1 процента в странах с наименьшими ограничениями до 31 процента в странах с самыми жесткими ограничениями (Singh and others, 2018).

Согласно оценкам в целом в развивающихся регионах, за исключением Восточной Азии, ежегодно проводится лечение связанных с абортами осложнений у примерно 6,9 миллиона женщин. Гораздо больше женщин нуждаются в уходе после аборта, но не могут получить доступ к таким услугам (Singh and others, 2018).

Нормы, жизненные установки и практика

Во всех обществах мира социальные установки предполагают, что сексуальная активность и воспроизводство населения должны происходить только среди групп населения с определенными характеристиками; эти характеристики часто включают в себя людей, которые являются гетеросексуальными, состоящими в браке, моногамными, дееспособными, не слишком молодыми и не слишком старыми. Во многих странах предполагается, что детородная практика должна следовать не интересам конкретного человека, а преобладающим нормам поведения в семье и общине.

Такие ожидания могут происходить из давно устоявшихся жизненных установок и обычаев или преобладающих религиозных убеждений. Когда сексуальная и репродуктивная активность того или иного лица выходит за рамки этих ожиданий, такому человеку, вероятно, будет труднее получить доступ к информации и услугам для удовлетворения своих потребностей.

и физических последствий непреднамеренной беременности.

В 2017 году 68 из 108 стран, представивших данные в секретариат Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), указали, что для получения доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья ребенку в возрасте до 18 лет требуется получить согласие родителей (диаграмма 4.5; UNAIDS, 2018). В некоторых случаях закон обязывает медицинских работников сообщать о половых сношениях между несовершеннолетними или другой противоправной деятельности подростков (Delany-Moretlwe and others, 2015).

Законодательство, запрещающее вступление в интимные отношения по обоюдному согласию между совершеннолетними лицами одного пола, может препятствовать реализации мер, направленных на обеспечение доступа к услугам по профилактике или лечению инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. По состоянию на 2017 год более 40 стран, представивших свои доклады в ЮНЭЙДС, указали, что у них есть законы, устанавливающие конкретную уголовную ответственность за

половые сношения между лицами одного пола. Среди них две страны применяют смертную казнь, а в некоторых странах такие лица могут быть подвергнуты пожизненному заключению в местах лишения свободы (UNAIDS, 2018). Как следствие, многие люди боятся обращаться за такими важными услугами, как тестирование на ВИЧ-инфекцию.

Законы, регулирующие доступ к аборт, предусматривают весь спектр возможных мер — от полного запрета до отсутствия каких-либо ограничений. По состоянию на 2017 год 42 процента женщин репродуктивного возраста проживают в 125 странах, где доступ к безопасным аборт сильно ограничен. Из всех аборт во всем мире только 55 процентов проводятся в безопасных условиях, основаны на рекомендованной методике и осуществляются подготовленным поставщиком услуг (Singh and others, 2018).

Имеющиеся данные дают основания предположить, что правовые ограничения не оказывают сколько-нибудь значительного влияния на регулярность аборт: показатели распространенности аборт в странах с самыми строгими законами об аборт и в странах с

Мечай Виравайдия

Мечай Виравайдия дал толчок настоящей революции в Таиланде, которую подхлестнула его вера в то, что каждый человек должен знать, как планировать свою семью и защитить свое здоровье.

Властитель дум, Мечай уже с 1960-х годов обращался к людям в школах и на автозаправках, на предприятиях и в деревнях, во время проведения конкурсов среди свиноводов, в ходе рекламных кампаний «Леди Эйвон» и обрядов буддийских монахов, информируя их о том, как пользоваться презервативами. Все это было частью стремления сделать использование контрацепции общепринятой практикой, не вызывающей смущения в повседневной жизни.

«Произнеси слово «презерватив». Сделай его доступным. Поговори об этом, — призывает Мечай. — На деле, то, чему мы учим, — это ... ваше право решать, сколько детей вы хотите иметь».

В то время как обсуждение презервативов представляет собой проверенную, а иногда забавную отправную точку образовательного процесса, цель Мечая всегда заключалась в том, чтобы широкий ассортимент противозачаточных средств стал таким же обычным, как и «овощи в сельской местности». За несколько десятилетий Таиланд прошел большой путь к достижению этих целей, и размер среднестатистической тайской семьи резко сократился — с 7 детей до 1,6 ребенка.

В начале 1990-х годов, когда, согласно прогнозам, распространенность ВИЧ-инфекции должна была стремительно возрасти, Мечай убедил правительство увеличить бюджетные ассигнования на ее профилактику в 50 раз и привлечь людей из всех секторов государственной службы, деловых кругов и общин к обсуждению вопросов защиты и использования презервативов. В результате этого в Таиланде удалось предотвратить примерно 3 миллиона случаев ВИЧ-инфицирования, и Виравайдия прославился как «король презервативов». В наши дни «мечай» стало жаргонным словом, которым называют презервативы.

Виравайдия по-прежнему возглавляет крупнейшую тайскую неправительственную организацию — Ассоциацию по вопросам народонаселения и развития общин, которая с 1973 года выступает в качестве поборника развития сельских районов и здравоохранения. В сферу ее деятельности входит работа школ «Мечай Паттана», которые при обеспечении высококачественного образования придерживаются принципов справедливости и равноправия, а также организуют всеобъемлющее половое просвещение в тех общинах, которые в ином случае остались бы неохваченными. Неотъемлемой частью учебной программы является обеспечение гендерного равенства.

«Женщины играют важнейшую роль в процессе развития», — говорит Мечай и добавляет, как всегда, афористично: «Если у тебя две великолепные руки, зачем пользоваться только одной?».

***«Произнеси слово
«презерватив».
Сделай его доступным.
Поговори об этом.»***



ПОБОРНИЦА ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Лебоганг Моцуми

Когда Лебоганг Моцуми говорит другим молодым людям о ВИЧ и СПИДе, она делает это, исходя из своего собственного опыта. Рассказывая историю своей жизни, она надеется убедить других молодых женщин и девочек не бросать школу, сохранить свое здоровье и сделать правильный выбор.

Ее типичное сообщение в сети Facebook, выделенное жирным шрифтом, гласит: «Доброе утро! Меня зовут Лебоганг Бренда Моцуми, или Королева Африки. Я НЕ ВИЧ, я ЖИВУ с ВИЧ. Я не вирус, это вирус живет во мне. Не ВИЧ задает мою жизнь, но я определяю, что будет с ВИЧ».

Моцуми узнала, что она ВИЧ-инфицирована, почти десять лет тому назад. Ей было всего 17 лет, когда она заразилась от своего парня, известного певца, который позже умер. Моцуми не тестировалась на ВИЧ до тех пор, пока ее следующий партнер не настоял на этом. Через несколько дней после того, как она узнала о том, что она ВИЧ-инфицирована, она попыталась покончить с собой. Месяцем спустя она обнаружила, что забеременела, и начала принимать лекарства, чтобы защитить своего ребенка.

Также она развернула успешную кампанию в социальных сетях в качестве активиста и наставника по вопросам ВИЧ, выступая с вдохновенными речами, обращенными в основном к молодежи. «Моя ВИЧ-инфекция помогла мне найти свою цель в жизни. Я поняла, что могу превратить свои сумбурные мысли в послание и использовать свою боль, чтобы дать силы другим людям».

Африканский союз почитает ее как героя молодежи, и она является членом молодежных консультативных советов как Африканского союза, так и ЮНФПА. Также она выводит людей на улицы в рамках кампании Зази, побуждающей южноафриканских женщин и девочек выступить под лозунгом «знай свою силу».

«Мы найдем лекарство от ВИЧ, — заявляет Моцуми. — Пока мы пытаемся найти способы излечиться от этого заболевания, наше лекарство — это просвещение и расширение прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ. И профилактика для тех, кто не является ВИЧ-инфицированным».

***«Не ВИЧ задает мою жизнь,
но я определяю, что будет с ВИЧ»***



Подростки сталкиваются с особыми проблемами. Несмотря на широко распространенные данные о том, что большое число не состоящих в браке подростков сексуально активны (Starrs and others, 2018), социальные нормы могут не допускать или прямо запрещать обсуждение вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья или половой жизни. Помимо правовых барьеров, проблемы с доступом могут возникать в связи с недостаточным половым просвещением в школах или жизненными установками и убеждениями поставщиков услуг относительно целесообразности тех или иных мер с учетом возраста или семейного положения.

Этнические меньшинства, коренные народы, работники секс-индустрии, инвалиды, наименее обеспеченные женщины и девочки, а также сообщества лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов

(ЛГБТИ) сталкиваются с социальным отчуждением и стигматизацией, которые могут создавать значительные барьеры, препятствующие охране их сексуального и репродуктивного здоровья и реализации их прав и возможностей выбора. Например, девочкам-инвалидам и молодым женщинам-инвалидам часто отказывают в праве самостоятельно принимать решения относительно их репродуктивного и сексуального здоровья, что повышает риск сексуального насилия, незапланированной беременности и инфекций, передаваемых половым путем. Они могут не рассматриваться как нуждающиеся в информации об охране их сексуального и репродуктивного здоровья и прав, и поэтому сведения о них мало, что в конечном итоге приводит к тому, что их возможности выбора еще более ограничиваются, а социальное отчуждение усугубляется. Например, согласно одному исследованию, проведенному

в Эфиопии, лишь 35 процентов молодых людей-инвалидов использовали противозачаточные средства во время первого полового акта, а 63 процента сообщили о незапланированной беременности (UNFPA, 2018a).

Стигматизация может мешать людям обращаться за услугами, в которых они нуждаются и на которые они имеют право. Например, незамужние женщины могут неохотно обращаться за помощью по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, особенно за такими услугами, как контрацепция и безопасные аборты. По причине такой стигматизации уровни неудовлетворенной потребности в современных средствах планирования семьи гораздо выше среди одиноких, сексуально активных женщин, чем среди замужних женщин (Singh and others, 2018).

Стигматизация не только оказывает влияние на выбор и решения людей, нуждающихся

Доступ к услугам для молодых людей с инвалидностью

Международная организация «Женщины в состоянии сделать это» помогла разработать руководящие принципы для правительств, поставщиков услуг и других заинтересованных сторон в целях удовлетворения потребностей молодых людей-инвалидов в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Эти руководящие принципы включают меры по обеспечению наличия, доступности, приемлемости и качества услуг, а также услуг по предотвращению или устранению последствий гендерно мотивированного насилия:

- разработка ориентированных на нужды инвалидов протоколов и руководящих принципов проведения контрольных посещений поставщиков услуг в области охраны здоровья, устранения побочных эффектов от назначенных лекарств или лечения, а также руководящих принципов перенаправления пациентов к специалистам для оказания дальнейшей помощи по мере необходимости;
- создание доступных информационных материалов, адаптированных для молодых людей с различными видами инвалидности и подходящие для разных возрастов, в которых рассматриваются виды противозачаточных средств и имеющиеся в наличии услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, и рассмотрение вопроса о субсидировании таких услуг для молодых людей-инвалидов с низким уровнем дохода;
- разработка схемы проведения кампаний по повышению осведомленности и учебных материалов для лиц, обеспечивающих уход, и членов семей молодых людей-инвалидов по вопросам половой жизни, использования контрацептивов и доступности услуг;
- обеспечение наличия информации, товаров и услуг по контрацепции и их доступности для молодых женщин и мужчин с инвалидностью. Мужчины и мальчики должны также получать информацию, которая поможет им осознать, что молодые женщины и девочки-подростки имеют право пользоваться противозачаточными средствами.

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и переход к всеобщему медицинскому обслуживанию

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья в целом и планирование семьи в частности на глобальных форумах, посвященных рассмотрению вопросов первичной медико-санитарной помощи, на протяжении десятилетий отодвигались на второй план.

Например, в 1978 году представители правительств собрались в Казахстане на Международную конференцию по первичной медико-санитарной помощи. Это мероприятие завершилось принятием Алма-Атинской декларации, в которой первичная медико-санитарная помощь была определена как ключевой фактор обеспечения хорошего состояния здоровья всех людей во всем мире. Однако некоторые правительства заявили, что цели, изложенные в декларации, являются слишком широкими и поэтому недостижимыми.

Год спустя на встрече экспертов в области здравоохранения и политики был достигнут консенсус в отношении необходимости сосредоточить усилия на простых, но высокоэффективных мерах по оказанию первичной медико-санитарной помощи, необходимой для спасения жизни людей в развивающихся странах. Эти мероприятия, получившие известность под аббревиатурой GOBI — мониторинг роста детей (*growth monitoring of children*), пероральная регидратация (*oral rehydration*), грудное вскармливание (*breastfeeding*) и иммунизация (*immunizations*), вновь не смогли решить фундаментальные вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи. Однако мировое сообщество специалистов в области охраны здоровья в конечном итоге признало значение других важнейших мер по оказанию первичной помощи и пришло к согласию в том, что планирование семьи должно стать одной из первоочередных задач (наряду с образованием женщин и предоставлением дополнительного питания).

Включение мер по планированию семьи в глобальную повестку дня в области первичной медико-санитарной помощи стало одним из шагов, предвосхитивших провозглашение Целей развития тысячелетия (ЦРТ), которые ставили задачу сокращения материнской смертности во всем мире на 75 процентов в период с 2000 по 2015 год. В 2005 году, после пяти лет усилий, направленных на достижение ЦРТ, Организация Объединенных Наций согласилась добавить в них целевую задачу обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья.

Цели в области здравоохранения были разбросаны по четырем из восьми ЦРТ. Но начиная с 2015 года, когда была принята новая Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и связанные с ней 17 Целей устойчивого развития (ЦУР), все целевые задачи в области здравоохранения, в том числе относящиеся к охране сексуального и репродуктивного здоровья, были сосредоточены в одной ЦУР. То, что все целевые задачи в области охраны здоровья были сведены воедино,

укрепило понятие непрерывности обслуживания, в том числе в отношении всех этапов половой жизни и реализации репродуктивных прав — от предупреждения беременности до сопровождения беременности, родоразрешения, послеродового ухода, охраны младенчества и детства, а также важнейших факторов обеспечения водоснабжения и санитарии.



Согласно ЦУР 3 (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте к 2030 году) целевая задача 3.7 направлена на обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая

услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, а также включение вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы.

Диаграмма 4.6, иллюстрирующая сферу охвата мероприятиями по охране здоровья в соответствии с принципом непрерывности обслуживания в наименее обеспеченных странах мира с наибольшими потребностями, указывает на то, что в некоторых областях охраны сексуального и репродуктивного здоровья достигнутый

прогресс носит неравномерный характер. Сфера охвата, еще не достигшая оптимального уровня, характеризуется наивысшими показателями в области родовспоможения и плановой иммунизации (UNICEF and WHO, 2017). Периодам до наступления беременности и сразу после родов, которые являются наилучшим временем для принятия решений в отношении планирования будущих беременностей, по-прежнему уделяется недостаточно внимания.

В октябре 2018 года спустя 40 лет после Алма-Атинской декларации делегаты, участвовавшие в последней по времени Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, наконец признали центральную роль охраны сексуального и репродуктивного здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи. В декларации, принятой на этом совещании, говорится, что в рамках первичной медико-санитарной помощи «будет обеспечено предоставление широкого спектра услуг и видов помощи, включая, но не ограничиваясь перечисленным, ... услуги, направленные на укрепление, сохранение и улучшение здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и психического, сексуального и репродуктивного здоровья».

Целевая задача ЦУР по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами включает планирование семьи в качестве одного из основных показателей наряду с дородовым наблюдением и родовспоможением, а также обследованием на предмет наличия рака шейки матки. В последние годы вопросы охраны сексуального и репродуктивного здоровья неизменно включались в число показателей при разработке глобальной политики в области здравоохранения.

ДИАГРАММА 4.6 Крупные пробелы в сфере охвата

Медианные значения общенационального охвата мероприятиями в соответствии с принципом непрерывности обслуживания в различных странах согласно имеющимся данным за 2012 год, собранным участниками инициативы «Обратный отсчет времени до 2030 года», в рамках которой отслеживается прогресс в 81 стране, на которые приходится более 90 процентов случаев смерти детей в возрасте до пяти лет и 95 процентов случаев материнской смертности в мире.



^а Относится к предупреждению и планированию беременности и включает период времени до наступления первой беременности и промежутки между беременностями, а также возможность принятия решения о том, стоит ли вообще беременеть.

^б Показатели кормления детей грудного и раннего возраста являются косвенными показателями охвата программами, по которым данных о принимаемых мерах в наличии не имеется.

Примечание: Включают только те мероприятия, которые имеют непосредственное отношение ко всем странам, охваченным инициативой «Обратный отсчет времени». Показатели, связанные с уровнями заболеваемости малярией, которые отслеживаются в рамках инициативы «Обратный отсчет времени», не приводятся.

Источник: Показатели иммунизации — Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ); доля населения, пользующаяся базовыми услугами питьевого водоснабжения и услугами санитарии — Совместная программа ВОЗ и ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии; антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных беременных женщин — глобальная база данных ЮНИСЕФ по состоянию на июль 2017 года, рассчитано на основе оценочных данных Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу за 2017 год; все остальные показатели — глобальная база данных ЮНИСЕФ по состоянию на июль 2017 года, рассчитано на основе данных, полученных в ходе проведения обследований в области демографии и здравоохранения, обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки и других национальных обследований.



© UNFPA

в информации и услугах, но и может сказаться на действиях поставщиков услуг. Например, в тех странах, где аборт полностью узаконены, постоянная стигматизация этой процедуры может повлиять на готовность поставщиков услуг консультировать женщин или предлагать им сделать аборт. Недавний обзор показал, что некоторые поставщики услуг, к примеру, отрицательно относятся к абортам в большинстве стран Юго-Восточной Азии и Африки к югу от Сахары, и поставщики услуг также сообщали о том, что их семьи, общины, коллеги и лица, принимающие решения, клеймят их за предоставление услуг по производству абортов (Rehnström Loi and others, 2015).

Недостаточное просвещение по вопросам половой жизни

Недостаток знаний у отдельно взятых людей может стать барьером, препятствующим доступу к услугам. Неправильное восприятие или непонимание особенностей половой жизни, человеческого тела и развития, прав и гендерных факторов, а также баланса сил во взаимоотношениях между полами могут встать на пути реализации прав и возможностей выбора.

Всестороннее половое просвещение — это предусмотренный в учебной программе процесс преподавания и изучения когнитивных, эмоциональных, физических и социальных аспектов половой жизни. В ходе этого процесса дети

и молодые люди должны обрести знания, навыки, жизненные установки и ценности, которые откроют перед ними возможность осуществить право на охрану своего здоровья, благополучия и достоинства, сформировать уважительные социальные и половые взаимоотношения с другими людьми, а также разобраться в том, как их выбор влияет на их собственное благополучие и благополучие других людей, и осознать и обеспечить защиту их прав на протяжении всей жизни (UNESCO, 2018).

Инициирование соответствующего возрасту всестороннего полового просвещения в начальной школе дает многочисленные преимущества, в том числе помогает детям

выявлять случаи ненадлежащего поведения, такого как жестокое обращение с детьми, и сообщать о них, а также способствует формированию здоровых жизненных установок в отношении собственного тела и взаимодействия с другими людьми. Всестороннее половое просвещение должно также предоставляться тем, кто не посещает школу.

Фактические данные подтверждают, что половое просвещение не подстегивает сексуальную активность, а скорее оказывает положительное воздействие на формирование более безопасного сексуального поведения и может отсрочить начало половой жизни. В обзоре ЮНЕСКО, проведенном в рамках разработке технического руководства по всестороннему половому просвещению, было установлено, что программы, включенные в учебный план, способствуют отсрочке начала половых сношений, уменьшению

частоты половых актов, сокращению числа половых партнеров, снижению риска и расширению использования презервативов и других форм контрацепции (UNESCO, 2018). Как и все остальные учебные программы, всестороннее половое просвещение должно осуществляться в соответствии с национальными законами и политическими установками (UNFPA, 2016a).

Согласно результатам недавнего исследования, политические установки поддержки всестороннего полового просвещения или соответствующие стратегии были приняты примерно в 80 процентах из 48 рассматриваемых в исследовании стран (UNESCO, 2015).

На пути к обеспечению доступа для всех

Обеспечение доступа к информации и услугам является приоритетной задачей

международного сообщества. С течением времени лица, определяющие политический курс, специалисты-практики и правозащитники помогли дать ответ на важные вопросы: «доступ к чему?» и «доступ для кого?», а также «что понятие доступа реально означает на практике?».

В наши дни сформировался консенсус в отношении того, что каждый человек, где бы он ни находился, в течение всей своей жизни должен иметь доступ к высококачественной информации и услугам, необходимым для удовлетворения всех своих потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Хотя заметный прогресс в достижении этой цели очевиден, ее полное осуществление остается для многих труднорешаемой задачей по причине неосведомленности, ограниченных ресурсов, недостаточной политической воли или лежащего в их основе гендерного неравенства.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАВЫ

- Для обеспечения реализации прав и возможностей выбора все люди нуждаются в наличии всесторонней информации и комплекса услуг, связанных с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, и заслуживают того, чтобы такие услуги были им оказаны.
- Хотя на раннем этапе программы были сосредоточены на расширении *наличия* противозачаточных средств, которыми могут воспользоваться женщины всего мира, со временем концепция *доступа* претерпела изменения. Правозащитники, специалисты-практики и лица, определяющие политический курс, помогли дать ответ на важные вопросы: «доступ к чему?» и «доступ для кого?», а также «что понятие доступа реально означает на практике?». По мере того, как наше понимание барьеров, препятствующих доступу, углубляется, и по мере возникновения новых проблем, требующих своего решения, существует постоянная потребность поднимать эти вопросы вновь и вновь.
- Расширенные концепции обеспечения доступа признают наличие многочисленных барьеров, мешающих отдельным людям получить доступ к информации и услугам, которые обеспечивают им здоровье, благополучие и реализацию прав и возможностей выбора в отношении своего сексуального и репродуктивного поведения.
- Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в расширении доступа к услугам и информации, позволяющим реализовать весь спектр услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, этот прогресс носит неравномерный характер, и проявления неравенства сохраняются. Проявления неравенства в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья в значительной степени обусловлены неравенством доходов, качеством медицинских услуг в системе здравоохранения и сферой их охвата, законами и политическими установками, социальными и культурными нормами, а также охваченностью людей половым просвещением.



ПРЕПЯТСТВИЕ, ЛЕЖАЩЕЕ В ОСНОВЕ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ

Сексуальная революция, в значительной степени подпитываемая появлением надежных и безопасных методов контрацепции, в 1960-х годах уже активно разворачивалась в более зажиточных странах. В то же время в развивающихся странах начались глубокие экономические и социальные перемены, которые коренным образом трансформировали их общества.

Эти преобразования включали изменение жизненных установок в отношении того, чем именно мужчины и женщины могут и должны заниматься в своей жизни.

В это же самое время Эла Бхатт, Соня Монтаньо, Глория Стайнем и другие феминистки во всем мире способствовали повышению осведомленности о гендерном неравенстве и его связи с сексуальным поведением, неравенством в семье, репродуктивными правами и сексуальным насилием. Это более широкое видение гендерного неравенства по-прежнему играет центральную роль в обсуждениях репродуктивных прав в наши дни.

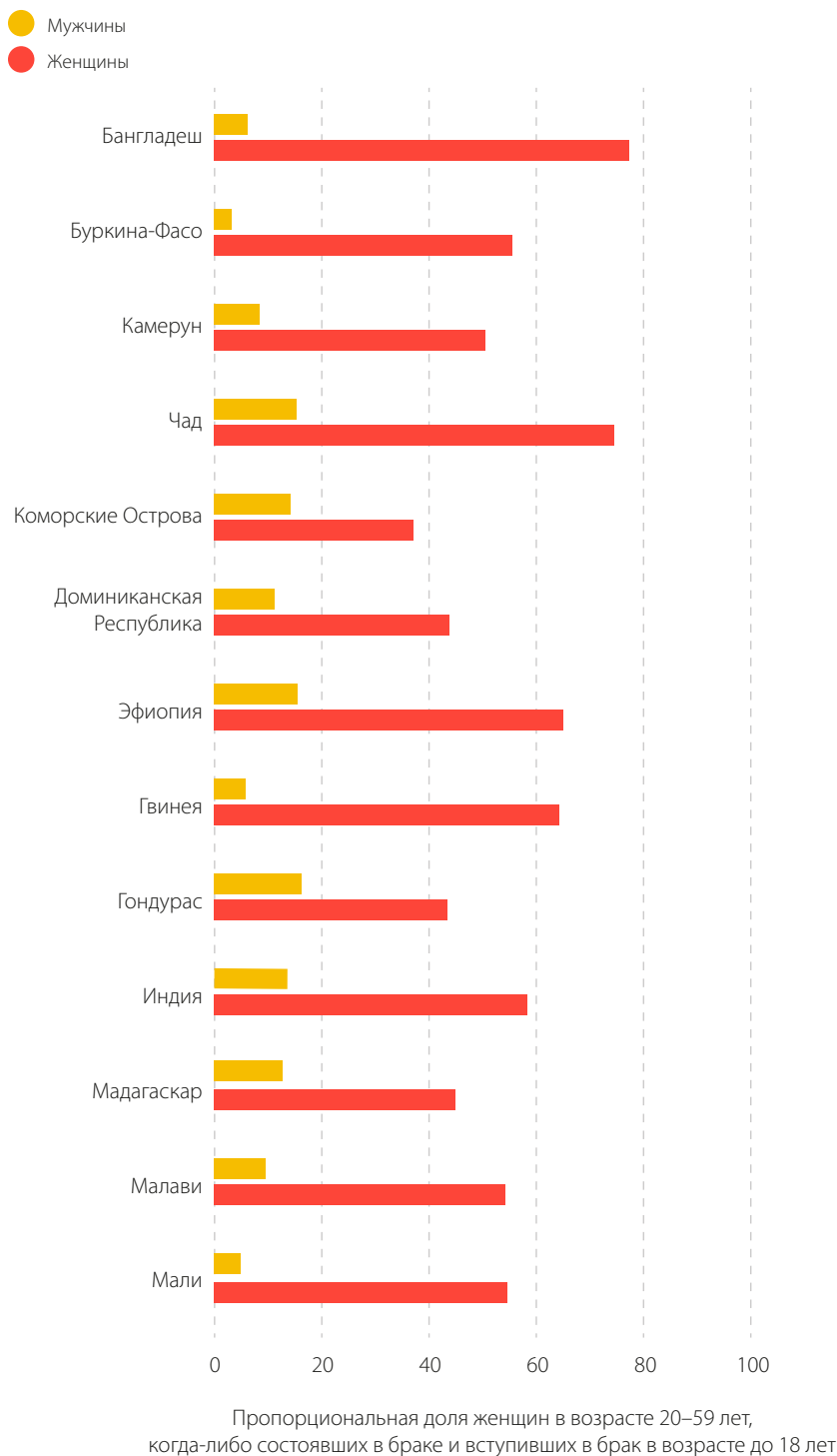
Из всех препятствий на пути к достижению и осуществлению

прав человека, в том числе репродуктивных прав, лишь немногие оказались столь же трудными для преодоления, как препятствия, основанные на гендерном факторе. Гендерная проблематика, представляющая собой набор принятых обществом моделей и социальных норм, которые в совокупности определяют соответствующее поведение мужчин и женщин, их роли и характерные особенности, является предметом изучения, усвоения и утверждения в ходе социального взаимодействия людей, оказывая тем самым глубокое влияние на все стороны жизни.

Хотя в зависимости от конкретных условий в гендерном самовыражении наблюдаются

большие различия, практически во всех обществах отношение к гендерной проблематике сводится к тому, что женщина находится в подчиненном положении у мужчины (как и те, кто не соответствуют традиционным гендерным представлениям), при этом мужественность и женственность ассоциируются с определенным уровнем властных полномочий и социальным авторитетом. Конечным результатом этих различий в большинстве обществ является систематическое лишение прав и возможностей тех женщин и групп, не соответствующих традиционным гендерным представлениям, которые сталкиваются с тем, что их самостоятельность и способность

ДИАГРАММА 5.1 Несоразмерность бремени, возлагаемого на девочек при вступлении в брак в несовершеннолетнем возрасте



Источник: MacQuarrie and Edmeades, 2015.

свободно принимать собственные решения ограничены практически во всех сферах жизни. Гендерные нормы оказывают особенно сильное влияние на вопросы, связанные с репродуктивной функцией.

Гендерная принадлежность не только влияет на репродуктивные права, но и подвержена их влиянию

Гендерное неравенство ограничивает способность женщин свободно принимать основополагающие решения о том, когда и с кем вступать в половые отношения, когда использовать противозачаточные средства или пользоваться услугами по охране здоровья, а также, следует ли и когда следует искать работу по найму или стремиться получить высшее образование. Закрепление гендерного неравенства в социальных нормах и моделях поведения усиливает негативные последствия других препятствий на пути к осуществлению прав и реализации возможностей выбора. Одним из примеров являются детские браки, которые в подавляющем большинстве случаев встречаются у девочек, а не у мальчиков (диаграмма 5.1). Когда девочка выходит замуж, уменьшается вероятность того, что она продолжит посещать школу и ее окончит или что она сможет свободно выезжать за пределы своего дома без сопровождения; она с большей вероятностью подвергнется гендерно мотивированному насилию; и у нее меньше шансов узнать об особенностях своего тела и о своих правах. В свою очередь, ограничение ее передвижений, возможности посещать школу и приобретать знания усиливают гендерное неравенство и способствуют его сохранению.

Обретение способности сделать собственный выбор

В целом женщины в наши дни больше, чем когда-либо в истории, контролируют репродуктивную сферу

своей жизни, что имеет глубокие последствия для отдельных людей и общества в целом. В частности, обретение женщинами способности сделать собственный выбор в отношении того, сколько заводить детей и когда, открыло перед ними возможность отказаться от жизни, полностью подчиненной вынашиванию, рождению и воспитанию детей, а это помогает сократить гендерное неравенство.

По мере того как возможности принимать собственные решения в отношении репродуктивной сферы жизни расширялись во всем мире, в большинстве стран женщины стали заводить меньше детей. Эта тенденция к сокращению числа детей имеет ряд преимуществ, особенно для женщин, включая улучшение состояния здоровья как их самих, так и их детей, повышение уровня образования, расширение участия в оплачиваемой трудовой деятельности и улучшение того, как к ним относятся и насколько их ценят в обществе и в их собственных домохозяйствах (Stoebenau and others, 2013). Во многих случаях это стало частью благотворного процесса расширения прав и возможностей, когда более широкий доступ к надежным способам контроля за рождаемостью позволил расширить права и в других областях, что, в свою очередь, давало им еще больше возможностей в полной мере осуществлять свои репродуктивные права.

Право как женщин, так и мужчин свободно выбирать число, сроки и интервалы между рождением детей в наши дни получило практически всеобщее признание. Но в конечном счете на сегодняшний день практически все лица репродуктивного возраста, общее число которых во всем мире составляет 4,3 миллиарда человек, в какой-то момент своей жизни столкнутся с недостаточным доступом к услугам по охране

сексуального и репродуктивного здоровья (Starrs and others, 2018). А этот доступ в значительной степени зависит от преобладающих норм гендерно обусловленного поведения.

Сила личности, право голоса и возможность выбора

Во всех обществах рождению детей придается огромное социальное и культурное значение, оно играет важнейшую роль, обозначая переход от одного этапа жизни к другому и наделяя родителей социальным статусом и идентичностью. В результате модели поведения, связанные с репродуктивной функцией, включая создание семьи и сексуальное поведение, регулируются социальными

нормами, в частности нормами, относящимися к гендерной принадлежности. Такие гендерные нормы формируют и укрепляют социальные, правовые и экономические системы.

Патриархальные общества часто характеризуются давно укоренившимися и широко распространенными двойными стандартами в отношении половой жизни (Heise and others, готовится к изданию), в соответствии с которыми определение мужественности предполагает сексуальную искусственность мужчин, считающуюся достоинством, а женщины ценятся за праведность и целомудрие. Эти неравноправные в гендерном отношении нормы и жизненные установки часто используются



Создатель кинофильмов ООН, редактор и будущая мать просматривает свой фильм в штаб-квартире ООН. На заднем плане и на динамике справа видна эмблема Международного года женщины. Нью-Йорк, 1974 год. © UN Photo/M. Faust

для того, чтобы логически обосновать необходимость контроля над сексуальным поведением и репродуктивной функцией женщин. Озабоченность по поводу сохранения сексуальной непорочности женщин лежит в основе целого ряда вредных обычаев, таких как вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте и калечащие операции на женских половых органах, и нередко используется мужчинами в качестве оправдания гендерно мотивированного насилия.

Эти вредные обычаи, обусловленные неравноправным характером гендерных норм, могут еще больше затруднить доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и ограничить права и возможности выбора женщины во всех областях ее жизни.

Гендерно мотивированное насилие: Насилие в отношении женщин и девочек является нарушением прав человека и проблемой, с которой сталкивается общественное здравоохранение во всех странах. Каждая третья женщина в мире в какой-то момент своей жизни подвергается физическому или сексуальному насилию (García-Moreno and others, 2013). Применение и даже угроза применения насилия создают условия, в которых женщины ставятся в подчиненное мужчинам положение, не принимают решений в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья и подвергаются повышенному риску инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности.

Вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте: Согласно оценкам 800 миллионов живущих сегодня женщин вышли замуж в детском возрасте. Вступление в брак

в несовершеннолетнем возрасте лишает девочку свободы воли и самостоятельности в домашних делах и принятии решений в сексуальной и репродуктивной сфере, сокращает ее шансы получить образование, подрывает ее будущее и не позволяет ей полностью раскрыть свой потенциал на более поздних этапах жизни. Замужние девочки с меньшей вероятностью, чем взрослые женщины, получают надлежащую медицинскую помощь во время беременности, а отсутствие такой помощи в сочетании с тем фактом, что многие замужние девочки еще физически не готовы к деторождению, создает опасность как для матерей, так и для их младенцев. Отсутствие самостоятельности у малолетних невест в принятии решений о своей репродуктивной функции в сочетании с ограничениями на передвижение, с которыми сталкиваются многие девочки на выданье, ограничивает их возможности, не позволяет им свободно делать выбор относительно их репродуктивной жизни и действовать в соответствии со своим выбором при посещении медицинских учреждений.

Принуждение к деторождению и предпочтительность сыновей: Поскольку репродуктивная функция считается одним из основополагающих элементов общественного идеала, связанного как с мужественностью, так и с женственностью, как мужчины, так и женщины могут столкнуться со значительным давлением, направленным на то, чтобы они уже на ранних этапах супружеских взаимоотношений доказали свою способность завести детей. Аналогичная картина наблюдается и в тех случаях, когда явно выраженное предпочтение отдается сыновьям, что само по себе является отражением глубоко укоренившихся

и несправедливых взглядов на неотъемлемую ценность жизни как мужчин, так и женщин. В этих условиях женщины подвергаются сильному давлению в отношении того, чтобы обязательно родить сына, и могут столкнуться с насилием, уходом мужа из семьи или стигматизацией, если рожают девочек, а не мальчиков. В таких обстоятельствах у женщин остается мало возможностей настоять на своем, заявить о своем мнении или сделать свой выбор, и, следовательно, их самостоятельность сильно ограничивается.

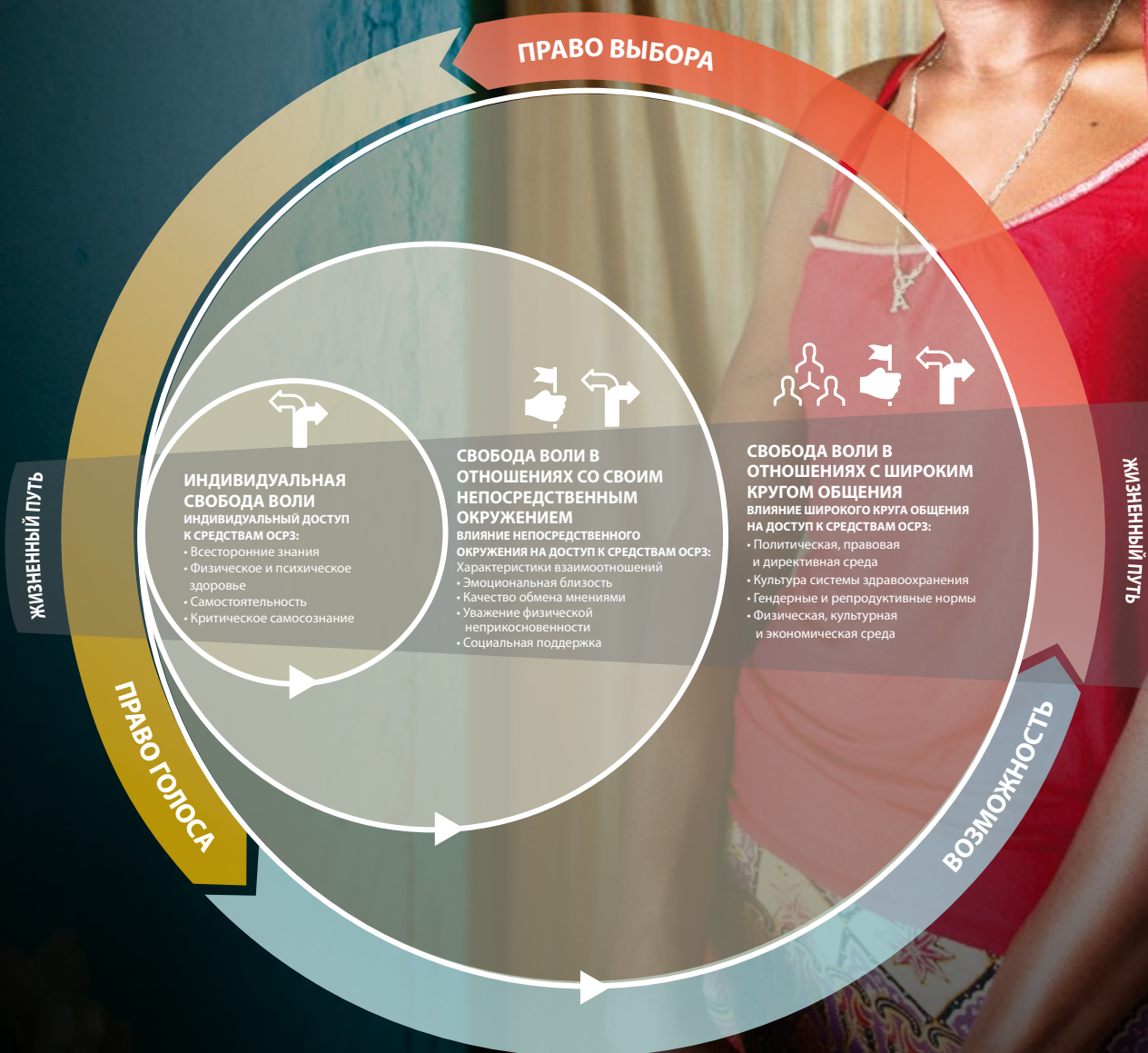
Закрепление гендерного неравенства в законах и на практике: Законы и политические установки часто отражают более широкие общественные ценности, связанные с гендерной принадлежностью, и могут препятствовать принятию самостоятельных решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Например, поставщику услуг может быть запрещено выдавать противозачаточные средства девочкам-подросткам или незамужним женщинам, или введение уголовной ответственности за сексуальные отношения между лицами одного пола может привести к тому, что члены сообщества лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ) будут избегать обращения за услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

По своей сути взаимосвязанные

Решения в сексуальной и репродуктивной сфере и роль, которую гендерная принадлежность играет в их принятии, по своей сути являются взаимосвязанными в том смысле, что они обусловлены взаимодействием с другими

ДИАГРАММА 5.2

Свобода воли зависит от отношений с другими людьми, общинами и учреждениями



Источник: Edmeades and others, 2018.



© Michele Crowe

Меры, направленные на расширение доступа к учреждениям здравоохранения, занимающимся охраной сексуального и репродуктивного здоровья, а также прав и возможностей людей осуществить свои репродуктивные права, могут стать более эффективными, если они основаны на подходе, согласно которому следует не только предвидеть, в чем именно могут нуждаться *женщины*, но и принимать во внимание, что решения в сфере охраны сексуального и репродуктивного зависят от учета *гендерного фактора* и той роли, которую он играет во взаимоотношениях человека с окружающим миром, в том числе с системами здравоохранения. Осмысление этой динамики может помочь поставщикам услуг лучше реагировать на уникальные потребности каждого пациента.

Эволюция гендерных аспектов планирования семьи

Та срочность, с которой лица, определяющие политический курс, и доноры рассматривали вопрос об ограничении роста численности населения в конце 1960-х годов, означала, что на раннем этапе многие программы в области планирования семьи были в основном направлены на сокращение рождаемости, а не на предоставление женщинам возможности реализовать свое право принимать решения о времени беременности и интервалах между рождением детей.

Поэтому в 1960-х и 1970-х годах эти программы были в большинстве своем направлены на обеспечение женщин противозачаточными средствами, а потребностям или желаниям женщин и мужчин, которые могли бы ими воспользоваться, или социальным и гендерным условиям, в которых принимаются решения по вопросам репродуктивной жизни, уделялось мало внимания.

людьми, особенно сексуальными или романтическими партнерами, но также и с членами расширенной семьи, членами общины или сотрудниками таких учреждений, как клиники и больницы. В рамках этих взаимоотношений отдельным людям приходится поступаться свободой воли (диаграмма 5.2).

В частности, важное значение при принятии решений в сексуальной и репродуктивной сфере имеют три гендерно зависимых аспекта взаимоотношений: *сила личности*; право *голоса*, то есть та степень, в какой люди способны четко выразить и отстаивать свои потребности и желания; и та степень, в какой люди имеют реальные *возможности выбора*. В своей совокупности сила личности, право голоса и возможность выбора определяют степень свободы воли индивида в тех или иных взаимоотношениях, будь то межличностных либо с учреждением или обществом. Например, женщина может обладать значительной свободой воли в своих непосредственных взаимоотношениях с мужем, но в гораздо меньшей степени — во взаимоотношениях со своим врачом или даже свекровью.

Наличие свободы воли может также определяться уровнем соответствующих взаимоотношений. Например, на индивидуальном уровне на свободу воли влияют такие факторы, как обладание знаниями об охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, что может позволить человеку более эффективно защищать свое мнение и делать осознанный выбор. С другой стороны, свобода воли зависит от таких факторов, как степень уважения партнером физической неприкосновенности другого лица или степень свободы выражения мнений в отношении контрацепции. На более удаленном уровне в случае взаимоотношений с такими институтами общества, как системы здравоохранения или даже экономика, свобода воли зависит от их восприимчивости к потребностям индивида. Во всех этих взаимоотношениях ключевое значение имеют гендерные нормы. Они могут укреплять (или подрывать) свободу воли во всех сферах жизни, но особенно при принятии решений в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

ПОБОРНИЦА ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Гита Сен

В течение 35 лет индийский экономист Гита Сен добивалась того, чтобы феминистский образ мысли занял подобающее ему место в качестве одного из центральных элементов национальной и международной приверженности делу охраны репродуктивного и сексуального здоровья и прав. Будучи лидером феминистской сети «Альтернативы развития женщин в новой эре», известной как DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era), Сен вместе с учеными и поборниками гендерного равенства выступает за использование инструментов научных исследований и усилий общественности в продвижении принципа гендерной справедливости.

«Мы должны сделать так, чтобы процесс развития шел в интересах женщин и девочек, — говорит Сен. — И бороться за права человека женщин всеми возможными способами».

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 года, навсегда изменившей понимание проблем народонаселения и развития, Сен сыграла ведущую роль в мобилизации всемирной поддержки со стороны гражданского общества. До этого участниками конференций по народонаселению в основном были мужчины, обсуждавшие демографические задачи. Такие слова, как «секс» и «воспроизводство», звучали редко. Но на МКНР они столкнулись с тем, что Сен называет «непреодолимой силой женского движения». Благодаря участию тысяч активистов из всех стран Юга и Севера охрана репродуктивного и сексуального здоровья и прав женщин стала главным пунктом повестки дня.

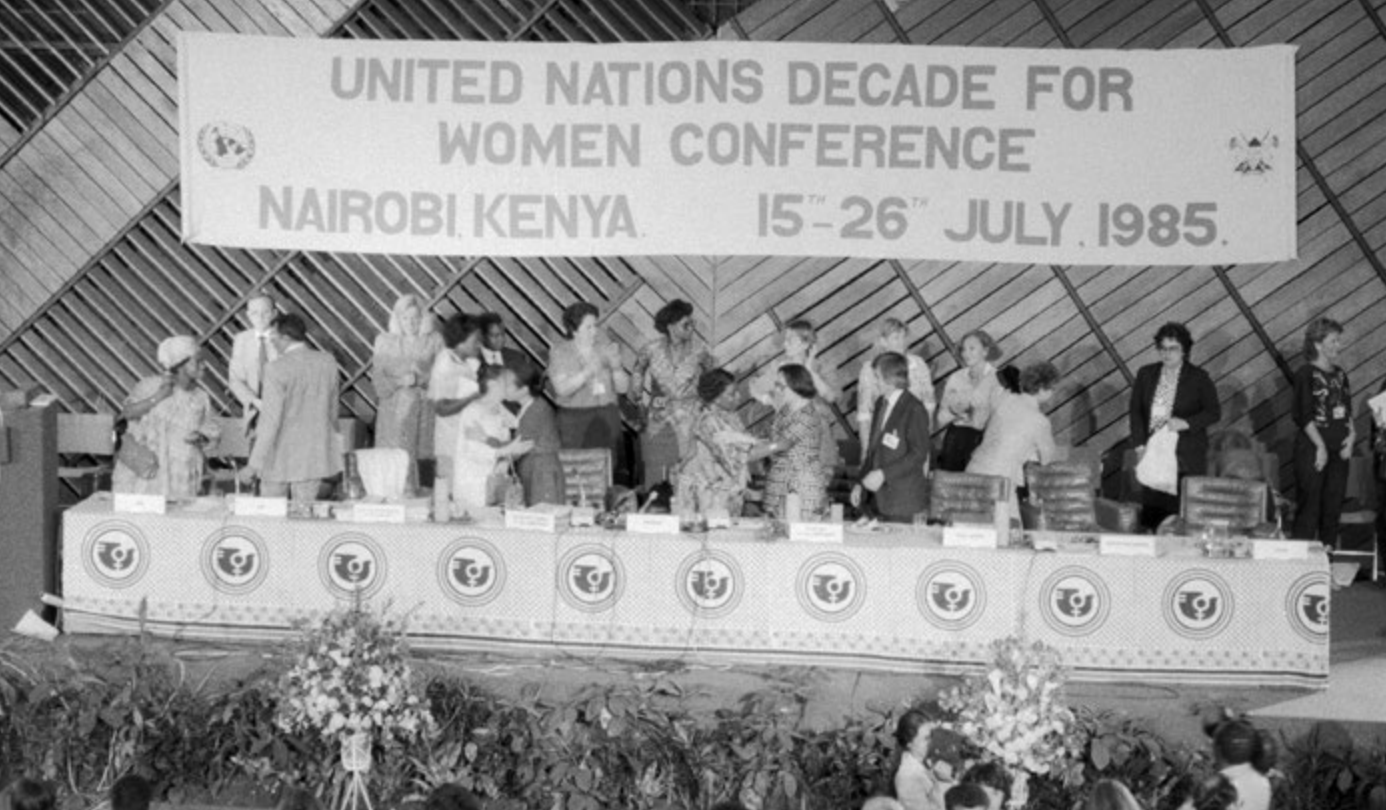
«Двадцать пять лет спустя мир стал гораздо более трудным местом для реализации прав человека. Эти действия вызвали сильную ответную реакцию, направленную против женщин и феминизма, — вспоминает Сен. — Но тот факт, что повестка дня МКНР все еще остается в силе, говорит нам о значимости того, чего мы достигли».

Сен уже давно утверждает, что реальные изменения для женщин наступят только тогда, когда женщины мобилизуются для разрушения существующей структуры власти и кардинального изменения моделей развития. Среди прочего это означает перестройку секторов экономики таким образом, чтобы они больше не зависели от женщин, которые бесплатно занимаются уходом за членами семьи или в силу сегрегации вынуждены соглашаться на самую низкооплачиваемую работу с самыми плохими условиями труда. Целью должна стать не просто равная доля «отравленного» пирога.

Размышляя о своей приверженности делу обеспечения гендерного равенства, которому она посвятила всю свою жизнь, она говорит: «Я думаю, что знание о том, как живут женщины, побуждает меня к действию. Я знала о гендерном неравенстве еще будучи девочкой, когда многое было связано с контролем того, какими девочки могут стать и что они могут делать. Причем на мальчиков этот контроль не распространялся. Позже, когда я увидела, как работают структуры власти и как поддерживается неравенство во всех обществах и экономиках, пути назад уже не было».

«Мы должны сделать так, чтобы процесс развития шел в интересах женщин и девочек, и бороться за права человека женщин всеми возможными способами.»





© UN Photo/Milton Grant

В лучшем случае некоторые из этих ранних программ не учитывали гендерного фактора, а в худшем — отчасти способствовали сохранению проявлений гендерного неравенства во имя обеспечения более широкого использования противозачаточных средств и снижения рождаемости. Ориентированность программ по планированию семьи на решение вопросов женщин, и особенно замужних женщин, в качестве основной целевой группы способствовала укреплению существующих гендерных норм, которые основываются на том, что основная роль женщины — это быть женой и матерью.

Эти программы, как правило, отражали патриархальный уклад тех обществ, в которых они осуществлялись, а гендерной динамике процесса принятия решений по вопросам репродуктивной жизни и общему благополучию женщин уделялось мало внимания. В то же время, помимо усилий, направленных

на расширение использования презервативов, лишь крайне незначительное число программ было ориентировано на мужчин.

Ко времени проведения Всемирной конференции по народонаселению 1974 года правительства стран, феминистки и другие стороны начали выражать разочарование в связи с демографическими целями, которые в значительной степени были движущей силой международного движения сторонников планирования семьи. Растущее число свидетельств нарушений репродуктивных прав и прав человека, отсутствие информации со стороны тех, кого программы в области планирования семьи затрагивают самым непосредственным образом, а также непризнание более широких проблем социально-экономического развития в рамках некоторых программ по планированию семьи способствовали появлению в развивающихся странах значительного скептицизма в отношении намерений международного

движения за планирование семьи. Этот скептицизм привел к скоординированным выступлениям развивающихся стран в пользу принятия более всеобъемлющего подхода к развитию, который включал бы меры по расширению прав и возможностей женщин в принятии самостоятельных решений о числе детей, времени их рождения и интервалах между беременностями.

В последующие годы этому стремлению был придан новый импульс. Например, Десятилетие женщины Организации Объединенных Наций (1976–1985 годы) в широком плане совпало с проведением трех всемирных конференций Организации Объединенных Наций по положению женщин (в 1975, 1980 и 1985 годах), учреждением Фонда Организации Объединенных Наций для развития в интересах женщин (ЮНИФЕМ) и принятием Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ). Сетевые структуры, сформированные в ходе этого процесса, заложили основу для создания мощного феминистского

Гендерный фактор и уязвимость: подростки, сексуальные меньшинства и люди с инвалидностью

Воздействие гендерных норм наиболее непосредственно ощущается теми группами населения, для которых контроль над сексуальностью и репродуктивным поведением считается особенно важным или чье поведение не соответствует преобладающим социальным ожиданиям. Воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье и права может иметь далеко идущие последствия и напрямую отразиться на состоянии здоровья этих людей.

Подростки

Подростковый возраст — это тот период жизни, когда силы гендерной социализации, в процессе которой мальчики и девочки учатся вести себя гендерно приемлемым для общества образом, оказывают наибольшее воздействие на подростков (John and others, 2017). Тем не менее, это и тот период, когда на индивидуальном уровне люди обладают наименьшей силой, правом голоса и возможностями выбора в отношении своей собственной жизни, что создает уникальные проблемы с точки зрения обеспечения их доступа к услугам (Patton and others, 2016). Особенно это касается девочек.

Подростки имеют особые потребности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Они могут ничего не знать об охране здоровья и о том, как получить доступ к медицинской помощи, что ограничивает их способность предотвращать как беременность, так и инфекции, передаваемые половым путем. Социальные запреты на сексуальную активность среди подростков, особенно не состоящих в браке, увеличивают социальные издержки и стигматизацию, связанные с обращением за услугами, усиливают опасения по поводу утраты конфиденциальности при обращении за услугами и налагают правовые ограничения на свободный доступ к услугам. Наконец, многим подросткам приходится вступать в брак в детском возрасте, что является вопиющим нарушением их прав. Эти девочки, даже в большей степени, чем подростки как группа, оставались без внимания на протяжении большей части истории движения за планирование семьи, несмотря на их очевидные потребности и актуальность их удовлетворения в контексте более широких целей этого движения.

Люди с инвалидностью

Женщины и молодые люди с инвалидностью сталкиваются с многочисленными формами дискриминации, включая гендерно мотивированную дискриминацию. Данные, дезагрегированные по признаку инвалидности, пола и возраста, по-прежнему ограничены, но абсолютно необходимы для понимания положения инвалидов и разработки обоснованных политических установок.

Фактические данные о сексуальном и гендерно мотивированном насилии, а также о сексуальном и репродуктивном здоровье и правах женщин и молодых людей с инвалидностью, поступающие со всего мира, свидетельствуют о том, что права этих людей находятся под серьезной угрозой. Вероятность того, что молодые люди с инвалидностью в возрасте до 18 лет станут жертвами жестокого обращения, почти в четыре раза выше, чем у их сверстников без инвалидности, причем наибольшему риску подвергаются молодые люди с умственной отсталостью, особенно девочки. Девочки и молодые женщины с инвалидностью подвергаются насилию с большей вероятностью, чем их сверстники-мужчины с инвалидностью или девочки и молодые женщины без инвалидности.

Женщины и молодые люди с инвалидностью сталкиваются с многочисленными формами дискриминации, включая гендерно мотивированную дискриминацию.

Сексуальные меньшинства

Представители ЛГБТИ-сообществ сталкиваются с дополнительными барьерами, препятствующими получению информации и услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. В большинстве обществ, где сексуальные нормы предписывают вести гетеросексуальный образ жизни с особым упором на воспроизводство населения, эти люди сталкиваются с повсеместно распространенной стигматизацией и дискриминацией, часто считают свою сексуальную практику уголовно наказуемой и подвергаются высокому риску сексуального насилия (Starrs and others, 2018). В результате члены ЛГБТИ-сообществ зачастую не расположены раскрывать свою сексуальную ориентацию или то, чем они занимаются, поставщикам медицинских услуг, что ограничивает их возможности получать качественную помощь, соответствующую их потребностям. Этой группе населения по-прежнему не уделяется должного внимания в рамках движения за планирование семьи, что отражает как прямые предрассудки, так и представление о том, что вопросы воспроизводства и охраны репродуктивного здоровья этих людей не касаются.

альянса, который оказывал влияние на направленность действий сторонников планирования семьи в течение последующих двух десятилетий.

На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 года движение защитников репродуктивных прав сделало большой шаг вперед. Разработку повестки дня этой конференции возглавили поборники индивидуального выбора и всестороннего учета гендерных аспектов при осуществлении репродуктивных прав.

В 2010 году для содействия достижению глобальной цели обеспечения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин была учреждена Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН–женщины»). В 2012 году Всемирный банк в своем ежегодном *Докладе о мировом развитии* основное внимание уделил гендерному неравенству, заявив, что гендерная проблематика является центральным элементом развития, а гендерное равенство — неотъемлемой ценностью, а не инструментом обеспечения экономического роста или достижения других целей (World Bank, 2012). А в 2015 году Организация Объединенных Наций одобрила Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и сопутствующие ей 17 Целей устойчивого развития, которые включают целевую задачу «обеспечения всеобщего доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав» и значительно увеличивают число показателей, связанных с гендерной проблематикой, которые используются для отслеживания

достигнутого прогресса. В широком плане ЦУР 5 направлена на обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин и девочек. В ней, в частности, содержится призыв к включению рекомендаций Программы действий МКНР в национальные планы, политические установки и программы.



Оспаривание статус-кво: переход к гендерно преобразующим программам

Программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, учитывающие влияние гендерного фактора на свободу воли в контексте взаимоотношений между людьми, могут оказаться более эффективными с точки зрения оказания помощи женщинам и мужчинам в реализации их репродуктивных прав (Edmeades and others, 2018).

С 1969 года в деле защиты репродуктивных прав был достигнут огромный прогресс. Однако для достижения успеха в будущем необходимо прямо поставить под сомнение взаимосвязи между гендерной принадлежностью и репродуктивной функцией, а также укрепляющими их патриархальными социальными нормами. Например, программы в области планирования семьи могут стать проводниками гендерных преобразований, углубляя понимание гендерного фактора таким образом, чтобы содействовать обеспечению большего равенства и большей свободы в выборе решений в сексуальной и репродуктивной сфере. В этом плане был разработан ряд перспективных подходов, которые указывают путь к достижению этих целей.

Обеспечение полного равенства должно включать непосредственное взаимодействие с мужчинами в качестве полноправных и равноправных партнеров, с тем чтобы у них была возможность вкладывать средства в собственное здоровье и поддерживать самостоятельность женщин (Hook and others, 2018).

К инициативам, использующим этот подход, относится программа «Мобилизация мужчин», которая, как было показано, привела к сокращению масштабов насилия в отношении женщин в Индии, Кении и Уганде (Greig and Jerker, 2012).

Другим примером является кампания «Мужская забота» — программа, разработанная организацией «Промундо» и сетью гендерной справедливости «Сонке». Эта инициатива призвана бросить вызов традиционным нормам по уходу за детьми, побуждая мужчин брать на себя роль, которая в силу устоявшихся представлений не считается мужской, с целью повышения уровня общего благополучия, гендерного равенства и здоровья путем создания для этого благоприятных условий. Аналогичным образом в Нигере «*Эколь-де-Мари*», или «школа для мужей», добилась значительных успехов, побуждая состоящих в браке мужчин к участию в решении вопросов, касающихся охраны сексуального и репродуктивного здоровья как их самих, так и их жен.

Хотя вовлечение мужчин в процесс гендерных преобразований имеет решающее значение для достижения долгосрочных целей укрепления репродуктивных прав, не менее важно продолжать расширять права и возможности женщин и девочек для реализации их потенциала в полном объеме. Из изменений, произошедших в этой области за последние два десятилетия, пожалуй, ни одно не окажет такого влияния на гендерные нормы в долгосрочной перспективе, как резкое увеличение числа девочек, начавших учиться в

Лиз-Мари Дежан

«Я выросла в атмосфере, в которой желания женщин всегда старались не замечать, — вспоминает Лиз-Мари Дежан. — Мужчины постоянно напоминали женщинам о том, что их тела им не принадлежат, а женщины были склонны верить этому».

Ее голос оживился, и она продолжила: «Мы должны были развеять эти мифы и образ мысли. Мы должны были помочь женщинам взять на себя заботу о своем физическом состоянии и здоровье».

Широко известная на Гаити как защитница прав женщин, 75-летняя Дежан родилась вскоре после основания в 1934 году первой в стране феминистской организации, которая боролась за права женщин на получение образования и участие в политической жизни, в том числе на участие в голосовании. Дежан помнит, как ходила на женские встречи со своей матерью. Но только когда она стала врачом и обратила внимание на чрезвычайно высокие показатели материнской смертности на Гаити, она в полной мере осознала масштабы дискриминации по признаку пола и отсутствие репродуктивных прав.

Дежан решила применить свои медицинские знания и навыки в наименее обеспеченных и самых отдаленных районах Гаити, посещая пациентов и обучая акушерок методике предоставления медицинских услуг. Позже, выступая в качестве руководителя крупной гаитянской женской организации, известной под названием «Солидарность гаитянок» (Solidarite Fanm Ayisyèn или SOFA), она помогла открыть клиники для женщин в перенаселенных городских трущобах. Одним из пунктов непрерывной правозащитной кампании были выступления в поддержку отмены уголовного наказания за аборт. На противозаконные, небезопасные аборты, указывает Дежан, приходится около трети случаев материнской смертности. «Это — битва за жизнь женщин», — подчеркивает она.

Для гаитянок проведение Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года стало переломным моментом. Одним из ключевых результатов стало создание первого национального министерства по делам женщин, которое возглавила Дежан. Ей поступали угрозы убийства, против нее проводились демонстрации, но она смогла все это преодолеть, и министерство приступило к работе, но даже в наши дни требуется проявлять постоянную бдительность перед лицом регулярных попыток его закрыть.

Дежан не теряет присутствия духа. «Женщины начинают выступать как люди, знающие о своих правах, — говорит она. — Это прекрасное завоевание. Когда человек психологически готов защитить себя как человека, это — большая победа. Она не собьется с пути. Она никому не позволит переступить через себя».

«Это прекрасное завоевание. Когда человек психологически готов защитить себя как человека, это — большая победа. Она не собьется с пути. Она никому не позволит переступить через себя.»



Сивананти Танентиран

прав были в основном выиграны. Женщинам и их физическому состоянию стали уделять достаточно много внимания. Вместо этого она решила принять участие в таких важнейших инициативах, как выдвижение женщин в кандидаты на выборные посты в ее родной Малайзии. Это движение оказывало поддержку тем политическим кандидатам, которые вели свои избирательные кампании под лозунгами защиты прав женщин.

Но в 2006 году, когда она работала над книгой об охране репродуктивного здоровья в Азии, она проанализировала численные показатели и поговорила с людьми, и полученные данные ее возмутили.

«Меня действительно шокировало, что эта борьба по-прежнему продолжается, и весьма активно».

Танентиран присоединилась к активистам Азиатско-тихоокеанского ресурсного и исследовательского центра для женщин (ARROW), став в конечном итоге исполнительным директором этой организации. Активно действующая в 17 странах, ARROW выступает за полную реализацию мер по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин, с тем чтобы во всех сферах жизни женщины могли быть равноправными гражданами.

Используя все имеющиеся ресурсы от социальных сетей до международных политических переговоров, Танентиран стала играть заметную роль в общественной жизни, систематически отслеживая пробелы в мерах защиты сексуальных и репродуктивных прав, а также показывая взаимосвязь с такими вопросами, как нищета и изменение климата, которые усугубляют эти недостатки. В раздробленном и весьма несправедливом мире она мобилизует людей и лиц, формирующих политический курс, на противодействие тому, что она называет «разбазариванием» социальных прав в условиях борьбы за все более ограниченные экономические и другие ресурсы.

Танентиран гордится тем, что в наши дни молодые феминистки выступают сплоченными рядами и принимают на себя высокую ответственность за судьбу движения, в том числе и в рамках ARROW. Они унаследовали мир, в котором идея гендерного равенства получила более широкое признание, чем когда-либо прежде.

Но эта битва еще далека от завершения, предостерегает она. Многое зависит от смелости и сохранения единства. «Ты получишь только то, за что сражаешься. Мы должны в полный голос заявить о нашем видении и бесстрашно двигаться вперед».

«Ты получишь только то, за что сражаешься. Мы должны в полный голос заявить о нашем видении и бесстрашно двигаться вперед.»



школе и продолжающих посещать занятия. Опыт и содержание школьного обучения может стать преобразующим опытом для девочек, в частности, в том, что касается укрепления их понимания своего положения в обществе и того, как оно формируется; развития их умений и предоставления им информации, позволяющих им реализовать свое право на выражение собственного мнения во взаимоотношениях с другими людьми и отстаивать свои собственные интересы; а также их защиты от вредных обычаев, таких как вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте. Другие программы, такие как программа «Создавая возможности» (*Abriendo Oportunidades*) в Гватемале, осуществляемая Советом по народонаселению, также добились успеха в деле оказания помощи девочкам в переходе к взрослой жизни, что в буквальном смысле открывает перед ними новые возможности, которые могут определить их дальнейшую жизнь.

Всестороннее половое просвещение также помогает преобразовать гендерные нормы с помощью соответствующих возрасту учебных программ, которые содержат информацию о сексуальном поведении и репродуктивной функции, но также ориентированы на гендерную проблематику и вопросы баланса сил во взаимоотношениях между полами. ЮНЕСКО и ЮНФПА оказывают поддержку всестороннему половому просвещению в школах и через общинные организации в десятках развивающихся стран (Haberland, 2015). Побуждение мальчиков и девочек к открытому обсуждению вопросов, связанных с сексуальным поведением, приведет к более открытым партнерским отношениям, в рамках которых оба партнера будут свободно делиться друг с другом своими желаниями и предпочтениями на взаимоуважительной основе, укрепляя отношения между женщинами и мужчинами и

улучшая конечные результаты в репродуктивной сфере.

Достижение более широкой цели расширения прав и возможностей для всех потребует, чтобы сообщество специалистов в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья вновь подтвердило свою приверженность делу выработки более глубокого понимания значения гендерного фактора и того, как гендерно обусловленные роли и ожидания отражаются на социальном взаимодействии по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Только после устранения этих коренных причин все участники смогут, наконец, заявить, что им удалось освободить человечество от того, что Голдберг назвал «тесно переплетенной тиранией культуры и биологии» (Goldberg, 2009), а их усилия войдут в историю человечества как одно из самых амбициозных начинаний.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАВЫ

- Из всех препятствий на пути к достижению и осуществлению прав человека, в том числе репродуктивных прав, лишь немногие оказались столь же трудными для преодоления, как препятствия, основанные на гендерном факторе.
- Гендерная проблематика, представляющая собой набор принятых обществом моделей и социальных норм, которые в совокупности определяют соответствующее поведение мужчин и женщин, их роль и характерные особенности, является предметом изучения, усвоения и утверждения в ходе социального взаимодействия людей, оказывая тем самым глубокое влияние на все стороны жизни.
- Гендерное неравенство ограничивает способность женщин свободно принимать основополагающие решения о том, когда и с кем вступать в половые отношения, когда использовать противозачаточные средства или пользоваться услугами по охране здоровья, а также следует ли и когда следует искать работу по найму или стремиться получить высшее образование.
- Гендерные нормы ограничивают репродуктивные права мужчин, на которых оказывается сильное социальное давление, требующее от них действий, доказывающих их плодовитость, их участия в рискованном поведении и наличия у них большого числа детей.
- Закрепление гендерного неравенства в социальных нормах и моделях поведения усиливает негативные последствия других препятствий на пути к осуществлению прав и реализации возможностей выбора.
- Решения в сексуальной и репродуктивной сфере и роль, которую гендерная принадлежность играет в их принятии, по своей сути являются взаимосвязанными в том смысле, что они обусловлены взаимодействием с другими людьми, особенно сексуальными или романтическими партнерами, но также и с членами расширенной семьи, членами общины или сотрудниками таких учреждений, как клиники и больницы.
- Репродуктивные права не могут быть полностью реализованы в отсутствие всеобъемлющего гендерного равенства.
- С точки зрения оказания помощи как женщинам, так и мужчинам в реализации их репродуктивных прав, программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья, учитывающие влияние гендерного фактора на свободу воли в контексте взаимоотношений между людьми и содействующие установлению более равноправных отношений, считаются более эффективными.



КОГДА СИСТЕМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ТЕРПИТ КРАХ

С середины 1990-х годов правительства стран, гуманитарные организации и международные учреждения все чаще оказывают услуги женщинам и девочкам-подросткам, возможности выбора которых ограничены вследствие войн и стихийных бедствий.

В XXI веке, по мере увеличения масштабов распространения затяжных конфликтов и усиления интенсивности стихийных бедствий, связанных с изменением климата, страны приходят к консенсусу в отношении этой приоритетной задачи. Государства последовательно утверждают новые обязательства по решению проблем охраны репродуктивного здоровья и гендерно мотивированного насилия в условиях кризисов, а сотрудники служб быстрого реагирования довели до совершенства свои профессиональные навыки и получили обширный опыт в области спасения жизни людей.

Мир, полный тревог

Сегодня мир сталкивается с беспрецедентным ростом уровня потребностей в гуманитарной сфере. В 2018 году на глобальном уровне в гуманитарной помощи нуждались примерно 136 миллионов человек, а в 2017 году получателями помощи стал 91 миллион человек (ОСНА, 2018).

В последние годы число беженцев, мигрантов и внутренне перемещенных лиц неуклонно растет. К числу факторов, обуславливающих этот рост, относятся затяжные конфликты, порождаемые нестабильностью в отдельных странах и усугубляющие ее; разрушительные ураганы, связанные с изменением климата; и непредсказуемые события, такие как землетрясения.

Нарушение систем безопасности, потеря жилья и перебои в водоснабжении, поставках продовольствия, санитарии и медицинском обслуживании в их совокупности подвергают тяжелым испытаниям людей, затронутых кризисами. Многие из них вынуждены перебираться в другие места и во время своего пути обречены на дополнительные страдания. Другие томятся в поселениях беженцев, иногда десятилетиями.

Ежедневно более 500 женщин и девочек в странах, охваченных чрезвычайными ситуациями,

умирают во время беременности и родов из-за отсутствия квалифицированных акушерок или неотложной акушерской помощи, а также по причине небезопасных абортов (UNFPA, 2018b).

Отсутствие безопасности и перемещение повышают уязвимость перед изнасилованием, эксплуатацией и ВИЧ-инфицированием, в том числе среди женщин, девочек и мальчиков подросткового возраста, инвалидов и лиц, идентифицирующих себя как лесбиянки, гомосексуалисты, бисексуалы, трансгендеры или интерсексуалы.

Причины перемещения и степень тяжести его последствий в разных странах и внутри одной страны могут существенно отличаться, однако в наибольшей степени и дольше всего от этого неизбежно страдают люди, находящиеся в наиболее неблагоприятном положении. «Нищета и неравенство, политическая нестабильность и неустойчивость государства, нехватка воды и отсутствие



продовольственной безопасности, изменение климата и деградация окружающей среды, неустойчивое развитие и ненадлежащее городское планирование в разных странах сочетаются по-разному, что повышает их воздействие и уровень уязвимости людей», — говорится в материалах Центра по наблюдению за процессами внутреннего перемещения. В частности, указывается, что «между низкими уровнями развития человеческого потенциала и риском перемещения населения в результате стихийных бедствий существует тесная взаимосвязь» (IDMC, 2018).

Данные, сведенные воедино учреждениями Организации Объединенных Наций, Европейской комиссией, правительствами и неправительственными организациями, свидетельствуют о том, что по меньшей мере в 12 странах высока опасность гуманитарных кризисов и стихийных бедствий, которые могут привести к исчерпанию имеющегося национального потенциала реагирования. (Диаграмма 6.1; IASC and European Commission, 2019).

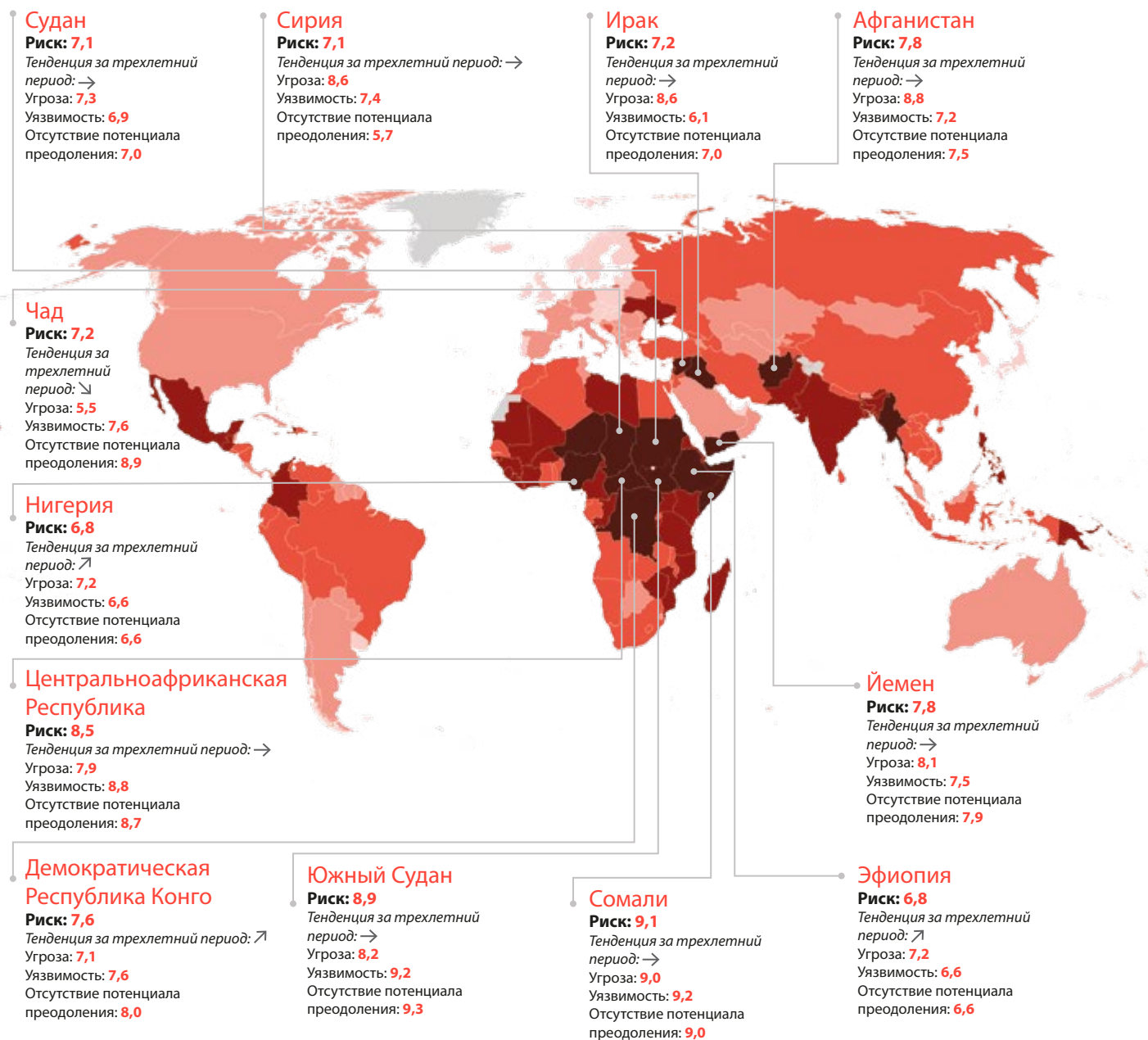
Затяжные кризисы: новая норма

Войны всегда сказывались на положении гражданского населения и часто приводили к массовым перемещениям. В 1969 году, когда ЮНФПА только создавался, Биафранская война вызвала массовый голод и гуманитарный кризис. В 1994 году, в год проведения Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), конфликт в бывшей Югославии и гражданская война в Руанде привели к массовым нападениям на гражданское население.

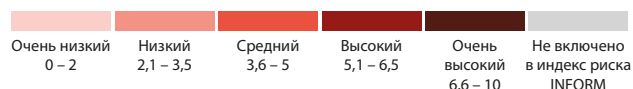
Согласно «Глобальному гуманитарному обзору за 2018 год», опубликованному Управлением Организации Объединенных Наций по координации гуманитарных вопросов, в наши дни «затяжные кризисы стали новой нормой» (ОСНА, 2018).

ДИАГРАММА 6.1 Гуманитарные кризисы и стихийные бедствия могут привести к исчерпанию имеющегося национального потенциала реагирования

Глобальный индекс риска INFORM за 2019 год рассчитан на основе трех параметров: уровня угрозы и подверженности ее воздействию, уязвимости и отсутствия потенциала преодоления последствий. На этой карте отражены подробные данные по 12 странам с наивысшим уровнем суммарного риска. Таблица условных обозначений составлена на основе базы данных по Глобальному индексу риска INFORM за 2019 год.



ИНДЕКС РИСКА INFORM



↗ Увеличивающийся риск → Стабильный ↘ Уменьшающийся риск

В последние годы долгосрочные перемещения населения, вызванные трудноразрешимыми конфликтами, стали движущей силой беспрецедентного увеличения числа внутренне перемещенных лиц, беженцев и мигрантов, что создает постоянно растущие потребности в помощи и все более серьезные проблемы для гуманитарных организаций.

За восемь лет гражданская война в Сирийской Арабской Республике привела к перемещению более половины населения страны.

По состоянию на конец 2017 года в мире насчитывалось 2,6 миллиона беженцев из Афганистана, 2,4 миллиона — из Южного Судана и почти 1 миллион — из Сомали (UNHCR, 2018).

На сегодняшний день самый крупный гуманитарный кризис в мире охватил Йемен, где война привела к развалу экономики, социальных услуг и источников средств к существованию. В помощи нуждаются четыре пятых населения этой страны, или 22 миллиона человек, многие из

которых находятся на грани голода (ОСНА, 2018).

В результате вооруженных конфликтов, терроризма и межобщинного или политического насилия во всем мире в 2017 году в положении перемещенных лиц оказались почти 12 миллионов человек, по сравнению с 6,9 миллиона человек в предыдущем году; а 18 миллионов человек были вынуждены покинуть свои дома по причине стихийных бедствий, связанных с экстремальными погодными явлениями (IDMC, 2018). На начало 2018 года в мире насчитывалось 40,3 миллиона лиц, перемещенных внутри своей страны в результате конфликта, и 22,5 миллиона беженцев, что является самым высоким показателем за все время наблюдений (ИОМ, 2017).

В 2018 году из 21 кризисной ситуации, потребовавшей от Организации Объединенных Наций организовать координацию планов гуманитарного реагирования, в 19 случаях основной причиной кризиса

являлся продолжающийся конфликт. Большинство из этих кризисов продолжались в течение пяти или более лет; три из них (в Демократической Республике Конго, Сомали и Судане) длятся уже более 18 лет (ОСНА, 2018). За последнее десятилетие число вынужденных переселенцев увеличилось более чем на 50 процентов.

В 2017 году этническое насилие вынудило 655 500 человек из общины рохингья бежать из Мьянмы в Бангладеш. В том же году в результате конфликтов в положении перемещенных лиц оказались 2,9 миллиона сирийцев, 2,2 миллиона конголезцев и 1,4 миллиона иракцев (IDMC, 2018).

Последствия затяжного внутреннего или внешнего конфликта могут сохраняться еще очень долго после окончания военных действий. Несмотря на достижение мирного соглашения в 2016 году, в 2017 году в Колумбии проживало самое большое число перемещенных лиц в мире — 7,7 миллиона человек.

Широкомасштабный конфликт часто приводит к разрушению



властных структур и развалу экономики, что требует оказания широкомасштабной гуманитарной помощи. Проблемы, требующие своего решения, усугубляются угрозами безопасности сотрудников, занимающихся оказанием чрезвычайной гуманитарной помощи. Пострадавшие люди, нашедшие убежище в небезопасных местах, остаются уязвимыми перед новыми вспышками насилия и угрозой перемещения, каждый очередной виток которых подрывает их способность противостоять этим явлениям (IDMC, 2018).

Люди, спасающиеся от насилия, с большей долей вероятности останутся в пределах своей страны, чем решатся пересечь государственную границу. Многие долгосрочно перемещенные лица селятся в принимающих их общинах, зачастую в городских районах, что затрудняет оказание услуг и усложняет оказание чрезвычайной гуманитарной помощи.

Стихийные бедствия, связанные с климатом

Все больше людей вынуждены переселяться в результате

наводнений, бурь, засух и лесных пожаров, нежели вследствие конфликтов, хотя во многих случаях эвакуация требуется на непродолжительный срок. С 2008 года число новых вынужденных перемещений населения по всему миру, связанных с погодными явлениями, составляло в среднем около 25 миллионов человек в год; а их основной причиной становились тайфуны и ураганы (диаграмма 6.2). С растущими рисками разрухи в экономике и социальной сфере в результате стихийных бедствий сталкиваются, в частности, небольшие по размеру страны и островные государства (IOM, 2017).

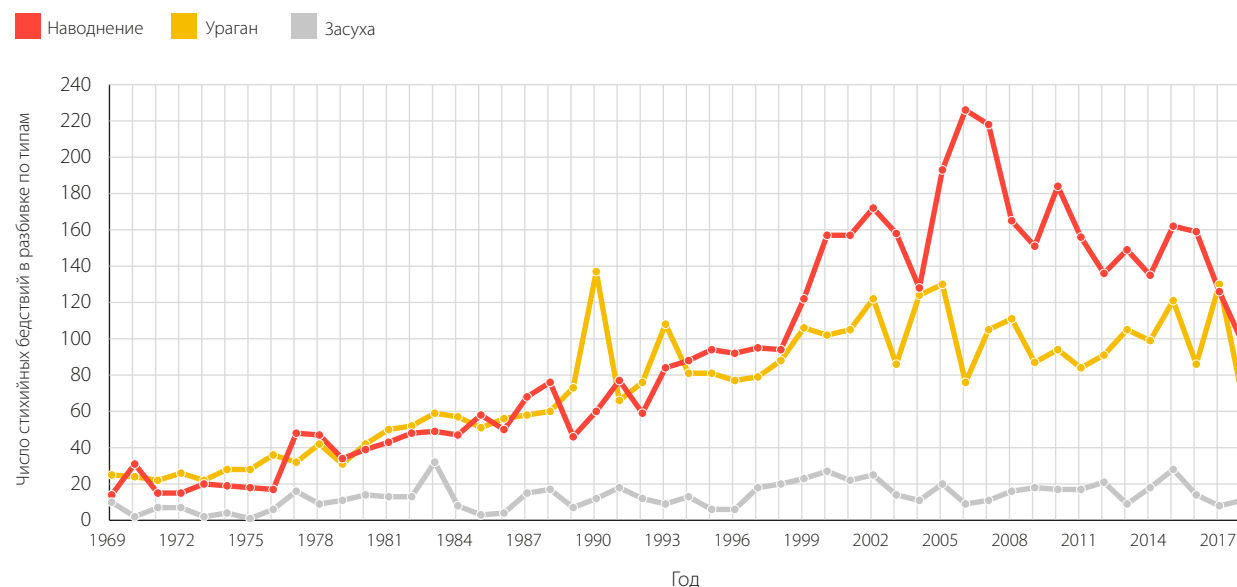
Ожидается, что масштабы нищеты и лишений в некоторых районах будут возрастать по мере усиления глобального потепления, способствуя дальнейшему перемещению населения. Особенно уязвимы коренные народы и местные общины, зависящие от источников средств к существованию в сельском хозяйстве или прибрежных районах в первую очередь в наименее развитых регионах.

Считается также, что изменение климата является одним из факторов риска вспышек инфекционных заболеваний, таких как лихорадка Эбола и Зика, которые происходят в результате распространения переносчиков болезней и конкурентной борьбы между людьми и животными за сокращающуюся среду обитания и ресурсы (Deese and Klain, 2017). Эпидемии в Западной Африке и совсем недавно в Демократической Республике Конго оказали разрушительное воздействие на общины, которые ранее серьезно пострадали в результате конфликта.

Миллионы людей перемещаются

В последние годы перемещение населения, подпитываемое конфликтами и отчаянием, способствовало резкому росту международной и внутренней миграции. Хотя беженцы и внутренне перемещенные лица составляют относительно небольшую процентную долю всех мигрантов, они часто оказываются в крайне уязвимом положении и чаще всего нуждаются в помощи и защите (IOM, 2017).

ДИАГРАММА 6.2 Стихийные бедствия в разбивке по типу, 1969–2017 годы



Источник: EM-DAT: The Emergency Events Database – Université catholique de Louvain (UCL) – CRED, D. Guha-Sapir – www.emdat.be, Brussels, Belgium

Мигранты, перемещенные в результате конфликтов на Ближнем Востоке и в Африке, испытывают особые трудности. Тысячи из них погибли, пытаясь пересечь Средиземное море. Закрытие транзитных маршрутов в Европе и попытки воспользоваться услугами контрабандистов подвергли многих мигрантов риску эксплуатации или торговли людьми (ИОМ, 2017).

Женщины и подростки в группе риска

Каждый гуманитарный кризис, возникший в результате конфликта или по причине стихийного бедствия, приводит к разрушению существующих систем, многократно увеличивая необходимость удовлетворения разнообразных потребностей в защите и услугах. Особенно в период осуществления первоначальных мер реагирования, когда перемещенному населению требуется обеспечить пищу и кров, сотрудники служб быстрого реагирования могут не заметить ситуаций, в которых кризис может привести к повышению уязвимости женщин и девочек и создать угрозу их жизни.

Условия жизни после стихийного бедствия или бегство от насилия могут стать чрезвычайно мучительным опытом для беременных женщин и матерей малолетних детей. Травмы и неполноценное питание опасны во время беременности, а во время чрезвычайных ситуаций у многих женщин случаются выкидыши или преждевременные роды. Отсутствие даже элементарных условий для безопасных родов повышает риск смертельной инфекции как для матери, так и для ребенка (UNFPA, 2004). Осложнения при родах в отсутствие квалифицированного родовспоможения или неотложной акушерской помощи часто приводят к летальным исходам или серьезным

родовым травмам, таким как акушерский свищ.

В самом густонаселенном поселении беженцев в мире, расположенном в Кокс-Базаре в Бангладеш, только каждая пятая роженица из общины рохингья рождает в медицинском центре, хотя в нем работают десятки квалифицированных акушерок. Согласно поступающим сообщениям, некоторые женщины не могут выйти из своих временных жилищ из-за противодействия своих мужей; другие женщины, подвергшиеся изнасилованию, опасаются стигматизации и дискриминации со стороны более широкой общины (UNFPA Bangladesh, 2018).

Сбои в предоставлении услуг в области планирования семьи также создают угрозу для жизни. Сексуально активные женщины, не имеющие доступа к противозачаточным средствам по причине отсутствия услуг или правовых ограничений, подвергаются риску непланируемой беременности и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. Многие забеременевшие женщины прибегают к небезопасным абортам, являющимся основной причиной материнской смертности и травм. В условиях кризиса услуги по производству безопасных абортов, даже если они разрешены законом, зачастую минимальны или вообще отсутствуют, а услуг по уходу после аборта, спасающих жизнь многим женщинам, нередко в наличии не имеется.

Условия перемещения населения и распад семей делают женщин и девочек уязвимыми перед изнасилованием и сексуальными посягательствами. Девочки-подростки, инвалиды и представители этнических и сексуальных меньшинств могут подвергаться особому риску.

Недавние исследования свидетельствуют о том, что как минимум каждая пятая беженка или перемещенная женщина, оказавшаяся в сложных условиях гуманитарного характера, подвергалась сексуальному насилию, хотя о нем часто не сообщается (Vu and others, 2014). Выжившие жертвы страдают от психологических и физических травм, а также от нежеланной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

Инвалиды особенно уязвимы перед сексуальным насилием и могут испытывать большие трудности с получением помощи после нападения. Мужчины и мальчики также подвергаются риску, и нормы, которые препятствуют женщинам и девочкам сообщать о сексуальных посягательствах, в их случае могут стать еще более сильным фактором, сдерживающим подачу жалоб (IFRC, 2018).

Страх перед сексуальными посягательствами или эксплуатацией и надругательствами ограничивает мобильность многих женщин из числа беженцев и перемещенных лиц. Некоторые семьи, находящиеся в тяжелом положении, прибегают к детским бракам в надежде на то, что выдача их дочерей замуж защитит этих девочек от насилия.

Разработка мер реагирования, основанных на соблюдении прав и обеспечении возможности выбора

В рамках гуманитарного реагирования на чрезвычайные ситуации во всем мире потребностям и уязвимости женщин не всегда уделяется такое же внимание, как потребностям в продовольствии и жилье.

Лишь в 1990-е годы гуманитарные организации стали уделять более пристальное внимание правам и потребностям женщин и девочек, затронутых кризисом (Chynoweth, 2015).

Надин Альраки

они с мужем присоединились к 5 миллионам человек, бежавшим из своей страны. Перейдя через границу с Иорданией, они нашли убежище во все разрастающемся лагере беженцев Заатари.

Через три дня после ее прибытия, несмотря на щемящие душу личные переживания, Альраки вступила в ряды добровольцев гуманитарной организации «Квестскоуп», предоставляющей услуги молодежи. В ходе семинара-практикума она научилась преподавать и выступать в качестве наставника молодых людей и подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья. «Это важные вопросы для всех людей, независимо от того, беженец ты или нет, — говорит Альраки. — В нашей собственной общине мы знаем, что достоверной информации не хватает, и молодые люди не получают необходимые им услуги».

В молодежном центре «Квестскоуп» Альраки ведет учебные занятия по вопросам безопасного материнства для молодых мужчин и женщин в возрасте 18–24 лет и по этапам полового созревания для лиц моложе 18 лет. Поддержание дружеской атмосферы является частью стимулирующих интерактивных обсуждений практических вопросов, например, о том, что нужно делать, когда начинаются месячные. Зачастую эти занятия становятся первой возможностью для молодых жителей лагеря получить хоть какую-то информацию об охране репродуктивного здоровья.

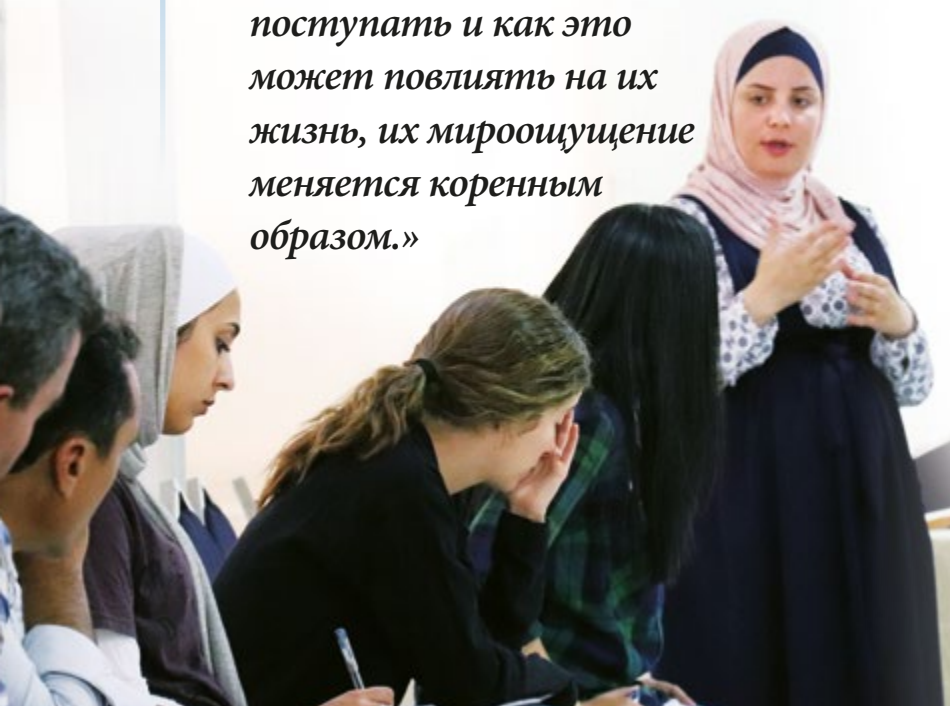
«Когда люди осознают, что у них была неверная информация, и узнают, как им следует поступать и как это может повлиять на их жизнь, их мироощущение меняется коренным образом», — говорит Альраки.

Эти занятия позволяют молодежи менять устоявшиеся представления, в том числе гендерные, и думать и действовать в соответствии со своими собственными убеждениями. На одном из мероприятий, которое Альраки хорошо запомнила, молодые люди раздавали слинги для переноски младенцев матерям и отцам, рассказывая им о том, как мужья могут помочь своим женам в уходе за детьми.

«Когда люди осознают, что у них была неверная информация, и узнают, как им следует поступать и как это может повлиять на их жизнь, их мироощущение меняется коренным образом.»

Несмотря на то, что она беременна и ждет своего первого ребенка, Альраки намерена продолжать помогать молодым жителям лагеря Заатари. Но ее самая большая мечта состоит в том, чтобы ее собственный ребенок не вырос беженцем. И чтобы ребенок имел полный доступ к качественным медицинским услугам и образованию, а также был в полной мере осведомлен об охране репродуктивного здоровья.

Сказав это, она смеется: «Конечно, я научу своего ребенка всему, что знаю, поскольку теперь я — эксперт!».



В первом издании «Справочника по чрезвычайным ситуациям», выпущенном Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ) в 1982 году, предусматривается, что первичная медико-санитарная помощь перемещенным общинам должна включать «уход за матерями и детьми, включая планирование семьи». Однако на практике услуги по контрацепции, как правило, не включались в систему охраны здоровья беженцев (Wulf, 1994).

В 1991 году УВКБ выпустило «Руководящие принципы по защите женщин-беженек», в которых вопросы защиты были сформулированы в рамках установленных международных норм, включая Всеобщую декларацию прав человека и Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Как отмечалось в этом документе, помимо «защиты от принудительного возвращения в страны происхождения; обеспечения безопасности от вооруженных нападений и других форм насилия; защиты от необоснованного и неоправданно длительного содержания под стражей; правового статуса, обеспечивающего надлежащие социальные и экономические права; и обеспечения доступа к таким основным предметам снабжения, как продукты питания, жилье, одежда и медицинская помощь, у женщин и девочек из числа беженцев есть особые потребности в защите, обусловленные их гендерной принадлежностью: они нуждаются, например, в защите от манипулирования, сексуальных и физических надругательств и эксплуатации, а также в защите от дискриминации по признаку пола в отношении поставок товаров и услуг» (UNHCR, 1991).

В 1994 году Женская комиссия по делам женщин-беженек и детей-

беженцев опубликовала доклад, озаглавленный «Женщины-беженки и охрана репродуктивного здоровья: переоценка приоритетов». В этом авторитетном докладе были выявлены серьезные недостатки в оказании помощи женщинам, в том числе в области полового просвещения, планирования семьи, повышения осведомленности в отношении ВИЧ-инфекции и ее профилактики, поставок гигиенических наборов для женщин в период менструации и предоставления услуг по оказанию помощи жертвам сексуального насилия, изнасилования и принудительной проституции (Wulf, 1994).

Преобразующие решения МКНР, принятые в 1994 году, способствовали всемирному признанию свободы воли женщин в вопросах половой жизни и воспроизводства. В рекомендациях по обеспечению охраны репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав Программа действий МКНР охватывала перемещенных лиц, беженцев и мигрантов, пострадавших от ухудшения состояния окружающей среды, стихийных бедствий и внутренних конфликтов, и содержала обращенный к государствам призыв устранить коренные причины, «особенно причины, вызванные нищетой». Программа действий призывала обеспечить защиту лицам, которые, «учитывая вынужденный характер их миграции... зачастую оказываются в особо уязвимом положении, особенно женщины, которые могут подвергаться изнасилованию и нападениям на сексуальной почве в ситуациях вооруженных конфликтов». Она настоятельно рекомендовала правительствам стран принять меры «по обеспечению того, чтобы лица, перемещенные внутри страны, получали... основные услуги в области здравоохранения, включая услуги в области охраны репродуктивного

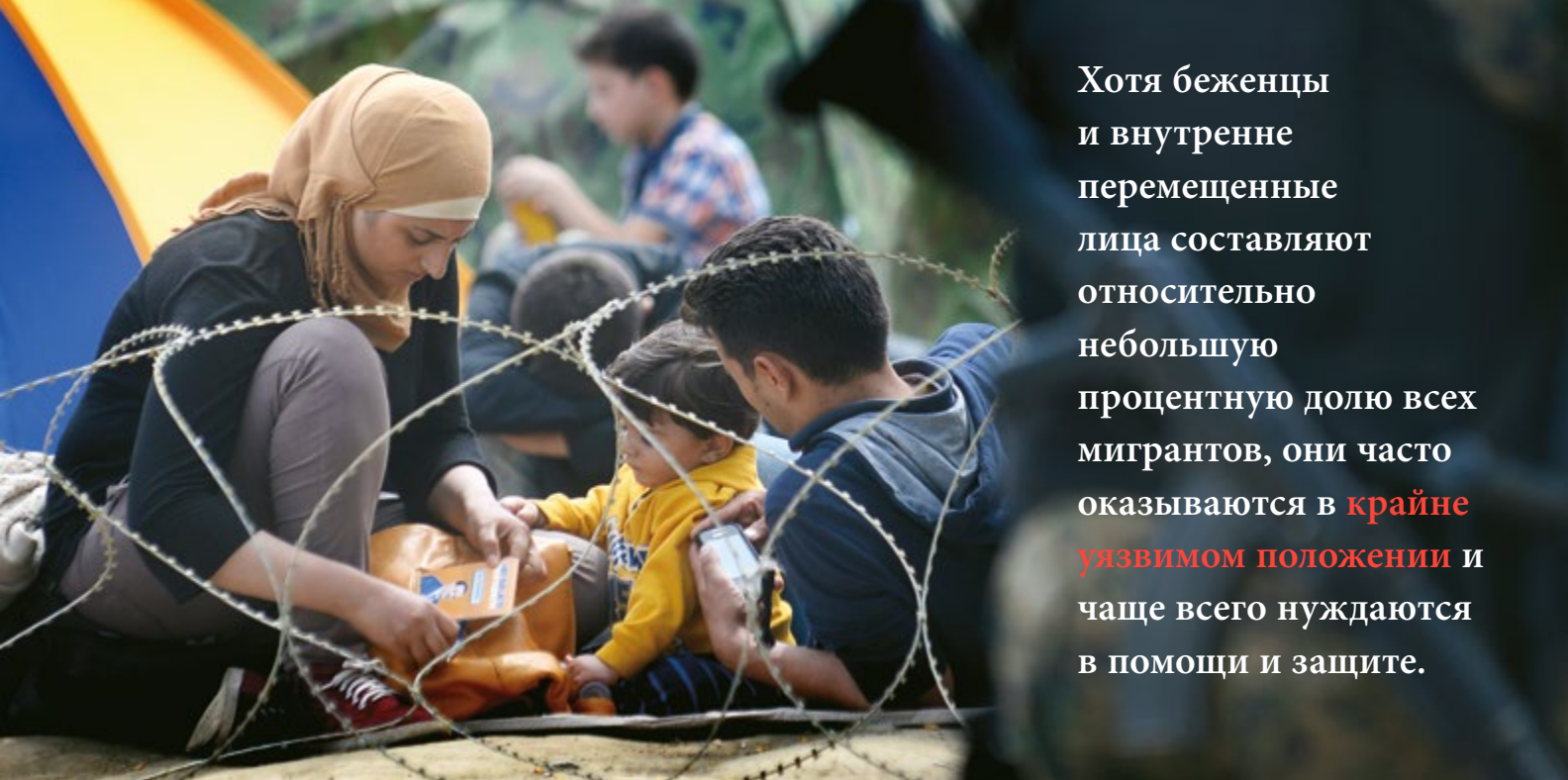
здоровья и планирования семьи», а также по предоставлению беженцам «услуг по охране здоровья, включая планирование семьи» (United Nations, 2014a).

В 1999 году во время пятилетнего обзора хода осуществления Программы действий необходимость принятия мер по защите и обеспечению охраны сексуального и репродуктивного здоровья беженцев и перемещенных лиц была рассмотрена более подробно (United Nations, 1999).

Установление стандартов охраны репродуктивного здоровья

В 1995 году примерно 40 межправительственных и правительственных учреждений и неправительственных организаций, занимающихся оказанием чрезвычайной гуманитарной помощи, сформировали Межучрежденческую рабочую группу по вопросам охраны репродуктивного здоровья беженцев, которая в настоящее время известна как Межучрежденческая рабочая группа по кризисным ситуациям. Коалиция, возглавляемая ЮНФПА и УВКБ, разработала руководящие принципы для мероприятий, реализуемых на различных этапах кризиса в отношении вопросов безопасного материнства; сексуального и гендерно мотивированного насилия; заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ; и планирования семьи. Эти принципы были доработаны в «Межучрежденческом полевом справочнике по охране репродуктивного здоровья в чрезвычайных ситуациях» (UNHCR, 1999).

Во главу угла в этом руководстве был поставлен принцип: «Услуги по охране репродуктивного здоровья должны быть доступны в любых ситуациях и основываться на потребностях и явно выраженных запросах беженцев, особенно женщин, с полным уважением различных религиозных и этических



© UNFPA/N. Batev

Хотя беженцы и внутренне перемещенные лица составляют относительно небольшую процентную долю всех мигрантов, они часто оказываются в **крайне уязвимом положении** и чаще всего нуждаются в помощи и защите.

ценностей, а также культурных традиций беженцев при соблюдении общепризнанных международных прав человека».

На протяжении многих лет Межучрежденческая рабочая группа по кризисным ситуациям играет важную роль в обеспечении учета проблем охраны сексуального и репродуктивного здоровья во всех мерах реагирования на кризисы и в разработке технических стандартов оказания услуг и сбора фактических данных для директивных органов. Эта коалиция расширилась и в настоящее время включает 20 учреждений, входящих в состав руководящего комитета, а в ее рядах состоит более 2 000 членов из 450 учреждений.

Основные услуги в условиях кризиса

В своем полевом справочнике рабочая группа определила основополагающий «минимальный набор первичных услуг» в отношении мероприятий, имеющих первостепенное значение для

предотвращения смертности и заболеваемости. Они применяются во всех чрезвычайных ситуациях и должны осуществляться подготовленным персоналом в самом начале любого кризиса.

Целями этой работы являются: определение ведущего учреждения по координации деятельности в области охраны репродуктивного здоровья и обеспечению поддержки со стороны партнеров; предотвращение случаев сексуального насилия и оказания медицинской и психологической помощи потерпевшим; снижение уровня передачи ВИЧ-инфекции посредством обеспечения безопасного переливания крови и выдачи бесплатных презервативов; профилактика материнской и младенческой смертности посредством предоставления услуг в чрезвычайных ситуациях; обеспечение наличия штатных врачей-специалистов, к которым пациенты могут быть перенаправлены, и комплектов для обеспечения безопасности родов; предотвращение случаев

непреднамеренной беременности с помощью широкого спектра методов контрацепции и распространения соответствующей информации; и, как только это представится возможным, переход к всеобъемлющим услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Проведение партнерами по рабочей группе активной информационно-пропагандистской работы способствовало широкому использованию этого пакета услуг. Этот пакет теперь входит в число стандартов проекта «Сфера», которые представляют собой широко применяемые принципы оказания гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях; критерии предоставления жизненно важных услуг, которыми руководствуется Центральный фонд реагирования на чрезвычайные ситуации Организации Объединенных Наций при определении очередности задач на ранних этапах оказания помощи в случае стихийных бедствий; и руководящие принципы деятельности в области охраны здоровья,

изданные Межучрежденческим постоянным комитетом, координирующим работу по распределению гуманитарной помощи в чрезвычайных ситуациях, предоставляемой учреждениями Организации Объединенных Наций и неправительственными организациями (IASC, 2009).

В настоящее время в пересмотренном полевом справочнике в редакции 2018 года определены возможности предотвращения непреднамеренной беременности путем применения как долгосрочных методов контрацепции, так и противозачаточных средств краткосрочного действия, а также предоставления информации и консультирования в качестве особой, спасающей жизни задачи, а не одного из элементов охраны материнского здоровья. Также признается, что контроль над рождаемостью позволяет женщинам и девочкам получить образование, защиту, приобрести жизненные навыки и обеспечить себя средствами к существованию. Услуги по производству безопасных аборт в тех случаях, когда это разрешено законом, включены в их число в качестве отдельного приоритета. Этот справочник также содержит дополнительные рекомендации по переходу от оказания чрезвычайной помощи к предоставлению всеобъемлющих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и главу, посвященную рассмотрению вопросов материально-технического обеспечения, а также уделяет повышенное внимание борьбе с гендерно мотивированным насилием.

Важно отметить, что в справочнике 2018 года подчеркивается, что предоставление всеобъемлющих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья группам населения, затронутым кризисом, — это императив защиты прав человека,

соответствующий международным обязательствам в области правозащитной деятельности и рекомендациям многих политических органов.

В 2016 году на Всемирном саммите Организации Объединенных Наций по гуманитарным вопросам, состоявшемся в Стамбуле, была принята Повестка дня в интересах человечества. В рамках основных обязательств по обеспечению гендерного равенства в этой Повестке дня содержался призыв к «обеспечению всеобщего доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав», а также к разработке «скоординированного глобального подхода к предотвращению гендерного насилия в условиях кризисных ситуаций и борьбе с ним». Государства взяли на себя многочисленные обязательства по осуществлению и финансированию мероприятий в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Реагирование на сексуальное насилие

Наряду с все большим вниманием к обеспечению охраны сексуального и репродуктивного здоровья женщин в чрезвычайных ситуациях, гуманитарные организации направляют свои усилия на борьбу с сексуальным насилием и преодоление его последствий, особенно во время конфликтов. Ужасающее, широко распространенное использование изнасилований как средства ведения войны в 1990-е годы в бывшей Югославии, Руанде, Сьерра-Леоне и Либерии, а также в Демократической Республике Конго после 1998 года побудило международное сообщество принять меры реагирования.

В Пекинской декларации и Платформе действий, принятых в 1995 году на четвертой Всемирной конференции по

положению женщин, содержался призыв принять меры «с учетом тесной взаимосвязи между массовыми нарушениями прав человека, особенно в форме геноцида, этнической чистки, систематического изнасилования женщин в период военных конфликтов и потоков беженцев и других перемещенных лиц, и тем фактом, что женщины из числа беженцев, перемещенного населения и репатриантов могут подвергаться особым формам нарушения прав человека» (United Nations, 1995a).

В Римском статуте 1998 года, учреждающем Международный уголовный суд, изнасилование и сексуальное насилие, совершаемые в ходе систематических нападений на гражданское население, квалифицируются как преступления против человечности и военные преступления (ICC, 1998).

В 2000 году Совет Безопасности Организации Объединенных Наций принял резолюцию 1325, содержащую призыв к расширению участия женщин в предотвращении конфликтов и содействию миру и безопасности. Эта резолюция призвала «все стороны в вооруженных конфликтах принимать специальные меры для защиты женщин и девочек от обусловленного половой принадлежностью насилия, особенно от изнасилования и других форм сексуального надругательства».

В резолюции 1820 Совета Безопасности, принятой в 2008 году, было заявлено, что «прежде всего женщины и девочки подвергаются сексуальному насилию, применяемому, в том числе в качестве тактики войны, в целях унижения, подавления, устрашения, рассредоточения и/или насильственного перемещения гражданских членов общин или этнических групп». В этой резолюции сексуальное насилие названо угрозой

безопасности и препятствием на пути к восстановлению мира и говорится, что в рамках усилий по постконфликтному восстановлению и реконструкции последствиям сексуального насилия необходимо уделять особое внимание. Совет подробно остановился на этих вопросах в последующих резолюциях.

За тот же период организации, занимающиеся оказанием чрезвычайной гуманитарной помощи, уделяли все большее внимание предотвращению сексуального насилия и удовлетворению потребностей пострадавших, что является одной из основных целей предоставления минимального набора первичных услуг. В пересмотренном полевом справочнике, изданном Межучрежденческой рабочей группой, гендерно мотивированное насилие определяется как действия, включающие в себя изнасилования, сексуальную эксплуатацию и сексуальные надругательства, принудительную проституцию, торговлю людьми, принудительное вступление в брак в раннем возрасте, калечащие операции на женских половых органах, убийства в защиту чести, домашнее насилие

и насилие со стороны интимных партнеров, причинение вреда по причине сексуальной ориентации или гендерной идентичности и жестокое обращение с пожилыми людьми. В нем содержатся руководящие указания по созданию безопасных убежищ для пострадавших в учреждениях здравоохранения, оказанию надлежащей клинической помощи и перенаправлению пострадавших в службы психологической и социальной поддержки и правовой помощи.

Глобальные договоры о мигрантах и беженцах

В 2016 году Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций провела первый в своем роде саммит по проблемам беженцев и мигрантов. Его цель заключалась в разработке плана создания более ответственной и предсказуемой системы реагирования на миграцию.

В своей Нью-Йоркской декларации Генеральная Ассамблея подтвердила, что Повестка дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 года обещает «никого не забыть», что включает

в себя беженцев, внутренние перемещенных лиц и мигрантов. Государства-члены заявили о своем обязательстве «обеспечивать всем лицам, прибывающим в наши страны, чуткий, гуманный, уважающий их достоинство и учитывающий гендерные аспекты своевременный прием с учетом интересов этих людей» и защищать их права человека, а также активизировать дипломатические усилия, направленные на раннее предупреждение кризисных ситуаций. Они обязались «обеспечивать всесторонний учет гендерной проблематики» в миграционной политике, «бороться с гендерным насилием» и «обеспечивать доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья» лицам, пострадавшим от кризисов (United Nations, 2016).

Этот саммит положил начало переговорам по разработке двух более обширных соглашений: Глобального договора о беженцах, который Генеральная Ассамблея одобрила на своей сессии 2018 года; и Глобального договора о безопасной, упорядоченной и легальной миграции, принятого в декабре 2018 года

© SOPA Images/Getty Images





© UNFPA Myanmar/B. Manser

на межправительственной конференции в Марракеше, Марокко. Оба договора содержат обязательства по борьбе с гендерно мотивированным насилием. Однако ни в одном из этих документов охрана сексуального и репродуктивного здоровья прямо не упоминается (United Nations, 2018 and 2018a).

Реагирование ЮНФПА в чрезвычайных ситуациях

В соответствии со своим мандатом, введенным в силу Программой действий МКНР, ЮНФПА уделяет основное внимание охране сексуального и репродуктивного здоровья и реализации прав женщин и девочек даже в кризисных и чрезвычайных ситуациях.

ЮНФПА выступает за включение мероприятий по охране репродуктивного здоровья в качестве спасающего жизни компонента международной помощи во всех кризисных ситуациях и играет ведущую роль в разработке стандартов, которые сегодня лежат в основе работы по удовлетворению потребностей в области охраны репродуктивного здоровья, и борьбе с гендерно мотивированным насилием в самых разнообразных условиях. Он помогает восстанавливающимся странам интегрировать вопросы

охраны репродуктивного здоровья в процесс восстановления их систем здравоохранения. А также помогает странам подготовиться к будущим кризисным ситуациям.

До начала кризисных явлений и на всех этапах затяжных чрезвычайных ситуаций ЮНФПА, действуя в партнерстве с правительствами и местными организациями гражданского общества, помогает наращивать потенциал систем здравоохранения, обеспечивая поставки жизненно важных предметов снабжения, укрепляя системы управления производственно-сбытовыми цепочками и организуя профессиональную подготовку национального персонала в области складского хранения, перевозки и использования средств охраны репродуктивного здоровья.

Когда в 2015 году в Непале произошло землетрясение, сотрудники служб быстрого реагирования смогли быстро распределить предметы медицинского назначения, предварительно складированные в стратегически важных пунктах. Склады на Фиджи и в Австралии готовы обслуживать уязвимые к стихийным бедствиям тихоокеанские острова (UNFPA, 2018c). В Южном Судане, где лишь некоторые медицинские

учреждения продолжают работать, в пяти центрах снабжения имеются в наличии комплекты для лечения после изнасилования и средства охраны репродуктивного здоровья (UNFPA, 2018c).

Во всем мире ЮНФПА является основным поставщиком связанных с охраной репродуктивного здоровья предметов снабжения и оборудования, упакованных и готовых к распределению в различных ситуациях и на разных уровнях обслуживания. Наборы средств планирования семьи, например, включают в себя презервативы, пероральные и инъекционные контрацептивы и внутриматочные устройства. Наборы средств охраны здоровья матерей и новорожденных содержат медицинское оборудование и расходные материалы, необходимые для оказания клинической помощи, а также базовой и комплексной неотложной акушерской помощи. Другие наборы включают в себя средства лечения инфекций, передаваемых половым путем, а также лечения последствий выкидышей и переливания крови.

В кризисных ситуациях ЮНФПА уделяет приоритетное внимание удовлетворению потребностей девочек-подростков в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и защиты. В 2009 году ЮНФПА и международный альянс «Спаси детей» опубликовали пособие по удовлетворению потребностей подростков на основе минимального набора первичных услуг (UNFPA, 2009).

В рамках своих мероприятий по оказанию гуманитарной помощи ЮНФПА создает специальные центры для девочек, где они могут овладеть жизненными навыками, ознакомиться с информацией по охране здоровья и получить направление к специализированным поставщикам услуг. В случае необходимости он также оказывает

поддержку мобильным клиникам и выездным бригадам, оказывающим услуги и предоставляющим средства охраны здоровья, в том числе противозачаточные средства. Подростков консультируют, и они принимают участие в реализации мер реагирования, распространяя гигиенические наборы, а также осуществляя сбор данных и общаясь со сверстниками (UNFPA, 2016).

ЮНФПА также координирует деятельность по предупреждению гендерно мотивированного насилия, смягчению рисков и реагированию во многих гуманитарных ситуациях. Он обучает медицинских работников чутко и конфиденциально предоставлять качественные, спасающие жизнь услуги, включая лечение после изнасилования, и распределяет клинические расходные материалы среди медицинских центров и мобильных клиник, в том числе для экстренной контрацепции и профилактики ВИЧ-инфекции.

Наращивание потенциала жизнестойкости

Обеспечение охраны сексуального и репродуктивного здоровья

и прав, а также безопасности женщин и девочек в кризисных ситуациях в настоящее время является общепризнанным всемирным приоритетом. Однако реальный успех этих усилий связан с достижением Целей устойчивого развития к 2030 году. Обществу необходимо сделать более жизнестойкими, способными предотвращать насилие и противостоять стихийным бедствиям, а также восстанавливаться после того, как они заканчиваются. Для этого требуются дополнительные ресурсы, более разумные решения и более эффективное международное сотрудничество, призванные устранить многочисленные факторы, лежащие в основе экспоненциального роста гуманитарных потребностей. Растущее неравенство, затяжные конфликты, изменение климата и демографические изменения (рост численности населения, миграция, урбанизация и старение населения) — все это затрудняет преодоление нарастающих проблем.

И далеко за пределами требований реагирования на кризисные ситуации необходимы огромные инвестиции и большая приверженность делу устойчивого развития, миростроительства, адаптации к изменению климата и уменьшению опасности бедствий.

Как отмечалось в опубликованном в 2016 году докладе Группы экспертов по финансированию гуманитарной деятельности, учрежденной Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций, «наилучшим способом удовлетворения растущих гуманитарных потребностей является устранения их коренных причин... Поскольку наилучшее средство повышения жизнестойкости — это развитие... скудные ресурсы официальной помощи в целях развития (ОПР), имеющиеся в мире, следует использовать там, где это необходимо больше всего — в ситуациях нестабильности» (United Nations, 2016a).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАВЫ

- Каждый гуманитарный кризис, возникший в результате конфликта или по причине стихийного бедствия, приводит к разрушению существующих систем, многократно увеличивая необходимость удовлетворения разнообразных потребностей в защите и услугах. Особенно в период осуществления первоначальных мер реагирования, когда перемещенному населению требуется обеспечить пищу и кров, сотрудники служб быстрого реагирования могут не заметить ситуаций, в которых кризис может привести к повышению уязвимости женщин и девочек и создать угрозу их жизни.
- Условия жизни после стихийного бедствия или бегство от насилия могут стать чрезвычайно мучительным опытом для беременных женщин и матерей малолетних детей. Травмы и неполноценное питание опасны во время беременности, а во время чрезвычайных ситуаций у многих женщин случаются выкидыши или преждевременные роды.
- Ежедневно более 500 женщин и девочек в странах, охваченных чрезвычайными ситуациями, умирают во время беременности и родов из-за отсутствия квалифицированных акушерок или неотложной акушерской помощи, а также по причине небезопасных абортов.
- С середины 1990-х годов правительства стран, гуманитарные организации и международные учреждения все чаще оказывают услуги женщинам и девочкам-подросткам, возможности выбора которых ограничены вследствие войн и стихийных бедствий.
- Преобразующие решения Международной конференции по народонаселению и развитию, принятые в 1994 году, способствовали всемирному признанию свободы воли женщин в вопросах половой жизни и воспроизводства. В рекомендациях по обеспечению охраны репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав Программа действий, принятая на этой конференции, охватывала перемещенных лиц, беженцев и мигрантов, пострадавших от ухудшения состояния окружающей среды, стихийных бедствий и внутренних конфликтов.

RIGHTS

meaning that a person needs



УЧРЕЖДЕНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЛ Я ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВЫБОРА

В 1969 году лишь немногие страны мира приняли демографическую политику или создали учреждения для ее осуществления (Nizamuddin, 2002). Однако по мере того, как во всем мире вопросам численности народонаселения уделялось возрастающее внимание, все больше стран стали стремиться углубить свое понимание взаимосвязи между динамикой численности народонаселения и процессом развития, чтобы решить связанные с этим проблемы.

К 1976 году политика снижения рождаемости проводилась в 40 странах; к 1986 году число таких стран возросло до 54, а к 1996 году — до 82 (United Nations, 2015a).

Одни страны поручили своим министерствам здравоохранения осуществлять узконаправленные программы по предоставлению противозачаточных средств. Другие учредили независимые советы по планированию семьи или комиссии по народонаселению для обеспечения быстрого перевода донорского финансирования в сферу услуг. А во многих других странах правительства сотрудничали с организациями гражданского общества в деле предоставления противозачаточных средств населению, особенно группам населения, недостаточно обеспеченным услугами.

Со временем учреждениям пришлось адаптироваться, с тем чтобы обрести способность удовлетворять растущие потребности в более широком спектре услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и предоставлять женщинам возможность осуществлять свои репродуктивные права.

Ограничения раннего периода

В рамках первых программ планирования семьи, осуществлявшихся под эгидой министерств здравоохранения, соответствующие услуги предоставлялись главным образом в городских клиниках и больницах. Слабая инфраструктура иногда затрудняла предоставление услуг

в отдаленных районах. И даже в городских районах нехватка обеспеченных ресурсами учреждений и квалифицированного персонала означала, что у значительной части населения отдельных стран имелся весьма ограниченный доступ к качественным услугам в области контрацепции или такого доступа не было совсем.

Кроме того, поскольку в то время многие расходы, связанные с выдачей противозачаточных средств, покрывались донорами из стран Запада, эти услуги зачастую отражали предпочтения доноров, и иногда способ их оказания не отвечал потребностям женщин. Одни доноры заявили о своей приверженности строительству большего числа клиник, в то время как другие предпочли финансировать схемы



распределения помощи, действующие за пределами инфраструктуры министерств здравоохранения, а третьи финансировали главным образом исследовательские и демонстрационные проекты (Robinson and Ross, 2007).

При реализации демографических программ на раннем этапе особенно остро встала проблема координации действий. За различные направления осуществления демографической политики отвечали разные учреждения национального уровня: министерства здравоохранения занимались организацией медицинских услуг; центральные статистические управления отвечали за проведение переписей и обследований; министерства образования разрабатывали учебные программы для школ и профессионально-технических училищ; министерства информации отвечали за проведение кампаний по просвещению населения; а министерства планирования или финансов выделяли необходимые финансовые средства. В некоторых странах подразделения по планированию численности населения или национальные комиссии по народонаселению помогали координировать разнообразные аспекты демографической политики, однако зачастую потенциала, необходимого для руководства такими усилиями, было недостаточно. Разбросанное по разным ведомствам административное управление реализацией программ затрудняло предоставление женщинам тех услуг и информации, в которых они нуждались для осуществления своих репродуктивных прав.

Еще одной проблемой на раннем этапе реализации программ планирования стала ограниченность данных, которые могли бы быть положены в основу разработки этих программ или позволили бы отслеживать воздействие предпринимаемых мер. В 1970-е годы Агентство Соединенных Штатов Америки по международному

развитию оказывало помощь в создании многочисленных центральных статистических учреждений, и с тех пор сфера охвата и качество эпидемиологических и поведенческих данных о сексуальном и репродуктивном здоровье в развивающихся странах кардинально улучшились.

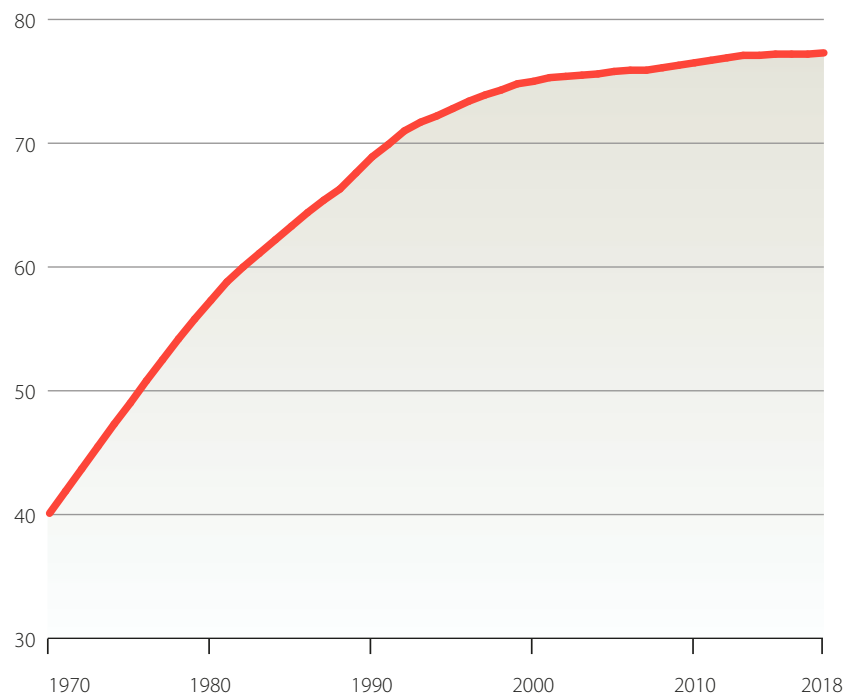
Однако по-прежнему сохраняются пробелы в сборе и анализе данных по некоторым событиям, конечным результатам предпринимаемых мер и показателям заболеваемости, таким как аборт, межличностное насилие, инфекции, передаваемые половым путем, акушерские свищи, недержание, болезненные ощущения при половом акте и сексуальные дисфункции.

Поэтапный прогресс

В 1970-х годах охват программами планирования семьи медленно расширялся, а в последующие десятилетия прогресс в этой области ускорился. Например, в 1970 году в развивающихся регионах с помощью одного из современных методов контрацепции было удовлетворено около 40 процентов спроса на услуги в области планирования семьи (диаграмма 7.1). Эта процентная доля возросла до 57 процентов в 1980 году, 69 процентов в 1990 году, 75 процентов к 2000 году и в наши дни составляет около 77 процентов (United Nations, 2018b).

Достигнутый прогресс отражает постепенное повышение «эффективности усилий», прилагаемых правительствами стран в рамках их программ в области планирования семьи. В 1972 году исследователи разработали набор измерителей и с тех пор периодически применяют их в большинстве развивающихся стран. Индекс эффективности усилий в рамках программ планирования семьи основан на опросном листе, содержащем 30 показателей эффективности усилий в разбивке

ДИАГРАММА 7.1 Спрос на услуги в области планирования семьи, удовлетворенный с помощью современных методов контрацепции: процентная доля женщин, состоящих в официальном или гражданском браке, 1970–2018 годы



по четырем категориям: политические установки, услуги, оценка эффективности и доступ к методологии. Расчет индекса эффективности усилий производится на основе ответов на вопросы опросного листа, полученных от независимых, информированных наблюдателей, а также оценивается отдельно от конечных результатов, таких как показатели использования противозачаточных средств или изменения рождаемости.

Когда в 1972 году анализ этого показателя по 23 национальным программам проводился в первый раз, страны распределились довольно равномерно по всему спектру от низких до высоких уровней эффективности усилий. Однако к 1989 году показатели уровня эффективности усилий

К 1976 году

политика снижения рождаемости проводилась в 40 странах; к 1986 году число таких стран возросло до 54, а к 1996 году — до 82.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

многих стран повысились, и страны с низким уровнем эффективности усилий сблизилась со странами, где эти усилия находились на среднем и высоком уровнях (Robinson and Ross, 2007). Тем не менее этот прогресс в области планирования семьи является лишь частью общей картины, и постепенно демографическая политика стала охватывать не только планирование семьи.

Демографическая политика: выход за рамки вопросов сокращения рождаемости

Принципиально новый консенсус, достигнутый на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году, способствовал приданию импульса делу создания и обновления институтов общества. Со временем все больше национальных стратегий и политических установок в области регулирования численности

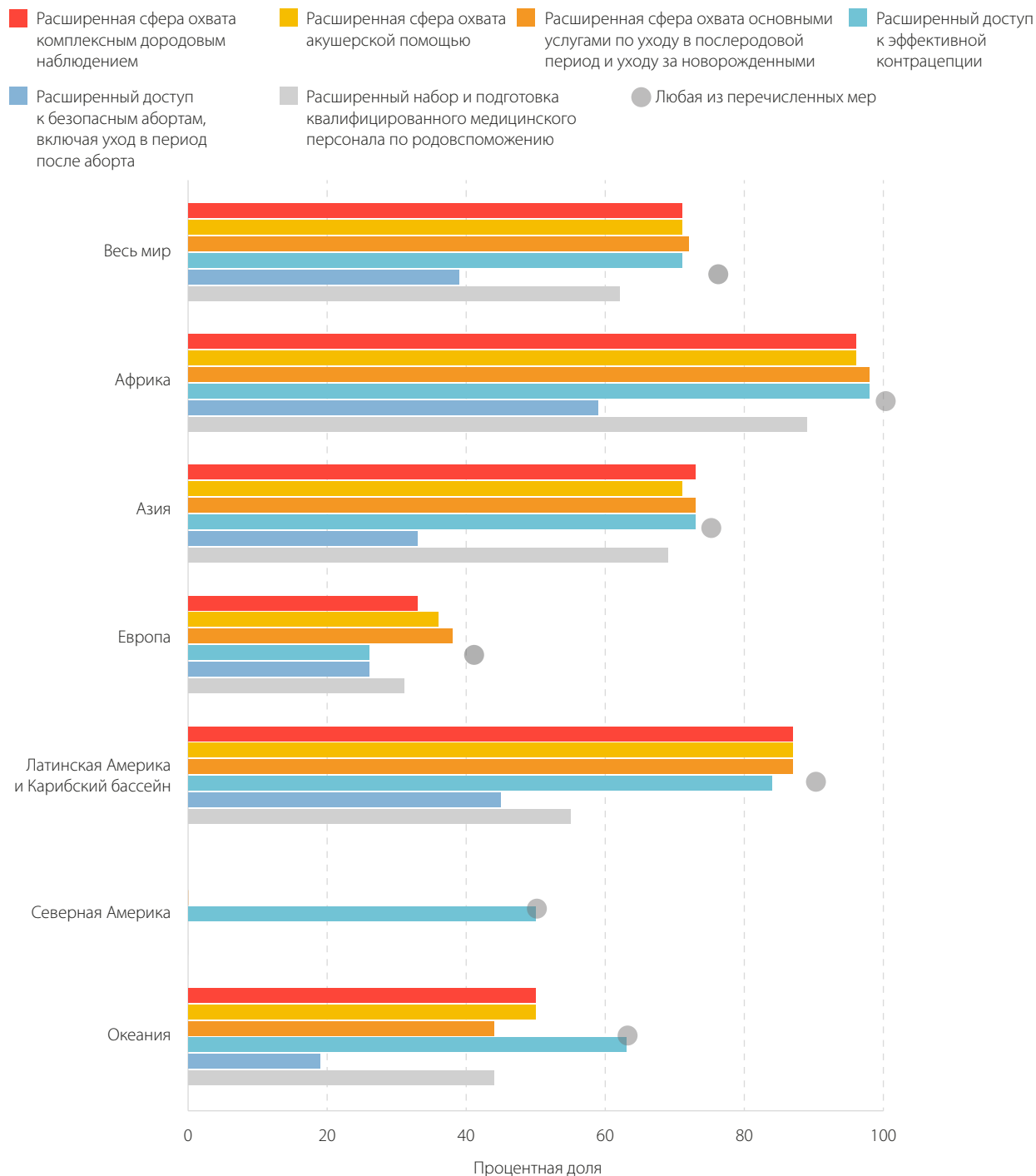
народонаселения выходили за рамки узкой направленности на планирование семьи в целях сокращения рождаемости и охватывали новую глобальную повестку дня в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и расширения прав и возможностей женщин.

Например, по состоянию на 2015 год 76 процентов правительств предприняли одну или несколько политических мер, направленных на то, чтобы сократить смертность новорожденных и материнскую смертность, и более 70 процентов правительств расширили сферу охвата основными услугами по уходу в послеродовой период и уходу за новорожденными, комплексным дородовым наблюдением или акушерской помощью (United Nations, 2017a). Кроме того, 62 процента правительств стран мира приняли политику, направленную на

расширение набора сотрудников и подготовки квалифицированных акушерок, а 39 процентов расширили доступ к услугам по производству безопасных абортов, включая уход в период после аборта (диаграмма 7.2).

В рамках глобального обзора хода осуществления рекомендаций Программы действий МКНР правительства стран представили информацию о создании различных учреждений «для решения вопросов, касающихся взаимосвязи между народонаселением и развитием». Результаты проведенного обследования показывали, что, по сравнению с другими темами МКНР, такими как образование и миграция, с 1990 года отмечалось сравнительно более высокое увеличение числа государственных учреждений, отвечающих за решение вопросов обеспечения гендерного равенства, а также проблем подростков и молодежи и народонаселения и устойчивого

ДИАГРАММА 7.2 Процентная доля правительств, принявших за последние пять лет политические меры по сокращению смертности новорожденных и материнской смертности, в разбивке по регионам, 2015 год



Источник: United Nations, 2017a.

Примечание: на основе имеющихся данных по 190 странам.

развития (United Nations, 2014).

Эти новые институциональные структуры оказываются наиболее эффективными в продвижении прав и возможностей выбора в тех случаях, когда они в полной мере учитывают потребности и точки зрения потенциальных клиентов. В Программе действий подчеркивалась необходимость вовлечения непосредственно заинтересованных лиц, включая, в частности, тех, кто исторически оказался исключен из этого процесса в результате дискриминации, принуждения или насилия, в разработку законов, политических установок и практических мер. Такое вовлечение способствует расширению прав и возможностей отдельных лиц, особенно женщин и девочек, в плане более полного осуществления их прав.

Растущая ценность партнерских отношений

На протяжении 1970-х и 1980-х годов партнерские отношения в сфере народонаселения и развития расширялись, становились все более разнообразными и во многом способствовали успеху в продвижении задач, связанных с народонаселением и развитием (Weerakoon, 2002).

В Программе действий отмечалась эта тенденция, а также утверждалось, что тесное взаимодействие правительства и многосторонних организаций с национальными и международными неправительственными организациями и представителями частного сектора уже не воспринимается как нечто необычное (United Nations, 2014a).

Амбициозные и масштабные цели Программы действий в значительной степени являются результатом мобилизации гражданского общества, и неудивительно, что с 1994 года широкий круг организаций гражданского общества

и других неправительственных заинтересованных сторон все активнее мобилизуется для формирования глобальной, региональной и национальной политики и механизмов подотчетности в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (United Nations, 2014). Эта тенденция прослеживается в контексте более широкого распределения функций властных структур и руководства и усиления соответствующего признания ценности, которую представляют собой участие и партнерские отношения между национальными и местными органами власти, гражданским обществом, а также негосударственными субъектами действия.

В конце 1980-х и начале 1990-х годов волна инициатив по децентрализации государственного управления открыла возможности для участия гражданского общества в местном планировании, принятии решений, а также текущем контроле и оценке эффективности услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Однако децентрализация также привела к возникновению проблем, связанных с отсутствием ясности в том, как различные учреждения связаны друг с другом и с районными органами здравоохранения, а также проблем, связанных с потоками товаров широкого потребления, закупками и распределением оборудования и предметов снабжения (Maceira, 2005).

В рамках этой тенденции участие целевых получателей помощи согласно Программе действий за последние 20 лет расширялось по мере того, как широкие сети взаимодействия представителей гражданского общества и неправительственных организаций официально признавались и включались в процессы планирования и реализации программ (United Nations, 2014).

Например, Коалиция по снабжению средствами охраны репродуктивного здоровья объединяет организации гражданского общества, а также многосторонние и двусторонние организации, частные благотворительные фонды, правительства и представителей частного сектора в целях обеспечения того, чтобы все люди в странах с низким и средним уровнем дохода могли получить доступ к недорогим высококачественным противозачаточным средствам и другим средствам охраны репродуктивного здоровья и пользовались ими. А в рамках инициативы «Планирование семьи 2020» гражданское общество было вовлечено в разработку стратегий, направленных на достижение цели обеспечения к 2020 году 120 миллионов женщин и девочек в самых бедных странах мира доступом к информации, противозачаточным средствам и услугам в области планирования семьи на добровольной основе.

Аналогичным образом частный сектор играет все более активную роль в планировании и осуществлении программ. В Программе действий признается важнейшая роль, которую может сыграть частный коммерческий сектор, и содержится призыв к правительствам и неправительственным организациям активизировать свое сотрудничество с частным сектором в рамках программ в области народонаселения и развития, особенно в таких областях, как производство и поставка высококачественных противозачаточных средств и предоставление услуг наряду с надлежащим информированием и просвещением (United Nations, 2014a). Проведенный в 1998 году всемирный опрос на местах показал, что во многих странах частный сектор начинает играть

ПОБОРНИЦА ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Мишель Бачелет

отстаивала гендерное равенство и сексуальные и репродуктивные права, осуществляя надзор за изменениями в чилийском законодательстве, направленными на преобразование жизни женщин и девочек.

Бачелет стала первой в истории женщиной-президентом Чили в 2006 году, быстро выполнив свое предвыборное обещание о создании кабинета министров, состоящего из равного числа мужчин и женщин. Опираясь на свои давние связи в чилийском женском движении, она пригласила феминисток в состав правительства для совместного продвижения реформ по ключевым вопросам реализации репродуктивных прав.

Она успешно продвигала меры по расширению масштабов защиты жертв домашнего насилия, прекращению дискриминации на рабочем месте, повышению справедливости пенсионной системы по отношению к женщинам и улучшению ухода за детьми для матерей с низким уровнем дохода. Когда консервативная коалиция встала на пути ее плана по расширению доступа к экстренной контрацепции, Бачелет обратилась к поддерживающей ее общественности, и законопроект был быстро проведен через парламентские слушания и утвержден. В 2017 году, ближе к окончанию своего второго срока в должности президента, Бачелет добилась реализации еще одно знакового преобразования, когда чилийский Конгресс положил конец 28-летнему периоду полного запрета на аборт.

«Я была преисполнена решимости провести такие социальные, экономические и политические реформы, которые, по моему мнению, необходимы для улучшения жизни людей, — говорит Бачелет. — У нас хватило смелости привести Чили в движение, и вместе с этим мы стали свидетелями преобразований в нашей стране».

В 2018 году Бачелет стала Верховным комиссаром Организации Объединенных Наций по правам человека, поклявшись использовать накопленный за годы жизни опыт во имя поощрения прав человека для всех. «Защитники прав человека и жертвы обращают свои взгляды на Верховного комиссара в надежде на то, что, выполняя свое предназначение, мы защитим и поддержим их, — говорит Бачелет. — И я сделаю все, что в моих силах, чтобы мы это осуществили».

Но делать это мы будем в равной степени с тем, что мы делаем для женщин и девочек. «Построение более справедливого и равноправного мира, гарантирующего права женщин и девочек — это не просто задача, — говорит Бачелет, которая также занимала пост первого Директора-исполнителя Структуры «ООН-женщины». — Это также необходимость и обязанность».

«Я была преисполнена решимости провести такие социальные, экономические и политические реформы, которые, по моему мнению, необходимы для улучшения жизни людей.»





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

все более активную роль в открытии клиник и инициировании программ социального маркетинга (Weerakoon, 2002).

В связи с растущим разнообразием партнерских отношений и субъектов действия в Программе действий содержится обращенный к правительствам стран-получателей помощи призыв укреплять национальные координационные механизмы для обеспечения эффективного и действенного сотрудничества в области народонаселения и развития. В Программе действий была отмечена необходимость уточнения обязанностей, возлагаемых на партнеров в области развития, на основе рассмотрения сравнительных преимуществ и национальных приоритетов в области развития, а также содержался обращенный к международному сообществу призыв помогать правительствам стран-получателей помощи в принятии подобных мер в области координации (United Nations,

2014a). Не отказываясь от своих национальных приоритетов, страны-доноры поддерживают расширение сотрудничества и процесс унификации в рамках Организации Объединенных Наций и национальных процессов как составной части реформы Организации Объединенных Наций, а также при посредстве новых сетевых инициатив.

Проблемы оценки сметных расходов и отслеживания финансовых потоков

Оценка потребностей в финансировании и отслеживание финансовых потоков в области предоставления услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья является одним из важнейших аспектов эффективного расширения прав и возможностей выбора нуждающихся в этом людей. Такие усилия обеспечивают обмен информацией и прозрачность, которые позволяют донорам координировать свои усилия,

планирующим органам — определять первоочередные задачи и выявлять пробелы, а правозащитникам — обеспечивать подотчетность доноров и правительств в отношении взятых на себя обязательств.

Однако, начиная с самых первых дней осуществления демографической политики проведение оценки сметных расходов и отслеживание финансовых потоков всегда было сложной задачей. В 1960-х и 1970-х годах финансирование мер в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья осуществлялось по различным статьям бюджета. Например, финансирование охраны здоровья матери и ребенка и лечения инфекций, передаваемых половым путем, было отнесено к категории более широкого финансирования здравоохранения, в то время как «демографическое» финансирование было в значительной степени сосредоточено на финансировании услуг в области контрацепции, причем некоторые из мероприятий были

Энхжаргал Даваасурэн

были настолько суровыми, что многие женщины неохотно сообщали даже о серьезных преступлениях. В 1990 году произошла демократическая революция, но после нее судебная система перестала признавать домашнее насилие и изнасилование в браке в качестве уголовных преступлений.

Для Энхжаргал Даваасурэн это всегда было абсолютно неприемлемым. Когда она была еще девочкой, ее мать-профсоюзная активистка проводила многочисленные собрания у них дома, на которых женщины организовывали защиту своих трудовых прав, но также помогали друг другу прекратить жестокое обращение в семье. Даваасурэн поступила на юридический факультет, чтобы научиться тому, как можно отстаивать права женщин.

Будучи молодым юристом, она основала Национальный центр по борьбе с насилием и инициировала кампанию за принятие нового закона, вводящего уголовную ответственность за домашнее насилие. В течение двух десятилетий она и ее команда преданных делу активистов настойчиво призывали политиков к действиям. Их самоотверженность дала свои плоды — им удалось добиться своего, и в 2016 году монгольский парламент установил уголовную ответственность за домашнее насилие — впервые в истории страны при демократическом правлении. Новый закон гарантирует, что каждая монгольская женщина, которая будет сталкиваться с той или иной формой домашнего насилия в течение своей жизни, а в Монголии домашнему насилию подвергается каждая третья женщина, сможет добиться, чтобы ей была обеспечена безопасность и защита.

За ее стремление к переменам Даваасурэн поступают угрозы убийством, ее критикуют за «насаждение идей из-за рубежа». Но отступать она не собирается. Национальный центр финансирует работу группы юристов, оказывающих бесплатную правовую помощь жертвам насилия, и создал сеть приютов по всей стране, куда женщины и девочки могут обращаться для получения убежища и помощи. Об их существовании знают теперь повсеместно, и все больше женщин обращаются туда за помощью, а случаи жестокого обращения с женщинами, вызвавшие сильное общественное негодование, широко освещались в ведущих средствах массовой информации.

«В нашей правозащитной деятельности мы никогда не станем почивать на лаврах, — говорит Даваасурэн. — «В патриархальном обществе, где доминируют мужчины, таком как Монголия, женщины не осознают, насколько сильными они могут быть».

Она советует: «Будьте сильными, но, что более важно, будьте сплоченными. Женщины должны работать сообща для достижения социальных перемен. Эти проблемы — системные, а их решения — коллективные».

По всей Монголии люди избегали упоминать о волне домашнего насилия, захлестнувшей их жизнь.

В коммунистическую эпоху наказания

«В патриархальном обществе, где доминируют мужчины, таком как Монголия, женщины не осознают, насколько сильными они могут быть.»





направлены на сбор и анализ данных демографических обследований. В различных исследованиях как расходы на здравоохранение, так и расходы на реализацию демографической политики нередко объединялись в единое целое в качестве финансирования «сектора здравоохранения», и проанализировать исторические данные о финансировании конкретных мероприятий не так-то просто.

Начиная с 1970-х годов отслеживание предпринятых мер проливает свет на тенденции изменений и, в частности, на то, каким образом сообщество доноров наращивало поддержку мероприятий в области здравоохранения и

народонаселения. Выплаты на развитие сектора здравоохранения, поступавшие от многосторонних и двусторонних учреждений, в 1972 году составили почти 900 млн долл. США (в ценах 1990 года); эта сумма выросла до 2,7 млрд долл. США к 1980 году и до 3,9 млрд долл. США к 1990 году. В течение 1970-х и 1980-х годов объем помощи на цели «деятельности в области народонаселения» увеличивался медленно. В 1990 году общий объем помощи в области народонаселения увеличился до 936 млн долл. США, составив почти 20 процентов от общего объема внешней помощи в секторе здравоохранения. На долю двусторонних доноров приходилось 60 процентов помощи в области

народонаселения, на долю учреждений Организации Объединенных Наций — 22 процента, на долю банков развития — 13 процентов и на долю частного сектора — 5 процентов (Michaud and Murray, 1994).

К 1994 году системы оценки сметных расходов и отслеживания финансовых потоков в области предоставления услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья стали намного более совершенными. Сама Программа действий включает сметные расходы на осуществление основных рекомендаций в таких областях, как планирование семьи; охрана репродуктивного здоровья; лечение и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ; и фундаментальные



© Brian Sokol/Panos Pictures

научные исследования. В тот момент международное сообщество согласилось со «сметой», согласно которой в 2000 году потребовалось бы выделить 17 млрд долл. США, в 2005 году — 18,5 млрд долл. США, в 2010 году — 20,5 млрд долл. США и в 2015 году — 21,7 млрд долл. США. Правительства согласились с тем, что две трети требуемой суммы будут мобилизованы самими развивающимися странами, а одна треть поступит от международного сообщества.

Растущие потребности, растущие расходы

Ряд организаций и программ приступили к отслеживанию расходов и донорской помощи

в области охраны репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей, новорожденных и детей. Например, участники инициативы «Планирование семьи 2020» отслеживают финансирование мероприятий по планированию семьи во всем мире; Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей отслеживает финансовые обязательства в рамках Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей; и Институт Гуттмахера публикует данные об объемах финансирования и дефиците финансовых средств в области предоставления комплекса услуг по охране репродуктивного здоровья.

Эти механизмы оценки сметных расходов и отслеживания финансовых потоков свидетельствуют о прогрессе и сохраняющихся проблемах в области финансирования с 1994 года. Число доноров неуклонно растет, и усилия доноров во все большей степени определяются растущей вовлеченностью гражданского общества и частного сектора (United Nations, 2014).

Однако на глобальном уровне ресурсов для удовлетворения потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья по-прежнему недостаточно, и тенденции изменения донорского финансирования развиваются в неправильном направлении. Объем официальной помощи в целях развития, выделяемой развитыми странами развивающимся странам и предназначенной на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья, резко возрос по завершении МКНР 1994 года и достиг максимума в 2011 году, составив чуть более 5 долл. США на одну женщину репродуктивного возраста, проживающую в одной из развивающихся стран. Однако к 2016 году этот показатель

снизился на 60 центов и составил 4,40 долл. США в расчете на одну женщину. При рассмотрении всех источников зарубежного финансирования, включая официальную помощь в целях развития и гранты частного сектора, в 2016 году помощь на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья составила 6,22 долл. США на одну женщину репродуктивного возраста. Несмотря на свою значимость, даже эти более высокие показатели остаются низкими по сравнению с потребностями.

Ведущая роль внутреннего финансирования

Хотя это и трудно измерить, ясно, что финансовые ресурсы развивающихся стран в целом, включая финансирование со стороны правительств, национальных неправительственных организаций и частного сектора, составляют большую часть финансирования деятельности в области народонаселения (UNFPA, 2014a).

Правительства многих развивающихся стран добились прогресса в согласовании внутренних целей и бюджетов с целями Программы действий. Однако продолжающиеся финансовые кризисы в развивающихся странах и странах с переходной экономикой могут сказаться на способности сохранять текущую динамику. Кроме того, противодействие осуществлению программ в области народонаселения на религиозной и культурной основе в некоторых регионах препятствует мобилизации ресурсов (Cohen and Abrams, 2002).

Многие страны, особенно наименее развитые, не в состоянии мобилизовать необходимые ресурсы для полного удовлетворения потребностей своих граждан в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. В том, что касается финансирования

и поддержания действенности программ в области народонаселения, большинство развивающихся стран полагаются на помощь доноров (UNFPA, 2014a). Это подрывает способность развивающихся стран проводить оценку сметных расходов и составлять бюджеты на долгосрочную перспективу, поскольку объемы донорских средств могут меняться каждый год, что создает угрозу стабильности национальных программ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья вследствие возможных резких сокращений финансирования.

Кроме того, частные потребители услуг в развивающихся странах несут тяжелое бремя расходов на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, покрывая их за счет собственных средств. Это имеет серьезные последствия с точки зрения обеспечения доступа к важнейшим услугам для наименее обеспеченных и в наибольшей степени социально отчужденных групп населения. Например, в тех местах, где ту часть дохода семьи, которая остается после удовлетворения основных потребностей, контролируют мужчины, женщины могут столкнуться с дополнительными проблемами в оплате своих собственных потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (Starrs and others, 2018). Большая доля расходов, покрываемых за счет собственных средств, может также создавать проблемы для инициатив, направленных на сокращение масштабов нищеты и неравенства в доходах в развивающихся странах (United Nations, 2014).

Новаторские подходы к обеспечению финансирования предусматривают оказание поддержки и стимулирование правительств развивающихся стран в отношении расстановки приоритетов и направления инвестиций в такие

испытывающие нехватку ресурсов области, как здравоохранение и питание. Например, Глобальный фонд финансирования, созданный в 2015 году, побуждает правительства увеличивать внутренние расходы в соответствии с теми элементами Целей устойчивого развития (ЦУР), которые относятся к охране здоровья и обеспечению полноценного питания. Аналогичным образом Фонд Билла и Мелинды Гейтс оказывает поддержку тем правительствам, которые заявили о своей приверженности достижению цели сокращения неудовлетворенных потребностей в средствах планирования семьи в рамках инициативы «Планирование семьи 2020» и находятся в процессе разработки и реализации государственных планов действий по расширению доступа к услугам по планированию семьи.

Повышение внимания к эффективности помощи

Провозглашение Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в 2000 году ознаменовало собой начало эпохи повышенного внимания к эффективности помощи, что отчасти было обусловлено разочарованностью правительств развивающихся стран в связи с проблемами неравноправных партнерских отношений по вопросам предоставления помощи и утратой ими способности эффективно планировать, координировать и направлять процесс развития в своих собственных странах.

В Абуджийской декларации 2001 года по проблеме ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и других связанных с ними инфекционных заболеваний государства-члены Африканского союза обязались увеличить расходы на здравоохранение по меньшей мере до уровня 15 процентов своих национальных бюджетов и призвали страны-доноры увеличить объем поддержки с их стороны соответствующим образом. Итоговые

документы форумов высокого уровня по вопросам эффективности помощи (Парижская декларация по повышению эффективности внешней помощи 2005 года, Аккрская программа действий 2008 года и документ о Пусанском партнерстве для эффективного сотрудничества в области развития 2011 года) способствовали повышению ответственности в отношении более эффективного оказания помощи с уделением особого внимания наращиванию потенциала и национальной ответственности и исполнению принятых обязательств (United Nations, 2014).

Повышение внимания к эффективности помощи нашло свое отражение в развитии структур координации деятельности доноров и более широком признании ведущей роли стран и взаимной подотчетности в рамках такого сотрудничества (United Nations, 2014). Совместное исследование Всемирной организации здравоохранения и ЮНФПА о последствиях изменений в условиях оказания помощи для охраны сексуального и репродуктивного здоровья показало, что все большее внимание уделяется общесекторальным подходам и стратегиям сокращения масштабов нищеты, а также решению стратегической задачи достижения ЦРТ. В результате проведения этого исследования был также сделан вывод о том, что проблема надежного и предсказуемого финансирования деятельности по охране сексуального и репродуктивного здоровья по-прежнему не решена (WHO and UNFPA, 2011).

Обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами

С провозглашением ЦУР в 2015 году все большее внимание стало уделяться достижению всеобщего охвата медико-санитарными

Чеа Чантум

В качестве руководителя директората по вопросам народонаселения и развития Министерства планирования Камбоджи Чеа Чантум сыграл важную роль в усилиях своей страны, направленных на то, чтобы обязательства, принятые участниками МКНР, легли в основу прогрессивной

национальной политики в области демографии, старения населения и по ряду других направлений.

Под его руководством объем инвестиций, направляемых правительством Камбоджи в сферу планирования семьи, значительно увеличился. В стране, которая всего несколько десятилетий тому назад была охвачена конфликтом, сейчас наблюдается резкое снижение показателей рождаемости, сопоставимых с уровнями рождаемости в куда более развитых странах, а также улучшение положения в области охраны материнства.

«Мы подчеркиваем право иметь детей, но в то же время побуждаем супружеские пары задуматься о своем собственном благосостоянии и благополучии своих семей, — говорит он. — С помощью просвещения и повышения осведомленности можно добиться многого».

Воплощая в жизнь настойчивый призыв Чеа к уважению сексуальных и репродуктивных прав подростков и молодежи, Камбоджа завершает подготовку программы всестороннего полового просвещения для ее включения в общенациональную учебную программу 5–12-х классов. Он также способствовал созданию национального фонда справедливого здравоохранения, обеспечивающего предоставление бесплатной медико-санитарной помощи малоимущим гражданам на всей территории страны.

Являясь государственным служащим с более чем 30-летним стажем работы, Чеа начал свою карьеру в качестве офицера полиции, а затем продолжил свое образование, получив ученые степени в области развития сельских районов и государственного управления. Именно в период своей работы в сельской местности он начал осознавать неразрывную взаимосвязь между вопросами народонаселения и развития.

«Сперва я не понимал, насколько серьезное значение имеют вопросы народонаселения, — вспоминает он. — Теперь я знаю, что без решения демографических проблем развития не будет. Поэтому я делаю все, что в моих силах, чтобы выяснить, в чем именно нуждаются люди для повышения уровня своего благосостояния».

«Недостаточно лишь оказать услуги, — подчеркивает он. — Необходимо вовлечь в процесс развития всех людей. Если у нас нет людей, у нас нет ничего. Только люди могут сделать так, чтобы наша страна продолжала двигаться вперед».

«Мы подчеркиваем право иметь детей, но в то же время побуждаем супружеские пары задуматься о своем собственном благосостоянии и благополучии своих семей.»



услугами, что стало центральным элементом ЦУР 3. Концепция всеобщего охвата медико-санитарными услугами включает в себя несколько принципов, в том числе предоставление высококачественных услуг в целях улучшения состояния здоровья и обеспечение равного доступа к медико-санитарным услугам без риска столкнуться с финансовыми затруднениями.

По аналогии с краеугольной темой ЦУР, состоящей в том, что «никто не должен быть забыт», концепция обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами также призывает к «постепенной реализации», то есть она основана на том, что в

ходе расстановки приоритетов следует обеспечить такую реформу системы здравоохранения, которая будет направлена прежде всего на устранение проявлений неравенства и будет в равной или даже большей степени проводиться в интересах менее обеспеченных лиц, чем в интересах тех, кто находится в более благоприятном положении, а также на том, что каждая страна может добиться прогресса, независимо от своей отправной точки (Starrs and others, 2018).

Всеобщий охват медико-санитарными услугами предусматривает последовательное расширение пакета медицинских услуг и увеличение доли расходов, покрываемых за счет объединенного

финансирования или страховых программ, с тем чтобы сократить объемы расходов за счет собственных средств граждан. В этой концепции также учитываются многочисленные межсекторальные связи между ЦУР и признается, что перспективы достижения целей в области здравоохранения будут улучшены вместе с прогрессом в принятии мер в отношении многих других социальных и экологических факторов, определяющих состояние здоровья человека (Stenberg and others, 2017). Конечные результаты в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья улучшились благодаря различным инновационным схемам финансирования, таким как

© Mark Tuschman



ваучерные программы, выплаты обусловленных денежных пособий, программы социального страхования и текущий контроль результативности принимаемых мер (USAID, 2014). Такие инновационные мероприятия могут быть эффективно адаптированы к другим конкретным условиям (Starrs and others, 2018).

Для поддержки этих целей многосторонние учреждения объединились и приступили к коллективной работе по ускорению прогресса в достижении ЦУР. Глобальный план действий за здоровый образ жизни и благополучие для всех

призван ускорить достижение конкретных результатов на страновом уровне и одновременно укрепить внутристрановые процессы принятия решений, способствовать реализации мер реагирования, основанных на правах человека и принципе справедливости, с тем чтобы никто не остался забытым, а также активизировать обмен опытом и знаниями между странами и учреждениями. Координируемая Всемирной организацией здравоохранения, эта инициатива объединяет 11 многосторонних учреждений, ведущих работу в сфере

охраны здоровья. Эта группа завершит доработку плана действий, который будет представлен на сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в сентябре 2019 года (WHO, 2018a).

В своей совокупности эти инициативы закладывают основу для деятельности тех учреждений, которые лучше оснащены и устойчиво финансируются, с тем чтобы расширить доступ к информации и высококачественным услугам, которые могут позволить женщинам осуществлять свои репродуктивные права.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАВЫ

- С течением временем политические установки и программы правительств и других поставщиков услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья претерпели изменения, что явилось реакцией на растущее понимание вопросов сексуального и репродуктивного здоровья. Учреждениям пришлось адаптироваться, с тем чтобы обрести способность удовлетворять растущие потребности в более широком спектре услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья и предоставлять возможность осуществлять свои репродуктивные права и выбор всем людям, где бы они ни находились.
- Участие национальных и местных органов власти, гражданского общества и частного сектора помогло определить амбициозные цели Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Цели устойчивого развития (ЦУР); партнерские отношения между этими субъектами действия играют центральную роль в продвижении к этим целям и будут иметь решающее значение для их достижения.
- Оценка потребностей в финансировании и отслеживание финансовых потоков в области предоставления услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья является одним из важнейших аспектов расширения прав и возможностей выбора нуждающихся в этом людей. На глобальном уровне ресурсов для удовлетворения потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья по-прежнему недостаточно, и тенденции изменения донорского финансирования развиваются в неправильном направлении. Правительства многих развивающихся стран добились прогресса в согласовании внутренних целей и бюджетов с целями Программы действий МКНР, однако продолжающиеся финансовые кризисы сказываются на способности сохранять эту динамику.
- Обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами является центральным элементом ЦУР 3. Такой охват включает предоставление высококачественных услуг в целях улучшения состояния здоровья и обеспечение равного доступа к медико-санитарным услугам без риска столкнуться с финансовыми затруднениями. Выдвижение инициатив, направленных на оказание содействия обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, открывает возможности для развития тех учреждений, которые лучше оснащены и устойчиво финансируются, в целях расширения доступа к информации и высококачественным услугам, обеспечивающим права и выбор для всех.



ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВЫБОРА **ДЛЯ ВСЕХ:** **ЕСЛИ НЕ СЕЙЧАС, ТО КОГДА?**

Женщина, которой сейчас исполнилось 60 лет, родилась, когда сексуальные и репродуктивные права и возможности выбора были более ограничены. Для многих противозачаточные средства получить было трудно, а летальные исходы при родах случались сравнительно часто. Однако ко времени, когда ей было 10 лет, перемены уже начались, принося все больше завоеваний.

Некоторые преобразования пошли ей на пользу, но гораздо больше досталось следующему поколению — женщинам, которым на момент проведения Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) исполнилось 10 лет. Однако даже сейчас прогрессивные изменения не носят законченного характера. Сегодня, когда им 35 лет, у них больше прав и больше возможностей, но отнюдь не все, что им было обещано.

Можем ли мы изменить мир к лучшему для девочки, которой сегодня исполнилось 10 лет? Если согласиться, что история — это руководство к действию, мы можем положительно ответить на этот вопрос, но только при условии, что интересы людей мы выдвинем на передний план и добьемся того, чтобы никто не был забыт.

За последние 50 лет правительства, гражданское общество и международные организации добились значительного прогресса в расширении сферы охвата в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав. В 1994 году МКНР провозгласила рассчитанную на перспективу всемирную приверженность поставленной цели защиты этих прав и обеспечения возможностей выбора, а также стала беспрецедентным случаем достижения общего согласия в отношении наличия неразрывной взаимосвязи между расширением прав и возможностей женщин и процессом развития. Двадцать пять лет спустя видение МКНР остается воплощением людских чаяний, отраженных в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и связанных с ней 17 Целях устойчивого развития (ЦУР).

Однако в ближайшем будущем некоторые давно возникшие проблемы сохранятся и новые. В качестве одной из мер, направленных на решение предстоящих задач, ЮНФПА и его многочисленные партнеры обратились с настоятельным призывом к достижению трех нулевых показателей к 2030 году: не должно остаться неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах, предотвратимая материнская смертность должна быть сведена к нулю, а насилие или вредные обычаи, приносящие страдания женщинам и девочкам, должны быть искоренены.

Девочка, которой сегодня 10 лет, заслуживает жить в мире, в котором каждый человек реализует все свои права и все люди могут жить той жизнью, которую они выбирают.



© UNFPA/R. Anis

населения. Другие демографические сдвиги, такие как миграция, во многих случаях отражающие глубоко укоренившееся неравенство и кризисы, разжигают нетерпимость. Нищета остается глубокой и неразрешимой проблемой даже во многих странах, которые в целом живут лучше. Консерватизм и фундаментализм могут блокировать прогресс и обратить достигнутое вспять.

Интересы людей должны стоять во главе угла

Для всех стран, стремящихся в максимально возможной степени воспользоваться уже достигнутым, преодолеть существующие препятствия и построить лучшее будущее, в том числе такое будущее, к которому призывает Повестка дня на период до 2030 года, пора перейти к действиям по выполнению обязательств, принятых участниками МКНР. К их числу относится выдвигание интересов людей на первый план путем охраны их сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также права на развитие на благо как нынешнего, так и будущих поколений.

Национальные правовые системы должны включать четкие обязательства в отношении защиты этих прав, и следует отказаться от сохраняющихся дискриминационных положений, таких как барьеры на пути доступа к услугам и контрацепции для молодежи, людей, не состоящих в браке, лиц различной сексуальной ориентации и гендерной идентичности и других. Затем эти обязательства могут быть претворены в жизнь с помощью хорошо продуманной политики в области народонаселения и развития, в рамках которой первоочередное внимание уделяется охвату людей, имеющих наименьшие возможности выбора и сталкивающихся с наибольшими недостатками в осуществлении своих прав.

Признавая сложные взаимосвязи между процессом устойчивого развития и динамикой изменения численности населения, при решении

Преобразующее видение: из прошлого в будущее

В конце 1960-х годов рост численности населения вызывал опасения и воспринимался как тикающая бомба замедленного действия, которую необходимо срочно обезвредить с помощью агрессивных, порой принудительных программ в области планирования семьи. Ко времени проведения МКНР сформировался консенсус в отношении того, что каждый человек имеет право распоряжаться своим телом и контролировать свою сексуальную и репродуктивную жизнь. Когда люди реализуют это право, они часто делают выбор в свою пользу и поддерживают более широкое социальное, экономическое и даже экологическое благополучие. Сегодня в Повестке дня на период до 2030 года признается, что

устойчивое развитие зависит от всеобщего охвата качественным медико-санитарным обслуживанием, включая охрану сексуального и репродуктивного здоровья, а также от обеспечения гендерного равенства и реализации репродуктивных прав.

Однако в зачастую нестабильном и тревожном мире достигнутые успехи хрупки. Одни люди устремляются вперед, но очень многие оказываются забытыми. Эпидемии, конфликты и изменение климата подрывают прогресс и затрудняют реализацию прав и возможностей выбора. Сокращение численности населения в некоторых странах открыло двери для новых форм демографической политики, направленной на то, чтобы заставить людей обзаводиться детьми, в то время как в других странах вновь появились опасения по поводу роста численности

демографических проблем следует также учитывать необходимость обеспечения развития и инвестиций в более широком плане, что должно стать составной частью комплексного подхода к развитию, который в настоящее время воплощен в Повестке дня на период до 2030 года. Эти усилия должны отражать весь спектр факторов, влияющих на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав, включая образование, наличие работы, жилье и продовольственную безопасность.

Страны, обеспокоенные сокращением численности населения, могут принять меры для обеспечения того, чтобы основные услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья стали общедоступными. Им также может понадобиться активизировать свои действия, направленные на расширение сферы охвата политики, ориентированной на интересы семьи, с тем чтобы помочь людям реализовать свое право на создание или расширение семьи, такие как введение оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком для мужчин и женщин, налоговые каникулы для семей, гибкий график работы и доступное по цене жилье. Страны с большей долей людей, выходящих на рынок труда, могут повысить производительность труда и в большей мере реализовать потенциальные демографические дивиденды, обеспечив молодым людям доступ к качественным, всеобъемлющим основным услугам по охране здоровья, а также качественному образованию и возможностям перехода на достойную работу.

В рамках национальной политики в области здравоохранения задача охраны сексуального и репродуктивного здоровья должна стать не второстепенной, как это нередко бывает, а одной из главных, что приведет ее в соответствие с уровнем ее воздействия на общее состояние здоровья и благополучие человека, а также тем значением, которое ей придают отдельные лица и супружеские пары. Это может включать

в себя продвижение по пути реализации положений недавно принятой Астанинской декларации, определившей первичную медико-санитарную помощь как комплекс услуг по профилактике, лечению и охране сексуального, репродуктивного и психического здоровья (WHO and UNICEF, 2018). В ходе общенациональных «проверок» положения дел в области соблюдения сексуальных и репродуктивных прав можно дать оценку того, насколько законы, политические установки, бюджеты, услуги, информационно-пропагандистские кампании и другие мероприятия согласуются с этими правами.

Права и возможности выбора на протяжении всей жизни

Значительные изменения в структуре населения в последние годы, особенно в различных возрастных группах, привели к более глубокому осознанию ценности применения подхода, основанного на жизненном цикле, при планировании и разработке политики.

Государственные услуги и другие мероприятия должны охватывать всех людей сразу после рождения и оставаться доступными на каждом последующем этапе, опираясь друг на друга, включая преклонный возраст.

Это помогает странам реализовать права людей на всех этапах жизни и в максимальной степени

© UNFPA/Live Images



добиться эффекта от инвестиций, обеспечивающих высокую социальную отдачу. Дети и молодежь будут иметь возможность сохранить здоровье и получить образование, необходимые им для того, чтобы стать трудоспособными взрослыми людьми. Взрослые будут иметь достойную работу и поддержку в планировании семьи, что позволит им внести свой вклад в экономику, обеспечить уход за своими иждивенцами и подготовиться к старости. Пожилые люди смогут использовать накопленные средства и поддержать качество своей жизни, а также продолжить вносить свой вклад в жизнь своих семей и общин. Подход, основанный на жизненном цикле, может помочь сократить проявления неравенства, связанные с возрастом, и сделать выбор в отношении потребления ресурсов, чтобы сбалансировать потребности нынешнего и будущих поколений.

Системы социальной защиты, предусматривающие минимальный набор социальных льгот, должны быть доступны людям на всех

этапах жизни, с тем чтобы они могли поддерживать достойный уровень жизни и благосостояния и иметь возможность выбора в соответствии со своими правами. В условиях стремительного изменения ситуации на рынках труда, отсутствия стабильного трудоустройства и снижения качества рабочих мест политические установки в области занятости необходимо адаптировать, например, с помощью мер, направленных на обеспечение непрерывности медицинского и социального страхования и предоставления возможности обучения на протяжении всей жизни.

Незавершенная повестка дня: доступ к качественным услугам

За последние 50 лет понимание характера услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья постепенно расширялось. В связи с призывом МКНР обеспечить всеобщий доступ ко всему спектру услуг, связанных с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, сместился акцент внимания,

которое ранее было преимущественно направлено на обеспечение мер по предотвращению беременности. В настоящее время всеобщий охват медико-санитарными услугами является центральным элементом ЦУР 3, направленной на обеспечение здоровья и благополучия для всех.

Универсальный пакет услуг

Самый высокий процент неудовлетворенных потребностей в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья отмечается среди социально отчужденных групп населения, в частности, этнических меньшинств; молодежи; людей, не состоящих в браке; лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ); инвалидов; и сельской и городской бедноты. Среди менее обеспеченных женщин не только более остро ощущается неудовлетворенная потребность в противозачаточных средствах, но и отмечаются заметно более высокие показатели материнской смертности.

К числу барьеров, по-прежнему препятствующих женщинам и девочкам получить доступ к услугам, относятся



низкое качество медицинского обслуживания, недостаточная оснащенность медицинских учреждений и дефицит поставок предметов снабжения, а также дискриминационные законы и пренебрежительное отношение со стороны поставщиков услуг. Расширение сферы охвата и осуществление прав изолированных на протяжении продолжительного времени групп населения в полном объеме может быть трудным и дорогостоящим делом, но это должно стать одним из центральных приоритетов в завершении выполнения повестки дня МКНР и достижении целей Повестки дня на период до 2030 года. Услуги должны не только физически охватить эти группы, но и быть адаптированы к их потребностям, о которых они заявляют, а также предоставляться на условиях конфиденциальности и свободы от предвзятого отношения или принуждения.

Все системы здравоохранения должны определить и предоставлять жизненно необходимый набор общедоступных, комплексных, высококачественных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья на первичном и специализированном уровнях. Согласно решениям МКНР эти услуги включают планирование семьи; услуги, связанные с беременностью, инфекциями, передаваемыми половым путем, бесплодием и безопасными абортами в тех случаях, когда это разрешено законом; и перенаправление к специалистам для лечения онкологических заболеваний репродуктивных органов. В целом многочисленным потребностям в большей степени отвечают комплексные услуги, например в тех случаях, когда консультации по вопросам контрацепции предоставляются до и после рождения ребенка.

Неэффективные программы охраны здоровья матери и ребенка необходимо совершенствовать при поддержке сопутствующих программ в области улучшения питания, обеспечения продовольственной безопасности и расширения прав и возможностей

женщин. Например, при посредстве Тематического фонда для охраны материнского здоровья ЮНФПА оказывает помощь странам с особо высокими показателями материнской смертности путем реализации таких доказавших свою эффективность мероприятий, как профессиональная подготовка акушерок и включение всеобъемлющих услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья в круг ведения служб неотложной акушерской помощи и ухода за новорожденными.

Также необходимо предпринять более согласованные усилия, направленные на искоренение запретных тем и дезинформации в отношении менструального цикла и повышение оснащенности медицинских учреждений и качества услуг в области обеспечения соблюдения правил личной гигиены в период менструации, принимая во внимание возможные последствия, начиная от прерванного образования и заканчивая невылеченными заболеваниями.

Многие страны могут сделать гораздо больше для защиты прав и обеспечения возможности выбора для всех, устранив барьеры на пути к получению услуг и информации людьми с различной сексуальной ориентацией и гендерной принадлежностью. Устранение этих барьеров можно начать с организации профессиональной подготовки и просвещения медицинских работников в целях недопущения дискриминации и удовлетворения специфических потребностей, характерных для особых категорий граждан.

Создание взаимосвязей с борьбой за искоренение насилия

В предупреждении гендерно мотивированного насилия, являющегося повсеместным нарушением прав, сохраняются значительные недостатки. Несмотря на целенаправленные усилия

женских организаций, системы функционирования убежищ во многих странах по-прежнему являются слабыми или вообще отсутствуют. Могут быть внедрены или расширены модели комплексного обслуживания, с тем чтобы помочь женщинам получить беспрепятственный доступ к определенному набору медицинских, судебных, психологических, социальных, трудовых и других форм поддержки, необходимых для обеспечения их безопасности и восстановления их жизни. В отношении мер реагирования на особые обстоятельства, связанные с гендерно мотивированным насилием, можно было бы шире распространять и воспроизводить успешный опыт профессиональной подготовки сотрудников полиции и должностных лиц судебных органов.

Наряду с этим можно было бы установить более тесные взаимосвязи между услугами по охране репродуктивного здоровья, инициативами по предупреждению и защите от гендерно мотивированного насилия и программами расширения экономических прав и возможностей женщин. Эти взаимосвязи могут быть реализованы на самом базовом уровне, например, в рамках систем первичного медицинского осмотра и перенаправления к специалистам, с тем чтобы, к примеру, когда женщины обращаются за услугами по планированию семьи, им задавали вопросы об их других нуждах и рисках, которым они подвергаются, и предоставляли им возможность при необходимости воспользоваться дополнительными ресурсами.

Подотчетность начинается с пользователей услуг

Одна из основных причин недостаточного качества услуг, помимо низкого уровня обеспеченности ресурсами, связана с отсутствием подотчетности



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

и оперативности реагирования на потребности пользователей услуг. Укрепление систем управления медико-санитарной информацией, а также меры по систематическому учету и анализу всех случаев материнской смертности в целях выявления недостатков в оказании медицинской помощи позволили бы странам отслеживать достигнутый прогресс и подтверждать, что услуги предоставляются именно тем, кто нуждается в них больше всего. Положительной тенденцией стало принятие минимальных стандартов обслуживания и процедур рассмотрения жалоб. В тех случаях, когда здравоохранение приватизируется, нормативные акты должны отражать эти стандарты и требовать от частных поставщиков услуг уважительно относиться к сексуальному и репродуктивному здоровью и правам всех пользователей.

Вовлечение женских организаций и других представителей

пользователей услуг в процесс принятия решений по вопросам политики и обслуживания также может способствовать повышению качества предоставляемой помощи. К числу систем, которые можно было бы доработать, относятся системы, предусматривающие направление на мобильные телефоны простых контрольных вопросов с просьбой к пользователям услуг непосредственно оценить качество предоставленной медицинской помощи. Полученные результаты могут быть использованы для оценки результативности работы поставщиков медицинских услуг. Такой подход может как улучшить качество услуг, так и стимулировать их использование.

Обеспечение охвата подростков

Как группа, подростки неизменно остаются лишенными доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья,

несмотря на то, что решения МКНР требуют оказывать им такие услуги. Правовые нормы и устоявшиеся правила по-прежнему препятствуют этому. Новые проблемы были порождены Интернетом, который служит источником нескончаемого потока информации, как достоверной, так и вводящей в заблуждение, наряду с такими опасностями, как киберзапугивание и торговля людьми в целях сексуальной эксплуатации.

Подростки имеют право на образование и наделены правом самостоятельного выбора и своей защиты. Это право может быть подкреплено такими мерами, как соответствующее возрасту всестороннее половое просвещение, интегрированное в школьные учебные программы и охватывающее всех учащихся, а также позволяющее охватить девочек и мальчиков, не посещающих школу. Такие программы должны предоставлять информацию, но для достижения наиболее значимых конечных результатов они должны

быть также направлены на повышение самооценки, углубление понимания прав человека и позитивных гендерных норм, а также развитие навыков принятия решений и межличностного общения (Starrs and others, 2018).

Сталкиваясь с проблемами в области регулирования рождаемости

До 180 миллионов супружеских пар во всем мире потенциально страдают от бесплодия, последствия которого могут включать психологические расстройства, насилие со стороны интимных партнеров и социальную стигматизацию (Starrs and others, 2018). К числу важных факторов, обуславливающих бесплодие, относятся изменения в режиме работы и семейной жизни, которые вынуждают все большее число женщин откладывать деторождение до более позднего возраста, когда они могут столкнуться с проблемами в репродуктивной сфере. Плохое состояние здоровья и отсутствие доступа к медицинской помощи во время первых беременностей также может привести к неспособности родить ребенка в более поздний период.

Материально обеспеченные люди могут воспользоваться вспомогательными репродуктивными технологиями, такими как экстракорпоральное оплодотворение. Однако, учитывая универсальный характер репродуктивных прав и принцип всеобщего охвата медико-санитарными услугами, такие варианты не должны зависеть от платежеспособности. Расширение доступа требует наличия соответствующих этических руководящих принципов и медицинских стандартов, сокращения непомерно высоких расходов и расширения возможностей для получения высокотехнологичных услуг в странах, находящихся на различных этапах развития. Можно было бы также принять дополнительные меры, направленные на повышение уровня осведомленности о профилактике

бесплодия и методах его лечения, а в некоторых странах — провести реформу законов о лечении бесплодия, усыновлении/удочерении и суррогатном материнстве, приведя их в соответствие с сексуальными и репродуктивными правами.

Растущее бремя онкологических заболеваний репродуктивных органов

Во всех странах мира бремя онкологических заболеваний растет, причем по мере того, как продолжительность жизни людей увеличивается, особенно заметный скачок отмечается в странах с низким и средним уровнем дохода. Среди других рисков отмечается низкий уровень физической активности на современных рабочих местах. Рак предстательной железы, молочной железы, шейки матки и другие формы злокачественных новообразований в репродуктивных органах составляют значительную долю бремени онкологических заболеваний (American Cancer Society, 2016). Практику регулярных первичных медицинских осмотров следует расширять как неотъемлемую часть первичной медико-санитарной помощи, в том числе посредством применения уже существующих методов и изучения возможности внедрения новых технологий, таких как генетическое тестирование, стоимость которых начинает снижаться. В соответствии с подходом, основанным на правах человека, составной частью мер, направленных на повышение доступности услуг, могут стать пересмотр нормативных актов, регулирующих право интеллектуальной собственности, и ускорение темпов перехода от разработки к широкому использованию технологий, отнесенных к категории общественного блага.

Одним из продемонстрированных средств профилактики является

вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ), который вызывает большинство случаев рака шейки матки. В настоящее время этот препарат широко применяется в 55 странах при вакцинации девочек в возрасте 9–13 лет. Другим странам следует рассмотреть вопрос о внедрении этой вакцины, особенно с учетом новой схемы вакцинации с измененной дозировкой, позволившей сократить расходы.

Учет фактора старения населения

В решениях МКНР указывалось на тот факт, что отдельные вопросы охраны репродуктивного и сексуального здоровья женщин и мужчин старшего возраста зачастую решаются ненадлежащим образом. По мере увеличения численности пожилых людей во все большем числе стран в рамках систем здравоохранения понадобится решать вопросы, связанные с сексуальной активностью, рисками, создаваемыми ВИЧ и инфекциями, передаваемыми половым путем, и рисками, связанными с онкологическими заболеваниями репродуктивных органов, которые с возрастом повышаются.

Больше внимания психическому здоровью

Несмотря на содержащееся в решениях МКНР положение о том, что «каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья», вопросам психического здоровья по-прежнему уделяется меньше внимания по сравнению с физическим здоровьем, а на цели его охраны выделяется меньше ресурсов. Тем не менее проблемы психического здоровья могут оказывать значительное влияние на права и возможности выбора.

Например, до- и послеродовая депрессия остается широко распространенной проблемой во всем мире. Непреднамеренная беременность неразрывно связана с более продолжительными

случаями депрессивного состояния. Сохраняющаяся неудовлетворенная потребность в средствах планировании семьи, побочные эффекты использования противозачаточных средств и дисбаланс сил в отношениях с другими людьми, включая насильственные ответные меры в связи с непреднамеренной беременностью, относятся к числу факторов, создающих угрозу психическому здоровью женщин и девочек. В настоящее время одной из основных причин смерти женщин-подростков являются самоубийства.

Услуги по охране репродуктивного здоровья должны, как минимум, предоставляться специалистами, прошедшими профессиональную подготовку по этим вопросам, а также следует располагать процессами, обеспечивающими проведение первичных медицинских осмотров в целях выявления такой предрасположенности и принятия соответствующих мер реагирования (WHO, 2009). Эти усилия должны осуществляться с соблюдением принципов уважения прав и достоинства человека и быть направлены на сокращение масштабов явно выраженной стигматизации, которая в отношении психического здоровья проявляется по-прежнему часто.

Фундаментальные основы: расширение прав и возможностей и равенство

Решения МКНР привлекли внимание к исторической значимости основополагающего права женщины самой принимать решение в отношении того, как распоряжаться своим телом. Это право лежит в основе многих других, таких как право на учебу, работу, свободу передвижения в публичном и частном пространстве и право на свободное время. С 1994 года во всех странах мира женщины и девочки стали получать образование и выходить на рынок труда.

В целом они более здоровы и лучше подготовлены к планированию жизни своих семей.

Тем не менее женщины получают меньше и выполняют несоразмерно большую долю неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, и им все еще предстоит добиться паритета на большинстве руководящих должностей — от правлений корпораций до парламентов. Гендерно мотивированное насилие остается безнаказанным; пагубные традиции приводят девочек к увечьям и вступлению в брак.

Оспаривание гендерных норм

Дискриминационные гендерные нормы по-прежнему относятся к числу наиболее серьезных препятствий на пути прогресса женщин и девочек, которые проявляются во всех областях жизни. Они закрепляют представление о женщине как о существе второго сорта, затрудняя реализацию прав и ограничивая возможности выбора. Высококачественные всеобъемлющие сведения и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья должны предоставляться всем женщинам. Однако фактический доступ к ним и их использование могут также зависеть от готовности мужа позволить своей жене покинуть дом, сообщений средств массовой информации, общинных стандартов в отношении половой жизни и деторождения или проповедей религиозных лидеров или других авторитетных деятелей. Расширение прав и возможностей нередко используется в качестве общего термина, указывающего на то, что женщины имеют право выбора, но на самом деле существует много факторов, связанных с наличием у женщины собственных средств к существованию, ее статусом в ее собственном домохозяйстве и более широкими социальными, экономическими и политическими условиями, которые сокращают

возможности выбора, которыми она может воспользоваться по своему усмотрению.

Службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья должны стать более эффективными в плане реагирования на реалии гендерных ролей и норм. Многие из них по-прежнему остаются поставщиками услуг согласно порядку, установленному вышестоящими органами. Режим уважительного взаимодействия, основанный на двустороннем обмене информацией и свободный от предвзятости, поможет отдельно взятым людям продумать и определить свои собственные цели в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также понять, как они могут их достичь. Поставщиков услуг следует обучать воздерживаться от следования гендерно дискриминационным нормам и моделям поведения, многие из которых до сих пор не подвергаются осуждению. Они могли бы научиться задавать вопросы в отношении дискриминационных барьеров, которые могут возникнуть после того, как женщина покидает медицинское учреждение, и оказывать помощь самостоятельно или путем перенаправления к специалистам.

Более широкие кампании по повышению уровня осведомленности и изменению моделей поведения могут способствовать переходу к более позитивным, общепринятым нормам. По-прежнему необходимо принимать меры, направленные на искоренение гендерных стереотипов в школах, в том числе тех, в соответствии с которыми при обучении девочек и мальчиков отдается предпочтение определенным формам проведения занятий. Работу со средствами массовой информации следует направлять на сокращение зачастую безудержной пропаганды гендерных стереотипов и повышение представленности мнений и точек зрения женщин, которые пока еще имеют ограниченные возможности быть услышанными. Успешный опыт работы с религиозными лидерами,

Лилиан Плумэн

а затем нидерландский министр внешней торговли и сотрудничества в целях развития призвала женщин во всем мире дать всем знать об их собственном мнении: никто не вправе принимать решение о распоряжении женским телом, кроме самих женщин.

Так родилось движение «Это ее решение» (SheDecides). Сначала был хэштег, а затем конференция по объявлению взносов, на которой было собрано 200 миллионов долларов США, поступивших от правительств, благотворительных фондов и филантропов. Была создана платформа для привлечения финансовых средств широкой общественности. Более 50 000 человек подписались под манифестом, взяв на себя обязательство обеспечить, чтобы «решение принимала она», а национальные министры Франции и Южной Африки вошли в число 40 видных борцов за придание нового импульса этой инициативе.

«Смелые, неутомимые и великолепно работающие организации и частные лица на протяжении нескольких десятилетий вели работу по вопросам, связанным с физической неприкосновенностью девочек и женщин и комплексным медико-санитарным обслуживанием. И вдруг в какой-то момент остальная часть мира обратила на это внимание, — говорит Плумэн. — [Мы] учимся использовать эту новую энергию и новый язык, чтобы вовлекать в наши ряды все больше людей из всех слоев общества, поддерживающих основную идею движения SheDecides».

В общем и целом, согласно оценкам Плумэн, чтобы восполнить потери, причиненные введением в силу так называемого «правила затыкания рта», политического решения, принятого Соединенными Штатами Америки с целью перекрыть каналы финансирования организаций, которые за счет собственных средств предоставляют консультации по вопросам аборт или перенаправляют пациентов к специалистам, ведут борьбу за отмену уголовной ответственности в связи с абортами или выступают за расширение доступа к услугам по проведению аборт в тех странах, где они разрешены законом, ежегодно потребуется мобилизовывать не менее 600 миллионов долларов США

Раньше Плумэн была общинным активистом в Роттердаме и возглавляла фонд «Mama Cash», занимавшийся отстаиванием прав женщин, а также руководила международными программами в организации «Cordaid», являющейся крупным поставщиком чрезвычайной помощи и помощи в целях развития. Она не понаслышке знает о наличии целого комплекса разнообразных норм, ценностей, законов, кодексов и привычек, которые мешают женщинам быть теми, кем они хотят стать, как это происходит в других странах мира.

«Эти писанные и неписанные правила должны измениться, — говорит она. — И сейчас я прошу всех выступить в поддержку и сделать так, чтобы ваш голос был услышан, чтобы вы проявили солидарность, призвали свои правительства к действиям и приступили к работе во имя перемен!».

«[Мы] учимся использовать эту новую энергию и новый язык, чтобы вовлекать в наши ряды все больше людей из всех слоев общества.»



которые могут оказывать глубокое влияние в общинах и на уровне домохозяйств, следует глубже осмыслить и растиражировать.

Искоренение всех вредных обычаев

Отдельные наиболее изощренные гендерные нормы являются основанием для таких вредных обычаев, как вступление в брак в несовершеннолетнем возрасте и принудительные браки, калечащие операции на женских половых органах и предпочтительность сыновей. Эти обычаи необходимо полностью искоренить, начиная с принятия четких законодательных актов, подкрепленных их осуществлением. В работе на уровне общин, направленной на разъяснение того вреда, который эти обычаи причиняют, и формирование консенсуса в отношении полного отказа от них, был достигнут определенный прогресс, в том числе в рамках совместной программы ЮНФПА и Детского фонда Организации Объединенных Наций в ряде стран, где зарегистрированы высокие показатели калечащих операций на женских половых органах (UNFPA and UNICEF, 2018).

Упреждающее отстаивание прав и потенциала девочек может изменить тенденцию относиться к ним главным образом как к бремени или источнику домашнего труда. В тех ситуациях, когда девочки могут продолжать обучение в школе, в том числе благодаря таким мерам, как целевые программы выплаты денежных пособий, и в конечном итоге найти себе достойную работу, они реализуют свои права, а родители и члены общины начинают понимать, что у них есть возможности и перспективы.

Вовлечение мужчин

Большинство программ в области охраны репродуктивного здоровья в значительной степени ориентированы на женщин

и девочек по той вполне оправданной причине, что воспроизводство происходит в их организме, и они по-прежнему значительно отстают от мужчин и мальчиков в осуществлении своих прав и возможностей выбора. Тем не менее мужчины и мальчики должны принимать более активное участие как в обеспечении гендерного равенства, так и в удовлетворении их прав и конкретных потребностей.

Все большее число мероприятий предусматривает оказание поддержки мужчинам как активным участникам процесса воспроизводства. К их числу относятся консультирование супружеских пар в целях содействия межличностному общению и урегулированию конфликтов, а также всестороннее половое просвещение, в рамках которого особое внимание уделяется расширению прав и возможностей женщин и роли и обязанностям мужчин. В рамках других инициатив с группами мужчин проводится работа по пересмотру причиняющих вред норм мужского поведения и развенчанию тех моделей поведения, которые способствуют возникновению гендерно мотивированного насилия. Отпуск по уходу за ребенком для мужчин вовлекает их в процесс ухода за детьми с самого начала и должен получить более широкое распространение. К многочисленным преимуществам вовлечения мужчин в семейные дела в период до и после родов относится снижение вероятности возникновения дородовой и послеродовой депрессии и расширение сферы использования услуг по послеродовому уходу (Starrs and others, 2018).

Программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья во многих случаях должны непосредственно распространять свое действие на мужчин как клиентов, в том числе в области планирования семьи и профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Следует увеличить инвестиции в мужские методы контрацепции, а также услуги, направленные на решение



таких проблем, как сексуальная дисфункция и онкологические заболевания репродуктивных органов у мужчин. Конкретные формы информационно-просветительской деятельности и консультирования, возможно, потребуются разработать в условиях, когда мужчины избегают обращаться за медицинской помощью ввиду боязни показаться слабыми или мнения о том, что клиники предназначены главным образом для женщин и детей.

Выравнивание

В жизни слишком многих женщин экономическая ситуация не приносит тех результатов, на которые они рассчитывают, что ставит под угрозу их сексуальные и репродуктивные права и возможности выбора.



© Peo Bonet/NOOR

Например, они занимают несоразмерно большую долю низкооплачиваемых, нестабильных рабочих мест и обладают меньшим доступом к социальной защите. Новые модели всеохватного роста должны быть гендерно справедливыми и делать упор на «выравнивание», в том числе путем устранения гендерного разрыва в безработице и увеличения числа достойных рабочих мест как для женщин, так и для мужчин, но с более высокими темпами расширения сферы охвата для женщин (Elson and Fontana, 2019).

Во всем мире, даже в странах, которые значительно продвинулись вперед по пути обеспечения гендерного равенства, на женщин возлагается большее бремя

неоплачиваемой работы по уходу за членами семьи, что несправедливо сокращает время, которое можно уделить оплачиваемой работе и отдыху. В мире женщины составляют 40 процентов официально занятой рабочей силы, но выполняют в 2–10 раз больше работы по дому и обеспечению ухода, чем мужчины (Starrs and others, 2018). Для многих женщин рождение ребенка по-прежнему требует увольнения с работы, отказа от нее на более продолжительный срок, чем им хотелось бы, или просто борьбы за то, чтобы поддерживать привычный образ жизни. Некоторые из них несут значительные издержки с точки зрения получения дохода и охраны здоровья.

Доступное по цене жилье, экологически чистая энергия,

безопасный общественный транспорт, чистая вода и санитария, а также услуги в области охраны здоровья, образования и ухода за детьми — все это может сократить объем неоплачиваемого труда, возлагаемого на женщин (Starrs and others, 2018). Для количественной оценки фактора использования времени в качестве основы для определения размера инвестиций в услуги и инфраструктуру, способствующих обеспечению гендерного равенства и охвата услугами тех, кто нуждается в них больше всего, необходимы гораздо более точные данные. Оценка сметных затрат могла бы определить, в какой степени услуги и инфраструктура оказывают влияние на государственный бюджет, и обеспечить отдачу, например, за счет



© Holly Pickett/Redux Pictures

повышения уровня продуктивной занятости и более высоких налоговых поступлений (UN Women, 2018). Еще одним элементом является побуждение мужчин к тому, чтобы они брали справедливую долю домашних забот на себя.

Помимо настоятельной необходимости осуществления прав женщин, во все большем числе стран приходит осознание того, что «выравнивание» может придать дополнительный импульс демографическому переходу, обеспечив тем самым демографический дивиденд для женщин. Хорошо образованные, здоровые женщины, которые реализуют свои репродуктивные права и делают свой выбор, могут внести значительный вклад в продуктивную, процветающую экономику.

Обеспечение непрерывности услуг в периоды кризисов

Современный мир подвержен различным кризисам, начиная от трудноразрешимых конфликтов и заканчивая стихийными бедствиями, связанными с изменением

климата, и все они регулярно ограничивают права и возможности выбора. В решениях МКНР содержится призыв обеспечить защиту людей, вынужденных переезжать или находящихся в уязвимом положении, в том числе посредством предоставления им услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Кризисные ситуации не должны приостанавливать осуществление прав и реализацию возможностей выбора. И все же финансовой поддержки всегда оказывается недостаточно для удовлетворения острых потребностей. Для беременной женщины, спасающейся от катастрофы бегством, квалифицированная медицинская помощь может быть столь же важна для ее жизни и жизни ее ребенка, как еда и кров.

Защита репродуктивных прав и возможностей выбора должна стать неотъемлемой частью всех международных мер реагирования на кризисные ситуации. Всем субъектам гуманитарной деятельности — как государственным, так и частным, как правительствам,

так и неправительственным группам — следует руководствоваться минимальными стандартами оказания услуг, призванными обеспечить недопущение сексуального насилия и реагирование на него, сокращение масштабов передачи ВИЧ-инфекции и предотвращение случаев смерти матерей и новорожденных и возникновения у них заболеваний. Всеобъемлющая охрана сексуального и репродуктивного здоровья должна предоставляться, как только это позволяет складывающаяся обстановка.

Использование возможностей

Кризисные ситуации, хотя их возникновения не желает никто и никогда, могут открыть возможности для расширения прав и возможностей выбора. Можно было бы добиться большего, например, с помощью программ, которые могут стать первой возможностью для людей узнать об охране сексуального и репродуктивного здоровья, бросить вызов устоявшимся гендерным нормам или найти убежище от гендерно мотивированного насилия. В условиях перебоев в обслуживании

Шешкала Панди

Шешкалу Панди собирались выдать замуж, когда она училась в восьмом классе. Но вместо этого эта 19-летняя девушка сегодня учится в колледже, выступает в качестве наставницы других девушек, а недавно получила общенациональное признание — Премию невоспелого героя.

Когда Панди родилась, такое развитие событий предсказать было трудно. В ее обнищавшей общине на юге Непала девушки традиционно выходят замуж как можно раньше, несмотря на установленный законом минимальный возраст в 18 лет. В отсутствие какой бы то ни было возможности завершить свое образование для многих вступление в брак является отправной точкой в жизни, полной нищеты и несправия.

Панди твердо решила, что это не ее судьба. Когда в ее семье впервые заговорили о браке, она разрыдалась. Затем она разработала бизнес-план, одолжила денег у брата и открыла небольшую мастерскую по производству изделий ручной работы для продажи на местном рынке. Она зарабатывала достаточно для того, чтобы оплачивать учебу в школе, что часто становится непосильным финансовым бременем для семьи, вынуждающим родителей забирать девочек из школы и настаивать на том, чтобы они вышли замуж.

Для Панди перемены в ее собственной жизни были лишь отправной точкой. Сегодня, чтобы самой себя содержать, в свободное от занятий в университете время она преподает в местной школе-интернате. Она также возглавляет кружок из 30 девушек, который мобилизует людей на борьбу с вредными обычаями, такими как детские браки и сексуальные надругательства, и призывает девочек продолжать учебу в школе. Когда члены ее кружка слышат, что девочку вот-вот выдадут замуж, они вмешиваются, чтобы это остановить, а в одном случае даже прервали свадебную церемонию.

«Я призываю [девочек] быть смелыми, чтобы противостоять всем видам неподобающего поведения и насилия в отношении себя», — говорит Панди. И добавляет как само собой разумеющееся: «Нам предстоит изменить общество, так зачем беспокоиться о препятствиях на нашем пути».

Смелость Панди, прокладывающей путь вперед, означает, что теперь все больше девочек в ее общине будут продолжать обучение в школе. Матери приходят узнать у нее, как их собственные дочери могут стать такими, как она. Она стала провозвестником новой нормы, согласно которой девочку следует ценить и поощрять, а не отбрасывать как что-то ненужное, заставляя вступить в брак в детском возрасте.

«Нам предстоит изменить общество, так зачем беспокоиться о препятствиях на нашем пути.»



женщины и девочки могут осваивать новые роли, например в рамках профессиональной подготовки. Можно было бы сделать больше для стимулирования инвестиций в психологические и социальные услуги и охрану психического здоровья, поскольку пробелы в этой области могут быстро привести среди прочего к рискованным моделям сексуального и иного поведения, ухудшению состояния здоровья и гендерно мотивированному насилию.

Обеспечение готовности

Не все кризисные ситуации можно избежать. Обеспечение готовности означает разработку и принятие планов действий по устранению последствий стихийных бедствий и смягчению рисков. Там, где предметы снабжения заранее размещаются в стратегических пунктах в порядке обеспечения готовности к реагированию на стихийные бедствия, они должны по умолчанию

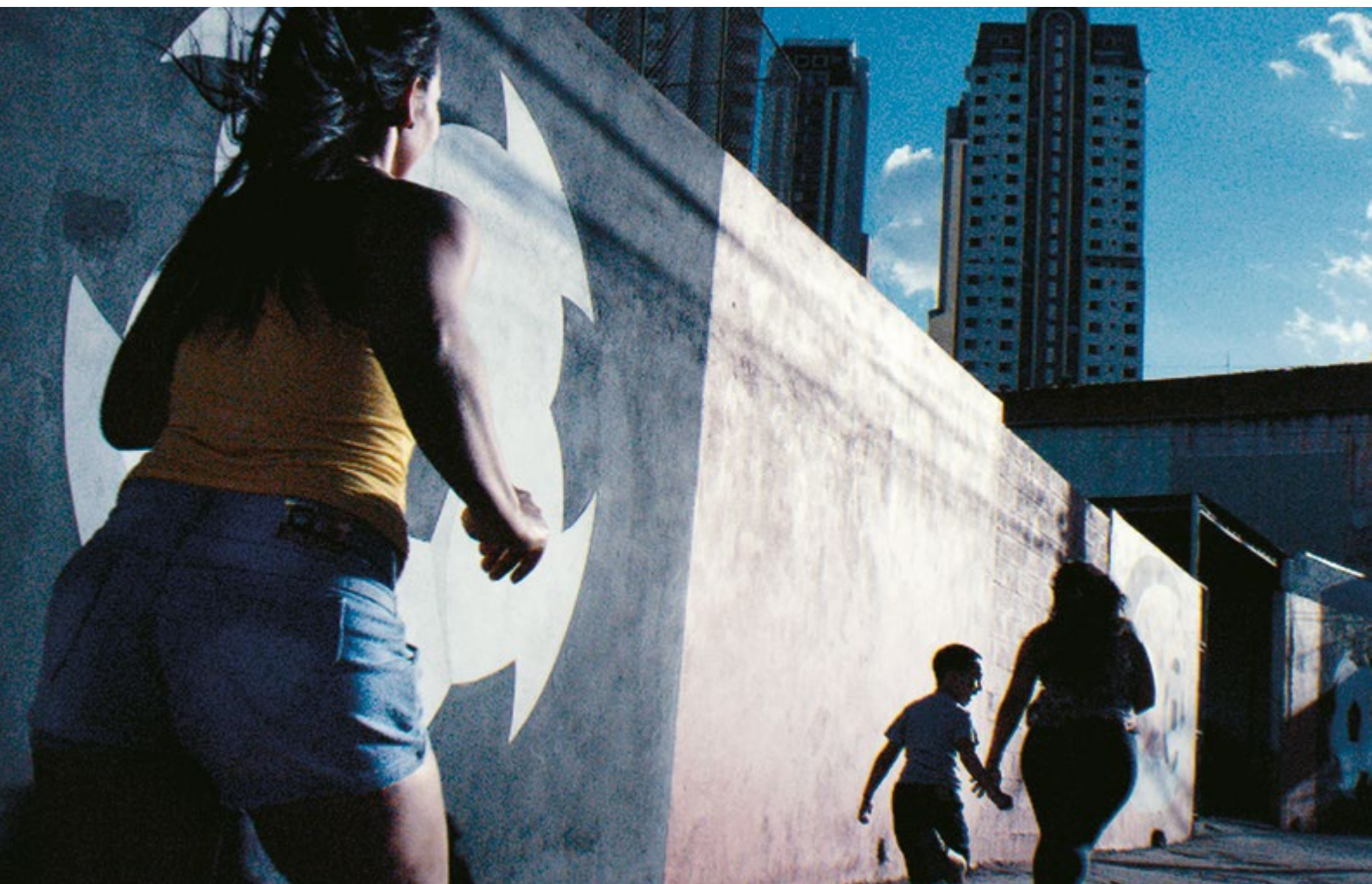
включать противозачаточные средства, комплекты для обеспечения безопасности родов и другие основные средства охраны репродуктивного здоровья. Модели комплексного обслуживания могут предусматривать укомплектование пунктов обслуживания персоналом и меры, необходимые для обеспечения непрерывности работы. Все эти усилия должны подкрепляться расширением финансирования деятельности по снижению риска стихийных бедствий, которое зачастую является недостаточным. Одним из многообещающих практических решений является созыв национальных советов по оценке рисков, которые разрабатывают руководящие указания на основе объединенного опыта органов надзора за деятельностью страховых компаний, учреждений по предупреждению стихийных бедствий и ликвидации их последствий, а также соответствующих министерств, включая те из них, которые ведут

работу в сфере охраны здоровья и обеспечения гендерного равенства.

Наращивание потенциала жизнестойкости

К наиболее эффективным способам защиты от стихийных бедствий можно отнести ситуации, при которых люди способны сами противостоять последствиям таких явлений и располагают средствами, позволяющими им защитить себя собственными силами. Эффективные системы здравоохранения, предоставляющие полный спектр услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, могут уменьшить уязвимость и расширить варианты доступных населению действий. Общеизвестные программы социальной защиты могут обеспечить охрану здоровья, получение образования и дохода — три основы жизнестойкости людей, оказавшихся на обочине жизни. Они могут подготовить прогноз относительно

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



того, выживут ли люди в условиях кризиса и насколько хорошо они его перенесут, создать информационную основу самостоятельных решений о том, оставаться ли в своих домах или спасаться бегством, а также стать опорой в период последующего сокращения объемов внешней гуманитарной помощи.

Ускорение действий по завершению выполнения повестки дня МКНР

Для завершения выполнения программы действий МКНР и реального перехода к осуществлению Повестки дня на период до 2030 года и достижению ЦУР, а также трех нулевых показателей — сведения к нулю неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах, предотвратимой материнской смертности и насилия или вредной практики в отношении женщин и девочек — большинство стран могут опереться на прочный фундамент достижений последнего времени. На данный момент многие страны располагают базовыми общественными институтами и приняли основополагающие политические установки в области регулирования численности населения и охраны репродуктивного здоровья, однако им необходимо охватить тех, кто нуждается в этом больше всего, повысить качество услуг и принять меры реагирования на возникающие сдвиги в демографической ситуации и процессе развития. Им потребуется осуществлять стратегическое планирование на основе достоверных фактических данных, которых нередко все еще не хватает, и надлежащих инвестиций, которые хотя и возросли, но остаются недостаточными.

Создание надлежащих учреждений

Реализация прав и возможностей выбора не будет достигнута, если решать проблемные вопросы поочередно. Необходимо укрепить системы здравоохранения в целом, с

тем чтобы они могли предоставлять людям весь спектр важнейших услуг, которые им понадобятся на протяжении всей жизни. В недавнем исследовании, опубликованном в журнале *«Ланцет»*, была проведена оценка расходов большинства стран в связи с решением целевых задач ЦУР в области охраны здоровья, и представлен прогноз, согласно которому около трех четвертей дополнительных инвестиций потребуется направить на укрепление систем здравоохранения и, в частности, на усиление их кадрового потенциала и создание новых медицинских учреждений (Stenberg and others, 2017). Во многих развивающихся странах, несмотря на шаги по децентрализации здравоохранения и других государственных систем, по-прежнему предстоит провести значительную работу по наращиванию потенциала на субнациональном уровне, обеспечению надлежащего финансирования и гибкому реагированию на различия в потребностях на местах.

Признавая комплексный характер ЦУР, национальная концепция всеобщего охвата медико-санитарными услугами позволит установить тесные взаимосвязи между различными факторами, определяющими состояние здоровья и, в частности, сексуального и репродуктивного здоровья. К этим факторам относится чистая окружающая среда, которая поддерживает здоровье во время беременности и может снизить риск онкологических заболеваний репродуктивных органов. Достойная работа помогает женщинам планировать состав своей семьи, обеспечивая более высокий уровень дохода и более высокую степень самостоятельности. Образование позволяет молодым людям делать осознанный выбор в пользу здорового образа жизни. Как это уже имеет место в некоторых странах, национальные механизмы, объединяющие людей из различных сфер деятельности, могут способствовать углублению понимания того, как различные

факторы взаимодействуют, опираясь друг на друга.

Со времени проведения МКНР в результате широкого вовлечения представителей гражданского общества и неправительственных организаций в процессы разработки политики и планирования механизм подотчетности в сфере реализации прав и возможностей выбора укрепился. Многие из них получили поддержку со стороны ЮНФПА. Взаимодействие продолжает развиваться, например, в рамках Коалиции по снабжению средствами охраны репродуктивного здоровья и инициативы «Планирование семьи 2020». Имеются и другие проблемы, требующие своего решения, например эти группы могли бы привлечь внимание к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которые не включены в целевые задачи и показатели ЦУР, осознавая при этом наличие риска того, что такие услуги будут занимать второстепенное место в государственной политике и инвестиционных решениях.

В некоторых случаях расширение сетей взаимодействия и наращивание потенциала могут стать одной из первоочередных задач, направленных на вовлечение более широких слоев гражданского общества и неправительственных организаций не только общенационального или международного уровня, но и тех, которые ведут работу в малочисленных общинах и среди социально отчужденных слоев населения. Во многих случаях участие молодежи, пожилых людей, членов сообществ ЛГБТИ, инвалидов, а также общин коренных народов и других меньшинств может быть расширено. Следует уделять внимание всему многообразию социальных групп, например, такой группе, как молодые малоимущие женщины.

Другие формы подотчетности могут быть обеспечены посредством целенаправленного включения

Даня Столбунов

В Украине у Дани Столбунова, которому сейчас 20 лет, был врач, который вызывал у него восхищение и которому он доверял настолько, что поделился с ним своим желанием поступить в медицинское училище. Он надеялся, что врач поможет ему в осуществлении его мечты. Но вместо этого он получил отказ. «Ты не можешь стать врачом, — сказал доктор. — У тебя ВИЧ».

Родившись с ВИЧ, Столбунов узнал, что он заражен этим вирусом, в возрасте 8 лет, когда его отец умер от СПИДа. Повзрослев, он на собственном опыте убедился, что стигматизация в связи с ВИЧ и СПИДом даже среди медицинских работников, которые должны находиться на переднем крае лечения больных, по-прежнему сохраняется. В юношеском возрасте он стал решительно выступать за предоставление медицинской помощи, которая не носила бы дискриминационного характера.

«Мы — первое поколение родившихся с ВИЧ, которое растет и может открыто говорить об этом», — сказал он участникам Международной конференции по СПИДу 2018 года, крупнейшей всемирной встречи по проблемам здравоохранения.

Как лидер украинской организации «Teenergizer!» Столбунов выступил на конференции в документальной театральной постановке «Никому не говори». Он является примером того, что значит жить с ВИЧ в Восточной Европе, и призывает прислушиваться к голосам молодых людей, живущих с ВИЧ.

Созданное подростками для подростков, движение «Teenergizer!» призывает каждого подростка в полной мере реализовать свой потенциал и права и положить конец всем формам дискриминации, в том числе в отношении людей, живущих с ВИЧ. По-прежнему молодежь не рассматривается в качестве группы населения, которой в приоритетном порядке необходимо обеспечить доступ хотя бы к базовой информации о ВИЧ, и это с учетом того, что во всем мире ВИЧ является основной причиной смерти людей в возрасте 10–19 лет.

Столбунов также является сопредседателем Пакта (The Pact) — коалиции, объединяющей более 80 молодежных организаций и сетевых структур, приверженных делу укрепления сексуального и репродуктивного здоровья и прав и ликвидации СПИДа к 2030 году. Его лозунг: «Без нашего участия ничего для нас не делайте. Мы готовы бороться за свои права».

***«Без нашего участия
ничего для нас не делайте.
Мы готовы бороться
за свои права.»***



вопросов охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав в надзорные функции национальных правозащитных учреждений и проведения парламентских слушаний по этим вопросам. Следует и далее развивать потенциал судебной системы, что будет способствовать сокращению судебных процедур и практики, носящих дискриминационный характер, которые сохраняются даже тогда, когда законы приведены в соответствие со стандартами в области прав человека.

Определение источников денежных средств

Отслеживание финансирования обязательств МКНР оказалось сложной задачей, хотя существуют явные признаки того, что объем выделяемых финансовых средств по-прежнему не хватает. Решения МКНР предусматривают, что две трети требуемой суммы будут мобилизованы самими развивающимися странами и одна треть — международным сообществом.

Что касается приоритетов финансирования, то финансируемые государством службы по охране здоровья, как правило, предлагают услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, а также по планированию семьи, хотя и в меньшей степени. Службы по ВИЧ/СПИДу получили значительное финансирование от доноров в эндемичных областях, в то время как на решение проблем, связанных, например, с бесплодием, онкологическими заболеваниями репродуктивных органов и сексуальным насилием, направлялось гораздо меньше внутренних или международных финансовых средств (Starrs and others, 2018). Более равномерное распределение выделяемых средств стало бы важным элементом в поэтапном развертывании всеохватывающего комплекса основных услуг

по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

В одном из исследований было подсчитано, что для того, чтобы все целевые задачи ЦУР, связанные с охраной здоровья, были решены в большинстве стран, на эти цели к 2030 году потребуется выделять до 371 млрд долл. США в год, тогда как первоначальный объем ежегодных ассигнований оценивался в 134 млрд долл. США (Stenberg and others, 2017). Конечными результатами такой работы могут стать сокращение материнской смертности почти вдвое, а также предотвращение 400 миллионов незапланированных деторождений и 10,8 миллиона случаев смерти по причине ВИЧ/СПИДа.

Авторы исследования пришли к выводу, что страны со средним уровнем дохода обладают широкими возможностями, позволяющими выделить собственные средства для финансирования необходимых инвестиций и даже ставить перед собой более далеко идущие цели. Страны с низким уровнем дохода столкнутся с дефицитом финансовых средств и будут по-прежнему нуждаться во внешней финансовой

поддержке, однако даже самые бедные страны могут стремиться к достижению определенного уровня всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Всем странам необходимо будет определить очередность инвестиций в соответствии с принципами справедливости и обеспечения охвата услугами тех, кто нуждается в этом больше всего, а также в соответствии со своими обязательствами в области прав человека. Развивающиеся страны, которые успешно финансируют расширение сферы услуг, приняли меры, включая использование налоговых поступлений для субсидирования целевых групп населения, увеличение охвата населения государственным медицинским страхованием и сокращение собственных расходов домохозяйств при одновременном увеличении доли государства в общих расходах на здравоохранение (Starrs and others, 2018).

Основанный на правах человека подход к составлению бюджета может служить ориентиром для принятия решений и определить новые приоритеты, такие как увеличение ассигнований на обеспечение всеобщего доступа

© Sven Torfinn/Panos Pictures





Достижение трех нулей:

НЕТ неудовлетворенной потребности в противозачаточных средствах

НЕТ материнской смертности от предотвратимых причин

НЕТ насилия или вредной практики в отношении женщин и девочек

требуется целеустремленности и приверженности делу.

ко всему спектру противозачаточных средств в наименее обеспеченных общинах и постепенная корректировка налоговой политики в целях получения поступлений, необходимых для расширения обслуживания.

В настоящее время по причине необходимости нести расходы на охрану здоровья в тиски нищеты попадают 100 миллионов человек в год (Starrs and others, 2018). Объединенное финансирование или схемы страхования могут быть шагами к сокращению

расходов из собственных средств граждан. Ваучерные программы, финансирование на основе достигнутых результатов, программы социального страхования и выплата семьям обусловленных денежных пособий повысили уровень охраны сексуального и репродуктивного здоровья в широком диапазоне конкретных условий (Starrs and others, 2018). В некоторых странах, возможно, есть основания приватизировать медицинские услуги, но это не должно быть сделано таким образом, чтобы вынудить малоимущих и молодых

людей понести расходы, которые они не могут себе позволить, что приведет к ущемлению их прав.

Выделение финансовых средств на нужды здравоохранения помимо внутригосударственного финансирования ограничивается в силу разнообразных внешних факторов, и в этой связи следует принимать соответствующие меры, начиная с выполнения всемирных обязательств в отношении официальной помощи в целях развития и гуманитарной помощи. К числу других серьезных проблем, требующих своего решения, относится обслуживание долга, которое



© Filippo Monteforte/Getty Images

противоречит правам человека, поскольку налагает обременительные ограничения на оплату основных услуг, являющихся жизненно важными.

Измерение количественных параметров ситуации

Политические установки, программы и инвестиции, призванные обеспечить реализацию репродуктивных прав и возможностей выбора в полном объеме, должны основываться на достоверных фактических данных. После проведения МКНР сбор данных улучшился. И все же в

сфере охвата и потенциале сбора и анализа данных все еще остаются определенные пробелы. Из-за отсутствия эффективных источников административных данных, таких как системы регистрации актов гражданского состояния, результаты обследований нередко становятся их временным заменителем.

Многие страны сталкиваются с проблемой нехватки дезагрегированных данных, что делает невозможным точное понимание и реагирование на то, что происходит, например, в социально отчужденных сообществах, или оценку различий в разбивке по регионам или между городскими, пригородными и сельскими районами. Данные о репродуктивном здоровье зачастую относятся к замужним женщинам репродуктивного возраста, а одиноким женщинам, молодым и пожилым людям или членам сообществ ЛГБТИ достаточного внимания не уделяется. Только около трети всех стран и территорий располагают достоверными данными о материнской смертности (UN Women, 2018). Другие серьезные пробелы связаны с измерением объемов финансовых ресурсов, выделяемых на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, масштабов неоплачиваемой работы по уходу, эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем, и распространенности гендерно мотивированного насилия. Взаимосвязи между многочисленными формами дискриминации отслеживаются слабо, равно как и изменения в возрастной структуре населения, несмотря на их глубокое воздействие на процесс развития.

Акцент на мониторинг в Повестке дня на период до 2030 года открывает возможность устранить эти пробелы, в частности, потому, что мониторинг прогресса в реализации решений МКНР непосредственно способствует достижению основных целей ЦУР. Предстоящие циклы

переписей населения, начинающиеся в 2020 году, могут быть ориентированы на обновление и дезагрегирование данных в контексте Повестки дня на период до 2030 года, применение новых технологий и разработку новаторских решений. Все чаще технологические новшества обеспечивают различные варианты улучшения процесса сбора данных, например с помощью использования геопространственной информации или портативных электронных устройств. Инструменты моделирования, имеющиеся в программном обеспечении с открытым исходным кодом, предлагают новые варианты применения данных для оценки взаимодействия между различными аспектами демографической ситуации, охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав и устойчивого развития.

Пути достижения трех нулей

За последние 50 лет жизнь людей и целых поколений постепенно менялась. Сегодня многие женщины живут лучше своих матерей и могут надеяться на большее для своих дочерей. Эта надежда в значительной степени зависит от реализации сексуальных и репродуктивных прав и возможностей выбора для всех. Достижение трех нулей — сведение к нулю неудовлетворенной потребности в контрацепции, предотвратимой материнской смертности и насилия или вредной практики в отношении женщин и девочек — требует целеустремленности и приверженности делу. Впереди много препятствий, и достижение этой цели не является ни прямым, ни бесспорным процессом. Но люди уже далеко продвинулись вперед в отстаивании своих прав и возможностей выбора и будут продолжать это делать. История на их стороне.



БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, ЧЕМ У МОЕЙ МАТЕРИ, МЕНЬШЕ, ЧЕМ У МОЕЙ ДОЧЕРИ

Им исполнилось 35 лет. Все они родили детей. И хотят завести еще. Или думают об этом. В отличие от многих своих матерей они в основном предпочитают не сидеть дома, а ходят на работу. Помимо выполнения множества других обязанностей, они выступают в качестве лидеров общин и кормильцев семьи.

Многие из них мечтают о том, о чем их матери даже не задумывались. Они пользуются услугами и имеют возможность получать доход, который позволяет им заявлять о своем праве на защиту отдельных репродуктивных прав и возможностей выбора. Некоторые из этих прав и возможностей стали доступными в результате Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), которая проходила, когда им было всего 10 лет.

Что касается женщин из низших слоев, сталкивающихся с острыми экономическими проблемами, их права и возможности выбора реализуются, в лучшем случае, лишь частично. Ограничений много: невозможность завершить свое образование, отсутствие достойной работы, рост стоимости медицинского обслуживания. Даже те, кто трудоустроен на более высоком уровне, все еще могут столкнуться с серьезными финансовыми потерями по причине деторождения и необходимости ухода за детьми.

Удалось ли миру сдержать свои обещания, которые были даны поколению, выросшему после проведения конференции в Каире? Пока еще не в полной мере.

Эти 35-летние женщины полны надежд и преисполнены решимости. Они считают, что их детям будет уготовано лучшее будущее. Однако на основании их опыта можно лишь говорить о том, насколько



© UNFPA/M. Bradley

«У меня есть опыт и необходимые знания, но диплом стал бы подтверждением моих навыков».

Фани

удалось продвинуться вперед и какой огромный объем работы еще предстоит выполнить.

Гаити: упущенные возможности получения образования

Фани Дерисме родилась высоко в горах далеко от столицы Гаити Порт-о-Пренса и была одной из 13 детей, которые еле умещались в доме, в котором было всего три комнаты. У ее родителей был огромный сад, позволявший кормить семью, а ее мать работала мясником.

Но накопившиеся проблемы вынудили многодетную семью

принять решение о том, что Фани в свои 10 лет бросит школу и переедет в город, чтобы стать домашней прислугой у своего двоюродного брата. Была надежда на то, что ей представится возможность продолжить свое образование. Эти надежды вскоре угасли под гнетом отнимающих много времени домашних дел и постоянных издевательств со стороны второй семьи.

К 20 годам Фани влюбилась и забеременела. Это не входило в ее планы, но никто никогда не объяснял ей ничего кроме того, что «чрезмерная близость» с мужчиной чревата опасностями. На шестимесячном

сроке ее парень бросил ее ради другой женщины, и Фани пришлось растить своего сына самостоятельно. Сегодня ему 15 лет, и он ходит в школу, но Фани приходится постоянно изворачиваться, чтобы свести концы с концами. Она занимается уборкой квартир, которая дает ей заработок, и жалеет, что не отнеслась к собственному образованию серьезнее, чтобы осуществить свою мечту стать поваром и, быть может, открыть небольшой ресторанчик.

«У меня есть опыт и необходимые знания, но только диплом стал бы подтверждением моих навыков, — говорит она. — Проживая в чужих домах, выполняя всю работу и постоянно унижаясь, мне пришлось столько всего вынести. Я надеюсь, что мой сын получит образование, хорошо устроится и заживет намного лучше, чем я».

Она хотела бы завести еще одного ребенка, но обеспокоена связанными с этим расходами и отсутствием стабильных отношений. «Я не хочу жить с мужчиной, растить ребенка, видеть, что это не то, что нужно,



© UNFPA/R. Anis

и выполнять все обязанности в одиночку, — говорит она. — Только работая на двух работах, я смогла бы содержать ребенка».

А пока, чтобы избежать беременности, она пользуется презервативами, но они стали дорогими, а государственные клиники не всегда предоставляют их бесплатно, как это было раньше.

Кроме того, ее сестры, у которых гораздо больше детей, оказывают на нее давление, рассчитывая на ее помощь. Одна из сестер отдала двух детей под опеку международной организации, которая обещала обеспечить их образование и вернуть, когда им исполнится 18 лет, но они так и не вернулись. Никто не знает, куда они пропали.

© UNFPA/M. Bradley



«Я не вижу тех изменений, о которых говорят люди».

Ум Ахмед

Египет: борьба за возможность получения заработка и сохранения здоровья

Рожденная в бедном районе Каира — города, в котором была принята Программа действий МКНР, Ум Ахмед весьма прямолинейно заявляет: «Я не вижу тех изменений, о которых говорят люди». Из-за нищеты ей пришлось прервать свое обучение сразу после начальной школы. До своего выхода замуж в возрасте 27 лет она перебивалась случайными заработками в качестве швеи и домашней прислуги, копя деньги на предметы домашнего обихода, которые невеста должна внести при заключении брачного союза.



© UNFPA/R. Anis

Затем последовали две беременности подряд, каждая из которых закончилась преждевременными родами и потерей детей. Операция, осуществленная в государственной больнице, помогла ей сохранить и выносить третьего ребенка, сына Ахмеда, которому сейчас 6 лет.

Попутно Ум Ахмед узнала, что годы многочасовой работы за небольшую плату сделали свое черное дело. Она заразилась вирусом, который может вызвать осложнения беременности. С учетом скудного дохода, недостаточного для оплаты базовой медицинской помощи, например регулярных дородовых осмотров у врача, ей пришлось занимать деньги у многочисленных родственников, чтобы покрыть дополнительные расходы, связанные с вынашиванием своего ребенка. У матери Ум Ахмед было пять

детей, и она выполняла только работу по дому. Ум Ахмед воспитывает одного ребенка и решила не заводить второго, потому что она просто не в состоянии заработать достаточно денег, несмотря на желание подарить Ахмеду брата или сестру. Стоимость жизни намного превосходит ее финансовые возможности. «Если я захочу оставить ребенка, мне понадобится снова пройти обследование и лечь на операцию, но это слишком тяжелое финансовое бремя. Я так много работаю, но, похоже, ничего не улучшается», — сетует она.

Ее муж хотел бы завести еще одного ребенка и выступает против того, чтобы она использовала внутриматочное устройство, несмотря на то, что в качестве разнорабочего он работает нерегулярно и его труд плохо оплачивается.

Иногда, когда их споры обостряются, он ее бьет, кричит и говорит, что Бог обеспечит доход, в котором они нуждаются. Она знает о существовании службы экстренной помощи по телефону, куда она может позвонить, чтобы обратиться за защитой от его нападок, но она боится, что постоянная разлука может нарушить отношения с ее сыном.

Когда Ум Ахмед было 10 лет, она была прилежной ученицей и каждый день тратила по часу на дорогу в школу и обратно, потому что ее семья не могла позволить себе оплату транспорта. Она мечтала поступить в университет, устроиться на достойную работу и жить в уютном доме. Теперь она мечтает, чтобы это было у ее сына. «Я преисполнена решимости и вплоть до моего последнего вздоха сделаю все, чтобы он продолжил ходить в школу и смог вести достойную жизнь».

Гвинея-Бисау: в поисках стабильных партнерских отношений

На западной оконечности Африки в Гвинее-Бисау Марта Пола Санча окончила среднюю школу и устроилась на более интересную работу, чем Ум Ахмед или Фани, хотя ее учеба начиналась под сенью дерева в одном из бедных кварталов столичного города Бисау. Они с братом были единственными из пяти братьев и сестер, пережившими детские годы.

Когда ей было 13 лет, она пошла на рынок за покупками для своей матери. Там с ней познакомился мужчина, который купил ей сладости. Она не понимала, что происходит, когда он изнасиловал ее, или когда она забеременела. Она помнит, что находилась в больнице некоторое время до родов. В связи с ее молодостью врачи опасались, что она может умереть. Они также не рекомендовали ее родителям давать согласие на аборт, сказав, что такая операция может быть опасна для ее жизни. Они настаивали и говорили о том, что даже если на более позднем сроке беременности Марта Пола умрет, то хотя бы ребенок выживет. В итоге роды прошли без происшествий.

Вскоре после этого в конце 1990-х годов в ходе вооруженных столкновений погиб ее отец, а ее мать заболела. Будучи матерью-подростком, Марта Пола

должна была выйти на работу, чтобы помочь своему младшему брату и матери. Каким-то образом ей удавалось совмещать воспитание ребенка, работу уборщицей, торговлю вещами на улице и обучение в средней школе. Когда ей было 19 лет, она

вступила в отношения, которые обещали быть стабильными, и они с ее партнером решили завести еще одного ребенка. Но отец ее ребенка, работая водителем, часто находился в отъезде, а позже оставил ее ради другой женщины.

«Я бы сказала всем матерям в Гвинее-Бисау, что когда девочкам исполняется 12 лет, начинайте искать услуги по планированию семьи и выбирать подходящий метод контрацепции».

Марта Пола

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

Сегодня она работает охранником и хотела бы завести еще одного ребенка. Но, как и Фани, она не пойдет на такой шаг, если не будет состоять в стабильных, крепких отношениях, чего до сих пор не произошло. Длинный рабочий день означает, что ее дети утром часто еще спят, когда она уходит, и ложатся спать вечером, когда она еще не вернулась.

Она беспокоится об изменении норм поведения в своей стране, которая сейчас наводнена информацией из остального мира. Ее беременность в 13 лет считалась крайне необычной для того времени. «Но сегодня это очень распространенное

явление», — говорит она, имея в виду сдвиг в сторону более либерального отношения к выполнению родительских обязанностей и сексуальной активности в более молодом возрасте. Ницета также играет определенную роль, вынуждая некоторых девочек торговать своим телом для оплаты учебы в школе и получения денег, в которых нуждаются их семьи.

Информация о планировании семьи распространена достаточно широко, и услуги по охране репродуктивного здоровья в большинстве случаев доступны, однако девочки-подростки по каким-то причинам

оказываются не охваченными такими услугами. Оба ребенка Марты Полы — мальчики, но она подчеркивает: «Я бы сказала всем матерям в Гвинее-Бисау, что когда девочкам исполняется 12 лет, начинайте искать услуги по планированию семьи и выбирать подходящий метод контрацепции».

Босния и Герцеговина: ограниченный выбор противозачаточных средств

Выйдя замуж в 15 лет, в возрасте 16 лет Медиха Бесик стала матерью. В 35 лет у нее пятеро детей в возрасте от 4 до 19 лет. Будучи членами

социально отчужденной общины народности рома, живущей в сельских районах Боснии и Герцеговины, они с мужем слишком бедны, чтобы покупать современные противозачаточные средства, и вместо этого полагаются на традиционные, менее эффективные варианты, такие как прерванный половой акт. «Мне было бы легче растить двух детей, — говорит Медиха. — Я хотела пользоваться противозачаточными средствами, но когда у тебя нет денег, ты их не можешь себе позволить».

Как и ее мать до нее, Медиха занимается только работой по дому. Ее муж занимался сбором и продажей остатков строительных материалов, но с годами объемы продаж сократились, поставки иссякли, а газ стал дороже. Теперь он лишь изредка находит работу поденщиком. По большей части семья выживает благодаря государственному пособию на ребенка в размере около 50 долларов США в месяц, что чуть выше общемирового уровня крайней нищеты.

Тем не менее Медиха считает, что в какой-то мере ее жизнь улучшилась с тех пор, как она была ребенком, тем более после войны, которая растерзала ее страну в 1990-х годах, когда, по ее воспоминаниям, еды все время не хватало. Сегодня она живет в более просторном доме, чем тот, в котором выросла. Он построен из кирпича, а не из подручных

материалов, хотя в нем до сих пор нет водопровода.

Окончив начальную школу, она научилась читать и писать. В отличие от нее ее мать не училась ни одного дня в своей жизни. Медиха еще очень далека от исполнения своей



© UNFPA/I. Kapetanovi'c

Я хотела пользоваться противозачаточными средствами, но когда у тебя нет денег, ты их не можешь себе позволить».

Медиха

© UNFPA/I. Kapetanovi'c





© UNFPA/I. Kapetanović

детской мечты стать учителем или врачом. «У моих родителей было шестеро детей, и они не могли платить за обучение нас всех, поэтому мне пришлось бросить школу». Ее сестра, которой удалось окончить школу, продолжила учебу и стала медсестрой.

Впервые Медиха обратилась к гинекологу на пятом месяце беременности своим первым ребенком. Врачи говорили с ней в основном о ребенке и его родах, но поделились и кое-какой информацией о планировании будущих беременностей. «В нашей культурной традиции не

принято с кем-либо обсуждать планирование семьи», — говорит она, вспоминая, как ей было стыдно и как она смущалась.

В сегодняшней ситуации, однако, она решила специально поговорить со своими двумя старшими детьми о том, как они могут предохраняться. «Я хочу, чтобы они закончили школу, нашли работу, а затем женились и обзавелись собственными семьями, — говорит она. — Я смотрю в будущее с оптимизмом и чувствую, что им предоставлены более широкие возможности в жизни».

Бразилия: отец хочет другой жизни для своих детей

Всего около 70 лет тому назад община Цицины Ксаванте из бразильского племени а'уве уптаби впервые вступила в контакт с внешним миром. До этого они держались особняком в глубине тропических лесов. В молодости ее отец не носил одежды и не говорил по-португальски. Когда он стал первым членом Конгресса страны от коренных народов Бразилии, он взял Цицину, своего младшего ребенка, чтобы жить с ним в столице страны — городе Бразилиа. Опыт, полученный в раннем возрасте, помог ей

стать одним из руководителей Ассоциации Ксаванте Намункура, представляющей интересы 305 различных групп коренного населения. Она подчеркивает, что выступает не от имени всех коренных народов, а только от своего собственного имени.

Среди 10 братьев и сестер она единственная окончила колледж и даже получила степень магистра. Пока она решила не выходить замуж и не заводить детей, по крайней мере, в ближайшее время. Незадолго до смерти своего отца в 2002 году, когда ей было

«Они считают, что я обязана завести детей, чтобы наш народ продолжал существовать, но они также понимают, что я живу по-другому».

Цицина

© UNFPA/G. Bello



15 лет, она попросила у него разрешения начать встречаться с молодым человеком, но он ей отказал. «Он хотел, чтобы я продолжала учиться, с тем чтобы я смогла заниматься тем, чем захочу, — вспоминает она. — Он сказал, что даже если я выйду замуж, я должна быть финансово независимой».

Однако в последнее время ее замужние сестры стали ее убеждать, что, пока еще не поздно, нужно завести сына или дочь. В ее общине по традиции принята полигамия, поэтому для того, чтобы забеременеть, она могла бы вступить в отношения с мужем сестры.

«Они считают, что я обязана завести детей, чтобы наш народ продолжал существовать, — говорит Цицина. — Но они также понимают, что я живу по-другому».

Ее озабоченность в отношении ее общины основана, в частности, на том, что раньше многие люди, как правило, не заводили второго ребенка, пока первый не начинал ходить, но теперь женщины обычно рожают детей каждый год в течение многих лет. Риск распространения заболеваний возрос, учитывая практику вступления в половую связь с разными внутрисемейными сексуальными партнерами.

Медицинское обслуживание коренного населения доступно, но не используется на регулярной основе. Наложение жестких запретов на открытое обсуждение секса и сексуальности означает, что большое число людей располагают ограниченной информацией или ничего не знают о своих собственных телах или о том, как вступать в интимные отношения с чувством ответственности.

«Многие девушки выйдут замуж в 14 или 15 лет и родят детей в совсем юном возрасте, — говорит Цицина. — Некоторых это вполне устраивает. Но они никогда не узнают о других возможностях. А я бы хотела, чтобы они об этих возможностях узнали, потому что в противном случае вы всегда будете просто придерживаться того образа жизни, к которому привыкли и который считаете нормальным, без каких-либо новых стимулов».

Это не так просто. В ее общине нет доступа к Интернету, хотя к электроснабжению община сейчас подключена. Добраться на лодке до ближайшего города дорого, а это — единственный вид транспорта. В патриархальном обществе, где место женщины и круг ее занятий четко определены и работа женщины считается менее ценной, девочкам может быть крайне трудно найти мотивацию для воплощения своей мечты в жизнь. В этой ситуации жизнь Цицины, человека, сохраняющего верность своей общине, несмотря на свой новый образ жизни, может служить примером для подражания.

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

«Мне повезло, что сегодня у меня больше возможностей благодаря поддержке родителей».

Расами

Таиланд: культура на пороге перемен

«Я люблю свою работу», — восклицает Расами, быстро очерчивая свою роль главной поборницы устойчивого развития в ведущей телекоммуникационной компании Таиланда. Это — очень напряженная работа, требующая много времени. Вместе с руководителями среднего звена и членами совета директоров компании она должна разработать стратегию

коренных преобразований в деятельности компании на долгосрочную перспективу. Она успешно справилась с этой задачей, хотя всего пять месяцев до этого родился ее первый ребенок.

Это разительно отличается от эпохи, в которой жили ее бабушки и дедушки, которые эмигрировали в Таиланд из Китая и считали, что школа — для мальчиков, а домашние заботы — для девочек. Расами

получила степень в области экономики и международного бизнеса по настоянию своей матери, которая имела только 5 классов образования. В юные годы Расами видела, какие усилия прилагают ее родители для того, чтобы свести концы с концами. Ее мать занималась домашними делами, а отец работал в области строительства, но часто терял работу из-за болезни.

«Мне повезло, что сегодня у меня больше возможностей благодаря поддержке родителей», — говорит она. — Раньше я обычно мечтала о том, чтобы жить в достатке. Но мы всегда знали, что большое число других людей страдает, и это означало, что моя цель не только в том, чтобы у меня было достаточно еды, но и в возможности жить жизнью, наполненной смыслом». Ее нынешняя работа заключается в выработке предложений о

том, как ее компания может помочь Таиланду продвигаться вперед в достижении Целей устойчивого развития.

В течение многих лет Расами была востребованным специалистом и даже не задумывалась о замужестве, но незадолго до рождения своего первого ребенка вступила в брак. «Культура изменилась, — говорит она. — Женщины могут работать и обеспечивать себя, и им не нужно полагаться на своих мужей».

Информация о планировании семьи, которая широко

распространена и регулярно в качестве предмета преподается в школах, обеспечивает поддержку свободы выбора. Противозачаточные средства имеются в наличии практически в каждом магазине шаговой доступности. «Наше правительство так много этому способствовало», — говорит Расами. Она убеждена в том, что «никто не стесняется говорить об этом».

После родов она так стремилась вернуться на работу, что взяла только два месяца отпуска по

беременности и родам, несмотря на корпоративное положение, разрешающее три. Она планирует завести еще одного ребенка, но не трех или четырех, как это было принято в ее общине.

«Мой муж тоже работает — у нас не будет хватать времени на такое количество детей!» — смеется она. Они уже начали откладывать деньги, чтобы дать образование своему новорожденному, и ее муж планирует расширить свой бизнес, чтобы растущей семье было на что жить.

© UNFPA/Lexicon



Шри-Ланка: неожиданный подарок — дети после онкологии

Детство Шары Ранасингх, выросшей на Шри-Ланке, было беспокойным. Ее родители развелись, и суд постановил, что она, единственный ребенок в семье, будет жить со своим отцом, потому что он финансово обеспечен, а ее мать — нет. «Моя мать была способным ребенком, но она окончила только среднюю школу, вышла замуж и родила ребенка к 20 годам», — говорит Шара.

После того, как ее отец женился во второй раз, Шара стала подвергаться постоянным нападкам мачехи, которая периодически ее била. Когда ее собственная мать спрашивала, что случилось, она придумывала оправдания, например, что упала на лестнице, не желая вызывать еще большего беспокойства и гнева.

Несмотря на свое трудное детство, Шара выросла независимым и жизнерадостным человеком. После переезда в Малайзию для получения высшего образования жизнь наладилась, но на последнем году обучения у нее был диагностирован рак. Она сказала своему парню, что ему следует ее бросить, но он отказался, и поддерживал ее во время изнурительных циклов химио- и радиотерапии.

Когда все закончилось, врачи сказали, что вероятность того, что она когда-нибудь родит почти



© UNFPA/C. Learson

«Моя мать была способным ребенком, но она окончила только среднюю школу, вышла замуж и родила ребенка к 20 годам».

Шара

равна нулю. В какой-то момент ее спросили, не хочет ли она сохранить свои яйцеклетки, но эта тема возникла в присутствии ее отца, и она чувствовала себя слишком неловко, чтобы обсуждать эту возможность. Вместе со своим парнем они все равно решили пожениться, и вскоре после этого она обнаружила, что забеременела. «Этот был неожиданный поворот судьбы, и это было самым лучшим, что когда-либо случалось со мной», — признается она.

С тех пор Шара родила еще двоих детей, а затем она

переехала в Австралию, чтобы получить ученую степень и стать доктором в области работы с онкологическими пациентами. Хотя она всегда хотела много детей, каждая беременность представляла собой определенный риск для ее слабого здоровья. С финансовой точки зрения три ребенка — это тоже правильное число. Хотя Австралия субсидирует уход за детьми, они с мужем ни на минуту не хотят расставаться со своими маленькими детьми и по очереди подстраивают свой график работы так, чтобы один из родителей всегда мог быть с ними дома.

В какой-то момент Шара добилась серьезного успеха в своей преподавательской карьере и стала главным кормильцем семьи, в то время как ее муж, работавший инженером, взял отпуск за свой счет и устроился поваром в кафе, чтобы иметь гибкий график работы. Совсем недавно его родители переехали жить к супругам, и муж вновь вышел на работу, заняв должность инженера.

В окружающем ее мире она отмечает все большую открытость, когда женщины, наконец, занимают

руководящие должности в ее университете, а мальчик в школе ее дочери впервые попросил относиться к нему как к девочке. Ее первой чудом родившейся дочке скоро исполнится 10 лет, и она — талантливый и чуткий ребенок. «Я хочу, чтобы она была очень сильной, — говорит Шара. — Я надеюсь, что она не подвергнется дискриминации, но неравенство все еще проявляется в столь разных формах».

Она считает, что Австралия опережает Шри-Ланку

в понимании меняющегося мира, поскольку на Шри-Ланке, по ее словам, большинство людей по-прежнему придерживаются глубоко консервативных взглядов в отношении роли женщин. Родители полностью поддерживают ее в любых ее решениях по воплощению ее мечты в жизнь. Но все же она говорит: «Моей стране понадобится еще несколько лет. Я надеюсь, что будущие поколения родятся на Шри-Ланке, обеспечившей равенство возможностей для всех».



Показатели

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР	стр. 152
Демографические показатели	стр. 164
Технические примечания	стр. 170

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

ДАННЫЕ ПО МИРУ И ПО ОТДЕЛЬНЫМ РЕГИОНАМ	ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ														
	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ¹	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ¹			Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ¹			Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ²		Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
ВСЬ МИР	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57
Более развитые регионы	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–
Менее развитые регионы	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–
Наименее развитые страны	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 ^d	49

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Азия и Тихий океан	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 ^b	–
Арабские государства	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
Восточная Африка и Юг Африки	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
Восточная Европа и Центральная Азия	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–
Западная и Центральная Африка	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1 040	676	586	862	52	38
Латинская Америка и Карибский бассейн	74	25	57	70	10	89	39*	71	83	117	68	64	77	95 ^c	–

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ

	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006–2017	2007–2018
Австралия	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
Австрия	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
Азербайджан	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
Албания	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
Алжир	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
Ангола	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1 180	477	221	988	50	62
Антигуа и Барбуда	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
Аргентина	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
Армения	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
Аруба	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Афганистан	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1 300	396	253	620	51	–
Багамские Острова	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
Бангладеш	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
Барбадос	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
Бахрейн	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
Беларусь	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
Белиз	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
Бельгия	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
Бенин	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38
Болгария	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Боливия (Многонациональное Государство)	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
Босния и Герцеговина	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–
Ботсвана	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
Бразилия	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНП

ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ															
СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ¹	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ¹			Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ¹			Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ²		Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006–2017
Бруней Даруссалам	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Буркина-Фасо	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Бурунди	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1 250	712	471	1 050	85	44
Бутан	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
Вануату	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–
Венгрия	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
Венесуэла (Боливарианская Республика)	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–
Виргинские острова Соединенных Штатов Америки	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
Вьетнам	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–
Габон	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
Гаити	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
Гайана	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
Гамбия	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1 030	57	41
Гана	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
Гваделупа	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
Гватемала	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65
Гвинея	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
Гвинея-Бисау	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1 090	45	–
Германия	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
Гондурас	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
Гонконг (САР, Китай)	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
Гренада	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
Греция	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
Грузия	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
Гуам	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
Дания	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Джибути	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Доминика	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Египет	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
Замбия	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Зимбабве	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60
Израиль	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
Индия	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
Индонезия	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
Иордания	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73
Ирак	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
Иран (Исламская Республика)	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
Ирландия	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
Исландия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ДРУГИЕ РАЙОНЫ	ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ														
	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ¹	Уровень распространности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ¹			Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ¹			Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ²		Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Испания	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
Италия	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
Йемен	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–
Кабо-Верде	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Казахстан	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Камбоджа	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Камерун, Республика	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Канада	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Катар	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
Кения	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Кипр	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
Кирибати	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Китай	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
Колумбия	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Коморские Острова	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Конго, Демократическая Республика	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1 010	80	31
Конго, Республика	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Корейская Народно-Демократическая Республика	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Корея, Республика	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Коста-Рика	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Кот-д'Ивуар	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Куба	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Кувейт	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Кыргызстан	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Кюрасао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
Латвия	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Лесото	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Либерия	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1 890	725	527	1 030	61	67
Ливан	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Ливия	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Литва	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Люксембург	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Маврикий	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Мавритания	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
Мадагаскар	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Макао (САР, Китай)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Малави	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1 080	90	47
Малайзия	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНП

ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ															
СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ДРУГИЕ РАЙОНЫ	Уровень распространённости противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ¹	Уровень распространённости противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ¹			Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ¹	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ¹			Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ²		Интервал неопределённости КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
		1969*	1994	2019			2019	1969*	1994	2019	1994	2015	Нижняя оценка		
Мали	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Мальдивские Острова	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Мальта	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Марокко	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Мартиника	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Мексика	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Мозамбик	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
Молдова, Республика	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Монголия	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Мьянма	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Намбия	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Непал	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Нигер	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Нигерия	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
Нидерланды	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
Никарагуа	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Новая Зеландия	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
Новая Каледония	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Объединенные Арабские Эмираты	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
Оман	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Пакистан	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
Палестина ¹	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Панама	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Папуа — Новая Гвинея	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Парагвай	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–
Перу	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Польша	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
Португалия	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Пуэрто-Рико	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Реюньон	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Российская Федерация	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
Руанда	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
Румыния	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Сальвадор	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Самоа	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
Саудовская Аравия	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
Северная Македония	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ДРУГИЕ РАЙОНЫ	ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ																		
	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ¹				Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ¹		Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ¹		Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ¹			Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ¹		Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ²		Интервал неопределенности КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006–2017	2007–2018			
Сейшельские Острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Сенегал	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7				
Сент-Винсент и Гренадины	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–				
Сент-Китс и Невис	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Сент-Люсия	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–				
Сербия	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–				
Сингапур	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–				
Синт-Мартен	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Сирийская Арабская Республика	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–				
Словакия	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–				
Словения	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–				
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–				
Соединенные Штаты Америки	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–				
Соломоновы Острова	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–				
Сомали	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1 200	732	361	1 390	9	–				
Судан	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–				
Суринам	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–				
Сьерра-Леоне	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2 900	1 360	999	1 980	60	40				
Таджикистан	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33				
Таиланд	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–				
Танзания, Объединенная Республика	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47				
Тёркс и Кайкос, острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40				
Того	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30				
Тонга	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–				
Тринидад и Тобаго	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–				
Тувалу	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–				
Тунис	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–				
Туркменистан	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–				
Турция	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–				
Уганда	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62				
Узбекистан	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–				
Украина	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81				
Уругвай	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–				
Фиджи	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–				
Филиппины	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81				
Финляндия	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–				
Франция	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–				
Французская Гвиана	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Французская Полинезия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Хорватия	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–				

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНП

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ДРУГИЕ РАЙОНЫ	ОХРАНА СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ														
	Уровень распространённости противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод ^f	Уровень распространённости противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод ^f			Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет ^f	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет ^f	Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет ^f			Коэффициент материнской смертности (КМС): число случаев смерти на 100 000 живорождений ^a		Интервал неопределённости КМС (ИН 80%)		Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав (в процентах)
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Центральноафриканская Республика	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1 320	882	508	1 500	40	–
Чад	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1 440	856	560	1 350	20	27
Черногория	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Чехия	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
Чили	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
Швейцария	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
Швеция	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
Шри-Ланка	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
Эквадор	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
Экваториальная Гвинея	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1 170	342	207	542	68	–
Эритрея	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1 210	501	332	750	34	–
Эсватини	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
Эстония	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
Эфиопия	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1 130	353	247	567	28	45
Южная Африка	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
Южный Судан	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1 580	789	523	1 150	19	–
Ямайка	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
Япония	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–

ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

* Числа, указанные в этом столбце, приведены как значения за 1969 и 1994 годы в целях их согласования с ключевыми датами, охватываемыми настоящим докладом: с 1969 года по 2019 год. Численные значения за 1969 год фактически являются оценочными данными за 1970 год, а численные значения за 1994 год — оценочными данными за 1995 год.

^f Женщины, состоящие в официальном или гражданском браке.

^a Значения КМС округляются следующим образом: <100 — до ближайшей единицы; 100–999 — до ближайшей единицы; и ≥1 000 — до ближайшего десятка.

^b За исключением островов Кука, Маршалловых островов, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу ввиду отсутствия данных.

^c За исключением Ангильи, Арубы, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Каймановых островов, Кюрасао, Монтсеррата, Синт-Мартена и островов Тёркс и Кайкос ввиду отсутствия данных.

^d За исключением Тувалу ввиду отсутствия данных.

¹ 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

ДАННЫЕ ПО МИРУ И ПО ОТДЕЛЬНЫМ РЕГИОНАМ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2017		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2017		Индекс гендерного паритета, среднее образование
	2018	2017	2017	мальчики	девочки	2017	мальчики	девочки	2017
ВСЬ МИР	44	21	–	92	90	0,98	66	66	1,00
Более развитые регионы	14	–	–	97	97	1,00	93	93	1,01
Менее развитые регионы	48	–	–	91	89	0,98	62	62	0,99
Наименее развитые страны	91	40	–	83	80	0,96	38	36	0,95

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Азия и Тихий океан	28 ^a	26	–	95	94	0,99	67	68	1,02
Арабские государства	50	21	55	85	83	0,97	63	59	0,93
Восточная Африка и Юг Африки	93 ^b	35	–	86	83	0,97	35	33	0,93
Восточная Европа и Центральная Азия	26	11	–	96	95	1,00	88	87	0,99
Западная и Центральная Африка	114	42	22	79	71	0,90	39	34	0,86
Латинская Америка и Карибский бассейн	62 ^c	26	–	95	96	1,01	75	79	1,05

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ

	2006–2017	2006–2017	2004–2017	2009–2018		2009–2018	2009–2018		2009–2018
				мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Австралия	12	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Австрия	8	–	–	–	–	–	87	88	1,00
Азербайджан	53	11	–	93	95	1,02	87	88	1,01
Албания	20	10	–	98	96	0,99	88	87	0,99
Алжир	12	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Ангола	163	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Антигуа и Барбуда	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Аргентина	65	–	–	100	99	0,99	87	92	1,05
Армения	24	5	–	92	92	1,00	87	88	1,01
Аруба	35	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Афганистан	87	35	–	–	–	–	62	36	0,58
Багамские Острова	32	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Бангладеш	78	59	–	92	98	1,07	57	67	1,17
Барбадос	50	11	–	90	91	1,00	93	99	1,07
Бахрейн	14	–	–	99	99	1,00	92	94	1,02
Беларусь	16	3	–	96	96	1,00	95	96	1,01
Белиз	69	26	–	100	99	0,99	68	73	1,07
Бельгия	7	–	–	99	99	1,00	94	94	1,00
Бенин	94	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Болгария	39	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Боливия (Многонациональное Государство)	71	19	–	93	92	0,99	78	78	1,00
Босния и Герцеговина	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Ботсвана	39	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Бразилия	62	26	–	96	98	1,02	80	84	1,05
Бруней Даруссалам	11	–	–	97	96	1,00	82	85	1,03
Буркина-Фасо	129	52	58	78	76	0,98	29	29	1,01

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНП

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, среднее образование
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	мальчики	девочки	2009-2018	мальчики	девочки	2009-2018
Бурунди	58	20	–	96	98	1,02	26	32	1,21
Бутан	28	26	–	81	83	1,02	61	71	1,17
Вануату	78	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Венгрия	23	–	–	97	97	1,00	89	89	1,00
Венесуэла (Боливарианская Республика)	95	–	–	86	86	1,00	67	73	1,10
Виргинские острова Соединенных Штатов Америки	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Вьетнам	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Габон	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Гаити	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Гайана	74	30	–	95	97	1,02	81	86	1,06
Гамбия	88	30	76	75	83	1,10	–	–	–
Гана	76	21	2	84	86	1,02	56	57	1,01
Гваделупа	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	92	30	–	87	87	1,00	48	46	0,96
Гвинея	146	51	95	86	71	0,83	40	26	0,66
Гвинея-Бисау	106	24	42	74	70	0,95	–	–	–
Германия	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Гондурас	103	34	–	83	84	1,02	43	48	1,14
Гонконг (САР, Китай)	3	–	–	–	–	–	93	93	1,00
Гренада	–	–	–	96	97	1,01	80	72	0,91
Греция	8	–	–	93	93	1,00	91	89	0,99
Грузия	44	14	–	98	98	0,99	97	99	1,02
Гуам	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Дания	3	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Джибути	21	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Доминика	–	–	–	97	99	1,02	90	97	1,08
Доминиканская Республика	90	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13
Египет	56	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
Замбия	141	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Зимбабве	110	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01
Израиль	10	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Индия	28	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Индонезия	48	14	–	95	90	0,95	76	78	1,02
Иордания	26	8	–	–	–	–	63	65	1,03
Ирак	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Иран (Исламская Республика)	38	17	–	–	–	–	72	73	1,00
Ирландия	9	–	–	100	100	1,00	97	99	1,01
Исландия	8	–	–	100	99	1,00	89	91	1,03
Испания	8	–	–	98	99	1,00	95	97	1,02
Италия	5	–	–	99	98	1,00	96	96	1,00
Йемен	67	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, среднее образование
				мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Кабо-Верде	80	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Казахстан	31	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00
Камбоджа	57	19	–	91	90	1,00	–	–	–
Камерун, Республика	119	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Канада	11	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Катар	10	4	–	99	98	0,99	68	85	1,25
Кения	96	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Кипр	5	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01
Кирибати	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Китай	9	–	–	–	–	–	–	–	–
Колумбия	75	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Коморские Острова	70	32	–	85	84	0,99	41	45	1,09
Конго, Демократическая Республика	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Конго, Республика	147	27	–	84	91	1,09	–	–	–
Корейская Народно- Демократическая Республика	1	–	–	97	97	1,00	90	91	1,01
Корея, Республика	1	–	–	96	97	1,00	97	98	1,00
Коста-Рика	53	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Кот-д'Ивуар	129	27	27	93	85	0,91	45	33	0,75
Куба	50	26	–	97	97	1,00	84	89	1,06
Кувейт	6	–	–	93	93	1,00	84	89	1,07
Кыргызстан	38	12	–	99	98	0,99	87	87	1,00
Кюрасао	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Лаосская Народно- Демократическая Республика	76	35	–	94	93	0,99	61	60	0,98
Латвия	18	–	–	96	97	1,01	93	95	1,02
Лесото	94	17	–	81	83	1,03	29	45	1,53
Либерия	149	36	26 ^d	39	36	0,93	16	14	0,88
Ливан	–	6	–	91	86	0,94	65	65	1,00
Ливия	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	14	–	–	100	100	1,00	98	97	1,00
Люксембург	6	–	–	99	99	1,00	83	86	1,04
Маврикий	24	–	–	95	97	1,02	82	88	1,08
Мавритания	71	37	63	75	78	1,05	26	25	0,97
Мадагаскар	152	41	–	–	–	–	28	30	1,08
Макао (САР, Китай)	3	–	–	99	99	1,00	84	87	1,05
Малави	136	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Малайзия	12	–	–	98	99	1,00	72	78	1,08
Мали	174	52	83	71	63	0,89	32	26	0,80
Мальдивские Острова	13	4	–	100	100	1,00	–	–	–
Мальта	11	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Марокко	32	–	–	97	97	1,00	64	63	0,99
Мартиника	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Мексика	63	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНП

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, начальное образование	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, среднее образование
				мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Микронезия (Федеративные Штаты)	44	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Мозамбик	167	48	–	89	86	0,97	19	19	1,02
Молдова, Республика	27	12	–	90	90	1,00	78	78	1,00
Монголия	27	5	–	99	98	0,99	–	–	–
Мьянма	36	16	–	90	89	0,99	57	62	1,09
Намибия	82	7	–	96	100	1,04	–	–	–
Непал	88	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Нигер	210	76	1	71	62	0,87	24	17	0,73
Нигерия	145	44	12	72	60	0,84	–	–	–
Нидерланды	3	–	–	–	–	–	93	94	1,01
Никарагуа	92	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17
Новая Зеландия	16	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Новая Каледония	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	5	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01
Объединенные Арабские Эмираты	34	–	–	98	96	0,98	89	86	0,96
Оман	14	–	–	99	99	1,00	91	91	0,99
Пакистан	44	21	–	82	71	0,86	49	40	0,81
Палестина ¹	48	15	–	94	94	1,00	79	87	1,10
Панама	79	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07
Папуа — Новая Гвинея	–	21	–	80	75	0,93	36	30	0,82
Парагвай	62	22	–	79	79	1,00	63	67	1,07
Перу	65	22	–	99	100	1,01	80	81	1,02
Польша	12	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Португалия	8	–	–	97	96	1,00	93	94	1,01
Пуэрто-Рико	30	–	–	79	84	1,07	72	77	1,07
Реюньон	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Российская Федерация	24	–	–	97	98	1,01	94	95	1,01
Руанда	45	7	–	94	94	1,01	25	30	1,18
Румыния	35	–	–	90	90	1,00	81	81	1,00
Сальвадор	69	26	–	81	82	1,01	60	61	1,02
Самоа	39	11	–	96	97	1,01	74	81	1,10
Сан-Марино	0	–	–	93	93	1,00	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	92	35	–	97	97	0,99	61	68	1,11
Саудовская Аравия	7	–	–	99	100	1,00	86	84	0,97
Северная Македония	16	7	–	92	92	1,00	–	–	–
Сейшельские Острова	66	–	–	–	–	–	87	90	1,03
Сенегал	80	31	21	71	79	1,12	35	39	1,10
Сент-Винсент и Гренадины	64	–	–	99	98	0,99	91	91	0,99
Сент-Китс и Невис	46	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	–	8	–	–	–	–	79	81	1,03
Сербия	16	3	–	98	99	1,00	92	93	1,01
Сингапур	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Синт-Мартен	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, начальное образование 2009-2018	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, среднее образование 2009-2018
				мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Сирийская Арабская Республика	54	13	–	68	67	0,98	46	45	0,99
Словакия	24	–	–	–	–	–	84	86	1,01
Словения	5	–	–	97	98	1,01	95	95	1,01
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	14	–	–	100	100	1,00	98	98	1,00
Соединенные Штаты Америки	20	–	–	96	96	1,00	92	92	1,00
Соломоновы Острова	78	21	–	69	70	1,01	–	–	–
Сомали	64	45	97	–	–	–	–	–	–
Судан	87	34	82	57	63	1,10	–	–	–
Суринам	58	19	–	96	100	1,04	53	65	1,22
Сьерра-Леоне	125	39	74	99	99	1,01	38	37	0,97
Таджикистан	54	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90
Таиланд	43	23	–	98	98	1,00	77	77	1,01
Танзания, Объединенная Республика	132	31	5	78	81	1,04	23	23	1,02
Тёркс и Кайкос, острова	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	50	19	–	79	82	1,04	55	64	1,16
Того	85	22	2	95	89	0,94	48	33	0,69
Тонга	30	6	–	95	97	1,03	74	79	1,07
Тринидад и Тобаго	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Тувалу	28	10	–	–	–	–	63	79	1,26
Тунис	7	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Туркменистан	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Турция	27	15	–	95	94	0,99	86	85	0,99
Уганда	140	40	1	90	92	1,03	–	–	–
Узбекистан	30	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Украина	26	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Уругвай	51	25	–	98	98	1,00	80	86	1,08
Фиджи	40	–	–	98	98	1,01	79	88	1,11
Филиппины	47	15	–	95	96	1,01	60	72	1,19
Финляндия	6	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Франция	5	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Французская Гвиана	87	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Хорватия	10	–	–	96	99	1,04	89	92	1,04
Центральноафриканская Республика	229	68	18	77	60	0,79	16	10	0,61
Чад	179	67	32	71	55	0,77	–	–	–
Черногория	11	5	–	97	96	0,99	89	89	1,00
Чехия	12	–	–	–	–	–	90	92	1,02
Чили	41	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
Швейцария	6	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97
Швеция	4	–	–	100	99	1,00	100	99	1,00
Шри-Ланка	20	12	–	98	96	0,98	87	90	1,03

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ПОДРОСТКИ И МОЛОДЕЖЬ								
	Коэффициент рождаемости среди подростков на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступающих в брак в возрасте до 18 лет (в процентах)	Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет (в процентах)	Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, начальное образование 2009-2018	Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу (в процентах) 2009-2018		Индекс гендерного паритета, среднее образование 2009-2018
				мальчики	девочки		мальчики	девочки	
Эквадор	111	–	–	97	99	1,02	87	89	1,02
Экваториальная Гвинея	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Эритрея	76	41	69	39	36	0,91	27	25	0,92
Эсватини	87	5	–	76	75	0,98	32	41	1,29
Эстония	13	–	–	93	94	1,01	93	95	1,02
Эфиопия	80	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
Южная Африка	71	–	–	91	92	1,01	86	84	0,98
Южный Судан	155	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70
Ямайка	46	8	–	–	–	–	71	77	1,09
Япония	4	–	–	98	98	1,00	99	100	1,01

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- a За исключением островов Кука, Маршалловых островов, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу ввиду отсутствия данных.
- b Включая Сейшельские Острова.
- c За исключением Ангилии, Антигуа и Барбуды, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Гренады, Каймановых островов, Монтсеррата, Сент-Китса и Невиса, Синт-Мартена и Эквадора ввиду отсутствия данных.
- d Процентная доля девушек в возрасте 15–19 лет, состоящих в обществе «Санде». Членство в обществе «Санде» служит косвенным подтверждением выполнения КОЖПО.
- 1 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

Демографические показатели

ДАННЫЕ ПО МИРУ И ПО ОТДЕЛЬНЫМ РЕГИОНАМ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет)				Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019		2019	2019	2019
ВСЬ МИР	3 626	5 670	7 715	4,8	2,9	2,5	56	65	72	1,1	26	24	65	9
Более развитые регионы	1 001	1 167	1 266	2,3	1,6	1,7	71	74	80	0,3	16	17	65	19
Менее развитые регионы	2 625	4 503	6 448	5,9	3,2	2,6	53	63	71	1,3	27	25	65	7
Наименее развитые страны	301	570	1 050	6,8	5,6	3,9	44	52	65	2,4	39	32	57	4

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Азия и Тихий океан	1 818	3 027	4 030	5,9	2,8	2,1 ^a	53	64	72 ^a	1,0	24 ^a	23 ^a	68 ^a	8 ^a
Арабские государства	112	223	373	6,9	4,5	3,3	52	64	70	2,0	34	28	61	5
Восточная Африка и Юг Африки	154	312	613	6,8	5,9	4,3	46	49	64	2,7	41	32	55	3
Восточная Европа и Центральная Азия	154	211	247	3,6	2,4	2,0	61	67	73	0,9	23	21	67	10
Западная и Центральная Африка	118	229	447	6,6	6,3	5,1	41	49	58	2,7	43	32	54	3
Латинская Америка и Карибский бассейн	278	474	653	5,4	3,0	2,0 ^b	59	69	76 ^b	1,1	24 ^b	25 ^b	67 ^b	9 ^b

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ

Австралия ¹	12,6	17,9	25,1	2,8	1,8	1,8	71	78	83	1,4	19	19	65	16
Австрия	7,5	7,9	8,8	2,4	1,5	1,5	70	77	82	0,5	14	15	66	20
Азербайджан ²	5,1	7,7	10,0	5,2	2,7	2,0	63	65	72	1,1	23	21	70	6
Албания	2,1	3,1	2,9	5,1	2,7	1,7	67	72	79	0,0	17	21	69	14
Алжир	14,1	28,4	42,7	7,7	3,7	2,6	50	68	77	1,9	30	22	64	7
Ангола	6,6	13,8	31,8	7,6	7,0	5,5	37	43	62	3,4	46	33	51	3
Антигуа и Барбуда	0,1	0,1	0,1	3,8	2,2	2,0	66	72	77	1,1	23	24	69	7
Аргентина	23,6	34,6	45,1	3,1	2,8	2,2	66	72	77	1,0	24	24	64	11
Армения	2,5	3,3	2,9	3,3	2,2	1,6	70	69	75	0,2	20	19	68	12
Аруба	0,1	0,1	0,1	3,1	2,1	1,8	69	74	76	0,5	17	21	68	14
Афганистан	10,9	16,2	37,2	7,5	7,6	4,2	36	53	65	2,8	42	35	55	3
Багамские Острова	0,2	0,3	0,4	3,6	2,6	1,7	66	71	76	1,2	20	21	70	10
Бангладеш	63,4	116,2	168,1	6,9	3,8	2,0	48	61	73	1,1	27	28	68	5
Барбадос	0,2	0,3	0,3	3,3	1,7	1,8	65	72	76	0,3	19	19	65	16
Бахрейн	0,2	0,5	1,6	6,7	3,2	2,0	63	73	77	3,1	19	18	79	3
Беларусь	8,9	10,2	9,4	2,3	1,5	1,7	71	69	73	0,0	17	15	67	15
Белиз	0,1	0,2	0,4	6,3	4,2	2,4	65	70	71	2,1	30	30	66	4
Бельгия	9,6	10,2	11,6	2,3	1,6	1,8	71	77	82	0,6	17	17	64	19
Бенин	2,9	5,7	11,8	6,7	6,4	4,8	42	55	62	2,8	42	32	55	3
Болгария	8,5	8,5	7,0	2,1	1,4	1,6	71	71	75	-0,6	15	14	64	21
Боливия (Многонациональное Государство)	4,4	7,4	11,4	6,3	4,6	2,8	45	57	70	1,5	31	29	62	7
Босния и Герцеговина	3,7	3,9	3,5	3,0	1,7	1,4	66	71	77	-0,7	14	17	68	17
Ботсвана	0,7	1,5	2,4	6,7	4,1	2,6	54	57	69	1,8	31	28	65	4
Бразилия	92,9	159,7	212,4	5,2	2,6	1,7	59	67	76	0,8	21	23	70	9
Бруней Даруссалам	0,1	0,3	0,4	5,8	2,9	1,8	67	74	78	1,4	22	23	72	5
Буркина-Фасо	5,5	9,8	20,3	6,6	6,9	5,1	39	49	62	2,9	45	33	53	2

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет)				Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010–2019		2019	2019	2019
Бурунди	3,4	5,9	11,6	7,3	7,3	5,5	44	48	59	3,1	45	31	52	3
Бутан	0,3	0,5	0,8	6,7	4,8	2,0	39	56	71	1,4	26	27	69	5
Вануату	0,1	0,2	0,3	6,3	4,8	3,2	52	65	73	2,2	36	29	60	5
Венгрия	10,3	10,4	9,7	2,0	1,6	1,4	69	70	76	–0,3	14	16	66	20
Венесуэла (Боливарианская Республика)	11,2	21,7	32,8	5,6	3,1	2,2	64	71	75	1,4	27	26	66	7
Виргинские острова Соединенных Штатов Америки	0,1	0,1	0,1	5,3	2,6	2,2	69	75	80	–0,1	20	20	60	20
Вьетнам	42,3	73,9	97,4	6,5	2,9	1,9	60	72	77	1,1	23	21	69	8
Габон	0,6	1,1	2,1	5,0	5,1	3,6	46	61	67	2,8	36	28	60	4
Гаити	4,6	7,7	11,2	5,8	5,0	2,8	47	56	64	1,3	32	30	63	5
Гайана	0,7	0,8	0,8	5,5	3,1	2,4	62	64	67	0,6	28	29	66	6
Гамбия	0,4	1,0	2,2	6,0	6,1	5,2	37	53	62	3,1	45	33	53	2
Гана	8,4	16,3	30,1	7,0	5,2	3,8	49	58	64	2,3	38	31	58	3
Гваделупа ³	0,3	0,4	0,4	5,0	2,1	1,9	64	75	82	0,0	18	21	64	19
Гватемала	5,5	10,2	17,6	6,7	5,2	2,8	52	65	74	2,0	34	32	61	5
Гвинея	4,2	7,5	13,4	6,2	6,4	4,6	36	52	62	2,4	42	32	55	3
Гвинея-Бисау	0,7	1,1	2,0	6,0	6,4	4,4	41	51	59	2,5	41	31	56	3
Германия	78,3	80,9	82,4	2,2	1,3	1,5	71	76	82	0,2	13	14	65	22
Гондурас	2,6	5,6	9,6	7,3	4,7	2,4	52	68	74	1,7	30	31	65	5
Гонконг (САР, Китай) ⁴	3,8	6,1	7,5	3,4	1,2	1,4	71	79	84	0,7	12	13	70	17
Гренада	0,1	0,1	0,1	4,7	3,3	2,0	64	69	74	0,4	26	25	66	8
Греция	8,6	10,7	11,1	2,6	1,4	1,3	71	78	82	–0,3	14	15	65	21
Грузия ⁵	4,7	5,1	3,9	2,7	1,9	2,0	67	70	74	–0,9	20	18	65	15
Гуам	0,1	0,1	0,2	4,5	2,9	2,3	65	73	80	0,5	24	25	66	10
Дания	4,9	5,2	5,8	2,2	1,8	1,8	73	75	81	0,4	16	18	64	20
Джибути	0,1	0,6	1,0	6,8	5,5	2,7	48	57	63	1,6	30	30	66	4
Доминика	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	0,5	–	–	–	–
Доминиканская Республика	4,4	7,8	11,0	6,4	3,2	2,3	58	69	74	1,2	29	27	64	7
Египет	34,2	62,5	101,2	6,3	3,9	3,1	52	66	72	2,1	33	26	62	5
Замбия	4,0	8,9	18,1	7,3	6,2	4,8	49	43	63	3,0	44	34	53	2
Западная Сахара	0,1	0,2	0,6	6,6	3,8	2,4	42	60	70	2,1	27	25	69	3
Зимбабве	5,0	11,1	17,3	7,4	4,6	3,5	55	52	62	2,3	41	32	56	3
Израиль	2,8	5,2	8,6	3,8	2,9	2,9	72	78	83	1,6	28	23	60	12
Индия	541,5	942,2	1368,7	5,6	3,7	2,3	47	60	69	1,2	27	27	67	6
Индонезия	111,8	193,9	269,5	5,5	2,8	2,3	54	65	70	1,2	27	26	68	6
Иордания	1,6	4,4	10,1	8,0	4,8	3,2	59	71	75	3,8	35	30	61	4
Ирак	9,6	19,6	40,4	7,4	5,5	4,2	58	68	70	3,0	40	31	57	3
Иран (Исламская Республика)	27,8	59,7	82,8	6,5	3,5	1,6	50	68	77	1,2	24	21	70	6
Ирландия	2,9	3,6	4,8	3,8	1,9	2,0	71	75	82	0,5	21	19	64	15
Исландия	0,2	0,3	0,3	3,1	2,2	1,9	74	79	83	0,7	20	20	65	15
Испания ⁶	33,6	39,8	46,4	2,9	1,2	1,4	72	78	84	–0,1	14	15	66	20
Италия	53,2	57,3	59,2	2,5	1,2	1,5	71	78	84	–0,1	13	14	63	24
Йемен	6,1	14,7	29,6	7,8	7,8	3,7	40	59	66	2,5	39	33	58	3

Демографические показатели

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжитель- ность жизни при рождении (количество лет)			Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)	65 лет и старше (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019		2010–2019	2019	2019	2019
Кабо-Верде	0,3	0,4	0,6	7,0	4,7	2,2	53	66	73	1,2	29	30	66	5
Казахстан	12,9	16,2	18,6	3,6	2,4	2,5	62	64	70	1,4	29	20	64	7
Камбоджа	6,9	10,3	16,5	6,6	4,9	2,5	42	55	70	1,6	31	28	64	5
Камерун, Республика	6,4	13,1	25,3	6,2	6,1	4,5	46	50	60	2,6	42	32	55	3
Канада	21,1	29,0	37,3	2,4	1,7	1,6	72	78	83	1,0	16	17	66	18
Катар	0,1	0,5	2,7	6,9	3,6	1,8	68	76	79	4,8	14	18	84	2
Кения	10,9	26,5	52,2	8,1	5,5	3,7	52	55	68	2,6	40	33	58	3
Кипр ⁷	0,6	0,8	1,2	2,7	2,2	1,3	72	77	81	0,8	17	20	69	14
Кирибати	0,1	0,1	0,1	5,7	4,4	3,5	54	62	67	1,8	36	29	60	4
Китай ⁸	803,6	1 229,0	1 420,1	5,9	1,7	1,6	58	70	77	0,5	18	17	71	12
Колумбия	21,5	36,8	49,8	5,8	2,7	1,8	61	69	75	0,9	23	24	69	8
Коморские Острова	0,2	0,5	0,9	7,1	5,9	4,1	45	58	64	2,3	39	31	58	3
Конго, Демократическая Республика	19,5	40,3	86,7	6,2	6,8	5,8	44	49	61	3,3	46	32	51	3
Конго, Республика	1,3	2,7	5,5	6,3	5,2	4,5	53	54	66	2,6	42	31	55	3
Корейская Народно- Демократическая Республика	14,0	21,6	25,7	4,4	2,2	1,9	59	68	72	0,5	20	22	71	9
Корея, Республика	31,6	44,8	51,3	4,5	1,6	1,3	60	73	83	0,4	13	16	72	15
Коста-Рика	1,8	3,4	5,0	4,9	2,9	1,7	66	76	80	1,1	21	23	69	10
Кот-д'Ивуар	5,0	14,1	25,5	7,9	6,3	4,7	43	50	55	2,5	42	32	55	3
Куба	8,6	10,9	11,5	4,2	1,6	1,7	69	75	80	0,2	16	17	69	16
Кувейт	0,7	1,7	4,2	7,3	2,7	1,9	66	73	75	3,9	21	19	76	3
Кыргызстан	2,9	4,5	6,2	5,2	3,4	2,9	60	66	71	1,5	32	25	63	5
Кюрасао	0,1	0,1	0,2	3,5	2,2	2,0	69	75	79	1,1	18	18	64	17
Лаосская Народно- Демократическая Республика	2,6	4,7	7,1	6,0	5,6	2,5	46	56	68	1,4	32	30	64	4
Латвия	2,4	2,5	1,9	1,9	1,5	1,6	70	68	75	–1,1	16	14	64	20
Лесото	1,0	1,7	2,3	5,8	4,6	2,9	49	58	55	1,3	35	32	60	5
Либерия	1,4	2,0	5,0	6,7	6,2	4,4	39	49	64	2,6	41	32	56	3
Ливан	2,3	3,0	6,1	5,1	2,7	1,7	66	72	80	3,7	22	25	69	9
Ливия	2,0	4,9	6,6	8,1	3,9	2,2	55	70	72	0,7	28	25	68	5
Литва	3,1	3,6	2,9	2,3	1,7	1,7	71	70	75	–1,0	15	16	65	19
Люксембург	0,3	0,4	0,6	2,1	1,7	1,6	70	76	82	1,8	16	18	69	15
Маврикий ⁹	0,8	1,1	1,3	4,2	2,2	1,4	63	70	75	0,2	17	22	71	12
Мавритания	1,1	2,3	4,7	6,8	5,8	4,5	49	59	64	2,8	39	31	57	3
Мадагаскар	6,4	13,1	27,0	7,3	6,0	4,0	44	54	67	2,7	40	33	57	3
Макао (САР, Китай) ¹⁰	0,2	0,4	0,6	2,4	1,3	1,4	69	79	84	2,0	14	13	75	11
Малави	4,5	9,8	19,7	7,3	6,5	4,4	40	47	64	2,9	43	34	54	3
Малайзия ¹¹	10,5	20,0	32,5	5,2	3,4	2,0	64	72	76	1,6	24	25	69	7
Мали	5,9	9,4	19,7	7,1	7,1	5,8	32	47	59	3,0	47	33	50	2
Мальдивские Острова	0,1	0,2	0,5	7,2	4,6	2,0	43	65	78	2,4	23	21	72	4
Мальта	0,3	0,4	0,4	2,0	2,0	1,5	71	77	81	0,4	15	15	65	20
Марокко	15,7	26,7	36,6	6,7	3,4	2,4	52	67	77	1,4	27	24	66	7
Мартиника	0,3	0,4	0,4	4,8	1,9	1,9	65	76	83	–0,3	17	19	63	20
Мексика	50,4	92,3	132,3	6,8	3,1	2,1	61	72	78	1,3	26	26	67	7

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет)			Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)	65 лет и старше (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019		2010–2019	2019	2019	2019
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,1	0,1	0,1	6,9	4,7	3,0	61	67	70	0,4	32	33	62	5
Мозамбик	9,0	15,2	31,4	6,8	6,0	5,1	39	45	60	2,9	44	33	53	3
Молдова, Республика ¹²	3,5	4,4	4,0	2,6	2,0	1,2	65	67	72	–0,1	16	17	72	12
Монголия	1,2	2,3	3,2	7,6	2,9	2,6	55	61	70	1,7	30	22	66	4
Мьянма	25,7	42,7	54,3	6,0	3,1	2,1	50	60	67	0,9	26	27	68	6
Намибия	0,8	1,6	2,6	6,4	4,7	3,2	52	61	66	2,2	36	31	60	4
Непал	11,8	20,9	29,9	5,9	4,8	2,0	40	58	71	1,1	29	32	64	6
Нигер	4,4	9,2	23,2	7,6	7,7	7,1	36	46	61	3,8	50	33	47	3
Нигерия	54,7	105,4	201,0	6,4	6,3	5,3	41	46	55	2,6	44	32	54	3
Нидерланды	12,9	15,4	17,1	2,6	1,6	1,8	74	77	82	0,3	16	18	64	20
Никарагуа	2,3	4,5	6,4	6,9	3,9	2,1	53	67	76	1,1	28	28	66	6
Новая Зеландия	2,8	3,6	4,8	3,2	2,0	2,0	71	77	82	1,0	20	20	64	16
Новая Каледония	0,1	0,2	0,3	5,3	2,8	2,1	62	72	78	1,3	22	22	68	10
Норвегия ¹³	3,8	4,3	5,4	2,7	1,9	1,8	74	78	83	1,1	18	18	65	17
Объединенные Арабские Эмираты	0,2	2,3	9,7	6,7	3,6	1,7	61	73	78	1,8	14	16	85	1
Оман	0,7	2,1	5,0	7,3	5,7	2,5	50	69	78	5,5	21	19	76	2
Пакистан	56,5	119,8	204,6	6,6	5,5	3,3	52	61	67	2,0	35	29	61	5
Палестина ¹⁴	1,1	2,5	5,2	7,9	6,4	3,8	55	69	74	2,7	39	32	58	3
Панама	1,5	2,7	4,2	5,3	2,9	2,4	65	74	79	1,6	27	25	65	8
Папуа — Новая Гвинея	2,5	4,8	8,6	6,2	4,7	3,5	48	60	66	2,1	35	31	61	4
Парагвай	2,4	4,7	7,0	5,9	4,2	2,4	65	69	73	1,3	29	28	64	7
Перу	13,0	23,6	32,9	6,5	3,4	2,3	53	68	76	1,3	27	26	66	8
Польша	32,4	38,4	38,0	2,3	1,8	1,3	70	72	78	–0,1	15	15	67	18
Португалия	8,7	10,1	10,3	3,0	1,5	1,2	67	75	82	–0,4	13	15	65	22
Пуэрто-Рико	2,7	3,7	3,7	3,2	2,1	1,5	71	74	81	–0,2	17	21	67	16
Реюньон	0,5	0,7	0,9	5,1	2,4	2,2	62	74	81	0,8	23	23	65	12
Российская Федерация	129,5	148,4	143,9	2,0	1,4	1,8	69	66	71	0,1	18	15	67	15
Руанда	3,6	6,0	12,8	8,2	6,3	3,7	44	29	68	2,5	39	32	57	3
Румыния	20,3	23,1	19,5	2,8	1,4	1,6	68	70	76	–0,5	15	16	66	19
Сальвадор	3,6	5,5	6,4	6,3	3,7	2,0	55	67	74	0,5	27	28	65	9
Самоа	0,1	0,2	0,2	7,3	4,8	3,8	54	67	76	0,7	36	32	58	6
Сан-Марино	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	0,1	0,1	0,2	6,4	5,6	4,3	55	62	67	2,2	42	33	55	3
Саудовская Аравия	5,6	18,3	34,1	7,3	5,2	2,4	52	71	75	2,4	25	21	72	4
Северная Македония	1,7	2,0	2,1	3,3	2,0	1,6	66	72	76	0,1	16	18	69	14
Сейшельские Острова	0,1	0,1	0,1	5,9	2,4	2,2	65	71	74	0,5	22	19	68	9
Сенегал	4,1	8,5	16,7	7,3	6,1	4,6	39	57	68	2,9	43	32	54	3
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,1	0,1	6,2	2,8	1,9	65	71	74	0,1	23	25	69	8
Сент-Китс и Невис	0,0	0,0	0,1	–	–	–	–	–	–	1,0	–	–	–	–
Сент-Люсия	0,1	0,1	0,2	6,2	3,0	1,4	62	71	76	0,5	18	23	72	10
Сербия ¹⁵	8,1	9,9	8,7	2,4	1,9	1,6	67	72	76	–0,4	16	18	65	18
Сингапур	2,0	3,4	5,9	3,4	1,7	1,3	68	77	84	1,6	15	17	71	14
Синт-Мартен	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	2,4	–	–	–	–

Демографические показатели

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжитель- ность жизни при рождении (количество лет)			Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)	65 лет и старше (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019		2010–2019	2019	2019	2019
Сирийская Арабская Республика	6,1	13,9	18,5	7,6	4,6	2,8	58	72	73	–1,4	35	35	60	5
Словакия	4,5	5,4	5,5	2,5	1,7	1,5	70	72	77	0,1	16	16	68	16
Словения	1,7	2,0	2,1	2,2	1,3	1,7	69	74	81	0,2	15	14	65	20
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	55,4	57,8	67,0	2,4	1,8	1,9	72	77	82	0,6	18	17	63	19
Соединенные Штаты Америки	207,7	262,7	329,1	2,4	2,0	1,9	71	76	80	0,7	19	20	65	16
Соломоновы Острова	0,2	0,3	0,6	6,8	5,3	3,7	54	59	72	2,1	38	32	58	4
Сомали	3,4	7,6	15,6	7,2	7,6	6,0	41	46	58	2,9	46	33	51	3
Судан	10,0	23,3	42,5	6,9	5,9	4,3	52	56	65	2,4	40	33	56	4
Суринам	0,4	0,4	0,6	5,8	3,1	2,3	63	68	72	1,0	26	26	67	7
Сьерра-Леоне	2,6	4,3	7,9	6,5	6,6	4,2	34	36	53	2,2	41	33	56	3
Таджикистан	2,8	5,7	9,3	7,0	4,7	3,2	60	63	72	2,2	35	28	61	4
Таиланд	35,8	58,9	69,3	5,8	1,9	1,4	59	70	76	0,3	17	19	71	12
Танзания, Объединенная Республика ¹⁶	13,2	29,1	60,9	6,8	5,9	4,8	46	49	67	3,1	44	32	52	3
Тёркс и Кайкос, острова	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	1,8	–	–	–	–
Тимор-Лешти, Демократическая Республика	0,6	0,9	1,4	6,0	6,1	5,2	39	52	70	2,2	43	35	53	4
Того	2,0	4,2	8,2	7,0	5,9	4,3	46	55	61	2,6	41	32	56	3
Тонга	0,1	0,1	0,1	6,2	4,5	3,5	65	70	73	0,6	35	33	59	6
Тринидад и Тобаго	0,9	1,3	1,4	3,7	2,0	1,7	65	68	71	0,4	20	19	69	11
Тувалу	0,0	0,0	0,0	–	–	–	–	–	–	0,9	–	–	–	–
Тунис	5,0	9,0	11,8	6,8	2,7	2,1	50	71	76	1,1	24	21	67	9
Туркменистан	2,1	4,1	5,9	6,5	3,7	2,7	58	63	68	1,7	31	25	65	5
Турция	34,1	57,6	83,0	5,7	2,8	2,0	52	66	77	1,5	24	24	67	9
Уганда	9,2	19,9	45,7	7,1	7,0	5,3	49	44	61	3,3	47	34	51	2
Узбекистан	11,7	22,4	32,8	6,4	3,7	2,2	62	66	72	1,5	28	25	67	5
Украина ¹⁷	46,7	51,1	43,8	2,0	1,5	1,6	71	68	72	–0,5	16	15	67	17
Уругвай	2,8	3,2	3,5	2,9	2,4	2,0	69	73	78	0,3	21	22	64	15
Фиджи	0,5	0,8	0,9	4,7	3,3	2,4	59	66	71	0,7	28	26	65	7
Филиппины	34,8	68,2	108,1	6,4	4,1	2,8	61	66	70	1,6	31	29	64	5
Финляндия ¹⁸	4,6	5,1	5,6	2,0	1,8	1,8	70	76	82	0,4	17	17	62	22
Франция	50,5	58,0	65,5	2,6	1,7	2,0	72	78	83	0,4	18	18	62	20
Французская Гвиана	0,0	0,1	0,3	4,8	4,0	3,2	65	73	81	2,6	32	28	62	6
Французская Полинезия	0,1	0,2	0,3	5,1	2,9	2,0	60	70	77	0,8	23	24	69	8
Хорватия	4,4	4,7	4,1	2,0	1,6	1,4	68	73	78	–0,5	15	16	65	21
Центральноафриканская Республика	1,8	3,3	4,8	6,0	5,7	4,6	41	47	54	0,9	42	34	54	4
Чад	3,6	6,8	15,8	6,5	7,4	5,6	41	47	54	3,2	47	34	51	3
Черногория	0,5	0,6	0,6	2,8	2,0	1,6	69	74	78	0,1	18	19	66	16
Чехия	9,8	10,4	10,6	2,0	1,5	1,6	70	73	79	0,1	16	14	64	20
Чили	9,4	14,1	18,3	4,2	2,4	1,8	62	75	80	0,8	20	21	68	12
Швейцария	6,1	7,0	8,6	2,2	1,5	1,6	73	78	84	1,1	15	15	66	19
Швеция	8,0	8,8	10,1	2,1	1,9	1,9	74	79	83	0,8	18	17	62	20
Шри-Ланка	12,2	18,1	21,0	4,5	2,3	2,0	64	69	76	0,4	23	23	66	11
Эквадор	5,9	11,2	17,1	6,3	3,4	2,4	57	71	77	1,5	28	26	65	8

СТРАНЫ, ТЕРРИТОРИИ И ИНЫЕ РАЙОНЫ	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ			РОЖДАЕМОСТЬ			ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ			ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ (В РАЗБИВКЕ ПО ВОЗРАСТУ)			
	Общая численность населения (млн чел.)			Коэффициент суммарной рождаемости (у одной женщины)			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (количество лет)			Среднегодовые темпы изменения (в процентах)	0–14 лет (в процентах)	10–24 лет (в процентах)	15–64 лет (в процентах)	65 лет и старше (в процентах)
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019		2010–2019	2019	2019	2019
Экваториальная Гвинея	0,3	0,5	1,4	5,8	6,0	4,4	39	50	59	4,0	37	29	60	3
Эритрея	1,8	3,1	5,3	6,7	6,0	3,9	43	52	66	2,1	41	32	55	4
Эсватини	0,4	0,9	1,4	6,9	5,0	2,9	47	58	59	1,8	37	32	60	3
Эстония	1,3	1,5	1,3	2,1	1,5	1,7	70	69	78	–0,2	17	15	63	20
Эфиопия	27,7	55,4	110,1	6,9	7,0	3,9	43	49	67	2,5	39	34	57	4
Южная Африка	22,2	41,2	58,1	5,7	3,2	2,4	55	62	64	1,3	29	27	66	6
Южный Судан	3,6	5,4	13,3	6,9	6,6	4,6	35	46	58	3,1	41	32	55	3
Ямайка	1,8	2,5	2,9	5,6	2,8	2,0	68	72	76	0,3	23	25	67	10
Япония	103,5	126,1	126,9	2,1	1,4	1,5	72	80	84	–0,1	13	14	59	28

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- a За исключением островов Кука, Маршалловых островов, Науру, Ниуэ, Палау, Токелау и Тувалу ввиду отсутствия данных.
- b За исключением Ангильи, Бермудских островов, Британских Виргинских островов, Доминики, Каймановых островов, Монтсеррата, Сент-Китса и Невиса, Синт-Мартена и островов Теркс и Кайкос ввиду отсутствия данных.
- 1 Включая Кокосовы острова (острова Килинг), остров Норфолк и остров Рождества.
- 2 Включая Нагорный Карабах.
- 3 Включая Сен-Бартельми и Сен-Мартен (французскую часть).
- 4 С 1 июля 1997 года Гонконг стал специальным административным районом (САР) Китая.
- 5 Включая Абхазию и Южную Осетию.
- 6 Включая Канарские острова, Мелилью и Сеуту.
- 7 Относится к стране в целом.
- 8 Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао (специальным административным районам (САР) Китая) и китайской провинции Тайвань.
- 9 Включая острова Агалега, Родригес и Сент-Брендон.
- 10 С 20 декабря 1999 года Макао стало специальным административным районом (САР) Китая.
- 11 Включая Сабах и Саравак.
- 12 Включая Приднестровье.
- 13 Включая острова Свальбард и Ян-Майен.
- 14 Включая Восточный Иерусалим. 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом. . .».
- 15 Включая Косово.
- 16 Включая Занзибар.
- 17 Включая Крым.
- 18 Включая Аландские острова.

Технические примечания к показателям

Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2019 году» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей концепции последующей деятельности в связи с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Целей устойчивого развития (ЦУР) в области охраны материнского здоровья, доступа к образованию и охраны репродуктивного и сексуального здоровья. Кроме того, эти таблицы содержат различные демографические показатели. Статистические таблицы помогают ЮНФПА сосредоточивать внимание на достижении прогресса и результатов в построении мира, в котором каждая беременность стала бы желанной, каждые роды — безопасными, и все молодые люди имели бы возможность в полной мере реализовать свой потенциал.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методики сбора, экстраполяции и анализа данных. Для облегчения международной сопоставимости данных ЮНФПА опирается на стандартные методики, используемые главными источниками данных. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, подготовленных национальными ведомствами. Данные, представленные в настоящих таблицах, несопоставимы с данными, содержащимися в предыдущих докладах «Народонаселение мира», по причине обновления региональных классификаций и методик, а также пересмотра временных рядов данных.

Статистические таблицы построены на основе результатов, собранных в ходе национально репрезентативных обследований домохозяйств, таких как демографические и медицинские обследования (ДМО) и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ), оценок организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также содержат последние оценки и прогнозы по народонаселению, взятые из «World Population Prospects: The 2017 revision» («Мировые демографические прогнозы: редакция 2017 года») и «Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018» («Оценочные и прогнозные данные по показателям планирования семьи, рассчитанные на основе моделей, за 2018 год») (подготовленные Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций). Данные сопровождаются определениями, указанием источника и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2019 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся на январь 2019 года.

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и прав
Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод (2019 год). Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась пропорциональная доля замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском браке), которые в настоящее время пользуются, соответственно, любимыми методами или современными методами контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин.

Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современный метод (1969 год, 1994 год, 2019 год). Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, взятых из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась пропорциональная доля замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском браке),

которые в настоящее время пользуются, соответственно, любимыми методами или современными методами контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин.

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет (2019 год). Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые состоят в официальном или гражданском браке и хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но не пользуются каким-либо методом контрацепции.

Пропорциональная доля удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет (2019 год). Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля совокупного удовлетворенного спроса у женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке. Показатель распространенности любого метода контрацепции или распространенности современного метода контрацепции, разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи. Совокупный спрос на средства планирования семьи равен сумме показателя распространенности любого метода контрацепции и показателя неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи.

Пропорциональная доля удовлетворенного спроса на современные методы у женщин в возрасте 15–49 лет (1969 год, 1994 год, 2019 год). Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля совокупного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном или гражданском браке, удовлетворенного современными методами контрацепции. Показатель распространенности любого метода контрацепции или распространенности современного метода контрацепции, разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи. Совокупный спрос на средства планирования семьи равен сумме показателя распространенности любого метода контрацепции и показателя неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи.

Коэффициент материнской смертности (КМС), число случаев смерти на 100 000 живорождений (1994 год и 2015 год) и интервал неопределенности КМС (ИН 80%), нижняя и верхняя оценки (2015 год). Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций). Этот показатель отражает число женщин, умерших по причинам, связанным с беременностью, на каждые 100 000 живорождений. Эти оценки подготовлены Межучрежденческой группой по оценке материнской смертности (МУГОМС) с использованием данных из систем регистрации актов гражданского состояния и учета естественного движения населения, результатов обследований домохозяйств и переписей населения. Членами МУГОМС являются ЮНФПА, ВОЗ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки и методики регулярно анализируются МУГОМС, а также другими учреждениями и академическими институтами и при необходимости пересматриваются в рамках постоянного процесса повышения качества данных о материнской смертности. Указанные оценки не следует сопоставлять с прежними межучрежденческими оценками.

Роды, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, в процентах (2017 год). Источник: Совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению, 2017 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)

и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных, содержащихся в совместной глобальной базе данных. Показатель родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (врачами, медсестрами или акушерками), отражает процентную долю родов, принимаемых медицинским персоналом, который обладает необходимой квалификацией для оказания жизненно важной акушерской помощи, включая необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период и консультирование женщин; самостоятельного принятия родов; а также ухода за новорожденными. К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций выпускает полный набор ежегодных оценок и прогнозов по ряду показателей в области планирования семьи, систематически рассчитывавшихся с использованием модели в течение 60-летнего периода. Эти показатели включают уровни распространенности противозачаточных средств, неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи и совокупного спроса на средства планирования семьи, а также процентную долю удовлетворенного спроса на средства планирования семьи у женщин, состоящих в официальном или гражданском браке, за период 1970–2030 годов. Для расчета оценок, прогнозов и оценок интервалов неопределенности использовалась байесовская иерархическая модель с учетом временных трендов по конкретным странам. Эта модель представляет собой дальнейшее развитие подготовленных ранее оценок и позволяет нивелировать различия в источниках данных, выборках населения и методах контрацепции, включенных в показатели количественной оценки уровней их распространенности. Дополнительную информацию о рассчитанных с использованием этой модели оценках, методике и обновленных данных, касающихся планирования семьи, можно получить по адресу: http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cr_model.shtml. Оценки рассчитаны на основе данных по конкретным странам, содержащихся в «World Contraceptive Use 2018» («Применение противозачаточных средств в мире, 2018 год»).

Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах (2014 год). Источник: ЮНФПА. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые принимают свои собственные решения во всех трех областях — о вступлении в половую связь со своим партнером, об использовании противозачаточных средств и об охране своего здоровья.

Показатели мониторинга прогресса в достижении целей МКНР

Подростки и молодежь

Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1 000 девушек в возрасте 15–19 лет (2018 год).

Источник: Глобальная база данных по ЦУР. Коэффициент рождаемости среди подростков показывает риск деторождения для девочек-подростков в возрасте 15–19 лет. В том, что касается регистрации актов гражданского состояния, эти показатели могут иметь ограничения и зависеть от полноты данных о регистрации деторождений, младенцах, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения данных о числе деторождений за предыдущие периоды. На оценки, касающиеся народонаселения, могут влиять ограничения, связанные с неправильной регистрацией возраста и неполнотой охвата. При проведении обследований и переписей населения как числитель, так и знаменатель относятся к одной и той же группе населения. Основными недостатками являются неправильная регистрация возраста, отсутствие регистрации деторождения,

неправильная регистрация даты рождения ребенка и изменчивость выборки при проведении обследований.

Вступление в брак в возрасте до 18 лет, в процентах (2017 год).

Источник: Глобальная база данных по ЦУР. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных из глобальной базы данных по ЦУР. Пропорциональная доля женщин в возрасте 20–24 лет, вступивших в официальный или гражданский брак до достижения восемнадцатилетия.

Распространенность КОЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет, в процентах (2017 год). Источник: ЮНФПА. Пропорциональная доля девушек в возрасте 15–19 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах.

Скорректированный чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах (2017 год). Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального или среднего школьного образования.

Индекс гендерного паритета, начальное образование (2017 год).

Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Соотношение между значениями скорректированных чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в начальную школу.

Чистый коэффициент зачисления в среднюю школу, в процентах (2017 год).

Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

Индекс гендерного паритета, среднее образование (2017 год).

Источник: Институт статистики ЮНЕСКО (ИСЮ). Соотношение между значениями чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в среднюю школу.

Демографические показатели

Численность населения

Общая численность населения, в млн чел. (1969 год, 1994 год, 2019 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Ориентировочная численность населения стран по состоянию на середину года.

Рождаемость

Коэффициент суммарной рождаемости, в расчете на одну женщину (1969 год, 1994 год, 2019 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожила до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

Ожидаемая продолжительность жизни Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет (1969 год, 1994 год, 2019 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе

Технические примечания

данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Ожидаемая продолжительность жизни новорожденных детей в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и народонаселение соответствующей страны в момент их рождения.

Изменение численности населения

Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах (2010–2019 годы). Источник: Расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

Состав населения

Население в возрасте 0–14 лет, в процентах (2019 год).

Источник: Расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных

Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Пропорциональная доля населения в возрасте 0–14 лет.

Население в возрасте 10–24 лет, в процентах (2019 год).

Источник: Расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Пропорциональная доля населения в возрасте 10–24 лет.

Население в возрасте 15–64 лет, в процентах (2019 год).

Источник: Расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Пропорциональная доля населения в возрасте 15–64 лет.

Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах (2019 год).

Источник: Расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Пропорциональная доля населения в возрасте 65 лет и старше.

Региональная классификация

Приведенные в конце статистических таблиц усредненные значения рассчитаны ЮНФПА на основе данных по странам и районам в соответствии с приведенной ниже классификацией.

Регион арабских государств

Алжир; Джибути; Египет; Иордания; Ирак; Йемен; Ливан; Ливия; Марокко; Оман; Палестина; Сирийская Арабская Республика; Сомали; Судан; Тунис.

Азиатско-Тихоокеанский регион

Афганистан; Бангладеш; Бутан; Вануату; Вьетнам; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Камбоджа; Кирибати; Китай; Корейская Народно-Демократическая Республика; острова Кука; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Малайзия; Мальдивские Острова; Маршалловы Острова; Микронезия, (Федеративные Штаты); Монголия; Мьянма; Науру; Непал; Ниуэ; Пакистан; Палау; Папуа — Новая Гвинея; Самоа; Соломоновы Острова; Таиланд; Тимор-Лешти, Демократическая Республика; Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка.

Регион Восточной Европы и Центральной Азии

Азербайджан; Албания; Армения; Беларусь; Босния и Герцеговина; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Молдова; Северная Македония, Республика; Сербия; Таджикистан; Туркменистан; Турция; Узбекистан, Украина.

Регион Восточной Африки и Юга Африки

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Конго, Демократическая Республика; Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Танзания, Объединенная Республика; Уганда; Эритрея; Эсватини; Эфиопия; Южная Африка; Южный Судан.

Регион Латинской Америки и Карибского бассейна

Ангилья; Антигуа и Барбуда; Аргентина; Аруба; Багамские Острова; Барбадос; Белиз; Бермудские острова; Боливия (Многонациональное Государство); Бразилия; Британские Виргинские острова; Венесуэла (Боливарианская Республика); Гайана; Гаити; Гватемала; Гондурас; Гренада; Доминика; Доминиканская Республика; Каймановы острова; Колумбия; Коста-Рика; Куба; Кюрасао; Мексика; Монтсеррат; Никарагуа; Панама; Парагвай; Перу; Сальвадор; Сент-Винсент и Гренадины; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Сент-Мартен; Суринам; острова Тёркс и Кайкос; Тринидад и Тобаго; Уругвай; Чили; Эквадор; Ямайка.

Регион Западной и Центральной Африки

Бенин; Буркина-Фасо; Габон; Гамбия; Гана; Гвинея; Гвинея-Бисау; Кабо-Верде; Камерун, Республика; Конго, Республика; Кот-д'Ивуар; Либерия; Мавритания; Мали; Нигер; Нигерия; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Сьерра-Леоне; Того; Центральноафриканская Республика; Чад; Экваториальная Гвинея.

К более развитым регионам, согласно классификации Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, относятся Европа, Северная Америка, Австралия / Новая Зеландия и Япония.

К менее развитым регионам, согласно классификации Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, относятся все регионы Африки, Азии (кроме Японии), Латинской Америки и Карибского бассейна, а также Меланезия, Микронезия и Полинезия.

К наименее развитым странам, как они определены Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в ее резолюциях (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 и 68/18), по состоянию на март 2018 года относились 47 стран: 33 страны в Африке, 9 стран в Азии, 4 страны в Океании и одна страна в Латинской Америке и Карибском бассейне — Ангола; Афганистан; Бангладеш; Бенин; Буркина-Фасо; Бурунди; Бутан; Вануату; Гаити; Гамбия; Гвинея; Гвинея-Бисау; Демократическая Республика Конго; Джибути; Замбия; Йемен; Камбоджа; Кирибати; Коморские Острова; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Лесото; Либерия; Мавритания; Мадагаскар; Малави; Мали; Мозамбик; Мьянма; Непал; Нигер; Объединенная Республика Танзания; Руанда; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Соломоновы Острова; Сомали; Судан; Сьерра-Леоне; Тимор-Лешти; Того; Тувалу; Уганда; Центральноафриканская Республика; Чад; Эритрея; Эфиопия и Южный Судан. Эти страны также входят в категорию менее развитых регионов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.
- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey, 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 1 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A *Lancet* Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.
- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270-283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151-169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.

- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642-2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875-e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012-2013-ICRW-FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLOS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.



Обеспечение прав и возможностей выбора для всех с 1969 года

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения

605 Third Avenue

New York, NY 10158

+1 (212) 297-5000

www.unfpa.org

[@UNFPA](https://twitter.com/UNFPA)