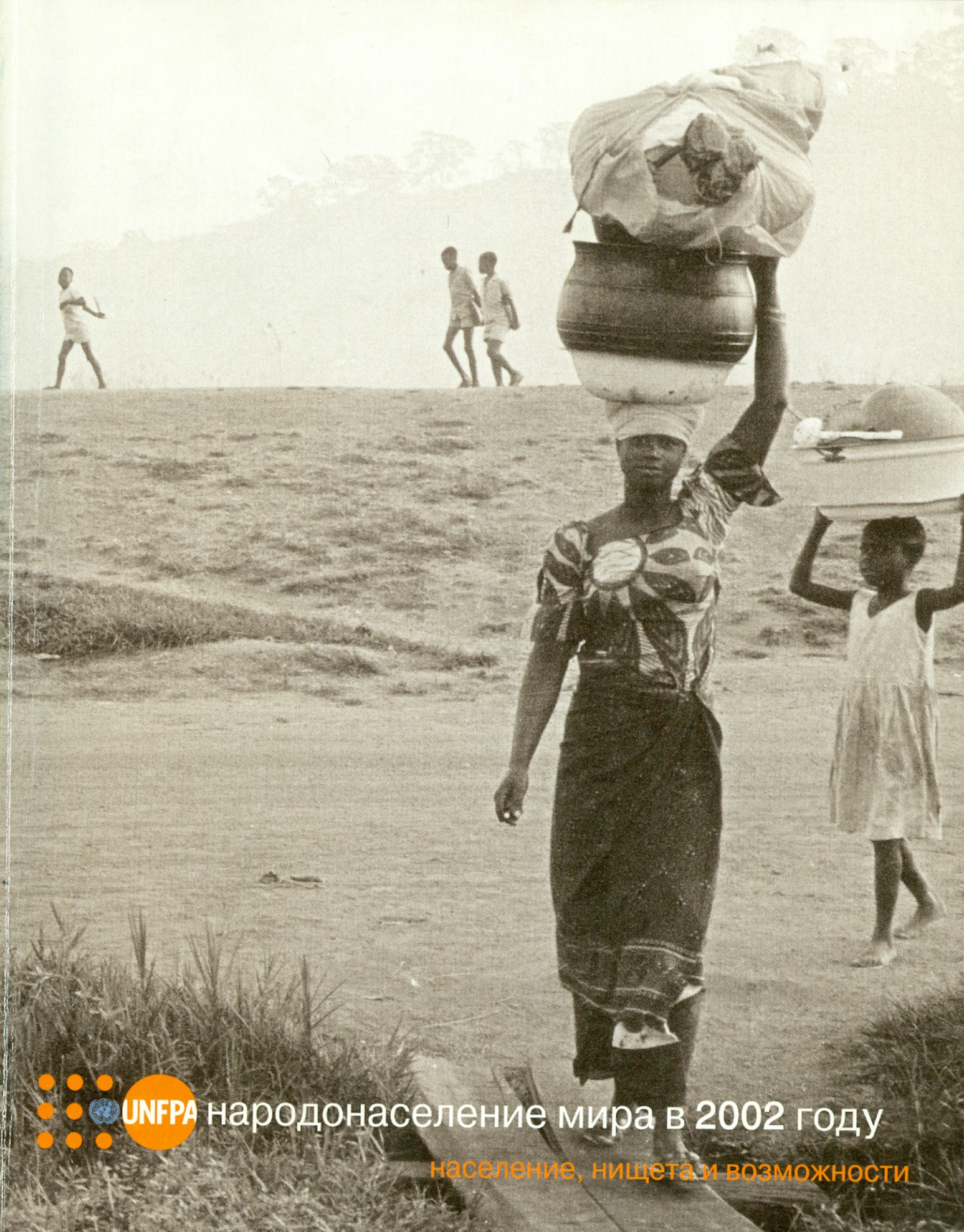
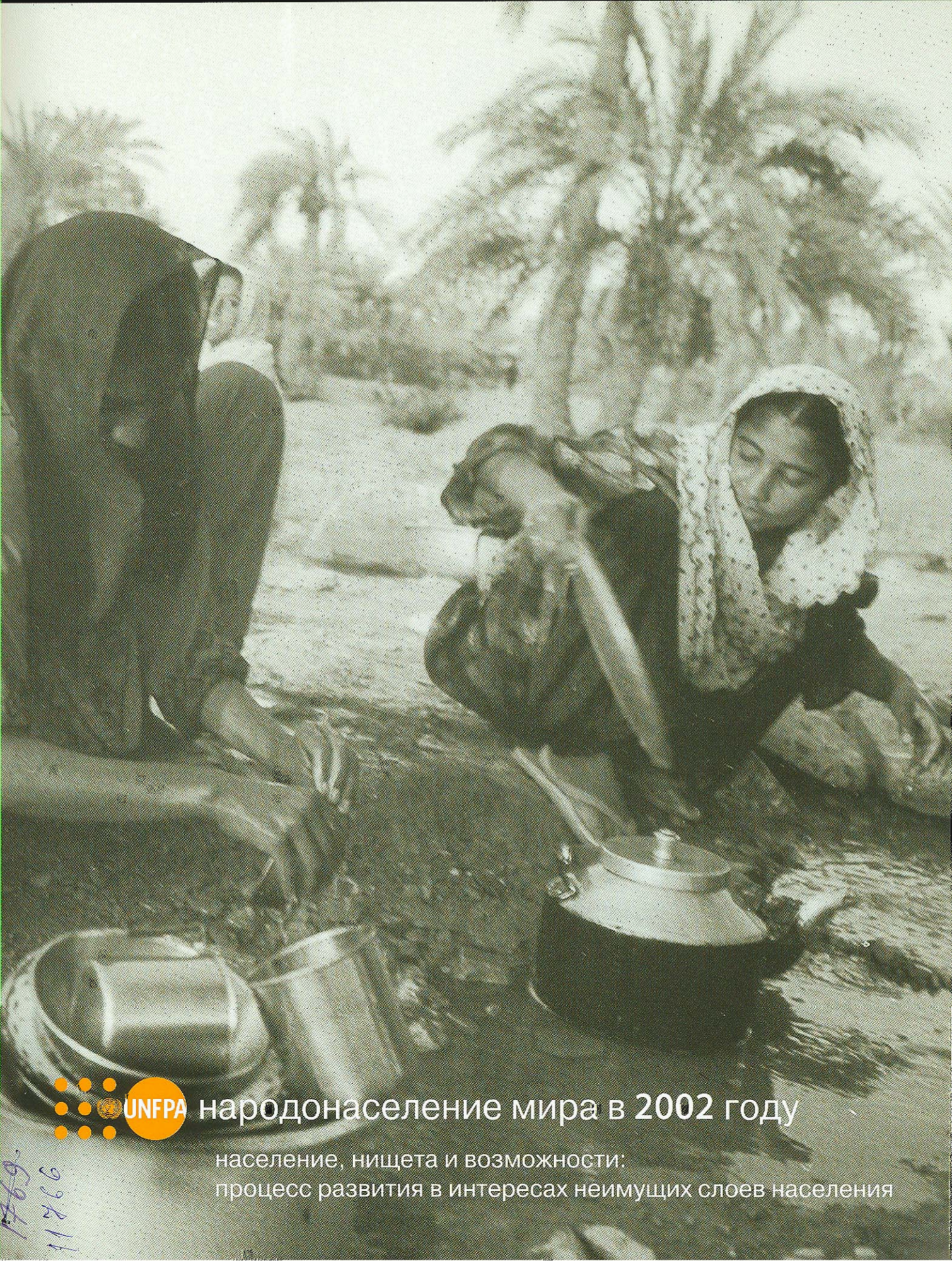




UNFPA

население мира в 2002 году

население, нищета и возможности



население мира в 2002 году

население, нищета и возможности:
процесс развития в интересах неимущих слоев населения

1769.
99811
11766

“Часто процесс развития не дает никаких позитивных результатов наиболее неимущим слоям населения, а иногда даже ухудшает их положение. Необходимо принять активные меры для привлечения неимущих к участию в процессе развития и созданию условий для искоренения нищеты”.

ПЛАНА

1 общий обзор	4
Вступление	5
Народонаселение, развитие и цели в области народонаселения на рубеже тысячелетия	6
Другие ключевые проблемы	8
Выполнение целей по искоренению нищеты	12
2 характеристика бедности	15
Многочисленные аспекты бедности	17
Паутина причин	18
Измерение бедности	19
3 макроэкономика, нищета, население и развитие	22
“Демографическое окно”	23
Снижение фертильности и экономический рост	26
Глобализация и нищета	28
4 женщины и неравенство мужчин и женщин	30
Определение гендерного неравенства	31
Экономическое неравенство	32
ВИЧ, нищета и неравенство мужчин и женщин	35
5 Здоровье и бедность	38
Репродуктивное здоровье и бедность	40
Измерение дифференциалов в уровне здоровья между богатыми и бедными	41
Обеспечение большей справедливости в оказании медицинской помощи	46
6 ВИЧ/СПИД и нищета	50
Разрушительное воздействие	52
Приоритетные действия	53

7 нищета и образование	54	диаграммы и таблица	
Различные показатели доступа к образованию и его получение	55	Диаграмма 1	
Спрос и ожидаемые выгоды	56	Рост душевого дохода по регионам в 1975-1995 годах	16
Проблемы, связанные с инвестированием в образование девушек	57	Диаграмма 2	
Отдача от инвестиций в образование неимущих слоев населения	58	Смертность детей в возрасте до 5 лет	17
Выполнение целей МКНР	59	Диаграмма 3	
		Факторы, определяющие результаты в области здравоохранения	39
8 народонаселение, нищета и глобальные цели в области развития: перспективы	60	Диаграмма 4	
Основа	61	Дифференциалы детской смертности	41
Рекомендации к действию	63	Диаграмма 5	
Ресурсы для населения и охрана репродуктивного здоровья	68	Дифференциалы дородового наблюдения	44
Инвестирование в целях охраны здоровья и борьбы с нищетой	70	Диаграмма 6	
		Дифференциалы квалифицированного родовспоможения	44
примечания	62	Диаграмма 7	
		Дифференциалы фертильности	45
материалы для вставок	68	Диаграмма 8	
		Дифференциалы планирования семьи	45
показатели		Диаграмма 9	
Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели	81	Дифференциалы подростковой фертильности	46
Демографические, социальные и экономические показатели	84	Диаграмма 10	
Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий	86	Относительные минусы последовательных групп по уровню благосостояния в разрезе факторов репродуктивного здоровья	46
Примечания к показателям	76	Диаграмма 11	
Технические примечания	77	Различия показателей приема учащихся в школу с учетом уровня их благосостояния	55
		Таблица 1: Численность населения, существующего менее, чем на 1 долл. США в день	16

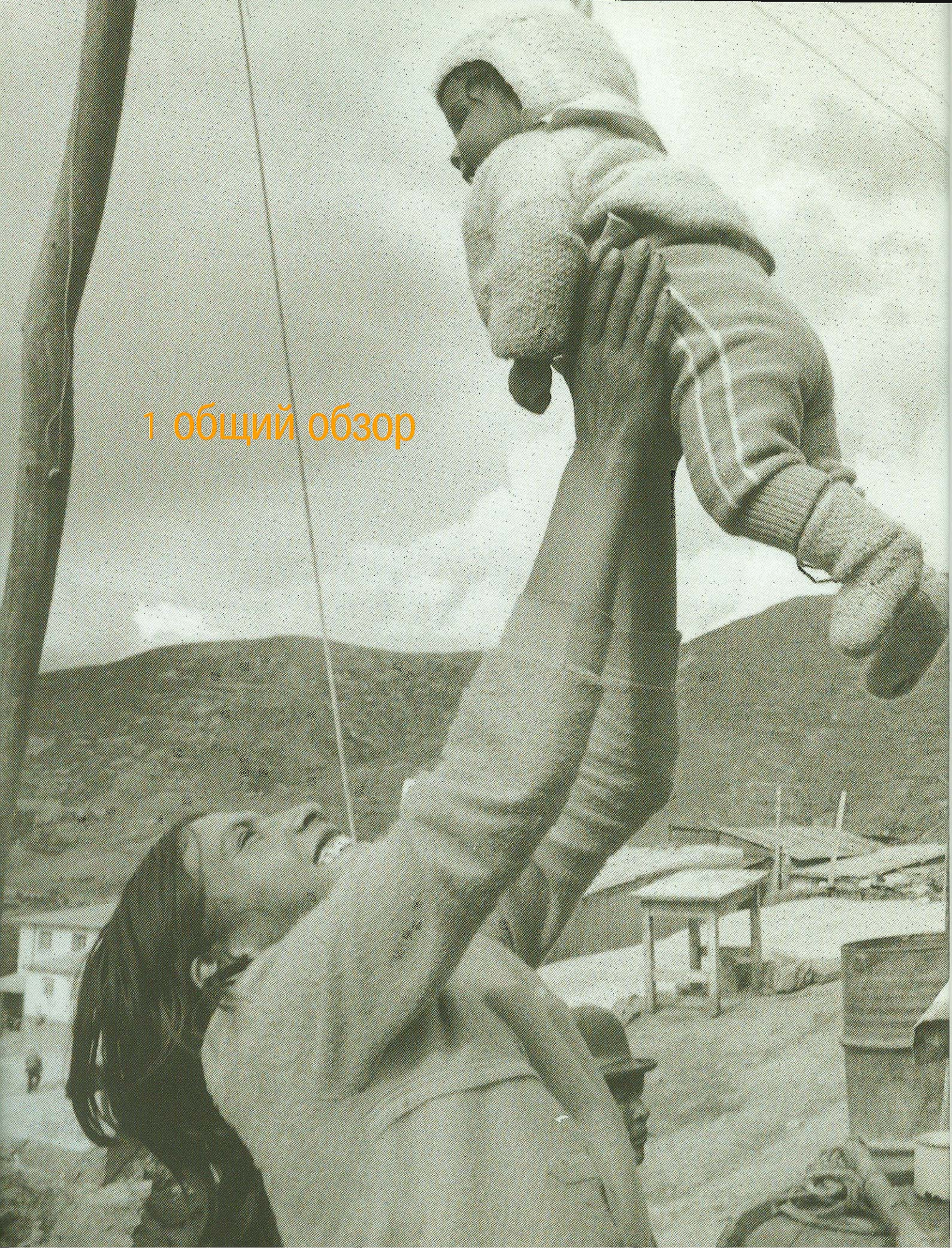


Сорайя Ахмед Обейд

Директор-исполнитель

Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения

1 общий обзор



Вступление

Непосредственная борьба с нищетой, как часть деятельности по защите прав человека, направленная на ускорение процесса развития и сокращения неравенства между странами и внутри стран, стала одной из важнейшей глобальных приоритетных задач. Руководители стран мира пришли к договоренности относительно широкого комплекса новых инициатив, включая цели Организации Объединенных Наций в области развития на рубеже тысячелетия. Доклад о народонаселении мира в 2001 году посвящен этому вопросу и он является руководством к действию.

Численность населения, живущего на 2 долл. США в день или менее¹, составляет 3 млрд. человек, т.е. столько же, сколько прибавление к населению мира, начиная с 1960 года. Несомненно, эта взаимосвязь не является прямой, однако нельзя игнорировать аспекты, касающиеся народонаселения, при обсуждении вопросов нищеты и способов ее искоренения.

- Самые высокие показатели рождаемости и прироста населения отмечены в беднейших странах. К 2050 году население наименее развитых стран, возможно, увеличится в три раза с 600 млн. человек в 1995 году до 1,8 млрд. человек².
- Возрастные структуры населения оказывают воздействие на развитие: высокая доля иждивенцев молодого возраста сдерживает экономическое развитие.

I

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ Сложившееся в мире экономическое положение создает серьезные проблемы для осуществления прогресса в деле достижения целей в области развития на рубеже тысячелетия. В целом в 90е годы показатель внутреннего валового продукта (ВВП) на душу населения в развивающихся странах увеличивался на 1,6 процента в год. Однако распределение положительных результатов этого явления было неравномерным. Показатель прироста ВВП на душу населения наименее бедных стран в 90е годы был медленнее, чем в 80е.

Показатели экономического развития стран с уровнем доходов ниже среднего в 90е годы были меньше, чем в 80е. В 90е годы эти показатели снизились в странах с переходной экономикой и развивающихся стран в Европе и Центральной Азии. В 1999–2000 годах показатель роста ВВП на душу населения в странах с низкими доходами в этом регионе составил 2,2 процента в год. Аналогичные показатели зарегистрированы в Латинской Америке и Карибском бассейне, Южной Азии и на Ближнем Востоке и Северной Африке. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, показатель экономического роста на душу населения увеличился лишь на 0,6 процента. Хотя в 90е годы показатель крайней нищеты сократился, это в значительной мере объясняется прогрессом, достигнутым в ряде стран Азии.

Характерной чертой нового десятилетия стала еще большая неопределенность. Достигнутое недавно глобальное сокращение объема торговли, распространяющееся сокращение экономической деятельности и новые банковские и финансовые кризисы в Бразилии и Аргентине создают проблемы для экономического роста.

Для обеспечения прогресса в достижении целей в области развития на рубеже тысячелетия один лишь экономический рост может быть недостаточным. Для достижения прогресса необходимо приложить самые активные усилия, с тем чтобы сократить масштабы нищеты.

- Наиболее быстрый прирост населения в городах приходится на неимущие слои населения. Многие из новых мигрантов в города — это очень бедные люди, которые были вынуждены покинуть места своего проживания в результате крайне неблагоприятных экологических условий или же по причинам экономического характера.

Часто процесс развития не дает никаких позитивных результатов наиболее неимущим слоям населения, а иногда даже ухудшает их положение. Необходимо принять активные меры для привлечения неимущих к участию в процессе развития и созданию условий для искоренения нищеты.

В 1994 году страны мира пришли к договоренности о том, что главным для достижения этой цели является деятельность в области народонаселения и развития. На Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году были рассмотрены проблемы, связанные с населением и охраной репродуктивного здоровья, в контексте широких рамок развития, а также были приняты важные цели, при этом подчеркивалась необходимость учета различных демографических вопросов, таких как прирост, распределение, движение и динамика населения, при решении проблем, связанных с устойчивым развитием.

МКНР приняла важные цели, которые идут в одном русле с усилиями по выполнению целей в области развития на рубеже тысячелетия и способствуют прогрессу в их достижении, в том числе улучшению охраны репродуктивного здоровья, обеспечению универсального образования и достижению равенства мужчин и женщин в контексте осуществления прав человека³.

Деятельность, направленная на выполнение целей в области народонаселения, в значительной мере способствует сокращению масштабов нищеты. Следует отметить два наиболее важных момента в этом отношении:

- Замедление темпов прироста населения способствовало общему повышению показателя экономического прироста в развивающихся странах⁴. С 1970 года в развивающихся странах, для которых характерны низкий уровень рождаемости и более низкие темпы прироста населения, были отмечены более высокие темпы производительности, больший объем экономии и более продуктивные инвестиции. Доходы, которые, обычно, являются критерием определения нищеты, увеличились во всех отношениях.
- Однако доходы не отражают всей полноты картины. В развивающихся странах, в которых сложилось благоприятное положение, вкладывались инвестиции в охрану здоровья, включая репродуктивное здоровье, и образование. Им удалось сократить неравенство мужчин и женщин и преодолеть препятствия, стоявшие на пути участия женщин в жизни общества. Инвестиции в социальную сферу способствовали осуществлению прав человека. Благодаря этим инвестициям удалось улучшить положения детей, содействовать сокращению пробелов между неимущими и имущими слоями населения, а также улучшить условия жизни населения с низким уровнем доходов. Теперь неимущие слои населения сами определяют уровень качества их жизни.

В главе 2 рассматриваются различные способы определения масштабов нищеты.

«ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОКНО» Инвестиции в социальную сферу способствуют достижению цели снижения прироста населения. Повышение качества охраны здоровья, образования и расширение возможностей для женщин — это один из вопросов, касающихся осуществления прав человека; инвестиции способствуют расширению прав и возможностей женщин, а также уменьшению размера семьи. На протяжении одного поколения сокращение фертильности открывает «демографическое окно» — период, в течение которого большая группа населения трудоспособного возраста оказывает поддержку значительно меньшему числу престарелых и молодых иждивенцев. «Демографическое окно» — это уникальная возможность для стран инвестировать средства для экономического роста. Такое «окно» открывается лишь один раз и на непродолжительный период. На протяжении жизни следующего поколения оно вновь «закрывается», поскольку вновь происходит увеличение показателей старения населения и численности иждивенцев.

Благодаря использованию преимуществ «демографического окна» показатели ежегодного экономического роста в основных странах Восточной Азии увеличились на одну треть. В Мексике, Бразилии и некоторых других странах также удалось использовать преимущества «демографического окна». В ряде стран успехи были менее впечатляющими. Что касается наименее бедных стран, то для открытия «демографического окна» потребуется много времени, однако внесенные в настоящее время инвестиции принесут положительные результаты. Кроме того, они обеспечат защиту в настоящее время. Инвестиции будут способствовать спасению жизней женщин и защите их семей. Кроме того, они расширят возможности женщин в плане

контроля за своей жизнью.

Экономические преимущества, связанные с сокращением рождаемости, изменяют модели распределения благ в пользу неимущих слоев населения.

В главе 3 рассматриваются воздействия «макро» эффектов на такие факторы, как народонаселение и развитие.

Народонаселение, развитие и цели в области народонаселения на рубеже тысячелетия

Международное сообщество взяло на себя обязательство выполнить важнейшую цель: сократить наполовину численность населения, живущего в условиях крайней нищеты, к 2015 году. Что касается восьми целей в области развития на рубеже тысячелетия, то руководители стран мира приняли ряд конкретных и подробных целей, касающихся увеличения продолжительности жизни (в качестве одного из способов определения состояния здоровья), образования, обеспечения жильем, равенства мужчин и женщин, открытости торговли и охраны окружающей среды (см. вставку на следующей странице).

Новые цели признают, что нищета тесным образом связана с такими факторами, как достоинство человеческой личности, возможности людей, их выбор, а также размер получаемого ими дохода. Искоренение нищеты — это не единичный акт. Он зависит от поддержки многих институтов: семьи, государства, гражданского общества, частного сектора, местных общин и культурных организаций, а также от политических, экономических и социальных условий, которые они создают, и поддержки и возможностей, которые они предоставляют.

Вдохновение — это творческий подъем, мобилирующий волю человечества, при этом оно должно подкрепляться соображениями практического характера.

Первым условием является уважение национального суверенитета: каждая страна принимает решение относительно своих собственных потребностей. Национальная культура и история и

ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Программы в области планирования семьи и оказания помощи, касающиеся демографических вопросов, способствуют сокращению фертильности. Благодаря им показатель глобального сокращения рождаемости в период с 1972 по 1994 год сократился на одну треть, то есть, эти программы в большей мере способствовали снижению рождаемости, чем такие факторы, как образование, ВВП на душу населения, доля населения, живущего в сельских районах, и уровень питания. Особенно ощутимыми последствия этих программ были в отношении рождаемости в Азии (более двух третей сокращения), Латинской Америке и арабских государствах, а их наиболее незначительное воздействие было зарегистрировано в Африке.

Последствия нежелательной беременности про-

являются еще более четко. В некоторых проведенных анализах показано, что результатом демографических программ является 40–50 процентов достигнутых изменений. Фертильность сокращается благодаря осуществлению этих программ на основе обеспечения оказания услуг в области репродуктивного здоровья и привлечения к деятельности в этом направлении неправительственных организаций (НПО) и частного сектора. Обеспечение всеобщего доступа к услугам создаст возможности для женщин и их партнеров иметь то число детей, которое они хотят.

Образование, информация и коммуникация — это важные элементы для обеспечения успеха в осуществлении демографических программ. Благодаря более эффективной информации общины и семьи могут обсуждать различные вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем, и принимать по ним

меры, а именно решать следующие вопросы: как сократить материнскую, младенческую и детскую смерть и предотвратить незапланированную беременность; как способствовать проведению обсуждений и принятию взаимного решения женщинами и их партнерами; как создать условия для более активного участия женщин в жизни общества; как уменьшить воздействия последствий ВИЧ/СПИДа и вести борьбу с этими явлениями.

Дальнейший прогресс зависит от продолжения внутренних и международных инвестиций. С 1969 года Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) является крупнейшим многосторонним источником, оказываемым помощь в области народонаселения, при этом на демографические программы он выделяет около 6 млрд. долл. США.

Цель 1: Искоренение крайней нищеты и голода

- Добровольное использование методов планирования семьи может способствовать тому, что семьи могут иметь число детей, которое они хотят, а также принимать решения о том, когда они хотят этого.
- Сокращение рождаемости открывает «демографическое окно» — возможность ускоренного социального и экономического развития.
- Крупные по размеру семьи истощают резервы наиболее бедных домашних хозяйств. Нежелательные роды усиливают нищету.
- В семьях меньшего размера вносится больший объем инвестиций в охрану здоровья и образование каждого ребенка.
- Усовершенствованная информация о населении и его потребностях будет способствовать разработке политики и расширению охвата программы в области развития, а также улучшению отчетности.
- Миграция в странах и между странами может дать преимущество или вызвать проблемы. Осуществляемая политика может способствовать тому, что наименее обеспеченные общины и отдельные лица получат максимальную помощь.
- Регулирование периода между родами сокращает конкуренцию в отношении продовольствия в домашних хозяйствах и повышает качество питания детей.

Цель 2: Универсальное начальное образование

- Деятельность направленная на обеспечение всеобщего образования, не охватывает бедные слои населения.
- Большое число детей в бедных семьях означает, что некоторые дети не получают образования. В других случаях образование может быть получено с опозданием, быть прерванным или неполным.
- В неимущих семьях существует большая вероятность того, что девочки не получат образования.
- Возможность продолжить образование в значительной мере зависит от возможности избежать нежелательной беременности. Начало половой жизни в раннем возрасте повышает возможность отчисления из школы. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, 8–25 процентов лиц, не закончивших школу, сделали это в результате беременности.
- Ранние браки прерывают обучение девочек в школах.

Цель 3: Содействие обеспечению равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

- Прогресса в обеспечении равенства мужчин и женщин можно добиться в том случае, если показатели ликвидации неграмотности и образования лиц обоих полов будут одинаковыми. Кроме того, для достижения прогресса в этой области необходимо обеспечить оказание соответствующих медицинских услуг, включая личный добровольный контроль над рождаемостью. Важно, чтобы семьи и общества согласились с более широким участием женщин в общественной жизни и устранили препятствия для этого.
- Необходимо создать для девушек и женщин условия, в которых они не будут жертвами насилия по признаку пола, в том числе насилия, которое может быть применено по отношению к ним по дороге в школы и обратно.

Цель 4: Сокращение детской смертности

- Наиболее высокие показатели младенческой и детской смертности характерны для матерей молодого возраста, а также для тех случаев, когда период между родами был незначительным.
- Высокая рождаемость сокращает объемы услуг, оказываемых их детям.
- У детей, родившихся в результате нежелательной беременности, больше шансов умереть, чем у «запланированных» детей.
- Смерть матери повышает возможность того, что умрут родившиеся от нее дети.

Цель 5: Улучшение охраны здоровья матери

- Медицинские услуги во время беременности, в период до и после родов, и чрезвычайные акушерские услуги спасают жизнь женщин.
- Наибольшую опасность представляет беременность в раннем возрасте. Каждый год более 100 000 женщин сталкиваются с риском, связанным с вагинальным свищем, и свыше 2 миллионов женщин стали жертвами этого заболевания.
- Риск материнской смертности и смертности в результате болезней женщин зависит от количества беременностей и того, насколько они были безопасными.
- Методы планирования семьи способствуют спасению жизней женщин. Они сокращают количество нежелательных беременностей, аборт и случаев материнской смертности. Расширение прав и возможностей женщин позволит им решить проблемы, связанные с социальными условиями, угрожающими здоровью и жизни женщин.

Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и другими заболеваниями

- Половина новых инфекций ВИЧ приходится на молодых людей. Профилактика инфекции означает создание для молодых людей условий для их защиты от болезней, передаваемых половым путем. Это включает в себя проведение просветительской работы, связанной с внебрачными отношениями, и ответственным исполнением супружеских обязанностей, в том числе ответственным использованием противозачаточных средств.
- Необходимо обеспечить наличие мужских и женских противозачаточных средств. В странах с низким уровнем дохода необходимо разработать системы, гарантирующие адекватную поставку товаров, способствующих охране репродуктивного здоровья, а также оказать поддержку в создании таких систем и обеспечении их функционирования.
- Комплексные программы по охране репродуктивного здоровья, предусматривающие удовлетворение широкого круга потребностей на протяжении жизненного цикла человека, будут способствовать повышению качества медицинских услуг и создадут дополнительные возможности для комплексного удовлетворения медицинских потребностей. Изменение возрастной структуры требуют долгосрочных корректировок систем охраны здоровья.
- Пандемия имеет серьезные последствия для достижения других целей, особенно целей 1–5.

Цель 7: Обеспечение экологической устойчивости

- Балансирование использования ресурсов и экологических потребностей в значительной мере будет зависеть от прироста населения и его перемещения, а также от моделей потребления ресурсов и их рационального использования.
- Быстрые темпы прироста населения сельских районов оказывают существенное воздействие на окружающую среду. Неимущим слоям населения необходимо предоставить технологии, при помощи которых они смогут удовлетворить свой спрос на ресурсы. Кроме того, необходимо повысить качество их образования и медицинских услуг, включая охрану репродуктивного здоровья, а также повысить уровень их благосостояния и снизить показатель фертильности. Соответствующая политика сократит городскую миграцию и будет способствовать устойчивому приросту городского населения.
- Устойчивое повышение качества жизни населения, живущего в трущобах, будет зависеть от политики, связанной с решением таких проблем, как высокие показатели прироста городского населения, последствия стихийных бедствий и миграции.

Цель 8: Налаживание глобальных партнерских отношений в целях развития

- В наименее развитых странах, для которых характерен высокий уровень смертности и нежелательной рождаемости, программы в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья не дают соответствующих результатов. Наиболее эффективно эти программы осуществляются в рамках оказания международной помощи, предусматривающей сокращение размеров задолженности, и выделения внутренних ресурсов на охрану здоровья и образования. Эти программы должны предусматривать доступные цены на основные медикаменты для лечения ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза, а также постоянную поставку противозачаточных средств.
- В период с 2008 по 2015 год около 1,5 млрд. молодых мужчин и женщин достигнут возраста 20–24 лет. Они так же, как и сотни миллионов подростков будут искать работу. Если у них будет работа, они будут способствовать обеспечению экономического роста; если нет, они будут способствовать созданию политической нестабильности.

накопленный в течение десятилетий опыт, а также международное сотрудничество, станут основными факторами, определяющими меры, которые необходимо принять.

Во-вторых, цели в области развития на рубеже тысячелетия закрепляют друг друга; все они являются приоритетными и должны реализовываться в комплексе. В их основе лежат рекомендации международных конференций, состоявшихся в 90е годы, и их планы действий по-прежнему не утратили силу.

В третьих, меры, направленные на достижение конкретных целей, не исключают принятие мер в других областях. К ним относятся уменьшение налогового бремени, торговые режимы и механизмы инвестирования, а также оказание помощи в области развития.

И наконец, для достижения успеха требуется приверженность не только всех стран, но и частного и государственного секторов.

В ходе многих международных конференций, состоявшихся в 90е годы, была разработана программа действий общественности по борьбе с нищетой, основной упор в которой делался на отдельные лица мужского и женского пола. Основными целями этой программы были повышение эффективности охраны здоровья и образование.

Что касается охраны здоровья, то в рамках недавно принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Всемирным банком инициативы в области охраны здоровья и макроэкономики существенная поддержка оказывается программе, в которой основное внимание уделяется борьбе с малярией, туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, а также с другими инфекционными заболеваниями и другими проявлениями ухудшения состояния окружающей среды⁵.

Что касается народонаселения, то на МКНР в 1994 году было одобрено широкое позитивное определение ВОЗ охраны здоровья «не только как отсутствие заболеваний или физических недостатков», но и «состояние полного физического, духовного и общественного благополучия», а также было достигнуто соглашение относительно того, что право на охрану репродуктивного здоровья относится к категории прав человека. Кроме того, Конференция одобрила также цели обеспечения всеобщего образования и ликвидации пробела в образовании в гендерном отношении. До и после МКНР международный консенсус недвусмысленно предусматривает важное значение демографических тенденций (прирост народонаселения, его местонахождение и передвижение, а также возрастная структура, фертильность и смертность) для всех аспектов развития.

Все большее внимание уделялось регионам, в которых зарегистрирована наибольшая численность беженцев или перемещенных лиц. В результате стихийных бедствий, конфликтов и социальных беспорядков миллионы людей остаются без помощи, которую им должны оказывать учреждения или системы, занимающиеся вопросами управления. Чрезвычайные ситуации могут быть краткосрочными или долгосрочными. Оказание безотлагательных услуг является важным вкладом в дело борьбы с нищетой. Для достижения прогресса в деле осуществления целей в области развития на рубеже тысячелетия необходимо учитывать человеческий фактор.

О понимании международным сообществом демографических вопросов заявлялось так часто, что иногда проблемы, связанные с народонаселением, не принимались во внимание⁷. Директивные органы с уверенностью принимают демографические решения, касающиеся таких аспектов, например, как сокращение рождаемости, в их планах. Однако эффективные демографические результаты зависят от надлежащей политики, в основе которой лежат должным образом полученные данные. Успех деятельности в этом направлении зависит, прежде всего, от расширения прав и возможностей отдельных лиц и супружеских пар самостоятельно принимать решения.

Другие ключевые проблемы

НИЩЕТА И ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ Доля женщин среди неимущих слоев населения особенно велика. Большая часть неимущих женщин — это женщины, являющиеся членами домашних хозяйств, возглавляемых мужчинами, однако некоторые из них — это члены хозяйств, возглавляемых женщинами. Постоянно увеличивается число вдов.

Сокращение «гендерного разрыва» в таких областях, как охрана здоровья и образование, уменьшает показатели нищеты и стимулирует экономический рост. Наиболее ощутимые последствия испытываются в наименее развитых странах. Экономический рост и повышение доходов способствуют уменьшению равенства между мужчинами и женщинами, однако они не устраняют всех препятствий, стоящих на пути участия женщин в общественной жизни и в процессе развития. Необходимо принять конкретные меры для признания и ликвидации предубеждений, в основе которых лежат права человека.

Наиболее очевидным примером в этом отношении является сексуальное насилие как в семьях, так и вне их. На протяжении своей жизни одна из трех женщин становится жертвой определенной формы насилия⁸.

Может быть трудно определить гендерные предубеждения в экономической сфере, однако они реальны и дают практические результаты. Например, гендерные предрассудки могут препятствовать осуществлению таких мероприятий, как улучшение положения с водо- и энергоснабжением, что способствовало бы сокращению времени, которое женщины тратят на то, чтобы добыть воду и собрать топливо для приготовления пищи.

По мере увеличения доходов доля расходов семей на образование детей, их медицинское обслуживание и питание растет. Обычно в более благоприятном положении в этом отношении находятся девочки. Результаты этого сказываются через несколько поколений, так как образованные матери начинают вкладывать больше средств в образование своих дочерей.

Специальные программы в области информации и услуг могут оказать большое воздействие на женщин из неимущих слоев населения, так как обеспеченные женщины уже имеют достаточный объем информации и услуг. Проведенные в Бангладеш исследования установили, что результатом участия в программах, объединяющих охрану здоровья матери и ребенка и планирование семьи, а также сокращение масштабов нищеты, является сокращение детской смертности, особенно девочек, в наименее бедных

группах по сравнению с обеспеченными группами населения. Объединение двух программ повысило их эффективность⁹.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ РЕСУРСОВ

Женщины осуществляют широкий комплекс оплачиваемых и неоплачиваемых видов работ как дома, так и на производстве. Значительная часть этих работ не учитывается в национальных системах учета.

Определение неравноправия мужчин и женщин является не легким делом. Однако женщины, живущие в условиях нищеты, обладают значительно меньшим объемом ресурсов, чем мужчины. Исправление положения в этом отношении будет в значительной мере зависеть от способности женщин и мужчин налаживать партнерские отношения для увеличения объема совместного принадлежащих ресурсов. Важной частью этих партнерских отношений будет совместное и обоснованное принятие решений по таким вопросам, как секс и воспроизводство, обязанности в семье и воспитание детей, особенно девочек.

Неимущие женщины не являются пассивными. Они должны приложить максимум усилий для выживания. Их возможности уменьшаются в результате таких факторов, как неграмотность, плохое здоровье и недоедание. При этом следует отметить, что они прилагают максимум усилий для улучшения их условий жизни.

Препятствия на пути улучшения их положения носят институциональный характер. Традиционная практика не предусматривает социальную мобильность. Гендерные функции четко определены. Нередко те, кто считают, что изменения препятствуют их интересам, выступают против инициатив, направленных на расширение прав и возможностей неимущих женщин.

Изменения могут создать соответствующие возможности для женщин. Новые возможности в плане трудоустройства, появившиеся благодаря процессу развития, например, в текстильной промышленности или в сборке электронного оборудования, зачастую предоставляют больше шансов женщинам, чем мужчинам. Это может улучшить их статус в семье и расширить их возможности в участии в принятии семейных решений, однако, в свою очередь, со стороны мужчин ответной реакцией на это может быть насилие по отношению к женщинам.

Жизнь в городских районах предоставляет больше возможностей, однако она создает свои преграды для женщин. Устранение сложившихся в обществе традиционных барьеров открывает возможности, особенно для женщин, но вместе с тем она дает возможность для экономической и сексуальной эксплуатации. Традиционная расширенная семья в определенной мере обеспечивает защиту женщин, а также устанавливает в отношении них определенные запреты. В городских районах такой защиты и запретов может не быть.

Уменьшение неравенства между мужчинами и женщинами может ускорить экономический рост и оказать существенное воздействие на искоренение нищеты. Если сравнивать положение в Восточной и Южной Азии в период между 1960 и 1992 годом, то в Южной Азии были зарегистрированы более широкие различия в показателях охраны здоровья и образования мужчин и женщин и ликвидация этих разрывов происходила медленно. Если бы ликвидация гендерных разрывов осуществлялась в обоих регионах одинаковыми темпами, то показатель ре-

ального ежегодного прироста ВВП на душу населения в Южной Африке увеличился бы на 0,7–1,0 процент¹⁰.

Гендерные вопросы обсуждаются в главе 4.

ИЗМЕНЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

Социальные установки и практика отражают сложившуюся в обществе экономическую реальность. Во многих случаях социальная напряженность в развивающихся странах является отражением борьбы, направленной на адаптацию к экономическим изменениям. Часто укоренившиеся в обществе традиции препятствуют участию в этом неимущих слоев населения, поскольку у них нет возможности делать свой выбор.

Хотя все общества высоко ценят такие аспекты, как здравоохранение и образование в качестве частных благ, они, как правило, в меньшей степени оцениваются как общественные блага. Такая ситуация может измениться в том случае, если здравоохранение и образование, равно как и другие средства для расширения прав и возможностей неимущих слоев населения, позволяющие искоренить нищету, будут рассматриваться как вопрос национальной безопасности и им будет уделяться большее внимание.

Задачей всех обществ является предоставление высококачественных услуг в области универсального образования и охраны здоровья по доступным ценам. Несмотря на то, что прогресса в этой области добиваются даже страны с небольшой налоговой базой, недостаточным числом квалифицированных специалистов и неэффективной системой управления. Об этом свидетельствует относительный успех многих развивающихся стран в повышении показателей средней продолжительности жизни и сокращения неграмотности.

НИЩЕТА И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ Нищета оказывает губительное воздействие на население. Показатель средней продолжительности жизни при рождении в наименее развитых странах составляет менее 50 лет по сравнению с 70 годами в более богатых странах. Бедные в большей мере подвержены воздействию рисков, связанных с окружающей средой и инфекциями, что является результатом неадекватных жилищных условий и отсутствия безопасной с санитарной точки зрения воды. Голод — это та реальность, с которой бедные встречаются ежедневно. Результатом недоедания является плохое здоровье людей, что повышает показатели материнской смертности среди неимущих слоев населения. Нежелательная беременность также оказывает крайне неблагоприятное воздействие на здоровье женщин. Инфекции и повреждения, связанные с беременностью и рождением детей, уменьшают показатели производительности женщин и качество их жизни.

Неимущие часто рассматривают состояние, в котором они находятся, как один из аспектов нищеты. Плохое здоровье усиливает нищету. Болезни чаще всего являются причиной того, что люди становятся нищими¹¹. Неимущие люди часто не используют имеющиеся услуги из-за их низкого качества. Даже в финансируемых государствами системах больший объем ресурсов предусматривается выделять обеспеченным слоям населения. Плохое состояние здоровья сдерживает экономический рост. За прошедшие два десятилетия приблизительно 360 млрд. долл. США в год могут быть

причиной сокращения производительности, вызванной болезнями, в развивающихся странах¹².

ЖЕНЩИНЫ И ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В значительной мере проблема со здоровьем, прежде всего здоровьем женщин репродуктивного возраста, связана с сексуальным и репродуктивным здоровьем, а именно на эти проблемы приходится более 20 процентов проблем в развивающихся странах и 40 процентов в странах Африки, расположенных к югу от Сахары¹³.

Что касается озабоченности по поводу охраны репродуктивного здоровья, то эта проблема тесным образом связана с нищетой женщин. Женщины молодого возраста не обладают достаточной информацией о планировании семьи и не имеют никакого представления об имеющихся у них возможностях в этом отношении. Что касается неимущих слоев населения, то сложилась тенденция к их вступлению в брак и рождению детей в раннем возрасте, так как дети и создание семьи считаются элементами благополучия. Понимание того, что меньшие по размеру и имеющие большие возможности в плане охраны здоровья и более образованные семьи способствуют их благополучию, приходит к ним на более позднем этапе, зачастую слишком поздно.

Секс и воспроизводство — это важные вопросы для любого общества и крайне сложно начать дискуссию по вопросу о противозачаточных средствах для молодежи, прежде всего для молодежи, не состоящей в браке, в качестве одного из вариантов воздержания. Однако обсуждение этого вопроса имеет крайне важное значение: нежелательная подростковая беременность — это все более острая проблема во многих развивающихся странах, и половина всех новых инфицированных ВИЧ — это люди в возрасте от 15 до 24 лет.

Раннее вступление в брак не означает охрану здоровья молодых женщин: беременность в возрасте до 18 лет вызывает значительно большую опасность, чем беременность женщин в возрасте после 20 лет. Матери-подростки более уязвимы к таким факторам, как вагинальный свищ. Как правило, половые партнеры молодых женщин старше их по возрасту и имеют более богатый сексуальный опыт, а также больше шансов того, что они заражены инфекцией ВИЧ. Женщины-подростки, независимо от того, состоят ли они в браке, в большей мере подвержены воздействию ВИЧ, чем мужчины такого же возраста.

ОБЕСПЕЧЕННЫЕ И НЕОБЕСПЕЧЕННЫЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ И ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Между имущими и неимущими слоями населения отмечена существенная разница в оказании медицинских услуг. Как правило, эта разница наиболее заметна в бедных странах, однако это не всегда так. В странах, в которых системы охраны здоровья разрабатываются с учетом соображений, связанных с содействием обеспечению равенства мужчин и женщин, такой пробел может быть меньше.

Одно из различий заключается в том, что более обеспеченные люди имеют информацию о системах охраны здоровья и могут пользоваться ими в целом и, в частности, услугами в области охраны репродуктивного здоровья и охраны здоровья матери и ребенка. Проведенное в 44 развивающихся странах исследование показало, что самый высокий показатель рождаемости характерен для наименее бедных слоев населения¹⁴. У обеспе-

ченных людей меньше детей, чем у бедных, а кроме того, они имеют то число детей, которое запланировали. Неимущие женщины хотят иметь большее число детей, но вместе с тем они имеют больше детей, чем хотят.

Нежелательная беременность может стоить женщине жизни: риск смерти в результате беременности у женщин в наименее развивающихся странах, особенно женщин, относящихся к наименее бедным слоям населения, в 600 раз больше, чем у женщин, относящихся к обеспеченным слоям населения богатых стран. Каждый год более половины миллиона женщин умирают в результате беременности и рождения детей, причем почти все эти женщины живут в развивающихся странах.

Неимущие женщины в бедных странах испытывают острую необходимость в уходе в дородовой период и оказании услуг во время родов, включая чрезвычайные акушерские услуги. Кроме того, они нуждаются в информации о планировании семьи и услугах, способствующих сокращению случаев нежелательной беременности и аборт, которые часто бывают незаконными и опасными.

Что касается молодежи, то такие факторы, как ранний возраст вступления в брак, социальные беспорядки и нежелание расходовать государственные деньги на охрану репродуктивного здоровья, повышают риски как для молодых, так и для неимущих. Например, в Латинской Америке у лиц в возрасте от 15 до

3

ВДОВЫ И НЕИМУЩИЕ ПРЕСТАРЕЛЫЕ Предполагается, что в связи с увеличением показателей средней продолжительности

жизни в предстоящие десятилетия сотни миллионов женщин станут вдовами, что будет иметь серьезные последствия для социального обеспечения, охраны здоровья и обеспечения жильем.

В более богатых странах одинокие пожилые люди чаще относятся к категории лиц с низкими доходами. В Австралии, Чили и Соединенных Штатах Америки престарелые женщины чаще, чем престарелые мужчины получают социальную помощь.

Одинокие вдовы, вдовы, живущие с не состоящими в браке детьми, и женщины-главы домашних хозяйств (все из которых, как правило, живут в относительно небольших домашних хозяйствах) чаще живут в условиях бедности. В некоторых африканских и азиатских странах особенно уязвимыми являются вдовы, не имеющие взрослых сыновей.

Обычно считается, что вдовы — это люди пожилого возраста. Однако во многих странах многие вдовы — это молодые женщины, что объясняется меньшей продолжительностью жизни мужчин и существенными возрастными различиями между супругами. Мужчины молодого возраста погибают на войнах. ВИЧ/СПИД повышает опасность того, что многие молодые женщины станут вдовами.

Вдовы уже составляют значительную часть населения пожилого возраста. К середине 90х годов более половины женщин старше 65 лет в Азии и Африке были вдовами. В то время как вдовцы составляли лишь 10–20 процентов от общей численности мужчин.

Предполагается, что в следующем веке число лиц в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в три раза с 593 миллионов до 1,97 миллиардов человек, в результате чего доля пожилых людей в общей численности населения увеличится с 10 до 22 процентов.

19 лет из бедных семей в 4–10 раз больше шансов иметь ребенка, чем у молодых людей из обеспеченных семей.

РЕФОРМА В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНА СОДЕЙСТВОВАТЬ ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Целью реформы в секторе здравоохранения является расширение охвата и повышение качества оказываемых услуг, однако одного сектора охраны здоровья для этого недостаточно. Реформы будут эффективными лишь в том случае, если изменения коснутся не только сектора здравоохранения, но и других секторов, прежде всего образования, отношений между мужчинами и женщинами и общего уровня управления, включая рациональное использование новых и имеющихся ресурсов.

Зачастую реформы в области здравоохранения означают децентрализацию, с тем чтобы местные службы могли удовлетворять потребности на местном уровне. Эффективность реформ зависит от гарантированного финансирования, т.е. от оказания большего объема услуг и более эффективного использования имеющихся средств, а также от централизованной поддержки в оказании услуг, которые нельзя оказать на местном уровне.

Основной упор в системах охраны здоровья делается на лечение, поэтому необходимо принять конкретные меры для обеспечения оказания превентивных услуг, например, в области охраны репродуктивного здоровья. Весьма позитивными могут быть партнерские отношения с НПО и частным сектором.

В рамках децентрализованных систем можно было бы уделить больше внимания вопросу, связанному с неравенством в оказании медицинских услуг. Обеспечение доступности услуг в этом отношении может повысить их качество, однако наиболее бедные слои населения не могут позволить себе оплатить эти услуги. Взимание платы за медицинские услуги означает, что миллионы немущих, прежде всего женщин и детей, лишены возможности получать соответствующее медицинское обслуживание.

Вопросы, касающиеся охраны здоровья, обсуждаются в главе 5.

ВИЧ/СПИД Нищета, неравенство и глобализация в совокупности повышают воздействие пандемии. ВИЧ/СПИД являются основной причиной смерти в Африке, где 28 миллионов человек заражены этим заболеванием; 38,5 миллиона человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом, проживают в настоящее время в развивающихся странах. Наиболее быстрые темпы распространения характерны для Восточной Европы и Центральной Азии и с каждым днем в этой связи возникает серьезная угроза для Индии и Китая.

В 2001 году умерло 3 миллиона человек. СПИД сделал сиротами 13,4 миллиона детей, не имеющих одного или обоих родителей, что составляет одну треть части всех сирот в мире. Что касается немущих слоев населения, то все в большей мере они вынуждены полагаться на услуги дедушек и бабушек, однако пожилые люди не всегда могут справиться с этими обязанностями. Увеличивается число детей из бедных семей, не получающих семейной поддержки.

НИЩЕТА СПОСОБСТВУЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ/СПИДА. Малярия, туберкулез и болезни, передаваемые половым путем, способствующие возникновению инфекции ВИЧ, в большей

мере распространены среди немущих слоев населения. Бедные люди имеют меньше информации о ВИЧ/СПИДе и у них меньше возможности защитить себя. Особо уязвимыми в этом отношении являются молодые женщины, прежде всего те, кто не имеет соответствующей информации: в одной африканской стране почти девять из десяти ведущих активную половую жизнь подростков ничего не знают о ВИЧ/СПИДе. Воздействие СПИДа делает положение пострадавших от него семей еще более тяжелым.

ВИЧ/СПИД — это демографическое, социальное и экономическое бедствие. Поскольку его основными жертвами являются люди молодого возраста, то во многих странах, пострадавших от пандемии, исчезает целое поколение группы продуктивного возраста со всеми вытекающими отсюда последствиями: человеческие трагедии, семьи вынуждены жить еще в более бедных условиях, угроза для общин, ослабление социальной структуры и новый виток экономического кризиса.

В наиболее пострадавших странах заболевает все большее число лиц, работающих в частном и государственном секторах. К 2020 году численность персонала предприятий может уменьшиться на 20–40 процентов, причиной чего является пандемия. Ущерб, причиненный таким сферам, как образование и здравоохранение, еще в большей мере усугубит нищету. Медицинскими услугами уже не могут пользоваться многие представители немущих слоев населения из-за высокой платы за них. Образование может стать «социальной вакциной», однако система образования и здравоохранения разрушается одновременно со смертью преподавателей и работников сферы здравоохранения.

Темпы пандемии не уменьшаются. Более того, она угрожает охватить наиболее населенные страны мира, а именно Индию, Китай и Индонезию. Благодаря эффективным методам руководства удалось сдержать темпы распространения этой болезни в таких странах, как Сенегал, Таиланд и Уганда, однако следует отметить, что многие руководители на всех уровнях еще не столкнулись с этой проблемой. Несмотря на многочисленные заявления о поддержке, членам международного сообщества еще не предоставили те ресурсы, которые необходимы бедным странам.

Темпы распространения заболевания огромны, что происходит благодаря незащищенным сексуальным контактам, главным образом между мужчинами и женщинами. Около трети инфицированных матерей передают эту болезнь детям. Женщины в большей мере уязвимы к инфекции в силу психологических и социальных причин, а у лиц, занятых в индустрии секса, значительно больше шансов заразиться, чем у населения в целом. Однако следует отметить, что главной причиной распространения этого заболевания являются неадекватные модели сексуального поведения мужчин. Половина всех новых инфекций ВИЧ приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, а у молодых девушек больше шансов быть инфицированными, чем у молодых мужчин их возраста, что свидетельствует об их уязвимом положении в обществе. Молодые люди не имеют соответствующей информации о болезни и ее последствиях и не знают, как защитить себя от нее. Многие общества по-прежнему не считают, что эта информация должна доводиться до молодых людей, несмотря на наличие многочисленных свидетельств того, что

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ НЕИМУЩИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

Осуществляемый при поддержке Всемирного банка проект «Голоса бедных» недвусмысленно свидетельствует о том, что население с низкими доходами уязвимо к нищете с высоким уровнем рождаемости и неравенством мужчин и женщин.

Информация, полученная из **Ганы**: «Опрошеные мужчины и женщины, относящиеся к неимущим слоям населения, считают, что отсутствие денег, безработица и большое число детей являются причинами нищеты. К числу других упомянутых в большинстве общин причин относятся низкая урожайность и неплодородность земли, а также заболевания и плохое состояние здоровья. ... Что касается последствий нищеты, то в каждой общине упоминается плохое состояние здоровья и преждевременная смерть... В пяти общинах было

отмечено, что одним из последствий нищеты является проституция... Часто неимущие упоминают большие домашние хозяйства и то, какое воздействие это имеет на использование дефицитных ресурсов. В отношении причин нищеты практически в каждом случае мужчины и женщины отмечали «незапланированное рождение детей», «отсутствие средств для планирования семьи» или «слишком большое число детей».

Информация, полученная из **Малави**: «Обследование было проведено в двух поселках городского типа... Было установлено, что в некоторых домашних хозяйствах положение лучше, так как они располагают информацией о каких-либо способах планирования семьи. Как заявила одна из неимущих женщин в Чемузе, «в прошлом люди не использовали методы планирования семьи и результатом этого была высокая рождаемость...», что являлось причиной

возникновения финансовых трудностей в семьях».

Информация, полученная из **Ямайки**: «Женщина... выступает от имени многих других людей, заявляя, что женщины должны иметь свои собственные экономические средства, чтобы не чувствовать себя беспомощными... Многие женщины... признают, что стремятся получить финансовую независимость, и высоко оценивают преимущества, которые дает им получение дохода... Некоторые женщины заявляют: «Имейте свое собственное жилище и финансовые средства, и это позволит вам жить в достойных условиях»... Одна женщина, проживающая в Кассасава Писб отмечает: «Сегодня все больше женщин работают, поэтому им не приходится сталкиваться с глупостью мужчин». В некоторых городских районах женщины говорят о большей свободе в плане выбора методов планирования семьи».

модели сексуального поведения, включая воздержание, обусловлены, по крайней мере частично, точной и своевременной информацией, а также тем, что молодые люди будут использовать полученную ими информацию и услуги должным образом¹⁵.

Прекращение пандемии означает прекращение распространения инфекции. Для профилактики необходимы соответствующая информация и услуги, в рамках которых основной упор должен делаться на воздержание и верность супружескому союзу. Помощь в этом отношении могут оказать медицинские услуги, однако покрыть их для неимущих слоев будет очень сложно. Необходимо обеспечить соответствующие поставки мужских и женских противозачаточных средств и создать стимулы для того, чтобы люди пользовались ими. В настоящее время лишь один из пяти человек имеет доступ к информации и услугам, обеспечивающим их защиту от инфекции.

Одни лишь призывы к «изменению модели поведения» не создадут стимулы для того, чтобы люди пытались защитить себя. ВИЧ/СПИД — это факторы, идущие в одну ногу с нищетой, которая, в свою очередь, способствует их распространению. Инфекция быстрыми темпами распространяется среди слоев населения, не имеющего уверенности в настоящем и надежды на будущее¹⁶.

Эффективные стратегии по борьбе с эпидемией должны включать в себя не только аспекты, связанные с медициной и охраной здоровья, но и охватывать все общины. Необходимо проводить тесные консультации с населением, которое планируется охватить этими стратегиями¹⁷. Крайне необходимо эффективное и целенаправленное управление, в основе которого лежат уже достигнутые практические результаты.

В том случае, если международное сообщество предоставит достаточный объем финансовых средств, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией внесет существенный вклад в борьбу с пандемией.

Вопрос о ВИЧ/СПИДе обсуждается в главе 6.

ОБРАЗОВАНИЕ И НИЩЕТА Улучшился доступ к базовому образованию как одному из прав человека, однако в этом направлении многое еще предстоит сделать. Обеспеченные слои населения извлекли из образования большую пользу, чем неимущие. В рамках кампании достижения всеобщего начального образования дети из бедных семей не охватывались. Во многих странах по-прежнему существенными остаются различия между показателями образования и охраной здоровья в городских и сельских районах¹⁸.

Качество образования, а также его уровень оказывают воздействие на возможности детей в плане развития. Образованные матери поощряют и поддерживают образование своих детей¹⁹. Они знают цену образованию, но вместе с тем они способны погасить расходы на это. Неимущие не могут позволить себе обучать детей в частных школах.

Число детей в семье может также оказать воздействие на возможности в плане образования: в бедных семьях зачастую выбирают детей, достойных для получения образования. В расширенных семьях иногда родственники берут на себя часть расходов по оплате образования, однако чаще оплачивается образование мальчиков, а не девочек. Кроме того, у родителей может быть определенная озабоченность по поводу безопасности нахождения девочек в школах или по пути в школы или обратно. Всегда риском для девочек старшего возраста является беременность. Но в любом случае потребность в помощи во многих домашних хозяйствах считается приоритетной по сравнению с обучением девочек в школах. На протяжении нескольких прошедших десятилетий во многих странах гендерный пробел в начальном образовании сузился, однако часто это объясняется тем, что темпы «прогресса» мальчиков замедлились. Многие девочки имеют лишь одного родителя. Тем, кому везет, живут в домах с одним родителем или родственниками, удочерившими их, однако многие из них — это брошенные дети, сироты (все чаще в результате ВИЧ/СПИДа) или же проданные в сексуальное

рабство. Их жизнь может быть короткой, тяжелой и несчастной.

Образование детей бедных слоев населения, особенно тех, кто живет вне семей, требует особых усилий. Гражданское общество помогает охватить образованием молодых людей, не обучающихся в школах, однако в большинстве развивающихся стран эти усилия приносят лишь частичные результаты. Необходимо внести большие инвестиции как в формальное, так и неформальное образование.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ Образованные матери имеют более здоровых детей. Они обладают большим объемом информации о питании и в небольших по размеру семьях не отмечается никакой конкуренции, связанной с получением продуктов питания. В период с 1970 по 1995 год благодаря сочетанию этих факторов показатель недоедания детей снизился на 43 процента.

У образованных женщин меньшее число детей и на них приходится меньшее число нежелательных и несвоевременных родов. Вместе с тем, как правило, образованные женщины — это выходцы из образованных семей и они обладают информацией об охране здоровья и планировании семьи и пользуются ею. Образование может стимулировать желание улучшить здоровье и сократить размер семей, однако оно не решает все проблемы, связанные с рождаемостью. Женщины нуждаются в услугах, связанных с осуществлением их желаний и удовлетворением их потребностей.

При условии меньшего числа детей семьи могут инвестировать больший объем ресурсов в образование каждого ребенка²⁰. Нежелательные дети получают меньше образования, если родители должны оплачивать его²¹.

Вопрос об образовании обсуждается в главе 7.

Выполнение целей по искоренению нищеты

Что необходимо предпринять для сокращения численности нищего населения в два раза к 2015 году? Один лишь экономический рост недостаточен и основные усилия необходимо сосредоточить на процессе развития, что положительно скажется на бедных слоях населения. Международное сообщество должно учитывать обстоятельства, связанные с нищетой, а не только рыночные цели, с тем чтобы создать благоприятные в международных масштабах условия, способствующие процессу развития.

РАМКИ На международных конференциях, проведенных в 90е годы, Встрече на высшем уровне Тысячелетия в 2000 году и Международной конференции по финансированию развития 2002 года было достигнуто соглашение относительно ряда целей, предусматривающих сокращение нищеты наполовину к 2015 году. Многие цели в области развития на рубеже тысячелетия, включая цели, касающиеся охраны здоровья, зависят от согласованных демографических целей, включая универсальное наличие услуг в области планирования семьи и других услуг по охране репродуктивного здоровья, от расширения прав и возможностей женщин, а также от обеспечения равноправия мужчин и женщин.

Комиссия ВОЗ/Всемирного банка по макроэкономике и

здравоохранению признала, что аспекты, касающиеся народонаселения и охраны репродуктивного здоровья, имеют главное значение для достижения задач в области здравоохранения Встречи на высшем уровне Тысячелетия, а также для всей программы в области развития. Улучшение состояния здоровья предусматривает не только выявление и лечение болезней. Необходимо уделять самое приоритетное внимание профилактике, в том числе профилактике в области репродуктивного здоровья.

Цели в области развития на рубеже тысячелетия предусматривают сокращение материнской, детской и младенческой смертности. Повышение качества услуг по охране репродуктивного здоровья будет способствовать выполнению этих целей на основе непосредственного предоставления услуг и связанных с этих косвенных преимуществ, касающихся регулирования периода между родами²². Услуги по охране репродуктивного здоровья предусматривают также просветительскую деятельность, предоставление консультаций и распределение противозачаточных средств, что способствует борьбе с ВИЧ/СПИДом. Эти услуги могут оказываться непосредственно неимущим слоям населения.

Демографические тенденции окажут воздействие на перспективы устойчивого улучшения в борьбе за искоренение нищеты на протяжении 15-летнего периода, в течение которого предусмотрено выполнение целей в области развития на рубеже тысячелетия. Уменьшение уровня рождаемости и замедление темпов прироста населения на временной основе будут способствовать увеличению относительного размера численности рабочей силы и откроют «демографическое окно», т.е. появится возможность для инвестирования в прирост экономики; однако в наиболее бедных странах этому препятствуют такие факторы, как высокий уровень нежелательной рождаемости. Пандемия ВИЧ/СПИДа может закрыть «демографическое окно» до того, как оно откроется, так как смерть молодых людей препятствует увеличению численности населения работоспособного возраста. Эта болезнь неблагоприятно сказывается как на настоящем, так и будущем.

РЕКОМЕНДАЦИИ Главная задача заключается в обеспечении направления помощи непосредственно неимущим слоям населения, сокращении расходов и предоставлении им возможности для участия в разработке оказывающих на них воздействие программ и политики.

Правительства, общины, частный сектор и международное сообщество должны осуществлять более тесное сотрудничество, с тем чтобы в максимальной мере использовать ограниченные внутренние и международные ресурсы. Более тесная координация между различными элементами системы Организации Объединенных Наций будет играть важную роль в этом процессе.

Доноры должны содействовать налаживанию партнерских отношений между правительствами и НПО, при этом особое внимание следует уделять тому, чтобы интересы неимущих слоев населения учитывались в разработке и осуществлении программ и контроле за ними. Такой подход позволит получить информацию в рамках обратной связи о приоритетах и самом процессе.

Охрана репродуктивного здоровья, а именно уход в дородовой и послеродовой период, обеспечение безопасных родов, пла-

нирование семьи и профилактика болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа, — это наиболее эффективные элементы соответствующего комплекса мероприятий. Реформа сектора здравоохранения во многих странах с низким уровнем доходов предусматривает оказание комплекса медицинских услуг, однако особое внимание при этом следует уделять неимущим слоям населения. Особенно важное значение это имеет для женщин, которые извлекают максимум преимуществ из услуг в области охраны репродуктивного здоровья. Программы должны предусматривать удовлетворение особых потребностей уязвимых групп населения, таких, как молодежь, мигранты и беженцы.

Во многих комплексных программах учитываются различные проблемы неимущих слоев населения. Расширение прав и возможностей женщин на основе предоставления им небольших займов в рамках механизмов предоставления микрокредитов оказалось весьма эффективным, особенно в том случае, если в комплексе оказываемых услуг предусматривались такие мероприятия, как ликвидация неграмотности и охрана репродуктивного здоровья.

Во всех программах, связанных с населением, повышение эффективности данных означает более высокое качество информации, осведомленности и обратной связи. Страны нуждаются в лучшей информации о положительных результатах программ и затратах на них, а также о том, откуда поступают ресурсы для их осуществления и об их наиболее эффективном использовании. В этой связи в целях повышения эффективности разработки политики в области развития необходимо повысить качество информации о демографических условиях и соответствующих тенденциях.

Всеобщее образование — это цель, согласованная всеми сторонами. Однако эту цель невозможно выполнить, если не будет выполнено одно важное условие, а именно образование бедных детей, особенно девочек. Для обеспечения этого необходимо прилагать особые усилия, с тем чтобы не допустить вступления в брак в раннем возрасте, нежелательную беременность и инфекцию ВИЧ.

Инвестиции в сферу образования дают существенную прибыль. Образование женщин не только расширяет их права и возможности и их жизненный выбор, но и дает весьма положительные результаты в плане образования их детей. Однако при этом необходимо учитывать такие факторы, как число детей, регулирование периода между их родами и ту роль, которую женщины играют в общественной и экономической жизни.

РЕСУРСЫ На Международной конференции по народонаселению и развитию была достигнута договоренность о затратах на комплекс услуг по охране репродуктивного здоровья и удовлетворению других потребностей в размере 17 миллиардов долларов в год в 2000 году, при этом предполагалось, что эта сумма увеличится до 18,5 миллиарда долларов США в 2005 году, 20,5 миллиарда долларов США в 2010 году и 21,7 миллиарда долларов США в 2015 году. Международное сообщество покрывает одну треть указанных затрат. Потребуются дополнительные ресурсы на развитие базовой инфраструктуры, здравоохранения, высокопрофессиональной медицинской помощи, чрезвычайной аку-

шерской помощи и специализированных услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа, а также для лечения лиц, зараженных ВИЧ/СПИДом и ухода за ними.

Потребуются дополнительные ресурсы для выполнения других целей в области развития, связанных с населением, которые предусмотрены в Программе действий. К их числу относятся:

- всеобщее базовое образование;
- расширение возможностей женщин;
- экологические соображения;
- обеспечение занятости;
- искоренение нищеты.

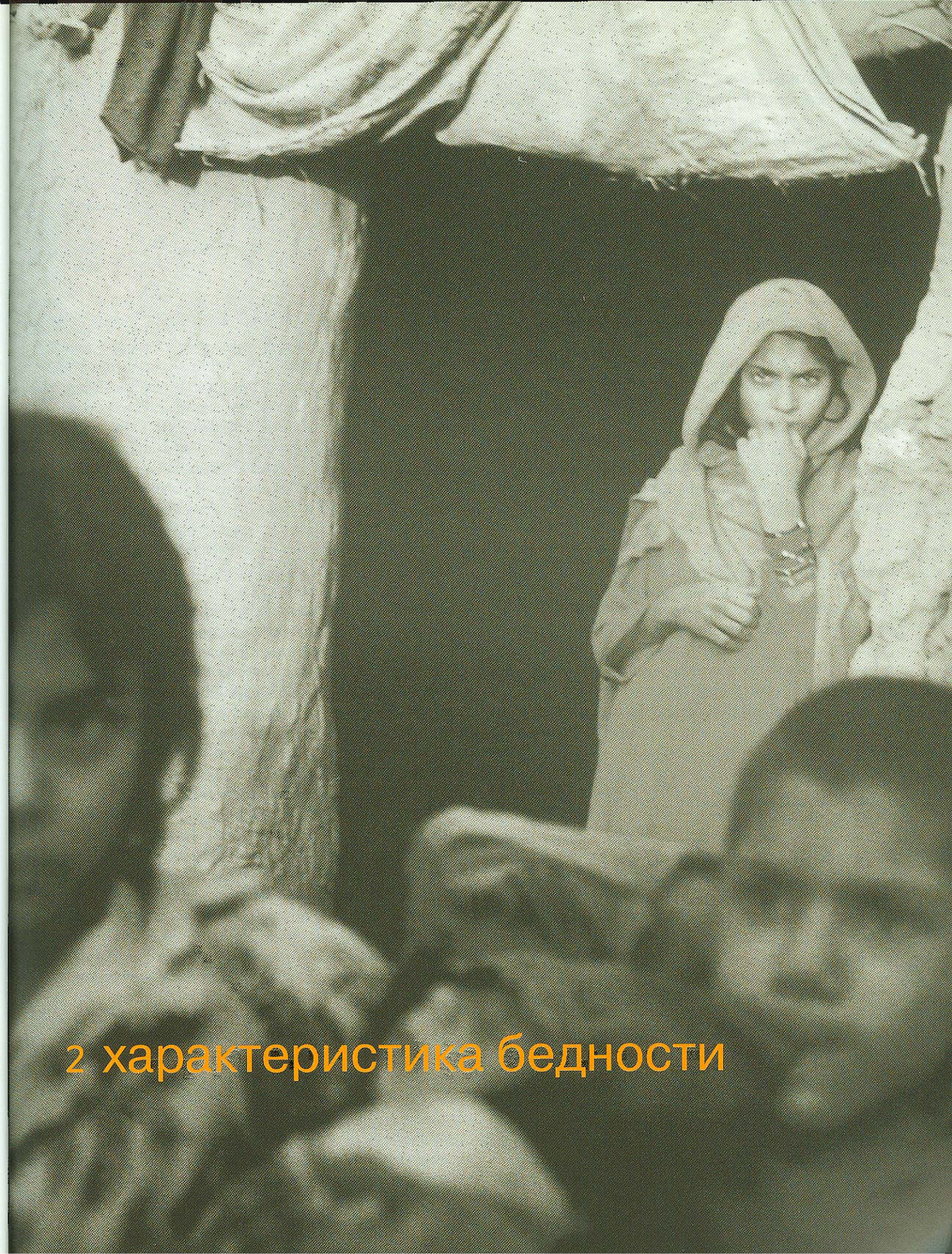
Страны-доноры покрывают менее четверти текущих расходов, необходимых для достижения целей обеспечения всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья к 2015 году. Развивающиеся страны внесли для выполнения этой цели 8,3 миллиарда долларов США, т.е. 76 процентов от общей суммы, что составляет 73 процента от взятого ими обязательства. Основные расходы на это покрывает несколько крупных стран.

ЗАТРАТЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА Что касается расходов, связанных со здравоохранением, образованием и расширением прав и возможностей женщин в наименее развитых странах, то их невозможно определить в денежном выражении. Только лишь насилие по признаку пола в промышленно развитых странах уносит, по оценкам, 20 процентов плодотворных лет жизни женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Что касается экономических затрат или упущенной выгоды, то в этом случае необходимо учитывать то воздействие, которое оказывается на детей, семьи и общины на протяжении жизни поколений.

Проводимые на протяжении нескольких десятилетий социальные и экономические исследования демонстрируют, что программы в области охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, являются наиболее эффективными с точки зрения затрат программами в области здравоохранения и социального развития. Не вызывает сомнений, что образование дает огромные преимущества, особенно для женщин. Шаги, направленные на расширение прав и возможностей женщин и обеспечение равенства мужчин и женщин, повысили качество жизни огромного числа женщин и их вклад в жизнь общества.

Следует отметить, что обеспечение всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья, всеобщему образованию и расширению прав и возможностей женщин — это часть комплекса мер в области развития, однако они являются также обязательным условием для искоренения нищеты, сокращения разрыва между бедными и богатыми слоями населения в мире и создания стабильного и справедливого глобального общества.

Вопросы о рекомендациях и ресурсах обсуждаются в главе 8.



2 характеристика бедности

РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ БЕДНОСТИ Обычным средством измерения бедности является уровень доходов, однако у бедности множество аспектов. Бедные лишены услуг, ресурсов, возможностей, а равно и денег. Их ограниченные ресурсы используются неэффективно. Как ни парадоксально, но удельное потребление электроэнергии, воды, продуктов питания стоит для них дороже; бедность бедным обходится недешево.

Здоровье, образование, отношения между мужчинами и женщинами и степень социальной интеграции – все это либо повышает, либо снижает материальное благосостояние, позволяя опередить масштабы бедности. Возможность избежать бедности зависит от повышения личного потенциала и расширения доступа к разнообразным ресурсам, институтам и механизмам поддержки.

Сам по себе экономический рост не в состоянии положить конец бедности. Предположения о том, что богатство "просачивается вниз" к бедным, или о том, что "наступающий прилив поднимает все лодки", – вполне пригодны, но далеко не всегда соответствуют действительности, особенно в наиболее бедных странах и среди наиболее бедных групп населения. Искоренение крайней бедности требует приверженности этому делу и конкретных нацеленных на это действий.

БЕДНОСТЬ ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ На протяжении последних трех десятилетий происходил устойчивый рост глобальной экономики, однако широкомасштабные достижения вполне могут скрывать существенные различия между регионами, странами и в пределах отдельных стран. Например, в Китае расчетное глобальное сокращение бедности явилось в значительной мере результатом экономического роста. Бедность по уровню доходов устойчиво сохраняется, а во многих местах и углубляется.

Исходя из измерителей расходов, доля населения развиваю-

Таблица 1: Численность населения, существующего менее, чем на 1 долл. США в день (по паритету покупательной способности 1993 года)

	1987		1998	
	%	млн.	%	млн.
Восточная Азия	26,6	417,5	14,7	267,1
Восточная Европа/Центральная Азия	0,2	1,1	3,7	17,6
Лат. Америка/Карибский бассейн	15,3	63,7	12,1	60,7
Средний Восток/Северная Африка	4,3	9,3	2,1	6,0
Южная Азия	44,9	474,4	40,0	521,8
Страны Африки к югу от Сахары	46,6	217,2	48,1	301,6

Источник: Всемирный Банк

щихся стран, которая проживает менее, чем на 1 доллар в день, сократилась с 38,3 процента в 1987 году до 23,4 процента в 1998 году. Эти процентные величины отражают рост численности народонаселения; при этом абсолютные величины остаются относительно стабильными на уровне приблизительно 1,2 миллиарда.

По регионам сокращение бедности происходит неравномерно (Таблица 1). Наиболее резкое сокращение имеет место в Восточной Азии, главным образом в Китае. Наиболее резкое увеличение наблюдается в Восточной Европе и Центральной Азии. И в Азии, и в Африке имел место чистый прирост численности бедных. На Среднем Востоке и в Латинской Америке в деле сокращения бедности успехи достигнуты скромные.

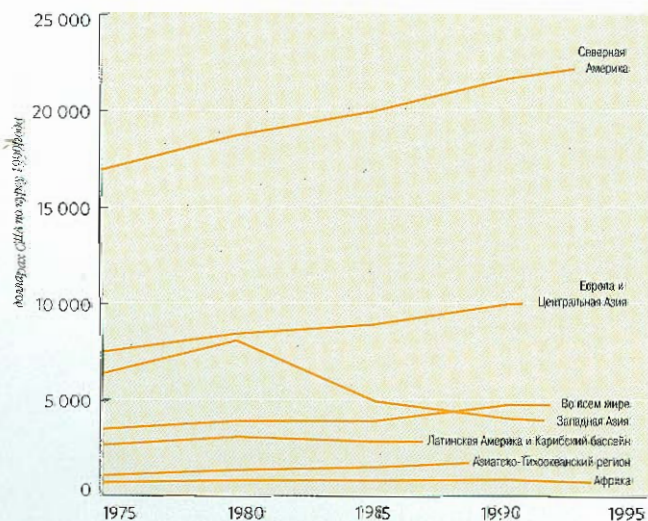
В последнее время понятие бедности по уровню доходов было расширено и включило в себя понятие экономической уязвимости, которое описывает домохозяйства или отдельных лиц, ввергнутых в перманентную бедность в силу временных периодов безработицы, слабого здоровья или иных невзгод.

НЕРАВЕНСТВО ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ Оставляя в стороне соображения относительно прав человека, справедливости и объективности, неравенство внутри стран и между ними порождает политическое недовольство и становится причиной миграции в поисках более благоприятных условий жизни.¹ Оно также неблагоприятно воздействует на общее состояние здоровья. Средняя продолжительность жизни ниже в тех обществах, где острее неравенство. Здоровье общества обусловлено как наличием ресурсов, так и справедливостью их распределения.

Согласно большинству измерителей, разрыв между богатыми и бедными в глобальном масштабе и в пределах отдельных стран углубляется.² Разница в душевом доходе между наиболее богатыми 20 процентами населения мира и наиболее бедными 20 процентами в 1960 году составляла 30 к 1; в 1994 году это соотношение подскочило до 78 к 1, а в 1999 году незначительно сократилось до 74 к 1.³

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ Существует различие и между отсутствием доходов и отсутствием потенциала.⁴ Бедные остро ощущают свое бессилие и незащищенность, свою уязвимость и неуважение к себе. Вместо того, чтобы самим принимать решения, они подчиняются решениям других практически во всех сторонах своей жизни. Мешает им и отсутствие образования и технической квалификации. Неудовлетворительное состояние здоровья может иметь следствием случайный характер занятости и низкий уровень оплаты труда. Сама их бедность лишает их

Диаграмма 1. Душевой доход по регионам в 1975-1995 годах (в долларах США по курсу 1990 года)



Источник: Составлено Национальным институтом здравоохранения и окружающей среды (NIH), Нидерланды, на основе данных Всемирного Банка и Организации Объединенных Наций.

средств вырваться из ее тисков. Их попытки просто удовлетворить даже основные потребности наталкиваются на постоянные препятствия, обусловленные экономическими или социальными причинами, закостенелостью, произволом, законом или обычаем. Постоянно присутствует угроза насилия, особенно, по отношению к женщинам.

В борьбе за выживание беднейшие слои пользуются любыми имеющимися в их распоряжении средствами и проявляют незаурядную изобретательность. Нововведения для бедных чреваты риском, а риск может оказаться фатальным. Для того, чтобы помочь им укрепить свой потенциал, необходимы воображение и понимание.

Многочисленные аспекты бедности

К некоторым из наиболее существенных аспектов бедности относятся:

СЛАБОЕ ЗДОРОВЬЕ Результаты в области здравоохранения не всегда прямо коррелируют с уровнем доходов. Например, во Вьетнаме средняя продолжительность жизни при рождении выше (67,8 лет), чем в Пакистане (59,6 лет), несмотря на то, что обе страны имеют одинаковый уровень душевого ВВП.⁵ Во многих странах с низким уровнем доходов быстрый рост численности населения приводит к перенаселенности, опасному ухудшению качества питьевой воды и антисанитарии, что создает идеальные условия для воспроизводства и распространения инфекционных заболеваний. Бедные общины обычно не имеют доступа к первичной медико-санитарной помощи, основным медикаментам и вакцинам.

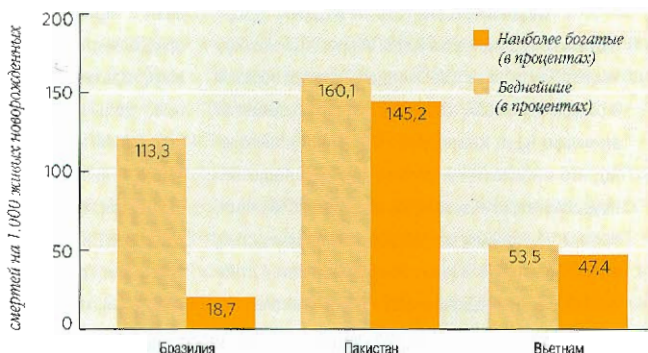
Сочетание общего неудовлетворительного состояния здоровья и широких масштабов распространения заболеваний может быть характерным даже для групп населения в высоком уровне доходов. На диаграмме 2 показано, что показатели детской смертности в Пакистане и во Вьетнаме являются высокими даже для наиболее обеспеченных групп. В противоположность этому в Бразилии самые высокие показатели приходится на наименее обеспеченные группы.

Неудовлетворительное состояние здоровья является причиной и следствием бедности по уровню доходов. Оно ослабляет личный потенциал, снижает производительность и сокращает заработки. Последствия слабого здоровья для производительности и величины заработной платы, вероятно, будут серьезнее для бедных. Среди прочего, это обусловлено тем, что низкооплачиваемые и менее квалифицированные рабочие сталкиваются с большей вероятностью выполнения требующих больших физических усилий и зачастую опасных работ, на которых их можно легко заменить.⁶

В любой стране высокая заболеваемость идет рука об руку с неудовлетворительными экономическими показателями. В странах, где большая часть населения подвергается риску заболеть малярией в тяжелой форме, средний доход ниже одной пятой дохода в странах, где малярия не распространена.⁷

С другой стороны, экономическому росту способствует более высокая средняя продолжительность жизни – ключевой ин-

Диаграмма 2: Смертность детей в возрасте до 5 лет
Наиболее бедные и наиболее богатые 20 процентов населения



Источник: Adam Wagstaff, 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries." Bulletin of the World Health Organization, 78(1).

дикатор состояния здоровья: по результатам анализа данных по 53 странам с 1965 года по 1990 год установлено, что благодаря более высокой выживаемости взрослых были получены почти 8 процентов общего роста. Исследования показали, как происходит этот процесс: повышению производительности способствуют более крепкое здоровье работников и уменьшение количества невыходов на работу; по мере увеличения средней продолжительности жизни отдельные лица и фирмы получают стимул к вложению средств в человеческий и физический капитал, а поскольку у рабочих появляется стимул к созданию сбережений на пенсию, возрастает объем накоплений.⁸

НЕГРАМОТНОСТЬ И НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ Неграмотность создает препятствия людям в большей части основных повседневных видов деятельности. Неудовлетворительное образование не позволяет им воспользоваться новыми возможностями, например, рабочими местами в развивающихся наукоемких отраслях. Людям с более низким уровнем образования зачастую трудно устно или в письменной форме высказать свое мнение за пределами своей непосредственной группы, и это удерживает их от расширения круга общения.

Подобно иным аспектам бедности результаты в области просвещения и здравоохранения взаимосвязаны. Неграмотным или менее образованным людям труднее получить информацию о здравоохранении, например, в той форме, в которой они могли бы этим воспользоваться. Неудовлетворительное состояние здоровья и более низкая выживаемость ослабляют стимулы к вложению средств в образование детей.

СОЦИАЛЬНАЯ МАРГИНАЛИЗАЦИЯ И БЕССИЛИЕ Бедность в иной форме можно наблюдать в социальных системах, которые отказывают некоторым группам населения в праве взаимодействовать в обществе как равные партнеры или в праве заявить о своих личных интересах более широкому кругу. Во многих странах, не все из которых являются авторитарными, такого рода маргинализация лишает многих людей возможности принимать участие в процессе развития. Тенденциозность может быть обусловлена кастовой, этнической или религиозной при-

ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ БЕДНЯКОВ ИЗ ЮАР И ИНДИИ

В ходе недавнего исследования ЮНФПА престарелым беднякам обоего пола в ЮАР и Индии, главным образом в сельских районах, задавался вопрос об основных влияющих на их жизнь проблемах. Было установлено, что многие обеспокоены крайней нищетой, неудовлетворительными жилищными условиями, плохим здоровьем и социальной незащищенностью, а также насилием и жестоким обращением в отношениях между представителями разных поколений.

Почти 5 процентов населения ЮАР имеют возраст 65 лет и старше. Эти люди пережили унижения апартеида и до сих пор ощущают его последствия. Большинство из них по-прежнему зажат в тисках глубокой нищеты и социальной маргинализации.

Старики в ЮАР следующим образом устанавливают приоритеты своих потребностей: продовольственная безопасность, чистая питьевая вода, надежная крыша над головой, электроснабжение, деньги и пенсия, удовлетворительные учреждения здравоохранения, наличие удостоверяющих личность документов, например, свидетельств о рождении, позволяющих отстаивать свои права, и помощь в уходе за супругом. С возрастом к их тревогам добавляется страх перед изоляцией, маргинализацией, жестоким обращением, болезнями, ощущение беспомощности и страх перед ВИЧ/СПИДом.

Ожидается, что число престарелых в Индии возрастет с 77 миллионов в 2000 году до 141 миллиона в 2020 году. Более половины всех престарелых стоят

на пороге бедности, причем у многих подорвано здоровье.

Совсем немногие подпадают под действие какого-либо рода программ пенсионного обеспечения; семья остается главной опорой и обеспечивает уход. Однако экономическое развитие и повсеместная миграция молодых совершеннолетних людей подрывают традиционную опору стариков. В особо неблагоприятных условиях находятся престарелые женщины, особенно незамужние или овдовевшие.

Саид Раджи, 75 лет: "Я живу одна с тех пор, как семь лет назад умер мой муж. Дети уехали. Они даже не интересуются, как я живу. У меня нет доходов, и я почти ни с кем не общаюсь. Я так и умру. Никакой жизни нет, я одинокая и больная."

надлежностью или может служить интересам коррумпированных элит.

БЕДНОСТЬ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА Во многих обществах материальная бедность взаимосвязана с дискриминацией по признаку пола, поэтому показатели состояния здоровья, образования и участия в делах общества у неимущих женщин – еще хуже, чем у неимущих мужчин. (В Главе 5 проблемы бедности и положения мужчин и женщин рассматриваются более подробно.)

Паутина причин

Признание различных причин бедности и того, как они взаимодействуют друг с другом, влияет на способ, которым мы измеряем бедность и осуществляем ее мониторинг, а равно и на наши планы по борьбе с ней. Новый взгляд на процесс развития и на тех, кто остался в стороне от него, включает осознание роли качественного управления и законности, коррупции и преступности, культурных и исторических факторов. Всего лишь несколько лет тому назад считалось, что эти факторы стоят на обочине магистрального пути развития, и их обсуждение расценивалось чуть ли не как вмешательство в дела суверенных государств.

Напротив, *Доклад о развитии человечества за 2000 год*⁹ Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) посвящен главным образом анализу соблюдения прав человека во всех странах мира. Индекс развития человечества ПРООН регулярно оценивает достигнутый странами прогресс в области просвещения и здравоохранения. Одной из важнейших первоочередных задач в деятельности Всемирного Банка стало то, что он начал прислушиваться к "голосу бедных" и реагировать на них.¹⁰

РАБОТА В УСЛОВИЯХ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО СДВИГА Начавшийся в 1950-е годы "демографический взрыв" явился результатом резкого сокращения смертности, что стало возможным благодаря прогрессу здравоохранения и повсеместному применению импортных медицинских технологий в развиваю-

щихся странах.¹¹ Однако в наиболее бедных странах соответствующие преобразования, которые могли бы способствовать снижению рождаемости – адаптация в сфере квалификации, личных возможностей и поведенческих установок людей, совершенствование материальной инфраструктуры и технологии – происходили медленно. Такой дисбаланс замедляет экономический и социальный прогресс. Несбалансированность быстрых темпов роста населения и имеющихся ресурсов для его жизнеобеспечения ужесточила пределы социальной организации и усилила давление на институты, оказывающие услуги бедным.

На уровне домохозяйств высокая рождаемость усугубляет "бремя иждивенцев" в лице детей и снижает семейное благосостояние в бедных слоях населения. Как ни парадоксально, но обстоятельства, способствующие высокой рождаемости, зачастую совпадают с расширяющимися экономическими и социальными возможностями.¹¹

По мере прохождения стран через демографический сдвиг и снижения фертильности на время открываются возможности, благодаря которым обладающие некоторыми ресурсами семьи могут позволить себе дать образование детям, найти хорошую работу и накопить кое-какое имущество. Однако бедные – последняя их социальных групп, переживающих сокращение рож-

ГРУППОВЫЕ КРЕДИТЫ В БАНГЛАДЕШ Банк "Гrameен" в

Бангладеш предоставляет бедным семьям небольшие займы, позволяющие им начать новый бизнес, а возможно и новую жизнь, однако в первую очередь этим семьям необходимы услуги по ликвидации неграмотности, планированию семьи и управлению предприятием. Предоставление всего этого женщинам, которые традиционно были выключены из жизни общества, – задача не простая. Поэтому Банк "Гrameен" предоставляет займы группам, а не отдельным лицам. Групповой подход снижает стоимость услуг, обеспечивает взаимную поддержку, что позволяет женщинам вступать во взаимодействие с рынком и общиной в широком смысле.

даемости, – не в состоянии использовать открывшуюся возможность.¹³ У них больше детей, но меньше информации и средств воспользоваться таковой. Отсутствие у бедных возможности реагировать на новые сигналы об издержках и выгодах наличия детей еще более ухудшает их положение.

Сокращение рождаемости в более длительной перспективе способствует сокращению бедности. Демографические изменения в Бразилии на протяжении последних 50 лет были равноценны дополнительным 0,4 - 0,5 процента годового роста душевого дохода.¹⁴ В течение этого периода средние темпы роста душевого дохода приближались к 3,0 процента в год. Рассчитанное прямое воздействие демографического сдвига на бедность приближалось к 15 процентам величины воздействия экономического роста.

"РАСКРЕПОЩАЮЩАЯ" СРЕДА Технический прогресс и накопление человеческого и материального капитала представляют собой две взаимосвязанные движущие силы современного экономического роста. Однако наиболее эффективно они функционируют в условиях, которые способствуют инвестициям. Такая "раскрепоощающая" среда включает в себя всю социальную базу: свободный от коррупции представительный политический процесс, соблюдение прав человека, беспристрастно претворяемые в жизнь справедливые законы и нормативные акты и совокупность государственных, гражданских, общинных и культурных учреждений, которые взаимно подкрепляют друг друга в обеспечении справедливых и равных социально-экономических возможностей для всех граждан.

Удачным примером являются институты микрофинансирования, которые используют малые займы в целях активизации воздействия общинных ресурсов и инициатив. Одновременно с оказанием экономической поддержки они стимулируют реализацию общинных программ в области здравоохранения, просвещения и формирования качеств лидера среди женщин. Такой "пакет" услуг, основанный на партнерском сотрудничестве с местными общинами, позволил изменить отношение к расширению прав и возможностей неимущих женщин и в то же время увеличить их экономический потенциал.¹⁵

Институты являются социальными механизмами, обеспечивающими канал связи между потенциальными возможностями и ресурсами; качество этих институтов определяется степенью эффективности и объективности этого канала связи. Каждый элемент либо активизирует, либо тормозит работу других. Базовые программы ликвидации неграмотности, например, расширяют потенциальную возможность отдельного человека получать и использовать информацию о здравоохранении, рынках или жизни общины, но в то же время они способствуют совершенствованию институтов, которые оказывают такие услуги, расширяют их возможности по предоставлению доступа людей, обученных грамоте, к полезной информации.

Равным образом взаимодействуют с потенциальными возможностями и ресурсами и более быстро реагирующие институты: совершенствование управления повышает потенциал человека благодаря снятию ограничений правоспособности или благодаря предоставлению новых правомочий; более справедливые нормативные акты могут сократить издержки ведения хозяйст-

венной деятельности либо снизить барьеры, затрудняющие для бедных доступ к ресурсам. Гражданское общество играет важную роль в становлении быстрореагирующих институтов, например, микрокредитных организаций, которые предоставляют средства наиболее бедным группам, особенно женщинам, и одновременно оказывают им помощь в деле ликвидации неграмотности и в области планирования семьи.

Многие развивающиеся страны в целом добились значительного прогресса в деле расширения потенциальных возможностей своего населения: с 1960 года возросла средняя продолжительность жизни (индикатор состояния здоровья), улучшилось питание и достигнуты успехи в области экономики и просвещения. Однако прогресс был достигнут легче и быстрее в странах, которые:

- предоставляли женщинам информацию и ресурсы в интересах установления и распределения сроков деторождения и при желании – предотвращения беременности;
- предоставляли услуги в интересах обеспечения здоровой беременности и безопасного деторождения;
- развивали и совершенствовали систему образования;
- укрепляли равенство и равноправие мужчин и женщин иными способами, например, путем защиты предусмотренных законом и обычаем прав женщин;
- проводили демографическую политику исходя из принципов уважения прав человека;
- формировали ответственные и подотчетные системы управления и народного участия.

Измерение бедности

Существуют три широко применяемых метода оценки бедности:

- построение черты бедности и расчет различных измерителей бедности, которые учитывают, насколько фактические расходы домохозяйств оказываются ниже черты бедности;¹⁶
- оперативная оценка и оценка на основе участия, в ходе которых члены общины ранжируют домохозяйства по уровню материального благосостояния;¹⁷
- построение индекса бедности с использованием набора качественных и количественных индикаторов.¹⁸

ЧЕРТА БЕДНОСТИ ПО УРОВНЮ РАСХОДОВ ДОМОХО-

ЗЯЙСТВ Стандартная практика состоит в использовании общей величины расходов как основного измерителя уровня жизни домохозяйства.¹⁹ Для установления черты бедности и измерения распространенности бедности обычно используются репре-

зентативные общенациональные обследования домохозяйств, например, проводимое **Всемирным Банком "Исследование по определению уровня жизни"**.

Для оценки того, достаточны ли доходы домохозяйства для того, чтобы удовлетворить потребности в пище и иных основных потребностей всех членов домохозяйства, формируется "корзина" товаров и услуг, соответствующая местной структуре потребления. Стоимость этой корзины по местным потребительским ценам и с учетом удовлетворения основных потребностей одного человека на заданном уровне и называется "чертой бедности". Если душевой доход членов домохозяйства ниже черты бедности, это домохозяйство и его члены признаются бедными. Однако результаты такой оценки проверить не просто, причем они могут оказаться искаженными (см. ниже).

ОЦЕНКА НА ОСНОВЕ УЧАСТИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ОЦЕНКА Эти два подхода предусматривают сбор информации у членов общины с использованием аналогичных методов. Первый подход требует широкого участия общины и планируется на более длительный срок; его конечная цель заключается в расширении прав и возможностей целевой группы. Оперативные оценки предполагают сбор данных по заданной программе за весьма краткий срок, обычно – в ходе однодневного посещения общины.

Оба метода широко применяются в программах развития в целях адресации услуг наиболее бедным клиентам и в интересах разработки проектов²⁰ на основе участия, однако и тот, и другой имеют свои недостатки.²¹ Поскольку результаты обследования зависят от субъективного суждения членов общины, проверить их не просто, кроме того, трудность представляет сравнение результатов по населенным пунктам или программам в масштабе страны.²² Еще более затруднены международные сравнения. Благодаря этим подходам можно выявить наиболее бедную треть в одной деревне, но нельзя идентифицировать общины, в которых проживает эта наибеднейшая треть всего региона. Ответы субъектов опроса могут быть искажены их желанием получить выгоды в результате оценки бедности, например, доступ к финансовым услугам. Наконец, оценка на основе участия требует привлечения квалифицированных коммуникаторов, которые обойдутся дороже и которых сложнее найти, чем счетчиков использующих лишь структурированную анкету.

ИНДЕКС БЕДНОСТИ НА ОСНОВЕ НАБОРА ИНДИКАТОРОВ

Различные аспекты бедности позволяют идентифицировать набор индикаторов, по которому можно быстро и недорого получить достоверную информацию. Эти индикаторы могут агрегироваться в единый индекс при помощи взвешивающей схемы.

Многие организации микрофинансирования в Южной и Юго-Восточной Азии в интересах адресации финансовых услуг наиболее бедным клиентам применяют жилищный индекс.²³ Такие индикаторы, как качество крыши или стен, можно легко получить благодаря осмотру, при этом недостоверные сведения в ответах можно свести до минимума. Эти индикаторы можно без

труда скорректировать с учетом местных условий. Однако приданные различным образующим индекс индикаторам весовые величины могут оказаться все же произвольными. При этом жилищный индекс принимает во внимание один-единственный аспект бедности. Для получения полной картины индикаторы следует строить, по меньшей мере, на основе данных из четырех областей: людские ресурсы, жилище, продовольственная безопасность и имущество домохозяйства.²⁴

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Основанные на уровне доходов измерители бедности являются объективными, хорошо поддаются количественному анализу и точно характеризуют бедность по уровню доходов при условии, что обследования домохозяйств хорошо и тщательно организованы и проводятся. Однако при оценке бедности они упускают из виду не связанные с доходом факторы, например, достижения в области здравоохранения и просвещения. Кроме того, они применяются извне и не дают бедным возможности рассказать о собственном опыте проживания в условиях нищеты.

Подходы на основе индикаторов и на основе участия пред-

7 ДОСТОИНСТВА И ОГРАНИЧЕНИЯ ИЗМЕРИТЕЛЯ БЕДНОСТИ ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ

Достоинства

Удобное определение. Этот метод позволяет получить относительно удобное определение бедности и использовать несомненную черту бедности для разграничения бедных и остального населения.

Точность, репрезентативность, сопоставимость. Тщательно проведенные обследования домохозяйств дают действительно точный и общепотребительный инструмент измерения бедности по уровню доходов и оценки изменений в динамике по времени.

Проведение оценок бедности по уровню доходов на базе обследований репрезентативных выборок также упрощает выведение агрегированных измерителей бедности, например, процента бедных в общей численности населения страны.

Ограничения

Стоимость. Крупные обследования домохозяйств стоят дорого. При проведении качественного обследования крупные средства расходуются на обеспечение точности информации, поскольку ошибки измерения легко могут опрокинуть все расчеты.

Состав домохозяйств. При обследованиях данные о домохозяйствах переводятся в измерители для отдельных лиц в пересчете на душу населения, поэтому результаты зависят от допущений относительно состава домохозяйств и не раскрывают неравенства по признаку пола и иные виды неравенства в рамках домохозяйства.

Государственные товары и услуги. Измерители дохода домохозяйств обычно не учитывают государственные товары и услуги, например, элементарное образование и первичную медико-санитарную помощь.

Трудности сопоставления. В случае, если с течением времени инструментарий, определения или методы выборки меняются, сравнения усложняются и потенциально могут вводить в заблуждение.

полагают наличие некоторых альтернатив. К примеру, в **Индексе бедности человечества ПРООН (НРІ)**²⁵ сочетаются сведения о депривации в плане продолжительности жизни (процент людей, которые, как предполагается, не доживут до 40 лет), в отношении уровня знаний (процент неграмотных взрослых) и в отношении уровня жизни (комбинированный индекс людей, не имеющих доступа к питьевой воде, людей, не имеющих доступа к услугам здравоохранения, и детей в возрасте до 5 лет с пониженной массой тела). Агрегированный измеритель бедности характеризует несколько аспектов бедности, однако присвоение равных весовых величин различным составляющим по существу представляет собой решение произвольное.

Другой подход заключается в получении информации непосредственно от бедных посредством групповой дискуссии и индивидуального собеседования без применения какого-либо заранее установленного определения бедности. Респондентов могут попросить разъяснить свое собственное представление о бедности, при этом они предоставляют сведения о социально-экономических процессах, которые не могут предложить данные стандартного обследования домохозяйств и которые могут быть использованы для принятия политических, инвестиционных или решений государственного регулирования.

В конечном итоге, для оценки бедности и определения ее влияния на политику следует применять разумное сочетание информации, полученной путем оценки уровня доходов, благодаря индикаторам и обследованиям на основе участия. При этом институты должны иметь стимулы к использованию этой информации в целях планирования.



3 макроэкономика, нищета,
население и развитие

"Демографическое окно"

Имеются веские доказательства, основанные на опыте двух поколений и исследованиях, проведенных в течение срока их жизни, что на экономический рост воздействует "фактор населения". Начиная с 1970 года, в развивающихся странах с невысокой фертильностью и скромными темпами роста населения выросла производительность труда, увеличились накопления и капиталовложения в производство. Экономический рост там происходил повышенными темпами.

Такому результату способствовали инвестиции в здравоохранение (включая охрану репродуктивного здоровья) и образование, а также усилия по уменьшению неравенства мужчин и женщин. Подобные инвестиции направлены непосредственно на борьбу с нищетой. Благодаря этому, расширяются права людей, особенно женщин и появляется возможность выбора.

Располагая реальной возможностью выбирать, люди в развивающихся странах создают меньшие по размеру семьи, чем их родители. Такое снижение фертильности на "микроуровне" в течение жизни одного поколения преобразуется в возможности макроэкономического роста, благодаря формированию большой группы людей трудоспособного возраста, поддерживающих относительно меньшее число иждивенцев более пожилого и молодого возраста.

Это "демографическое окно" открывается лишь однажды. Ряд стран Восточной Азии и других регионов воспользовался этой возможностью. Снижения фертильности в Бразилии обернулось ежегодным экономическим ростом, равным 0,7 процентов ВВП на душу населения.¹ Аналогичный эффект наблюдался в Мексике и других странах Латинской Америки.

Страны, которые не использовали представившуюся возможность, были менее успешны. Они не сделали необходимых прямых инвестиций в неимущие слои населения. Этим странам недостает надлежащего управления и социальной ответственности, которые обеспечивают перераспределение доли выгоды от экономического роста непосредственно в пользу неимущих людей, а также для борьбы с нищетой. По мере того, как население будет стареть, это "демографическое окно" закроется в течение жизни одного поколения, а с ним исчезнет и упомянутая историческая возможность.

Пройдет много времени, прежде чем "демографическое окно" откроется перед беднейшими странами, но усилия в этом направлении – гарантия будущего. Они также способны защитить настоящее. Беременность и роды сопровождаются высокой степенью риска для женщин из неимущих слоев. Большое число детей (при том незапланированных) становится для них тяжким бременем. Высокий коэффициент рождаемости непосредственным образом обостряют нищету, сужают стоящие перед женщинами возможности, рассеивает средства, выделяемые на нужды образования и охраны здоровья детей, препятствует процессу накопления, усугубляет чувство уязвимости и неуверенности.

Кроме того, живущие в нищете слои населения испытывают непосредственное отрицательное воздействие роста числа неимущих: снижается уровень оплаты труда огромной армии неквалифицированных работников, меньше становятся участки земли, поделенные среди все увеличивающегося числа на-

следников, классы образовательных учреждений слишком переполнены, чтобы можно было осуществить какие-либо усовершенствования в области образования. Высокая фертильность означает, что способность неимущих воспользоваться представляющимися возможностями для того, чтобы выйти из нищеты, уменьшается.

Важный вопрос, стоящий перед руководителями государств, законодателями, экспертами в области формирования политики и теми, кто принимает решения: стоит ли предпринимать усилия, чтобы необходимым образом изменить политику и практику в течение следующего десятилетия, а также сделает ли международное сообщество все необходимое, чтобы усилия эти увенчались успехом. Если это произойдет, люди станут физически более здоровыми и образованными. Они получают доступ, кроме всего прочего, к полному объему информации и услуг, связанных с репродуктивным здоровьем. Фертильность и рост народонаселения снизятся. "Демографическое окно" откроется перед следующим поколением. Массовая нищета станет исторической категорией, а не угрозой для будущего.

ОПИРАЯСЬ НА ОПЫТ Интуиция подсказывает, что быстрый рост народонаселения в беднейших странах увеличивает спрос на услуги в области здравоохранения и образования более быстрыми темпами, чем растут возможности для его удовлетворения. В равной степени очевидно, что экономический рост необходим для сокращения масштабов нищеты. Опыт улубил и усовершенствовал эти представления, а также указал некоторые пути выхода из порочного круга, образованного растущими потребностями и ограниченными ресурсами.

Факты подтверждают мысль, что большие семьи и быстро растущее население сдерживают развитие.

Во-первых, в любом домашнем хозяйстве у детей есть самые разнообразные потребности, и удовлетворение каждой из них требует расходов. Таким образом, чем больше детей, тем острее конкуренция за ограниченные средства семьи, идущие на приобретение продуктов и одежды, охрану здоровья и образование. Некоторые проигрывают в этой борьбе. В сельской местности обрабатываемые земли являются невозобновляемым ресурсом. Слишком частый их раздел обрекает будущие поколения на нищету. При недостатке ресурсов для развития топливо и вода также должны делиться между растущим числом жителей. В городских же условиях те, кто не получил хотя бы минимального образования, могут надеяться лишь на непрестижную низкооплачиваемую работу, если им удастся ее найти вообще. Большинство государств на официальном уровне относится к детскому труду с неодобрением, и, хотя усилия по его предотвращению разнятся, детский труд становится неприемлемым в социальном и политическом смысле с точки зрения прав человека.

Во-вторых, на национальном уровне быстрый рост численности практически неквалифицированных работников снижает оплату труда и уменьшает накопления. Расходы на здравоохранение, образование и прочие услуги социальной сферы для удовлетворения нужд все большего числа детей уменьшают накопления в еще большей степени. И поскольку экономический рост есть результат капиталовложений, а средства для этого бе-

рутся из накоплений, быстрый рост населения не ускоряет, а тормозит развитие.²

Возможности развития резко возрастают при наличии внешнего финансирования, используемого на нужды здравоохранения и образования, а также для поддержки инновационных подходов и изыскания способов увеличить сбережения людей. Кроме того, государствам следует изыскивать внутренние ресурсы и перераспределять их в пользу здравоохранения и образования.

ПРИХОД К ПОНИМАНИЮ ВЗАИМОСВЯЗИ Воздействие роста населения на экономическое развитие обсуждалось в течение десятилетий. Оглядываясь назад, мы видим, что многие точки зрения на данный вопрос основывались на недостаточно четко сформулированных вопросах и неадекватных ответах.

Целью значительной части исследований был ответ на вопрос, ограничивает ли рост населения экономический рост, способствует ему или не оказывает в этом плане на него вообще никакого воздействия. Другой спорный вопрос состоял в том, является ли экономический рост предпосылкой или следствием более медленного демографического роста.

Аргументы в пользу тех и других воззрений опирались на общие цифры роста народонаселения и экономики, но возможности экономического развития и борьбы с нищетой не зависят лишь от агрегированных показателей. Данные, касающиеся более четырех десятилетий экономических и демографических изменений, дают новые представления о том, как возникают перспективы развития.³

Анализ взаимосвязей между ростом населения и развитием, проведенный в 1986 году Национальным научно-исследовательским советом (ННС) США, показал, что рост населения не влияет на общий экономический рост, несмотря на важное воздейст-

вие, которое он оказывает на домашнее хозяйство.⁴

Казалось, это разрешает давнишний спор. Однако проведенный ННС анализ не охватывал все относящиеся к вопросу сведения. В ходе его использовались данные, относящиеся к 1960-м и 1970-м годам, то есть к периоду, когда многие страны находились только в начале “демографического перехода” от высоких показателей рождаемости и смертности к низким и когда централизованное планирование не позволяло некоторым из них использовать в максимальной степени положительную динамику изменений в области народонаселения. Проведенное же исследование по-прежнему опиралось на анализ общего роста, характеризующего как народонаселение, так и экономическое развитие.

УТОЧНЕННЫЕ ДАННЫЕ И ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ В 1990-х годах научное сообщество вновь изучило данный вопрос. К тому времени появилась возможность использовать данные за более длительное время, в течение которого во многих странах происходил демографический переход. На этот раз вывод был иным. Что еще важнее, исследователи признали, что демографический переход нашел свое отражение не просто в уменьшении совокупных темпов роста, а в изменении возрастной структуры населения по мере того, как продолжительность жизни увеличивалась, а фертильность снижалась.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕДСТАВИВШЕЙСЯ ВОЗМОЖНОСТИ

Снижение некогда высоких коэффициентов смертности, с одной стороны, и рождаемости, с другой, способно дать странам “демографический бонус”. Сначала снижается смертность, затем – фертильность. По мере снижения фертильности происходит следующее: численность населения трудоспособного возраста увеличивается относительно численности населения более молодого и пожилого возраста. Это создает единовременную воз-

8

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ

Мировая демографическая ситуация и значение ее для будущего быстро меняются. Фертильность в развивающихся регионах снизилась наполовину (с 6 детей на одну женщину в 1960 году до 2,9 в настоящее время). Численность женщин, использующих контрацептивы, увеличилась с 10 до 62 процентов, продолжительность жизни выросла с 48 до 64 лет. Но в наименее развитых странах рождаемость уменьшилась лишь с 6,6 до 5,2, а продолжительность жизни повысилась примерно с 39 лет до отметки, чуть превышающей 50 лет.

Перспективные оценки не то же самое, что прогнозы. Оценки зависят от предположений относительно фертильности, смертности и миграции, а предположения меняются сообразно меняющимся условиям.

Перспективные оценки Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций оказались на удивление точными даже, когда речь шла об относи-

тельно продолжительных сроках. Указывалось, что народонаселение мира увеличится до 9,3 миллиардов человек к 2050 году. Опровергая предположения о глобальном “дефиците рождаемости”, менее развитые регионы к 2050 году добавят к этому числу 3,2 миллиарда человек (увеличив народонаселение с 4,9 до 8,1 миллиардов), то есть то же число, что и в период с 1950 года (когда численность народонаселения мира составляла лишь 1,7 миллиарда) по 2000 год.

В 2001 и 2002 годах Отдел народонаселения провел ряд экспертных встреч для обсуждения изменений темпов рождаемости и смертности, а также их демографического значения для будущего. На двух встречах речь шла о двух различных предположениях, одно из которых касалось стран, где рождаемость уже находится на низком уровне, а второе – стран с постоянно высокой рождаемостью. Эксперты высказали мнение, что перспективные оценки по вопросу о снижении высоких темпов рож-

даемости, возможно, были слишком оптимистичными.

Третье обсуждение касалось стран, где уровень фертильности является средним (то есть стран, где одна женщина рождает от двух до пяти детей), причем был сделан вывод, что уровень рождаемости в этих странах может до известной степени стабилизироваться на отметке, чуть ниже уровня воспроизводства, составляющего 2,1 ребенка на одну женщину. Было также признано, что рождаемость часто снижается очень постепенно. Перспективы каждой отдельной страны следовало бы оценивать и уточнять регулярно.

В ходе консультаций было подчеркнуто, что снижение рождаемости зависит от предотвращения нежелательной беременности и непрерывных инвестиций в планирование семьи и усилия по обеспечению репродуктивного здоровья.

возможность для роста. Такая возможность может быть реализована, если страны инвестировали соответствующие средства не только в планирование семьи, но и в здравоохранение и образование в целом, уделяя особое внимание нуждам девушек и женщин, а также в расширение занятости вновь появившихся способных работников. Открытое руководство данными процессами с учетом происходящих изменений делает это возможным.

Сочетание подобных условий наблюдалось в 1980-1990-х годах в странах, которые принято называть "Азиатскими тиграми". Хотя процент населения трудоспособного возраста (15-60 лет⁵) в этих странах начал увеличиваться лишь в середине 1970-х годов, изменения там происходили исключительно высокими темпами вплоть до начала 1990-х. В самом начале процесса развития была соответствующим образом изменена структура инвестиций в образование и охрану здоровья, а также созданы рамки для активизации открытого рынка и социальной заинтересованности.⁶ Относительный рост населения трудоспособного возраста в этих странах будет продолжаться в течение еще одного десятилетия, хотя и не такими высокими темпами, как в прошлом.

Такая возможность представляется лишь однажды, это то самое "демографическое окно", что открывается по мере уменьшения численности детей младшего возраста вследствие более низкой рождаемости, и закрывается по мере того, как процент людей более пожилого возраста начинает расти быстрыми темпами.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ Многие страны вступают в переходный период. В **Южной Азии** соотношение численности групп населения трудоспособного и иждивенческого возрастов достигнет наивысшей точки между 2015 и 2025 годами (хотя этот показатель будет варьироваться от страны к стране). В **Латинской Америке и странах Карибского бассейна** процесс относительного роста численности населения трудоспособного возраста начался по меньшей мере на пять лет раньше, чем в Восточной Азии, но в пропорциональном отношении перемены были менее заметны, что является отражением существенных различий, существующих в отдельных странах и регионах. Более состоятельные группы населения уже совершили демографический переход к более низкой фертильности и смертности, но беднейшие по-прежнему отстают от них. Процент численности населения трудоспособного возраста достигнет наивысшей точки в период между 2020 и 2030 годами, но темпы роста и самый его уровень будут ниже, чем в Восточной Азии.

Страны **Северной Африки**, а также **Западная Азия и Центральная Азия** находятся на различных стадиях демографического перехода.⁷ Перед некоторыми из них демографическая возможность откроется в течение двух десятилетий, другие отстоят от этой точки на срок жизни целого поколения. В течение этого срока данные страны имеют возможность создать рамочные условия для ускорения социальных перемен и экономического роста.

В Океании возможности воспользоваться "демографическим окном" скромнее. Фертильность там никогда не была столь высокой (и не снижалась такими быстрыми темпами), как в Восточной Азии. Тем не менее, некоторые из высказанных сужде-

ний применимы и там.

В странах **Африки к югу от Сахары** медианный возраст населения всего региона составляет лишь 17,6 лет. Другими словами, возраст половины жителей меньше указанного. При этом в процентном отношении численность населения трудоспособного возраста в промежутке от 15 до 60 лет (50,9 процентов) ниже, чем была в 1950 году (52,5 процента). Сказывается тяжелое воздействие нищеты: серьезная ограниченность ресурсов, неразвитость инфраструктуры здравоохранения, социальная нестабильность, высокий уровень задолженности, слабость системы управления и пандемия ВИЧ/СПИДа. Тем не менее, все большее число стран начинает демографический переход. Дальнейший прогресс будет зависеть от наличия услуг охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи.

Лишь в шести из 46 африканских стран, расположенных к югу от Сахары, медианный возраст населения составляет 20 лет (медианный возраст в странах, расположенных в более развитых регионах в настоящее время составляет около 36 лет). К 2050 году медианный возраст в странах региона увеличится до 26,4 лет, то есть до уровня, более скромного, чем в более развитых регионах сто лет назад. Население трудоспособного возраста увеличится до 62,2 процентов к 2050 году. По перспективным оценкам, лишь в 11 странах соотношение численности населения трудоспособного возраста и его общей численности достигнет наивысшей точки до наступления 2050 года (а в восьми странах в период с 2040 года по 2050 год).

ПЕРСПЕКТИВЫ Тенденции в области народонаселения будут сказываться на перспективах борьбы с нищетой и в сроки, превышающие пятнадцатилетний период, определенный для достижения целей в области развития на рубеже тысячелетия. Рост населения и высокие темпы рождаемости нежеланных детей ставят под угрозу имеющиеся экономические достижения. Неравенство мужчин и женщин во всех областях способно подорвать перспективы достижения цели обеспечения всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья.

Пандемия ВИЧ/СПИДа еще в большей степени ставит под угрозу возможность ряда беднейших стран закрепить достигнутые ими успехи и открыть "демографическое окно". Рост численности населения трудоспособного возраста по отношению к численности иждивенцев в более молодых возрастных группах практически сводится к нулю быстрым ростом смертности среди взрослых. Это заболевание разрушает настоящее людей и лишает их будущего.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ "ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО БОНУСА" "Демографическое окно" открывается лишь однажды и на ограниченное время. Так сложилось, что в большинстве промышленно-развитых стран продолжительность жизни постепенно увеличивается, а рождаемость постоянно находится на уровне, чуть ниже уровня воспроизводства населения. В этих странах неизбежная перспектива снижения численности населения и быстрого роста численности людей пожилого возраста уже активно обсуждается. Дискуссии выходят далеко за пределы демографии и касаются межрасовых отношений, политики в области социального обеспечения и состояния супружеских отношений в семьях с двумя источниками дохода.⁸

Некоторые наблюдатели предполагают, что частью ответа является иммиграция, и при этом немедленно касаются таких эмоциональных вопросов, как национальная самобытность и социальная напряженность, возникающая между “разными в этническом отношении” группами. Другие поднимают вопросы, касающиеся средств для выплаты пенсий по старости и охраны здоровья лиц очень преклонного возраста, часто недооценивая при этом разнообразие возможных изменений и реформ, также как и время, имеющееся для их проведения.⁹

Изменения в относительной численности людей более пожилого возраста, возможно, оказывают меньшее воздействие на экономику, чем изменения в численности групп более молодых людей.¹⁰ Нет оснований считать, что пожилые (за исключением “самых старых”) являются иждивенцами и являются бременем для экономики. Продолжающаяся экономическая активность пожилых людей, их личные сбережения, поддержка со стороны семей и реализация государственных программ способны в сочетании сформировать новые рынки и изменить спрос на товары и услуги. Они же способны служить дополнением к соответствующим коррективам в области пенсионного обеспечения и здравоохранения.

В итоге, воздействие на экономический рост может быть положительным.¹¹ Однако и развивающимся, и промышленно-развитым странам следует понять, какое воздействие на них оказывают демографические изменения. Их политика должна базироваться на обоснованных ожиданиях, а не эмоциональной реакции на происходящее.

Снижение фертильности и экономический рост

Ускорение темпов экономического развития, относимого на счет перемен в народонаселении, было достигнуто наполовину благодаря выгодам от “демографического бонуса”, а наполовину – за счет сдвига потребления в направлении неимущих слоев.¹² Свой вклад в эти перемены вносят и другие факторы. Например, снижение фертильности дает большему числу женщин возможность участвовать в трудовой деятельности и получать при этом доход, что способствует улучшению охраны здоровья и питания их семей. В семьях с меньшей численностью снижается коэффициент зависимости и возрастают стимулы к получению дохода, превышающего тот, что обеспечивает удовлетворение лишь основных потребностей.

Долгосрочные демографические и экономические данные по 45 развивающимся странам показывают, что высокая фертильность усугубляет нищету, замедляя экономический рост и приводя к отрицательному для неимущих слоев перекосу потребления. Снижение фертильности путем снижения смертности, повышения образовательного уровня и расширения доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи противодействует обоим этим отрицательным факторам. Воздействие средних показателей роста ВВП и потребления на сокращение масштабов нищеты на национальном уровне является совершенно очевидным.

Средний показатель численности неимущих людей в 1980 году составлял 18,9 процентов, то есть приблизительно один человек из каждых пяти жил в нищете. Если бы в 1980-е годы чис-

9

НАВСТРЕЧУ НУЖДАМ НЕИМУЩИХ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Нищета – главная угроза благосостоянию пожилых людей. Многие из 400 миллионов людей старше 65 лет в развивающихся странах живут за чертой нищеты. С тем, чтобы достичь одной из целей развития на рубеже тысячелетия, то есть снизить наполовину к 2015 году численность людей, живущих в крайней нищете, основным направлением стратегии борьбы с нищетой должна стать помощь самым неимущим и наиболее уязвимым людям престарелого возраста, в особенности женщинам, а также разрыв порочного круга бедности, в который втягивается одно поколение за другим.

Опыт жизни в нищете в детские, а затем и зрелые годы становится с возрастом все более горьким. Люди, всю жизнь плохо питавшиеся, имевшие много детей, получавшие неадекватное обслуживание в области охраны репродуктивного здоровья и выполнявшие тяжелую физическую работу, вероятно все же вступят в престарелый возраст больными. Неизбежная потеря здоровья вследствие старения снижает способность каждого такого человека участвовать в домашнем хозяйстве и быть самостоятельным в экономическом отношении.

Старение является неизбежным следствием снижения некогда высоких темпов рождаемости и смертности. В развивающихся странах этот процесс идет гораздо быстрее, чем в развитых странах в свое время.

Необходимость эффективной реакции на нужды престарелых людей с учетом их ожиданий и прав диктует необходимость следующих действий:

- обеспечение адекватных услуг по охране здоровья;
- искоренение насилия в отношении престарелых женщин и мужчин;
- поддержка усилий престарелых по уходу за другими членами семьи, в особенности воспитательная роль женщин в отношении внуков, осиротевших вследствие ВИЧ/СПИДа;
- активизация схем социальной защиты и обеспечение пожилым людям соответствующей социальной поддержки;
- содействие исследованиям процесса старения народонаселения, в особенности в том, что касается гендерных, социальных и культурных аспектов этого процесса, а также его воздействия.

Руководствуясь Программой действий МКНД и целями в области развития на рубеже тысячелетия, ЮНФПА выступает за включение вопросов, связанных с процессом старения, в повестку дня развития с упором на нужды живущих в нищете престарелых и уязвимых людей, в особенности женщин.

тый коэффициент фертильности был снижен на пять рождений на тысячу женщин репродуктивного возраста (как это произошло во многих азиатских странах), данный показатель уменьшился бы на треть до 12,6 процентов, то есть до уровня одного человека из каждых восьми.

Проводимые в различных странах исследования подтверждают этот вывод. В Бразилии, например, 25 процентов людей, родившихся в 1970 году, принадлежат к неимущим слоям. Если бы уровень рождаемости оставался на том же высоком уровне, что и в начале века, этот показатель составил бы 37 процентов. Снижение числа неимущих эквивалентно по своему воздействию ежегодному росту ВВП на 0,7 процентов в пересчете на душу населения.¹³

МЕНЬШЕ РАСХОДОВ – БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ К позитивному эффекту перераспределения приводит, во-первых, бо-

лее медленный рост расходов на удовлетворение основных потребностей детей и их образование и, во-вторых, расширение возможностей домашних хозяйств с низким уровнем дохода принимать более активное участие в трудовой деятельности, увеличивая тем самым свои доходы и сбережения. Растущее потребление во всех областях помогает им, увеличивая спрос на рабочую силу и способствуя росту ставок заработной платы, что в равной степени относится к домашним хозяйствам, где рождаемость не снижается. Более медленный рост численности работников, занятых в сельском хозяйстве, снижает спрос на землю (уменьшая издержки и замедляя невозполнимое дробление земельных участков).

Прогнозируемое снижение численности неимущих приблизительно наполовину происходит за счет экономического роста и наполовину – за счет потребления. Последствия могут быть значительными. Например, снижение нетто-коэффициента рождаемости на 0,4 процента в следующем десятилетии уменьшило бы на 2,4 процента численность живущих в крайней нищете.

РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА

Результаты могут быть разными на различных стадиях перехода от высоких уровней рождаемости и смертности к низким. Вначале, когда смертность снижается, и большее число младенцев и детей выживает, расходы на нужды детей возрастают, и экономический рост замедляется. По мере снижения рождаемости и замедления роста населения, экономический рост увеличивается.

На ранних стадиях перехода разрыв между домашними хозяйствами с низким и более высоким уровнями дохода может фактически стать шире, поскольку снижение рождаемости начинается среди более состоятельных слоев, которые и получают от этого наибольшую выгоду. По мере того, как неимущие слои вступают в этот процесс (который долго не мог начаться во многих регионах мира), бремя нищеты и неравенства начинает уменьшаться.

Усиливающееся неравенство на ранних стадиях процесса демографического перехода оказывает существенное влияние на людей, живущих на грани нищеты. Достаточно лишь небольшого сокращения их средств или увеличения их потребностей, чтобы эти люди были отброшены за черту нищеты.¹⁴ Более того, представляется, что высокая рождаемость в большей степени влияет на глубину нищеты, чем на ее частотные показатели.¹⁵

Чем беднее страна и чем выше показатель фертильности в момент, когда она начинает снижаться, тем больший эффект оказывает этот процесс на сокращение масштабов нищеты. Положительный эффект возрастает по мере продолжения процесса демографического перехода. Чем быстрее снижается рождаемость, тем больше потенциальные выгоды от “демографического бонуса”, но тем короче и срок, в течение которого этими выгодами можно воспользоваться.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ Демографические изменения взаимодействуют с рынком, институтами и государственной политикой. Снижающаяся фертильность сильнее влияет на сокращение масштабов нищеты там, где рынок труда и система школьного образования действуют успешно и где родители готовы вкладывать средства в обучение своих детей.

Экономическая и социальная политика имеет большое значение. В сочетании с доступом к информации и

услугам по охране репродуктивного здоровья она способна ускорить сокращение масштабов нищеты.

Изменение открывающихся перед женщинами возможностей усиливает результаты использования “демографического бонуса” по мере того, как изменяется возрастной состав. Участие женщин в трудовой деятельности вносит свой вклад в экономический рост, особенно если заработная плата является справедливой, а снижение рождаемости привязано к расширению занятости среди них.

Повышающийся уровень образования среди женщин и увеличение спроса на рабочую силу со стороны растущего официального сектора повышают “цену” высокой фертильности: чем больше у женщины детей, тем больше вероятность, что она потеряет заработок и упустит другие возможности. Возросший образовательный уровень и снижение рождаемости могут в сочетании привести к позитивному эффекту обратной связи: численность рабочей силы увеличивается более высокими темпами, чем численность населения трудоспособного возраста.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА НА НЕИМУЩИЕ СЛОИ

Демографические перемены оказывают различное воздействие на различные группы населения. Пары с низким уровнем дохода, действуя сообразно своим представлениям о наилучшей стратегии выживания и жизненного успеха, раньше создают семьи и имеют больше детей с меньшими интервалами между их рождением, тем самым более чем компенсируя высокую детскую смертность.

НОРМЫ РАЗМЕРА СЕМЬИ Размеры семьи и взаимоотношения, связанные с благосостоянием ее членов, не являются вопросами лишь личного выбора и поведения. На выбор в этом случае влияют социальные нормы, модели отношений между полами, государственная политика и институты общества.

В прошлом многодетные семьи были нормой. Как только женщина выходила замуж, вопрос о числе детей переставал быть делом ее выбора. Женщина, в семье у которой много сыновей, заслуживала уважения и чувствовала себя уверенно, так как сыновья (и в меньшей степени дочери) рассматривались как благо. Они были нужны для того, чтобы участвовать в трудовой деятельности и домашнем хозяйстве, помогать родителям в старости; они были частью культурных традиций. Сегодня подобные соображения утрачивают силу.

Большие семьи истощают возможность неимущих слоев обеспечивать подрастающее поколение всем необходимым. Как ни велики возможности экономии от большого числа детей (например, за счет того, что они могут жить в одном помещении, а одежда может переходить от старших к младшим), увеличение расходов на их содержание и конкуренция за получение ограниченных средств перевешивают их. (Более 70 процентов идущего на потребление дохода в семьях, живущих на грани нищеты, тратится на покупку продуктов питания.¹⁶) А поскольку государство требует уплаты налогов и сборов для финансирования различных услуг, включая образование, здравоохранение и транспорт, выгоды становятся еще меньшими.

Среди малоимущих слоев уровень образования в целом (и в том, что касается охраны здоровья) является недостаточным.

Последняя по времени страновая программа ЮНФПА в Мексике была сфокусирована на пяти ее беднейших штатах: Чьяпас, Герреро, Идальго, Оаксака и Пуэбла. Ряд инновационных проектов связал задачу сокращения масштабов нищеты с проблемами репродуктивного здоровья.

В штате Чьяпас акушерки и пропагандисты знаний по вопросам охраны здоровья прошли подготовку в целях предоставления и расширения качественных услуг охраны репродуктивного здоровья. Учебные материалы были разработаны с учетом таких проблем, как репродуктивные права, гендерное равенство, сексуальность, насилие в семье, а также сексуальное и репродуктивное здоровье. Принадлежащим к коренному населению женщинам была оказана помощь в уходе за детьми и вскармливании. Стимулировалось также участие мужчин в работе по укреплению репродуктивного здоровья.

На территории семи беднейших сельских районов и 42 муниципальных образований с преобладанием коренного населения была расши-

рена работа по охране репродуктивного здоровья; прошли подготовку работники, занимающиеся медико-санитарным просвещением на уровне общин, с целью оказания молодежи информационных услуг в области охраны здоровья. Молодые люди участвовали в усилиях по укреплению связей между работниками и организациями, занимающимися оказанием услуг, и общинами; получила поддержку и организация, ставящая своей целью помочь сельской молодежи преодолеть культурные и лингвистические барьеры. Данный проект также содействовал обмену опытом между сельскими акушерками.

Проблемам безопасного материнства была посвящена работа на территории пяти муниципальных образований в штате Чьяпас, для чего была организована подготовка местных акушерок, использующих в работе методы народной медицины; проводились радиопередачи на языках коренных национальностей.

В четырех маргинальных городских и 18 сельских районах штата Идальго были расширены услуги в области охраны репродуктивного здоровья путем

создания передвижных групп, пропагандирующих соответствующие знания и проводящих соответствующую работу; прошли подготовку медицинские работники и персонал, который на уровне общин оказывает услуги охраны здоровья; была создана система оценки качества обслуживания. В штате Оаксака образовательная работа была направлена на решение проблем безопасного материнства и гендерного равенства женщин-мигрантов, в частности, сельскохозяйственных рабочих.

Кроме того, ЮНФПА оказала техническую помощь организациям, занятым планированием населения в пяти штатах, где эта проблема является приоритетной, в целях содействия национальной стратегии сокращения масштабов нищеты, оказав помощь этим организациям в определении местными средствами наиболее перспективных районов для реализации соответствующих программ. Эта своевременная инициатива также явилась стимулом для правительства в плане мобилизации внутренних ресурсов и средств доноров для расширения данных усилий.

Кроме того, у них ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию и недостаток средств для организации ухода. Снижение смертности среди неимущих начинается позже, нежели среди обеспеченных. Стимулы к снижению рождаемости среди них еще меньше.

Отставание в этих областях увеличивает бремя нищеты. В неимущих семьях выше риск недоедания, связанный с тем, что перерывы между рождением детей составляют менее двух лет. Ущерб здоровью и образованию является существенным.¹⁷

Потерянные возможности В условиях, когда здравоохранение совершенствуется, масштаб различных услуг и доступ к ним расширяются, образовательный уровень повышается, а женщины имеют более широкие права выбора, миллионы людей во многих странах предпочли создавать семьи меньшего размера.

Неимущие слои населения упустили эти возможности. Они не получали сведений и поддержки, которые позволили бы им прийти к осознанию того, что происшедшие перемены призывают к сокращению размера семьи и увеличению расходов на охрану здоровья и образование меньшего числа детей.¹⁸ В результате они рассчитывают на выгоды, которые многодетные семьи уже не способны дать, например, в виде дохода от детского труда. Они по-прежнему видят необходимость в "подстраховке", которую в прошлом давали большие семьи, несмотря на то, что сегодня у детей гораздо больше шансов дожить до момента, когда их родители состарятся.

Женщины и девушки в неимущих семьях, чье участие в принятии решений и распределении средств минимально, вынуждены нести повышенные издержки, связанные с высокой рождаемостью, но при этом не ощущают они и немедленных

выгод, связанных со снижением рождаемости. Наименее вероятно, что они будут подвергать сомнению условия, ограничивающие доступ к информации и обслуживанию в области репродуктивного здоровья.

Неимущим слоям населения требуются, чтобы средства вкладывались в укрепление услуг и институтов, а также в расширение возможностей для всех, в особенности женщин. Подобное вложение средств будет способствовать повышению уровня здоровья, позволит родителям иметь число детей по своему выбору, будет стимулировать дальнейшее снижение рождаемости и даст им возможность повысить образовательный уровень а, значит, иметь в жизни возможность более широкого выбора. Этот процесс ускорит накопление "человеческого капитала", необходимого для быстрого и устойчивого развития. Вызов состоит в том, чтобы предоставить неимущим слоям подобные возможности.

Глобализация и нищета

Глобализация должна дать неимущим слоям населения шанс, но часто ее результаты оказываются иными. Глобализация делает рынки более открытыми, но рынок способен давать выгоду лишь тем, кто входит в число его участников. Неимущие почти по определению исключены из их числа, кроме как на низшем уровне рыночной деятельности.

Рыночная экономика, основанная на использовании наемного труда, имеет тенденцию к повышению цен на основные товары и услуги, включая продукты питания, воду, жилье и энергию, в то время как заработная плата не может утнаться за ростом цен на товары даже низкой ценовой категории: для тех же, у кого нет заработка, и дешевые товары становятся недоступными. "Либерализация"

лизация" рынка предметов первой необходимости фактически привела людей к нищете, а не спасла их от этого бедствия. Цель рынка в увеличении прибыли, а не в борьбе с нищетой.

Возможности извлечения прибыли с участием неимущих слоев малы, а их возможности в этом плане еще меньше. Глобализация в нынешней ее форме способна увеличить занятость среди слоев населения с низким уровнем дохода. Но иногда эффект бывает обратным. Например, свободный рынок сельскохозяйственной продукции привел к концентрации хозяйственной деятельности, сделав нетоварные фермы нерентабельными.

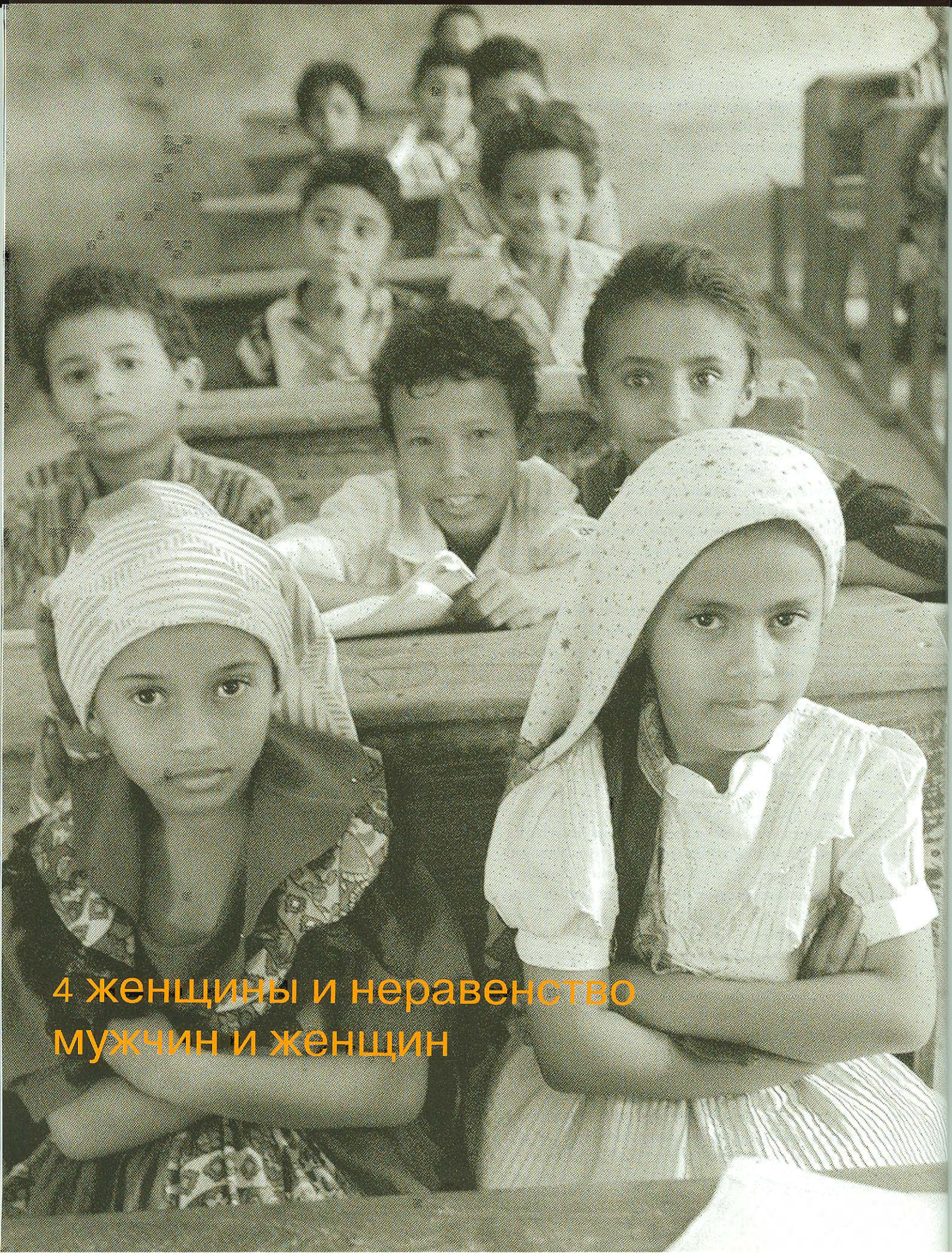
Многие сельскохозяйственные рабочие мигрируют в города, где их ожидает неопределенное будущее. Это может привести к диспропорциям среди женского населения там, где оно составляет значительную часть сельской рабочей силы. Глобализация открыла новые возможности перед женщинами на сельском рынке труда, но они связаны с многочисленными рисками и серьезными ограничениями на возможность их социального продвижения.

Одна из последствий глобализации видится также в быстрой передаче социально значимых товаров, например, лекарств и медицинских технологий, от одной обеспеченной группы населения к другой в масштабах отдельной страны. Но в целом пока глобализация оказывает слабое положительное влияние на расширение охраны здоровья, образования и предоставление иных социальных благ неимущим слоям населения. Более того, часто результат бывает обратным.

Под прикрытием необходимости экономической реструктуризации на развивающиеся страны оказывается значительное давление с тем, чтобы они сократили государственные расходы и делали упор на свободный рынок. Однако сокращение государственных расходов часто является неизбирательным и уменьшает поддержку таких государственных услуг, как образование и охрана здоровья, от которых особенно зависят неимущие слои населения. Свободный рынок просто не дает таких благ живущим в нищете людям, именно потому, что усилия по их предоставлению не приносят прибыли.

Неимущим слоям населения требуется такая проводимая в рамках глобализации политика, которые работала бы на них. Рекомендации в этой области выходят далеко за рамки данного отчета, однако следует отметить, что нужны новые подходы к проблемам задолженности, реструктуризации торговли и экономики, а также международной помощи. Проведенная в 2002 году конференция, посвященная финансированию Организацией Объединенных Наций процесса развития, выделила ряд важных потребностей и стратегических направлений.

Если проводимая в этих областях политика лишь увеличивает масштабы нищеты, это означает, что она отодвигает момент, когда "демографическое окно" откроется, а экономический рост и снижение рождаемости начнут содействовать друг другу. Для того, чтобы в полной мере воспользоваться возможностями, открывающимися благодаря глобализации, необходимо перевести часть ее достижений в социальные программы, которые непосредственно помогают неимущим слоям населения.



4 женщины и неравенство
мужчин и женщин

«Расширение прав и возможностей женщин и укрепление их самостоятельности, а также повышение их статуса, связанного с политической, социальной и экономической деятельностью и охраной здоровья, сами по себе являются важной целью, которая имеет основополагающее значение для достижения устойчивого развития. Необходимо обеспечить полное участие и наладить партнерские отношения как мужчин, так и женщин в производственной или продуктивной жизни, включая общую ответственность за уход за детьми и их воспитание и ведение домашнего хозяйства.»

— Международная конференция по народонаселению и развитию, 1994 год

«Равенство мужчин и женщин — это вопрос прав человека и одно из условий обеспечения социальной справедливости, а кроме того, оно является необходимым и основополагающим предварительным условием для достижения равенства, развития и мира.»

— четвертая Всемирная конференция по положению женщин, 1995 год

Семь лет назад на четвертой Всемирной конференции по положению женщин было отмечено такое явление, как «феминизация нищеты» и страны мира взяли на себя обязательство принять меры для обеспечения равенства мужчин и женщин и достигнуть социального развития в качестве одного из средств обращения вспять этой тенденции. Достигнут широкий официальный консенсус относительно того, что женщины и мужчины глубоко заинтересованы в экономическом и социальном развитии, а также что они должны принять участие в планировании и осуществлении стратегий в области искоренения нищеты.

После проведения Всемирной встречи Тысячелетия на высшем уровне в 2000 году обеспокоенность международного сообщества и системы Организации Объединенных Наций в связи с ликвидацией нищеты усилилась, однако попытки искоренить нищету среди женщин носят менее систематический характер.

Большее число женщин, чем мужчин живет в условиях нищеты и за последние десятилетия неравенство между ними, особенно в развивающихся странах, усилилось. Гендерные диспропорции в охране здоровья (см. главу 5) и образовании (глава 7) более заметны среди неимущих слоев населения, а также в бедных, чем в других странах, хотя разрыв между ними за последние 30 лет сократился.

Неравенство мужчин и женщин сохраняется потому, что общественные и юридические институты до сих пор не гарантируют равенства женщин в осуществлении их базовых юридических прав и прав человека, доступе к земле и другим ресурсам и контроле над ними, обеспечении занятости и получении доходов и участии в общественной и политической жизни. Эти диспропорции имеют серьезные последствия не только для самих женщин, но и для их семей и общества в целом.

В одном из недавно проведенных исследований было отмечено: «Гендерные предрассудки, укоренившиеся в существующих институтах, на рынках и в экономических процессах, по-прежнему не искоренены и они усиливаются благодаря некоторым

направлениям макроэкономической политики и стратегиям в области развития. В результате этого многие женщины лишаются прав и привилегий»¹.

Определение гендерного неравенства

Определение различий в доходе и потреблении — это обычный метод установления масштабов нищеты, однако, как правило, при сборе и представлении показателей гендерные особенности не учитываются.

Собранные данные показывают, какая доля населения не имеет достаточных доходов, однако они не отражают долю мужчин и женщин, относящуюся к этой категории.

Такие факторы, как возможности, питание, здоровье и распределение времени, могут иметь большее значение в качестве показателей различий благополучия мужчин и женщин. Некоторые социальные показатели, прежде всего показатели смертности взрослых и младенцев, могут иметь более значительные отличия от показателей дохода между женщинами, чем между мужчинами².

ПОКАЗАТЕЛИ НИЩЕТЫ В рамках деятельности по разработке показателя нищеты, учитывающего гендерные аспекты, было проведено сопоставление уровня доходов и потребления домашних хозяйств, возглавляемых женщинами, и домашних хозяйств, возглавляемых мужчинами³. Трудно сравнить эту работу из-за различий в применяемой методологии, однако в одном из обзоров было отмечено, что в 38 из 61 таких исследований было установлено, что наибольшее количество домашних хозяйств, возглавляемых женщинами, приходится на наименее благополучные слои населения⁴.

Более поразительный вывод заключается в том, что доля женщин, живущих в условиях нищеты в домашних хозяйствах, возглавляемых мужчинами, непропорционально велика, в то время как доля мужчин, живущих в условиях нищеты в домашних хозяйствах, возглавляемых женщинами, небольшая. Учитывая, что на домашние хозяйства, возглавляемые женщинами, приходится небольшая доля населения, их вклад в общие масштабы нищеты незначителен по сравнению с числом женщин, влекущих нищенское существование.

Такой подход имеет немало проблем, поскольку определения руководства женщинами домашних хозяйств, а также причины этого могут быть далеко не одинаковыми⁵. Одним из полезных альтернативных показателей, учитывающих гендерные особенности, является соотношение численности мужчин и женщин и уровня нищеты, числа женщин на 100 мужчин в наиболее бедной пятой части населения или населения, живущего ниже уровня бедности. Данные, отражающие положение в 90-е годы, показывают, что это соотношение далеко не одинаково и колеблется от 93 в Непале до 130 в Бангладеш и до 190 в Ботсване⁶.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ При подготовке одного показателя, определяющего неравенство мужчин и женщин в домашних хозяйствах, используются данные, полученные в 40 развивающихся странах⁷, а также четыре критерия: работает ли женщина за вознаграждение наличными: возраст женщины во время вступления в первый брак; различия в возрасте женщины и ее партнера; разница в продолжительности обучения.

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕИМУЩИХ ЖЕНЩИН В ИРАНЕ

Основной упор в программе оказания помощи ЮНФПА в Иране делается на пять наиболее лишенных, трудных для охвата и отдаленных районах, в которых зарегистрированы самые низкие показатели охраны здоровья и образования: провинции Систан и Балучестан, Бушехр, Голестан и Кордестан, а также Исламшахр и окрестности Тегерана.

Фонд осуществляет сотрудничество с Центром по обеспечению участия женщин в реализации экспериментального проекта обеспечения доходов для неимущих женщин в ряде деревень. В рамках механизма оборотного фонда женщины, являющиеся главами домашних хозяйств, получили займы для разведения скота, изготовления ковров, вышивания и ведения рыбного промысла.

Другая инициатива — совместный проект с организацией «Движение за ликвидацию неграмотности» включает в себя ликвидацию неграмотности и развитие навыков, а также просветительскую работу по охране репродуктивного здоровья. После завершения обучения женщины получают начальный капитал для ведения работы, по которой они прошли подготовку.

Показатель неравенства мужчин и женщин в обществе также составлялся на основе четырех критериев: различие веса мальчиков и девочек в возрасте до 5 лет; процентная доля девочек от общей численности детей в возрасте до 5 лет; различная доля вакцинаций девочек и мальчиков в возрасте до 5 лет; разница в продолжительности обучения взрослых мужчин и женщин.

Эти показатели свидетельствуют о том, что женщины, как правило, менее образованы, чем их мужья, при этом самая большая разница отмечена в Южной Азии и небольших странах Латинской Америки. В странах Южной Азии женщины выходят замуж в более молодом возрасте, а в Латинской Америке — в более взрослом. Самые заметные различия в предпочтительном отношении к рождению мальчиков и девочек в регионах также отмечены в Южной Африке, а наименьшие — в Латинской Америке. Кроме того, в Южной Азии мальчики находятся в более предпочтительном положении в отношении профилактики заболеваний, что свидетельствует о том, что в странах с низким статусом женщин предпочтение отдается детям мужского пола.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА На основе данных, полученных в результате проведения ряда исследований по политическим, этническим и гендерным правам, для более 100 стран в 1985 и 1990 годах⁸ были подготовлены показатели осуществления прав человека, составляющие от 1 (постоянная модель нарушения прав) до 4 (уважение свобод и прав) баллов. Из 40 подготовленных показателей, отражающих осуществление прав, несколько прав касаются равноправия мужчин и женщин в следующих сферах: политическое и юридическое равенство, социальное и экономическое равенство и равенство в браке и при разводах.

Эти показатели свидетельствуют о том, что после 1985 года сформировалась тенденция к равному осуществлению прав мужчинами и женщинами в большинстве регионов, однако женщины продолжают находиться в неблагоприятном положении по сравнению с мужчинами в осуществлении базовых прав и их статус

продолжает оставаться более низким. Что касается политических и юридических прав, то все развивающиеся страны оценены 2 (частые нарушения) и 3 (периодические нарушения) баллами.

В целом женщины находятся в более неблагоприятном положении в осуществлении социальных и экономических прав, чем юридических и политических, особенно это характерно для Южной Азии и стран Африки, расположенных к югу от Сахары. Исключением в этом отношении являются страны Восточной Европы и Центральной Азии, а также Восточной Азии и Тихоокеанского региона.

Наконец, показатели неравенства мужчин и женщин далеко не одинаковы в регионах, прежде всего это касается прав на вступление в брак и на развод. В Европе и Центральной Азии женщины испытывают относительно наибольшее равенство, а в Южной Азии, странах, расположенных к югу от Сахары, и на Ближнем Востоке и в Северной Африке сложилось прямо противоположное положение.

Указанные критерии отражают связь между неравенством мужчин и женщин и охраной репродуктивного здоровья женщин, а также здоровья и питания их детей. В Египте высокие баллы, отражающие принятие решений и свободу передвижения, связаны с высокой вероятностью использования противозачаточных средств⁹, а расширение прав и возможностей женщин стало результатом повышения показателя выживаемости младенцев и их полной иммунизации.

Экономическое неравенство

ОПЛАЧИВАЕМЫЙ И НЕОПЛАЧИВАЕМЫЙ ТРУД Во многих развивающихся странах женщины занимаются сельскохозяйственным производством и работой на рынке, а также выполняют ряд неоплачиваемых и не связанных с рынком функций. Неоплачиваемая работа включает в себя широкий круг мероприятий, начиная от ухода за детьми, престарелыми и больными и кончая производством средств к существованию и домашнюю работу, которая в развивающихся странах может включать в себя походы на многие километры для сбора древесины для отопления и воды¹⁰.

В проведенных недавно обследованиях использования времени показано, что по меньшей мере половина времени всей работы женщин приходится на неоплачиваемый труд. Данные из девяти развивающихся стран свидетельствуют о еще более существенных различиях, когда женщины в среднем расходуют 34 процента своего времени на оплачиваемую рыночную работу, а 66 процентов на неоплачиваемую работу, в то время как аналогичные показатели для мужчин составляют, соответственно, 76 и 24 процента¹¹.

В сельских районах Непала мужчины расходуют на рыночный труд восемь часов в день и лишь два часа в день на домашнее производство, однако женщины работают 7,4 часа за вознаграждение и пять часов бесплатно в домашних условиях. Часто женщины совмещают такие виды деятельности, как уход за детьми с работой по дому или в поле¹².

Проведенные в 31 развитых и развивающихся странах исследования количества времени, которое женщины и мужчины

расходуют на рыночную и нерыночную деятельность¹³, показали следующее:

- Почти в каждой стране женщины работают в течение более продолжительного периода, чем мужчины. Что касается общего объема работы, то на женщин в развивающихся странах приходится 53 процента, а в промышленно развитых — 51 процент.
- Из общего времени работы мужчин в промышленно развитых странах приблизительно две трети расходуются на оплачиваемую работу, а одна треть на неоплачиваемую деятельность; для женщин эти показатели являются прямо противоположными. В развивающихся странах более чем три четвертых объема работы мужчин учитывается в счетах национального дохода.
- Женщины с низким уровнем дохода работают более продолжительное время в ущерб своему здоровью и питанию по сравнению с женщинами с высоким уровнем дохода¹⁴.

Когда время, расходуемое на домашнее производство, включается в расчеты, то определяется, что женщины обеспечивают от 40 до 60 процентов доходов домашних хозяйств.

Нерыночное производство женщин — это крайне важный элемент в определении качества жизни, который оказывает непосредственное воздействие на здоровье, развитие и общее благополучие детей и других членов домашних хозяйств. Однако голоса женщин и их жизненный опыт — женщин-трудящихся (работающих за плату и бесплатно), граждан или потребителей — все еще в достаточной мере не учитывается в дискуссиях по вопросу о финансах и развитии¹⁵.

ПОСЛЕДСТВИЯ «НЕВИДИМОСТИ» Различия в моделях работы мужчин и женщин и «невидимости» неоплачиваемого тру-

да, который не учитывается в национальных счетах, приводят к тому, что женщины получают меньшую по размеру заработную плату, чем мужчины. Такое неравенство, в свою очередь, увековечивает пробелы в имеющихся у мужчин и женщин возможностях.

Например, когда девочки достигают подросткового возраста, как правило предполагается, что они будут расходовать больше времени на работу в домашних хозяйствах, в то время как мальчики будут расходовать больше времени на работу на фермах и производственных предприятиях. К тому времени, когда девочки и мальчики становятся взрослыми, женщины обычно работают более продолжительное время, чем мужчины, имеют меньший производственный опыт и меньшие заработки¹⁶.

Это имеет последствия для инвестиций в целях обеспечения благ для последующего поколения. Если родители считают, что у дочерей меньше возможностей зарабатывать деньги, они не захотят инвестировать средства в их образование, и это — самый короткий путь к нищете женщин¹⁷.

ДВОЙНОЕ ВРЕМЯ Все больше женщин работают за плату в промышленности и в сфере оказания услуг. В большинстве развивающихся стран все большее число женщин становятся работодателями или же заняты собственным делом, главным образом в сельском хозяйстве и мелких и микропредприятиях неформального сектора¹⁸. Однако выход на рынок труда может оставить женщин бедными как с точки зрения времени, так и денег. Они в два раза больше заняты на работе и дома. Часто они получают меньше, чем мужчины за одинаковую работу и имеют меньше возможностей улучшить свои навыки.

Кроме того, неоплачиваемый труд женщин и потребность в нерыночных товарах и услугах расширяются с экономическими потрясениями, такими, например, как потрясения, связанные с экономической перестройкой или пандемией ВИЧ/СПИДа, когда правительства сокращают объем оказываемых социальных

ДОХОДЫ И УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛАОССКИХ ЖЕНЩИН

В настоящее время вклад женщин в развитие экономики одной из деревень в Лаосе рассматривается как важный, равно как и роль женщин в качестве матерей и жен, что было достигнуто благодаря помощи ЮНФПА. Сегодня жители деревни имеют доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья благодаря усилиям Фонда и его национальных партнеров Союза лаосских женщин и Министерства здравоохранения.

Бан Бо Пьет — это деревня, насчитывающая 54 домашних хозяйства, в одном из наиболее недоступных горных районов Лаосской Народно-Демократической Республики. Она была заселена в 1993 году группой населения, которая ранее вела кочевой образ жизни и практиковала ведение хозяйства на основе самообеспечения с использованием метода выжигания земель для их

преобразования в сельскохозяйственные угодья. Были широко распространены нищета и недоедание. Сельскохозяйственное производство медленно изменяет коммерческое производство, в том числе выращивание риса и свиней.

ЮНФПА оказал помощь в предоставлении начального капитала, с тем чтобы женщины общины могли начать выращивание кардамона, являющегося стойкой к воздействию экологических факторов культурой. В деревне работают два добровольца, оказывающие помощь в охране репродуктивного здоровья, которые предоставляют информацию и услуги, включающие в себя консультации по вопросам планирования семьи. Один из них участвовал в учебном курсе по охране гендерного и репродуктивного здоровья, организованном Союзом женщин при поддержке ЮНФПА.

«Прежде чем я стала добровольцем, никто в моей деревне не знал о планировании семьи,

гендерных вопросах или участии мужчин в жизни общества», — говорит она. «Мы выходили замуж в очень молодом возрасте, делали всю домашнюю работу и у нас не было времени для самих себя или же для оказания помощи для работы в полях, особенно потому, что у нас было много детей. Сейчас мы располагаем информацией о профилактике ВИЧ/СПИДа, методах планирования семьи, а также о том, какая медицинская помощь может быть оказана. Мы делаем все возможное для того, чтобы создать для наших мужей стимулы оказывать нам помощь дома».

«Все мы поддерживаем программу по охране репродуктивного здоровья, так как она помогает нам разорвать порочный круг нищеты», — говорит вождь этой деревни. «Мы хорошо понимаем, что улучшение состояния здоровья женщин связано с уменьшением размера семей и лучшим питанием наших детей».

услуг или же когда их рыночная стоимость становится недоступной. Неимущие женщины выполняют больший объем неоплачиваемого труда, работают более продолжительное время и соглашаются на унижающие человеческое достоинство условия труда в период кризисов лишь для того, чтобы обеспечить выживание своих семей¹⁹.

ДОСТУП К РЕСУРСАМ Сегодня женщины имеют больше возможностей инвестировать в развитие «человеческого капитала» такого, как образование и здравоохранение, и использовать его, однако в последние годы достигнут меньший прогресс в обеспечении их доступа к природному и физическому капиталу, такому, как деньги и земля. Это имеет неблагоприятные последствия как на индивидуальном уровне, так и на уровне домашних хозяйств.

ОТНОШЕНИЯ В ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВАХ Многие решения о распределении ресурсов между мужчинами и женщинами принимаются в семьях. Это не простой процесс; он включает в себя переговоры и использование авторитета, который в свою очередь в значительной мере формируется с учетом социальных условий.

Частично контроль за ресурсами определяется на основе того, какой вклад отдельный человек вносит в укрепление домашних хозяйств: физические активы, заработная плата или другие источники поступлений, перевод финансовых средств или же социальные пособия. Угроза выхода из домашнего хозяйства может быть реальной. И эта угроза чаще всего используется мужчинами в отношении жен, дочерей и других родственников.

Некоторые внешние факторы, такие, например, как юридические права и поддержка общин, могут способствовать расширению практики совместного принятия решений. Членство в организациях и доступ к различным социальным сетям и другим формам «общественного капитала» может способствовать закреплению положения женщин в домашних хозяйствах.

Многие факторы взаимосвязаны, такие, например, как знание личных прав и их уверенное осуществление. Значительным преимуществом в этом отношении является образование. Преимуществом также является и физическая сила.

Проведенные недавно обследования Международным научно-исследовательским институтом продовольственной политики свидетельствуют о том, что активы в браке оказывают воздействие на способность отстаивать свои интересы в поддержании супружеских отношений. В пяти развивающихся странах, в которые были проведены исследования, а именно в Бангладеш, Эфиопии, Гане, на Филиппинах и в Южной Африке, мужчины вносят больший вклад в брак в плане земли и активов, чем их жены. В большинстве указанных стран продолжительность обучения мужчин была больше, чем продолжительность образования их жен.

Однако вклад женщин может также обеспечить определенную независимость и оказать влияние на принятие решение в домашних хозяйствах, особенно решений в отношении продовольствия, образования, охраны здоровья и одежды детей. Даже в тех случаях, когда мужья контролируют основную часть ресурсов, как, например в Бангладеш, активы женщин позитивно воз-

действуют на расходование средств на одежду и образование детей, а также на уменьшение уровня заболеваемости девочек.

УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Программы, способствующие сокращению неравенства мужчин и женщин, могут в значительной мере повысить благосостояние отдельных лиц и семей, а также темпы национального экономического роста.

Если бы в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, Южной Азии и Западной Азии, были такие же показатели обучения лиц мужского и женского пола в школах, как в Восточной Азии в 1960 году, а также, если бы не было разрыва в уровне, достигнутом в Восточной Азии в период с 1960 по 1992 год, показатель их доходов на душу населения мог бы увеличиваться на 0,5–0,9 процента в год, т.е. значительно больше по сравнению с фактическими темпами прироста, составляющими 0,7 процента в год для стран Африки, расположенных к югу от Сахары, 1,7 процента в Южной Азии и 2,2 процента в Западной Азии²⁰.

В проведенном Научно-исследовательским институтом по продовольственной политике исследовании показано, что сокращение неравенства в домашних хозяйствах на основе уравнивания «человеческого капитала», земли и вводимых ресурсов, используемых женщинами, могут увеличить урожайность на 20–25 процентов²¹. В Кении благодаря получению женщинами такого же образования, как и мужчинами, и предоставлению им таких же ресурсов урожайность увеличилась на 22 процента²².

ИНИЦИАТИВЫ В ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ Предоставление стипендий девочкам и программы стимулирования в целях повышения показателей приема девочек в учебные заведения, как, например, в Бангладеш и Мексике, способствуют тому, что родители отдают своих дочерей учиться.

Эта программа оказала существенное воздействие на такие факторы, как получение дохода, образование, питание, охрана здоровья и расширение прав и возможностей женщин. Показатели приема мальчиков в школу (особенно на уровне выше начальной школы) увеличились благодаря тому, что сократился объем их работы в домашних хозяйствах. Показатели приема девочек в средние школы увеличился на 14 процентов.

Повышение качества образования женщин способствует также сокращению показателя недоедания детей. В проведенном недавно исследовании показано, что повышение уровня образования женщин в значительной мере способствовало сокращению показателя недоедания детей и именно благодаря образованию женщин показатель недоедания удалось сократить на 43 процента. Улучшение положения в области наличия продовольствия также способствовало этому²³.

Сокращение гендерного разрыва в образовании содействует сокращению показателя сокращения фертильности и повышению показателя выживаемости детей²⁴. В одном из исследований было установлено, что благодаря одному дополнительному году обучения женщин общий показатель фертильности сократился на 0,23 рождений²⁵ при том, что без этого дополнительного года он составлял 0,32 рождений²⁶.

В странах, где у девочек в два раза меньше возможностей учиться в школах, чем у мальчиков, средний показатель детской

смертности больше на 21,1 на 1000 живорождений, чем в странах, где такого разрыва не существует²⁷.

КРЕДИТЫ И РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

ЖЕНЩИН Частично успех осуществляемых на групповой основе программ кредитования, таких, например, как программа «Граммин бэнк» объясняется механизмом предоставления кредитов и поддержки, предусматривающего расширение прав и возможностей отдельных женщин. Успешно действующие НПО разработали четкие цели в области расширения прав и возможностей, предусматривающие не только экономические аспекты, но и понимание юридических вопросов, участие в политической жизни и использование противозачаточных средств.

УПРАВЛЕНИЕ Достижение равенства между мужчинами и женщинами предусматривает также обеспечение того, чтобы женщины были в полной мере представлены на всех уровнях принятия решений. Женщины должны быть в состоянии участвовать непосредственно в разработке политики в области налогообложения, охраны здоровья, труда, землепользования и составления бюджетов, а также в привлечении сотрудников директивных органов к ответственности за их работу.

Достижение равенства мужчин и женщин может повысить эффективность управления. В некоторых работах отмечается, что женщины реже причастны к таким явлениям, как взяточничество²⁸. Межстрановая информация, полученная из 98 стран как с высоким, так и с низким уровнями доходов, свидетельствует о том, что зарегистрировано меньше случаев коррупции, когда женщины занимают большее количество парламентских мест и руководящих мест в государственных органах, а также составляют основную долю трудовой силы.

Наиболее заметное в этом отношении явление было отмечено в Южной Африке, где в результате первых выборов после искоренения апартеида доля женщин-членов национального парламента увеличилась с 1 до 30 процентов. Результатом этого стали новые мероприятия, учитывающие гендерные аспекты, такие, например, как «гендерный бюджет», в рамках которого изучается воздействие государственных расходов и потуплений на женщин и мужчин, что свидетельствует об активизации участия женщин в жизни общества.

ВИЧ, нищета и неравенство мужчин и женщин

Двадцать лет назад в начале эпидемии ВИЧ/СПИДа случаи инфицирования женщин были редкими. К 1997 году во всем мире 41 процент взрослых, имевших позитивную реакцию на ВИЧ, были женщинами. К концу 2001 года этот показатель составил почти 50, а в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, он составил 55 процентов²⁹.

В настоящее время сотрудники директивных органов признают, что женщины инфицируются по той простой причине, что они женщины. В 2001 году премьер-министр Мозамбика др Паскваль Мокумбу сообщил, что общий показатель инфекции среди девочек и молодых женщин в его стране в два раза превышает аналогичный показатель для мальчиков, при этом он заявил: «Это объясняется не тем, что они неразборчивы в связях, а тем, что почти каждые три из пяти девушек выходят замуж к 18 годам, причем 40 процентов из них выходит замуж за мужчин

13

ПРЕДУБЕЖДЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ? Ощущается ли отсутствие равноправия между мужчинами и женщинами в кормлении детей? Имеется самая различная информация по этому вопросу. В Южной Африке, а также в некоторых районах Китая сложилось предубежденное отношение к питанию женщин, однако такое отношение уменьшается. Демографические и медицинские обследования, проведенные в 40 развивающихся странах, не дают никакой информации о лучшем питании мальчиков, за исключением Бангладеш и Непала.

14

СОДЕЙСТВИЕ ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, ПИТАНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ И УКРЕПЛЕНИЮ

ЧУВСТВА СОБСТВЕННОГО ДОСТОИНСТВА В рамках программы «ПРОГРЕССА» (Национальная программа в области образования, охраны здоровья и питания) проводится просветительская работа среди мексиканских женщин по вопросам, касающимся охраны здоровья и питания, создаются условия для общения с другими женщинами, девушки получают информацию о том, как улучшить их положение в будущем, а также укрепляется чувство их собственного достоинства и уверенность в себе. Осуществление программы началось в 1997 году в рамках общественных усилий по борьбе с крайней нищетой в сельских районах Мексики.

Программа «ПРОГРЕССА», бюджет которой составляет 500 млн. долл. США, предусматривает оказание финансовой помощи, предоставление продуктов питания, субсидий на образование и оказание базовых медицинских услуг бедным семьям по меньшей мере в течение трех лет подряд. Одно из новшеств заключается в предоставлении финансовых средств непосредственно женщинам, благодаря чему они контролируют дополнительный объем ресурсов и получают большую свободу для деятельности.

значительно более зрелого возраста, имеющих богатый сексуальный опыт, которые передают ВИЧ/СПИД своим женам. В этой ситуации воздержание от половой жизни не является выходом из создавшегося трудного положения. Те, кто пытается убедить применять противозачаточные средства, как правило, становятся жертвами насилия или непонимания.

Д-р Мокумбу считает, что невозможно принять никаких эффективных мер в отношении пандемии, если лидеры стран Африки, расположенных к югу от Сахары, не признают, что основным средством распространения СПИДа является опасный гетеросексуальный секс. Это выходит за рамки медицинских вопросов, заявил он, так как «в отличие от инфекционных заболеваний, с которыми мы часто сталкивались в прошлом, ВИЧ/СПИД — это болезнь, передаваемая путем наиболее интимных и частных взаимоотношений между людьми, через сексуальное насилие и коммерческий секс; причинами распространения пандемии являются нищета и неравенство женщин»³⁰.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ФАКТОРЫ РИСКА Гендерное неравенство лишает женщин возможности отказаться от рискованной практики, ее результатами являются принудительный секс и сексуальное насилие, а также то, что женщины не получают адекватной информации по вопросам профилактики, и в ре-

ОХВАТ КРЕДИТАМИ ЖЕНЩИН В БАНГЛАДЕШ

Некоторые НПО в Бангладеш предоставляют кредиты женщинам. Банк «Граммин банк» и Комитет по развитию сельских районов Бангладеш способствовали улучшению мобильности женщин, укреплению их экономической безопасности, улучшению контроля в отношении доходов и активов, политических и юридических знаний и участию в актах протеста общественности и политических кампаниях.

Эти программы способствовали повышению спроса на противозачаточные средства, а также помогли женщинам преодолеть препятствия, стоявшие на пути их использования. Как Банк «Граммин банк», так и Комитет по развитию сельских районов Бангладеш имеют просветительские программы по вопросам планирования семьи, а

«Граммин банк» разработал программу из 16 решений, одно из которых предусматривает, что размер семьи должен быть небольшим. Ни Банк, ни Институт не оказывали услуг в области планирования семьи (хотя недавно Институт приступил к выделению населению противозачаточных средств), но как представляется, это имеет менее важное значение, чем последствия расширения экономических прав и возможностей для женщин.

Предоставление кредитов создает для женщин стимулы, несмотря на дополнительную работу, которую они влекут за собой: они в большей мере осознают возможности своей самореализации и более серьезное отношение к ним со стороны других членов семей и общин. Как представляется, последствия этого для фертильности дополняют воздействие программ в области планирования се-

мы и других мероприятий по охране здоровья.

Программы микрокредитования оказывают более существенное воздействие в случае, если женщины получают кредиты: женщины, берущие кредиты, оказывают существенное воздействие на семь из восьми следующих показателей: учеба в школах мальчиков и девочек; труд женщин и мужчин; общие расходы домашних хозяйств; использование противозачаточных средств; фертильность и стоимость активов женщин, за исключением земли. В противоположность этому мужчины, берущие кредиты, оказали воздействие лишь на три из восьми показателей. Показатели потребления домашними хозяйствами увеличились на 18 така на каждые 100 така, выделенные в качестве кредита женщине, и на 11 така на каждые 100 така кредита, предоставленного мужчине.

в результате этого женщины не получают в достаточном объеме медицинских услуг и лечения, способствующего спасению их жизни, а кроме того, на них ложится тяжелое бремя ухода за больными и умирающими.

«Действительно женщины являются наиболее уязвимыми жертвами этой пандемии... До тех пор, пока в значительной мере не улучшится положение, связанное с равноправием мужчин и женщин, на женщин всегда будет приходиться большая часть новых инфекций», заявил журналисту в конце 2001 года Стивен Льюис, Специальный посланник Генерального секретаря Организации Объединенных Наций Кофи Аннана по ВИЧ/СПИДу в Африке³¹.

Определенная в социальном плане роль женщин и мужчин устанавливает различия между женщинами и мужчинами в доступе к продуктивным ресурсам и процессу принятия решений. Имеются различия между обществами, однако какой бы ни была инфраструктура, согласно заявлению Льюиса, основой этого всегда является неравный силовой баланс в гендерных отношениях в пользу мужчин. Поэтому, согласно его заявлению, по-прежнему в мире миллионы женщин являются жертвами сексуальной эксплуатации и вынуждены вести опасную половую жизнь, не применяя противозачаточных средств, при этом «они не могут сказать «нет» и не имеют права на обсуждение вопросов, касающихся половых отношений».

Против женщин работает также биология: психология женщин в большей мере уязвима к воздействию ВИЧ и других болезней, передаваемых половым путем. Инфекции половых путей у женщин, способствующих инфекции ВИЧ, легче передаются и их сложнее диагностировать. Опасность этого повышают вагинальные соскабливания и порезы, являющиеся результатом секса с применением насилия или принудительного секса.

НЕОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СЕКСУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ Во многих обществах сформировавшаяся культура предусматривает, что «хорошие» женщины не осведомлены о сексе и играют пассивную роль в сексуальных отношениях. Это усложняет по-

лучение женщинами информации об уменьшении связанного с этим риска и еще в большей мере усложняет обсуждение ими вопроса о безопасном сексе и использовании противозачаточных средств даже в том случае, если они обладают соответствующей информацией³². В ходе проведенного в Замбии исследования было установлено, что лишь 11 процентов опрошенных женщин считают, что замужняя женщина может обратиться с просьбой к своему мужу использовать презерватив даже в том случае, если она знает, что он пользовался услугами проституток и, возможно, инфицирован.

Особенно уязвимыми являются молодые женщины, которые имеют меньше всего информации. В 17 проведенных в африканских странах обследованиях указывается, что свыше половины девочек не знают о способах защиты от ВИЧ³³. Однако имеется немало свидетельств того, что девочки-подростки ведут активную половую жизнь до замужества, о чем заявило большое число подростков, не посещающих школу потому, что они беременны. Синдром «богатого поклонника», пока не получивший широкого распространения, хотя о нем много говорят, не отвечает интересам молодых женщин. Показатели инфицирования ВИЧ среди молодых африканских женщин в возрасте от 15 до 19 лет в некоторых городских районах в пять-шесть раз выше, чем аналогичные показатели для молодых мужчин³⁴.

Строгие нормы девственности и верности, применяемые в отношении женщин (но не мужчин), а также «стыд», сдерживающие открытое обсуждение сексуальных вопросов, препятствуют тому, чтобы женщины обращались с просьбами о защите, лечении или даже информации о болезнях, передаваемых половым путем, и прежде всего ВИЧ/СПИДе.

КЛЕЙМО ПОЗОРА Семья мужа и община в целом могут обвинять вдову в его смерти и многие отказываются от оказания вдове и ее детям обычной в этой ситуации поддержки. Закон может разрешить женщине наследовать землю и собственность ее мужа, однако на практике верховенство в этом отношении имеют местные и традиционные правила. Клеймо позо-

ра в сочетании со страхом явились даже причиной линчевания женщин, когда у них обнаруживали заболевания, или же, как в случае с южноафриканской девушкой Гуту Дхаламини, мужественно заявившей о том, что она инфицирована ВИЧ³⁵. Для многих ни в чем не повинных женщин и их детей результаты были трагичными.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ Экономическая зависимость женщин повышает их уязвимость к ВИЧ. Хотя женщины являются основными производителями продовольствия в большинстве стран Африки, они могут не обладать правами на землю, на которой ни работают, и на товары, которые они производят. Практика наследования может зависеть от сложившихся местных традиций и отвечать интересам родственников мужа.

Нищета и экономическая зависимость делают невозможным для многих женщин обсуждение условий их взаимоотношений. Это может заставить их смириться с рутинной практикой насилия в семье, которая повышает шансы заражения ВИЧ/СПИДом и сдерживает их тестирование и лечение. Не имея недостаточных возможностей для обеспечения средств существования без поддержки мужчин, многие женщины вынуждены использовать секс для получения ресурсов, что повышает риск для них, а также для мужчин, с которыми они вступают в контакт.

ДВОЙНОЙ СТАНДАРТ Силловые диспропорции ограничивают свободу женщин в других отношениях. В исследовании, проведенном в Танзании в 1999 году, было показано, что, хотя мужчины добровольно обращались за консультациями и пытались провести тестирование без согласования этого со своими женами, женщины считали необходимым проконсультироваться по этому поводу с мужьями³⁶. В первоначальных африканских исследованиях показано, что, когда становятся доступными услуги по лечению ретровируса, основное внимание медицинские учреждения уделяют мужчинам.

Предполагается, что женщины проявляют целомудренность и верность в уходе за своими больными родителями и детьми, поддержке их семей и оказании помощи умирающим. Однако сами они лишены поддержки, информации и лечения, которые бы могли спасти их жизнь.

Такое трагическое положение женщин не изменяется на протяжении многих поколений. Часто матери обнаруживают, что они инфицированы ВИЧ лишь после визита в женскую консультацию. Риск передачи инфекции от матери ребенку высок, однако женщины не получают достаточной поддержки в деле уменьшения этого риска, а именно они лишены соответствующего лечения, и консультаций относительно альтернативных рисков, связанных с грудным вскармливанием или использованием заменителей грудного молока.

Продолжительность предлагаемого лечения невелика и его целью является предупреждение инфекции у младенцев, в результате чего матери сталкиваются с возможностями того, что они умрут и это заставляет беспокоиться их о судьбе детей, оставшихся сиротами. Дети младшего возраста, матери которых умерли от какого-либо заболевания, имеют значительно больше шансов умереть сами; их риск после смерти родителей в результате СПИДа может быть выше из-за сложившихся стереотипов и возможностей того, что сами они могут быть инфицированы.

Конфликтные ситуации, когда изнасилование используется в качестве оружия войны, способствуют распространению пандемии, так как вирус распространяется в результате изнасилований. В настоящее время в Руанде многие женщины, которые подверглись изнасилованиям в период геноцида, умирают от СПИДа, т.е. геноцид в отношении них продолжается.

ПРИНЯТИЕ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН Расширение прав и возможностей женщин — это ключевой элемент решения проблем, связанных с пандемией, предупреждением ее дальнейшего распространения и сокращением количества случаев новых инфекций. Сейчас как никогда ранее необходимо защитить и улучшить охрану здоровья женщин, включая охрану их репродуктивного здоровья, и предоставить информацию и услуги для этого; уменьшить разрыв в показателях образования между женщинами и мужчинами и сделать образование универсальным; расширить доступ женщин к экономическим ресурсам, активизировать их участие в политической жизни, обеспечить их защиту от насилия и создать для них условия для осуществления их прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и самоопределения. Эти цели предусматривают реальные и равные партнерские отношения с мужчинами. Они представляются амбициозными, но в то же время реальными и крайне необходимыми.

Глобальное сообщество разработало комплекс планов для решения проблем, связанных с неравенством. Их рекомендации лежат в основе Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Программы действий МКНР и Платформы действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин и их пятилетних обзоров. Многие рекомендации включены в цели в области развития на рубеже тысячелетия. Ускоряют ли страны осуществление указанных рекомендаций и предоставит ли международное сообщество дополнительные ресурсы для этого?

5 Здоровье и бедность



“В развивающихся странах самый страшный враг здоровья людей – бедность.”

-Генеральный Секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан, из обращения к Всемирной ассамблее здравоохранения 2001 года

Бедные люди намного чаще бывают больны, чем здоровы. Их уровень здоровья и благосостояния в целом ниже. Они в большей степени подвержены инфекционным заболеваниям¹ и обладают меньшей сопротивляемостью им. У них более высокая вероятность жить и работать в опасных для здоровья условиях. У них меньше пищи и ограничен доступ к чистой воде.² Их жилище хуже защищает от непогоды и чаще бывает перенаселенным.

У них меньше возможностей получить доступ к здравоохранению, а предоставляемое им обслуживание – низкого качества и не отвечает их нуждам. Врачи и средний медперсонал уделяют им меньше внимания и времени. У них меньше шансов полностью выздороветь, и умирают они раньше. Кроме того, они имеют более высокую вероятность еще глубже погрязнуть в нищете из-за потерь рабочего времени в результате недугов и самой стоимости лечения.

В рамках проводившегося в 41 стране обследования проживающие в условиях бедности люди наиболее часто ссылались на болезни как на причину нужды и дальнейшего падения в пропасть нищеты.³ Постоянный страх вызывает угроза потери работы и доходов. Многих из стоящих у порога бедности людей от нищеты отделяет лишь серьезное заболевание, а те же, кто живут в бедности, вплотную приблизились к нищете. По мнению неимущих слоев населения, слабое здоровье, болезни и бедность неразрывно связаны.⁴

Более бедные люди с более низким уровнем образования имеют более высокую вероятность выполнять требующую больших физических усилий работу, хотя они физически менее пригодны для нее,⁵ причем на их здоровье пагубно сказывается неполноценное питание.

16

БЕДНОСТЬ УБИВАЕТ Во всем мире наблюдается жесткая связь между нищетой и неудовлетворительным состоянием здоровья: в наименее развитых странах средняя продолжительность жизни составляет всего лишь 49 лет, причем каждый десятый ребенок не доживает до своего первого дня рождения. Напротив, в странах с высоким уровнем доходов средняя продолжительность жизни достигает 77 лет, а показатель детской смертности составляет шесть на 1.000 живых новорожденных.

Жизненно важной составляющей обобщенной характеристики здоровья в целом⁶ является репродуктивное здоровье. Более двадцати процентов всех заболеваний среди женщин репродуктивного возраста связана с сексуальными отношениями и выполнением репродуктивной функции. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, этот показатель составляет 40 процентов.⁷

Ввергнувшей множество семей в нищету болезнью бедности стал СПИД. В 1990-х годах в Африке СПИД привел к сокращению годовых темпов роста в пересчете на душу населения приблизительно на 0,8 процента. Статистические модели предвещают мрачное будущее. Через два десятилетия в наиболее подверженных этому заболеванию странах уровень развития экономики может оказаться на 20-40 процентов ниже, чем был бы достигнут, если бы не СПИД.⁸

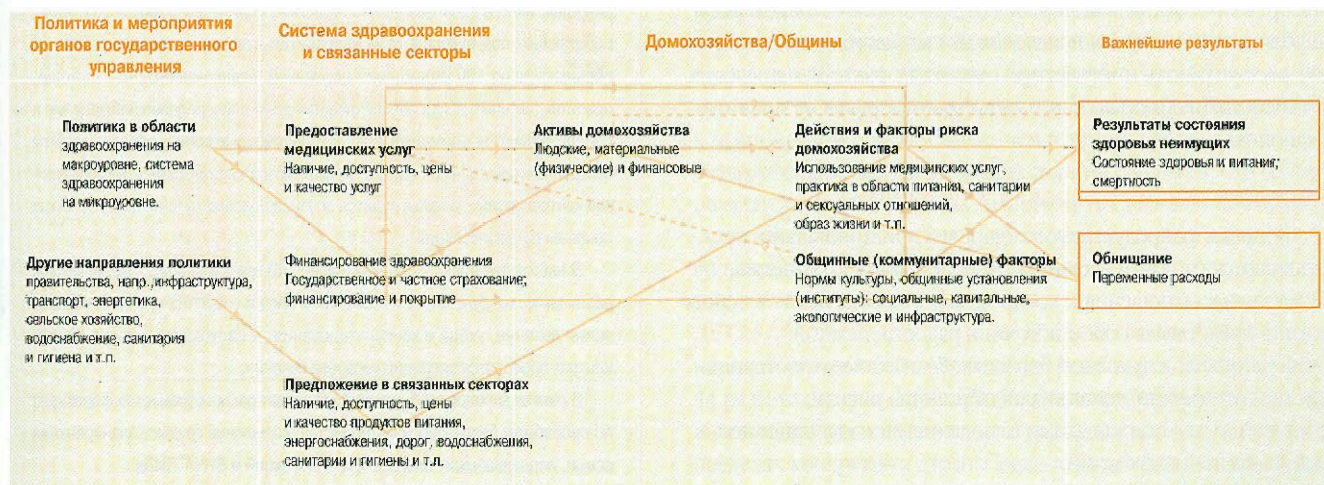
ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОСОСТОЯНИЕ ВНЕ КАТЕГОРИИ ДОХОДА

Между здоровьем и бедностью существует принципиальная взаимосвязь. “Живущие в условиях бедности люди определяют бедность традиционно – как отсутствие доходов, но одновременно и как отсутствие стабильности, ощущение тревоги, стыда, слабости, унижения и бессилия.”⁹

Неимущие признают наличие множества аспектов здоровья: “Крепкое здоровье идентифицируется как центральная составляющая хорошего качества жизни. В предложенных ими описани-

Диаграмма 3: Факторы, определяющие результаты в области здравоохранения

Среди различных групп населения на риски здоровью и подверженность заболеваниям влияют биологические, культурные, экологические, социальные и институциональные факторы. Определить сферу, где необходимо приложить особые усилия, позволяет описание различий в результатах по уровню здоровья среди более богатых и более бедных подгрупп.



Источник: Всемирный Банк

ях благосостояния можно выявить три различных типа: материальное благополучие, зачастую определяемое как наличие "достатка"; физическое благополучие, как наличие физической силы, крепкого здоровья и внешней привлекательности; и социальное благополучие, которое предполагает наличие детей и заботу о них, чувство самоуважения, ощущение безопасности и уверенности в будущем, наличие свободы выбора и действий, а также возможности оказать помощь другим.¹¹⁰

Раннее деторождение в браке позволяет определить социальное благополучие, при этом деторождение является предметом почти всеобщего ожидания среди бедных слоев населения в развивающихся странах (более 90 процентов первых родов приходится на первый год супружеской жизни). Лишь в последующие годы жизни и далеко не во всех обществах распределение интервалов между родами и ограничение числа детей признаются и приветствуются в целом как составляющая социального благополучия.

И прежде чем это положение изменится, должно пройти определенное время. Молодежь из бедных слоев, независимо от того, находится ли она в браке или нет, имеет более ограниченные возможности доступа к средствам планирования семьи, чем их старшие братья и сестры или более состоятельные сверстники. Перенос сроков вступления в брак и первых родов на будущее имеет место при наличии более высокого уровня просвещения и признания обществом более широких прав выбора у молодых женщин.

Бедные зачастую берут себе партнеров в начале жизни. Молодые женщины из неимущих слоев сталкиваются с более высокой вероятностью быть соблазненной или принужденной к вступлению в свой первый сексуальный контакт, чем их сверстницы из состоятельных групп населения. Они (а также их семьи и общины) вероятнее будут рассматривать наличие детей как источник уважения. Для неимущих, чьи потребности требуют непосредственного удовлетворения, высокие барьеры на пути к образованию, возможно, приводят к тому, что перспективы вознаграждения в будущем представляются им довольно отдаленными.

В общинах, где планирование семьи не пользуется полным признанием, деторождение и размер семьи представляются непреклонными условиями, в рамках которых люди делают иной выбор. Только когда люди признают, что они в состоянии регулировать число и время появления на свет своих детей, они начинают рассматривать многодетную семью как фактор уменьшения благосостояния и ссылаются на многодетность как на причину бедности.

Репродуктивное здоровье и бедность

Вопросы репродуктивного здоровья принципиально отличаются от почти всех иных проблем здравоохранения. Сексуальные отношения и воспроизводство рода лежат в основе жизни, представляя собой источник радости, нежной привязанности и духовной близости. Если оставить в стороне эмоции, то именно женщины подвергаются рискам, сопряженным с сексуальными отношениями и выполнением репродуктивных функций.

ПОПРАННЫЕ ПРАВА Еще одним фактором

незащищенности, который присущ жизни в условиях бедности, является тревога о своем репродуктивном здоровье, особенно, у женщин. При отсутствии планирования семьи – получить доступ к которому у женщин из неимущих слоев шансов меньше, чем у женщин из состоятельных групп, – риск

17

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОЙ БЕДНОТЫ В БАНГЛАДЕШ

Численность городского населения Бангладеш возрастает на 6 процентов в год, в три раза превышая темпы общенационального прироста населения. Наиболее быстрые темпы роста наблюдаются в районах трущоб, где плотность населения составляет приблизительно 225.000 человек на квадратный километр. Половина обитателей трущоб – бедняки; 30 процентов из них классифицируются как "перманентные" бедные.

Ускоренная урбанизация привела к деградации окружающей среды и ухудшению состояния здоровья. Заболеваемость диареей в перенаселенных трущобах Даки и Читтагонга почти в два раза превышает аналогичный показатель в сельской местности. Также шире распространены такие явления, как недоедание, туберкулез, заболевания, которые можно предотвратить при помощи прививок, и передаваемые половым путем инфекции; низок уровень иммунизации.

Проживающие в районах трущоб женщины располагают ограниченными возможностями доступа к информации о репродуктивном здоровье и к его охране, потому что медицинские центры находятся в неудобных местах. В результате:

- 93 процента состоящих в браке подростков имеют детей;
- 22 процента девочек рожают в возрасте до 15 лет;
- 63 процента женщин никогда не применяли современных методов планирования семьи;
- 40 процентов становятся беременными вопреки своему желанию по причине отсутствия знаний о соответствующих услугах.

В рамках **Проекта первичной медико-санитарной помощи в городах**, который осуществляется при поддержке ЮНФПА, Азиатского банка развития и **Норвежского агентства сотрудничества в интересах развития**, 14 специализированных неправительственных организаций ведут работу по развитию служб охраны репродуктивного здоровья и подготовки специализированного персонала и руководителей.

В Даке были модернизированы и стали полноценными центрами охраны репродуктивного здоровья девять городских родильных домов и 16 клиник, работающих под руководством неправительственных организаций. В них обращаются из 190 учреждений первичной медико-санитарной помощи, при этом там фактически обеспечивается до- и послеродовое наблюдение и предоставляются нормальные услуги родовспоможения, обеспечивается экстренная акушерская помощь, применяются клинические и неклинические контрацептивы, а также ведется лечение половых путей и передаваемых половым путем инфекций.

В настоящее время приблизительно 200 врачей, средних медицинских работников, консультантов и лаборантов прошли подготовку в деле обеспечения лечения, ухода и консультирования. В настоящее время в десяти центрах проводятся операции кесарева сечения.

В рамках городских общин данный проект распространяет информацию по проблемам безопасного материнства, кормления грудью, планирования семьи, передаваемых половым путем инфекций и ВИЧ/СПИДа.

нежелательной беременности может сделать любой сексуальный контакт источником тревоги;¹¹ причем ощущение незащищенности усугубляется возможностью заразиться передаваемым половым путем инфекционным заболеванием, в частности ВИЧ. При этом беременность может оказаться временем, наполненным опасностями и тревогой, деторождение может повлечь за собой болезни, травмы, подрывающие здоровье, а то и летальный исход.

К улучшению результатов в плане здоровья у женщин и детей ведет снижение уровня фертильности, в том числе уменьшение количества нежелательных родов. Нежеланные дети более подвержены респираторным и диарейным инфекциям, чем дети желанные. Независимо от того, желанные они или нет, но каждый новый брат или сестра на 2-8 процентов уменьшает шансы ребенка получить лечение и уход. Там, где уровень вакцинации низок, желанные дети получают прививку на 50-100 процентов больше, чем нежеланные.¹²

СОЦИАЛЬНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ Во многих культурах не принято обсуждать тему сексуальных отношений и репродукции человека. В таких условиях осуществление выбора – к примеру, планирование применения противозачаточных средств – может восприниматься как дело постыдное и унижительное. Особенно непросто вести разговор о проблемах насилия в отношениях между мужчинами и женщинами и, в частности, о проблеме сексуального насилия с представительницами неимущих слоев населения.¹³

В том, что касается репродуктивного здоровья, имеется еще одно принципиальное отличие. Детей вынашивают только женщины. Они подвергаются рискам, которые мужчины даже не в состоянии осознать в полной мере. Кроме того, по причинам как биологического характера, так и неблагоприятного социаль-

ного положения, женщины также в большей степени подвержены общим рискам, например, риску передаваемых половым путем заболеваний.

На возможности охраны репродуктивного здоровья женщин влияют и социальные ограничения. Мужчины имеют более широкие возможности пользоваться официальными услугами здравоохранения, отчасти потому, что они располагаются необходимыми для их оплаты денежными средствами. Женщины скорее полагаются на традиционные или иные альтернативные услуги, поскольку таковые – дешевле, доступнее и привычнее.¹⁴ Вполне возможно, что женщина не желает добираться одна или ей не позволяют обращаться в медицинский центр без разрешения ее мужа или иного мужчины в семье или общине.

Опыт женщин при обращении в медицинские учреждения также влияет на то, как они ими пользуются: в больнице или клинике им никто не гарантирует чуткого отношения. Медработники зачастую свысока смотрят на женщин из неимущих слоев. Возможно и то, что неграмотные женщины, в частности, оказываются не в состоянии описать свое самочувствие или понять предлагаемые им рекомендации.

Потребности бедных слоев и особенно неимущих женщин в охране репродуктивного здоровья не привлекают внимания директивных органов, как впрочем и самих женщин. Бедняки отдают приоритет своим многочисленным непосредственным и насущным нуждам. Беременность и деторождение считаются собой разумеющимися, а равно и сопутствующие риски, хотя они обусловлены причинами, которые не трудно предотвратить.

Измерение дифференциалов в уровне здоровья между богатыми и бедными

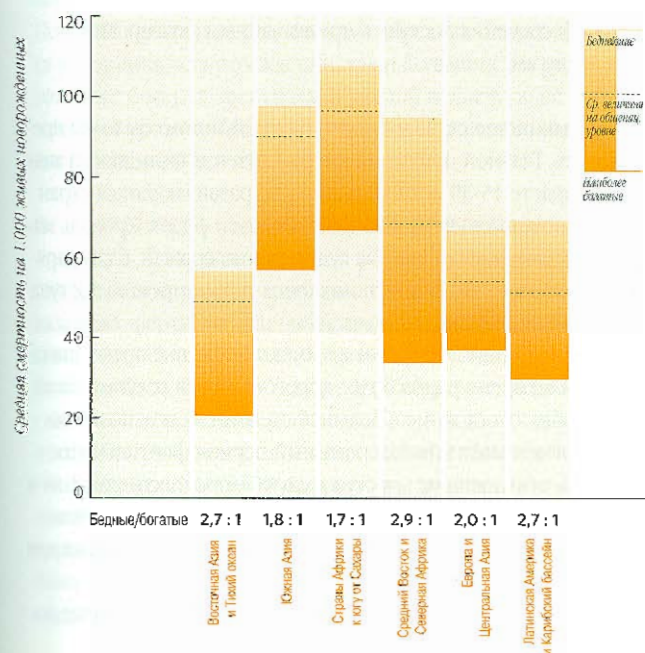
Разрыв в уровне здоровья между богатыми и бедными слоями населения, как правило, шире и глубже в более бедных странах, чем в более богатых, однако такого положения быть не должно. Страны, которые разрабатывают свои системы здравоохранения в интересах обеспечения равенства, могут продемонстрировать меньшие различия в этой области, независимо от уровня доходов. Вьетнам добился снижения различий между наиболее богатыми и наиболее бедными группами по большинству показателей здоровья (включая те, что относятся к репродуктивному здоровью) до соотношения менее, чем два к одному.¹⁵

Это относится как к богатым, так и к бедным странам. В Соединенных Штатах стране, которая больше всех в мире расходует средств на здравоохранение, степень неравенства в доступе к медицинской помощи выше, чем в других промышленно развитых государствах. Такие диспропорции означают, что общие показатели здоровья – хуже, например, в Соединенных Штатах смертность новорожденных и детская смертность выше, чем в большинстве стран Европейского Союза.

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И БЛАГОСОСТОЯНИЕ Изучение индикаторов детской смертности и репродуктивного здоровья в 44 развивающихся странах¹⁶ обнаруживает весьма широкие различия между регионами, а также между богатыми и бедными в пределах конкретных стран. Средние величины на общенациональном уровне лишь отчасти раскрывают действительное по-

Диаграмма 4. Дифференциалы детской смертности

Средняя смертность на 1.000 живых новорожденных, наиболее богатые к наиболее бедным 20 процентам населения, по регионам



ложение: выживаемость детей и состояние репродуктивного здоровья являются проблемами внутринационального равенства, а также богатства и бедности в целом.

Выживаемость и здоровье детей связаны с уровнем доходов, как между, так и внутри стран. Уровень детской смертности в некоторых бедных общинах, к примеру, в Соединенных Штатах равен этому показателю в Панаме.¹⁷

Младенцы и дети в бедных семьях имеют больше шансов умереть, чем дети из состоятельных семей. Например, в некоторых странах смертность детей в возрасте до 5 лет из беднейших 20 процентов населения в четыре раза выше, чем из наиболее богатых 20 процентов.¹⁸ При сопоставлении данных из 44 развивающихся стран установлено, что средняя детская смертность в беднейших семьях в два раза выше, чем в самых богатых. В нескольких регионах цель сокращения детской смертности вдвое можно было бы достичь путем снижения средних величин на общенациональном уровне до уровня богатейших 20 процентов.

Однако в некоторых регионах достичь этого будет сложнее. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и в Южной Азии, где наблюдается самый высокий уровень детской смертности, разрыв между наиболее богатыми группами и наиболее бедными – менее значителен, а среди наиболее состоятельных 20 процентов детская смертность выше среднего уровня в других регионах.

В бедных многодетных семьях связанные со здоровьем риски для новорожденных и детей – выше. В бедных слоях населения многодетные семьи встречаются чаще, а дети в таких семьях имеют меньше возможностей получить даже базовую профилактическую медицинскую помощь.¹⁹ Если ребенок заболевает, у него меньше шансов получить лечение. А если заболевшей оказывается девочка, риски, которым она подвергается, еще выше.

БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО В любой стране у женщин из бедных слоев намного больше шансов умереть при родах, чем у богатых женщин. Уровни материнской смертности нагляднее свидетельствуют о глубокой диспропорции между богатыми и бедными странами, чем любой из других широко применяемых показателей здоровья, включая детскую смертность. Уровень материнской смертности зависит от доступа к ресурсам и помощи: в развивающихся странах женщины, которые становятся беременными, подвергаются риску материнской смертности, который в 80–600 раз выше, чем у женщин в развитых странах.²⁰

В жизни женщины риск летального исхода в связи с материнством (беременность, роды и связанные с этим осложнения) составляет:

- в Африке, один случай из 19;
- в Азии, один случай из 132;
- в Латинской Америке, один из 188;
- в более развитых странах – всего лишь один случай из 2976.²¹

Смерть матери – не просто личная трагедия. Она может влечь серьезные последствия не только для семьи, но и для общины и экономики. Если умирает мать, вероятнее становится и смерть ее малолетних детей.²²

Ежегодно по причинам, связанным с материнством, умирает приблизительно 500.000 женщин, и гораздо большее число женщин страдают от связанных с беременностью и деторождением заболеваний и травм.

На долю развивающихся стран приходится 99 процентов этих смертей.²³ Данные различия в уровнях материнской смертности отражают как более высокую степень риска, так и большее количество деторождений в развивающихся странах.

Нежелательная фертильность, которая ведет к рождению незапланированных и нежеланных детей, выше в более бедных населенных пунктах, причем среди наиболее неимущих из числа бедных. О материнской заболеваемости имеется более скудная информация,²⁴ однако дифференциалы, вероятно, будут аналогичными, поскольку причины – отсутствие информации, доступа, поддержки со стороны общины и семьи, финансовых средств, транспорта и качества в работе соответствующих учреждений²⁵ – в целом одинаковы с теми, что влекут появление нежеланных детей.

Внутри стран также имеются большие различия. Результаты беременности зависят от состояния здоровья и возраста матери, ее питания, истории предшествующих беременностей, временных интервалов между предшествующими родами, а равно от ресурсов, уровня образования и доступа к информации и услугам, которыми она располагает.

Охрана здоровья матери и ребенка требует:

- качественного дородового наблюдения;
- квалифицированного персонала родовспоможения;
- безопасного места для принятия родов;
- обеспечения доступа к чрезвычайным акушерским услугам.

В большинстве случаев смерть матерей можно было бы предотвратить. Главной причиной смертности и инвалидности женщин в возрасте 15–49 лет в большинстве развивающихся стран являются осложнения после беременности и родов. Уровень материнской смертности был бы существенно снижен, благодаря повышению качества родовспоможения и расширению доступа к нему.

Более неимущие женщины не имеют доступа к предоставляемым до и во время родов более дорогостоящим услугам. Материальное благосостояние в большей степени, чем использование контрацептивов или заверченный период фертильности (см. ниже), обуславливает доступ к службам родовспоможения и использование таковых, возможно, по причине относительно более высокой стоимости услуг обслуживающего персонала или стоимости больничного ухода.

КАЧЕСТВЕННОЕ ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ Чем ниже до-

ходы женщины, тем меньше вероятность того, что она обратится за дородовой помощью, однако ограничения, с которыми сталкиваются женщины, также сужают доступ. В 44 обследованных странах во время беременности посещают врача, медсестру или акушерку более трех четвертей беременных женщин. В Южной Азии и Северной Африке, где мобильность женщин – ниже, этот показатель сокращается до одной трети.

Разрыв между богатыми и бедными семьями наиболее глубок там, где низки средние величины на общенациональном уровне. В Южной Азии разрыв между наиболее богатыми и наиболее бедными группами обусловлен исключительно высоким уровнем использования помощи среди наиболее богатых слоев – даже по отношению к непосредственно следующим за ними 20 процентам. В Северной Африке, где разрыв между богатыми и бедными – еще глубже, различия между состоятельными группами распределены более равномерно.

КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ ПЕРСОНАЛ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Для женщин из более бедных групп населения получить при родах квалифицированную помощь еще менее возможно, чем воспользоваться дородовым наблюдением. В странах Азии и в государствах Африки, расположенных к югу от Сахары, эта возможность почти вполнину меньше. Однако для женщин в Северной Африке деторождение в условиях квалифицированной помощи более вероятно, чем наблюдение во время беременности.

Объемы дородового наблюдения и родовспоможения по мере роста материального благосостояния увеличиваются быстрее, чем объемы предоставления иных базовых медицинских услуг, таких как орально-регидратационная терапия или медицинское лечение диареи, медицинское лечение острых респираторных инфекций или иммунизация. Врачебная помощь более всего зависит от уровня доходов.²⁶

БЕЗОПАСНОЕ МЕСТО ДЛЯ РОДОВ Возможность родов в домашних условиях или в медицинском учреждении также непосредственно зависит от уровня материального благосостояния. В 44 обследованных странах у почти 80 процентов наиболее бедной квинтили роды происходят в домашних условиях. Почти 80 процентов родов в самых богатых семьях принимают в медицинском учреждении, как и большинство родов в двух наиболее богатых квинтилях. В каждой последующей группе с меньшим уровнем благосостояния пропорциональная доля родов в домашних условиях возрастает.

ФЕРТИЛЬНОСТЬ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

В странах с уровнем фертильности выше шести детей на женщину между группами с различными доходами в показателях фертильности наблюдаются незначительные различия (например, Нигерия, Мали, Мадагаскар, Малави, Нигер, Замбия, Буркина-Фасо, Бенин и Уганда). Наиболее состоятельные группы склонны иметь меньше детей, чем более бедные, однако общий показатель рождаемости никогда не бывает ниже четырех детей.

В странах Латинской Америки, где уровень фертильности колеблется от 3,5 до 5,1 детей на женщину, различия между группами с различным благосостоянием являются наиболее глубокими во всем мире. В шести странах самая богатая квинтиль имеет рождаемость ниже уровня восстановления (менее 2,1 ре-

бенка), в то время как самая бедная – 2,5-3,5 и более детей на женщину.

В европейских и азиатских странах с промежуточным уровнем фертильности наиболее состоятельные семьи имеют рождаемость на уровне или ниже уровня восстановления, при этом в наиболее бедных семьях детей не менее чем в два раза больше (4,6 – в Кыргызской Республике). В подвергнутых обследованию азиатских странах (общенациональный уровень рождаемости от 2,3 до 4,9 детей) не все богатые группы достигли низких уровней фертильности. В пяти самых состоятельных семьях имеют показатель рождаемости на уровне или ниже уровня восстановления, в то время как у беднейших семей этот показатель – выше (от 3,1 во Вьетнаме до 6,5 детей на Филиппинах). Другие страны раньше оказались в условиях демографического сдвига. В Непале только самые состоятельные группы имеют менее четырех детей (2,9). В Пакистане четырех детей имеют только самые богатые семьи, а все группы менее имущих женщин имеют от 4,9 до 5,1.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ Различия в условиях доступа, степени одобрения и использования методов планирования семьи обусловлена наибольшей степенью различий в фертильности богатых и бедных слоев населения.

Чем выше общий уровень использования женщинами противозачаточных средств, тем ниже дифференциал между женщинами в наиболее богатых и в наиболее бедных группах. После того как степень применения средств планирования семьи превышает общий уровень в 40-45 процентов, разница между богатыми группами значительно сужается и методы планирования семьи начинают восприниматься как норма.

В расположенных к югу от Сахары странах Африки, где распространенность применения противозачаточных средств составляет приблизительно 10 процентов, наиболее богатые используют методы планирования семьи в пять раз чаще, чем наиболее бедные.²⁷ В Пакистане, стране с самым низким общим уровнем применения контрацептивов в Южной Азии (9 процентов), эта разница достигает 20-кратной величины. В Непале с показателем в 26 процентов разница составляет менее чем трехкратную величину. Крупные различия наблюдаются на Филиппинах, где степень применения противозачаточных средств – невелика, однако в Индонезии и Вьетнаме, где применение контрацептивов – значительно, дифференциалы между уровнями благосостояния – относительно низки. Ряд европейских и центрально-азиатских стран достигли общего уровня применения средств планирования семьи, близкого к 50 процентам, при этом между более богатыми и более бедными различия менее значительны.

В Латинской Америке наблюдается высокий общий показатель применения противозачаточных средств. В странах с более низким показателем, выше внутренние дифференциалы по уровню благосостояния. В странах с высокой степенью применения противозачаточных средств методы планирования семьи пользуются широким признанием, причем на различие соотношений между уровнями благосостояния и степенью распространения методов планирования семьи влияют и другие факторы. В Северной Африке вероятность применения средств контрацеп-

ции богатыми слоями в два раза выше, чем такая вероятность у бедных групп населения.

ДЕТОРОЖДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Наиболее неимущие женщины начинают рожать детей в самом раннем возрасте. Во многих развивающихся странах женщины из бедных слоев выходят замуж и начинают рожать детей в возрасте от 15 до 19 лет. Такой повышенный уровень отражает ограниченную возможность переноса сроков вступления в сексуальные отношения и выполнения репродуктивной функции на будущее, а также ограниченный доступ к средствам планирования семьи.

В странах с низким уровнем подростковой фертильности в целом наблюдаются более глубокие различия в показателях рождаемости между молодежью из более бедных и более богатых групп населения. Исключение составляет Латинская Америка, где имеют место относительно высокий общий уровень подростковой фертильности и широкие различия между наиболее состоятельными и наименее бедными группами. В беднейших семьях уровень фертильности молодежи – крайне высок.

В Индонезии, на Филиппинах и во Вьетнаме подростки из самых бедных семей почти в семь раз чаще имеют детей, чем их сверстники из более состоятельных групп. На Филиппинах молодые женщины из бедных слоев почти в 11 раз чаще имеют ребенка. Во всех трех странах сокращение молодежной фертильности напрямую связано с повышением благосостояния.

В Египте различия в показателях подростковой фертильности регулярно отражают уровень материального благосостояния. В Марокко подростковая фертильность намного ниже в более богатых семьях, чем в более бедных.

В странах Европы и Центральной Азии постоянной связи между уровнем материального благосостояния и подростковой

фертильностью не наблюдается, что свидетельствует о сложном взаимодействии возможности доступа к услугам, этнических вариаций и региональных дифференциалов. Тем не менее, наиболее состоятельные подгруппы по-прежнему имеют наиболее низкий показатель подростковой фертильности.

Латиноамериканские страны демонстрируют глубокий разрыв между наименее беднейшей группой (в диапазоне от 105 до 234 деторождений на тысячу женщин-подростков) и тремя средними квинтилями и крупный разрыв между этими промежуточными группами и самой богатой группой (в диапазоне от 18 до 58). Только на Гаити, в беднейшей стране региона, между наиболее богатой квинтилью и четырьмя наиболее бедными наблюдается крупный разрыв.

В некоторых из 22 обследованных африканских стран к югу от Сахары по мере роста материального благосостояния подростковая фертильность снижается.⁸⁸ Во многих других наблюдается значительное различие между наиболее богатой группой и другими, однако систематические различия среди более бедных групп отсутствуют, вероятно по той причине, что все эти страны являются наименее развитыми, и более состоятельные группы выглядят благополучными исключительно при сопоставлении с наименее бедными. По сравнению с другими регионами почти все – очень бедны.⁸⁹

ОБЗОР РАЗЛИЧИЙ ПО УРОВНЮ БЛАГОСОСТОЯНИЯ Разительные различия в показателях детской смертности наблюдаются между более бедными семьями и семьями состоятельными. Зачастую не менее глубокий и так называемый "разрыв в охране репродуктивного здоровья" между более богатыми и более бедными слоями. Самые большие суммарные различия между наиболее бедными и наиболее богатыми группами наблюдаются в

Диаграмма 5: Дифференциалы дородового наблюдения

Процент обслуженных врачом, медсестрой или акушеркой, наиболее бедные к наиболее богатым 20 процентам населения, по региону

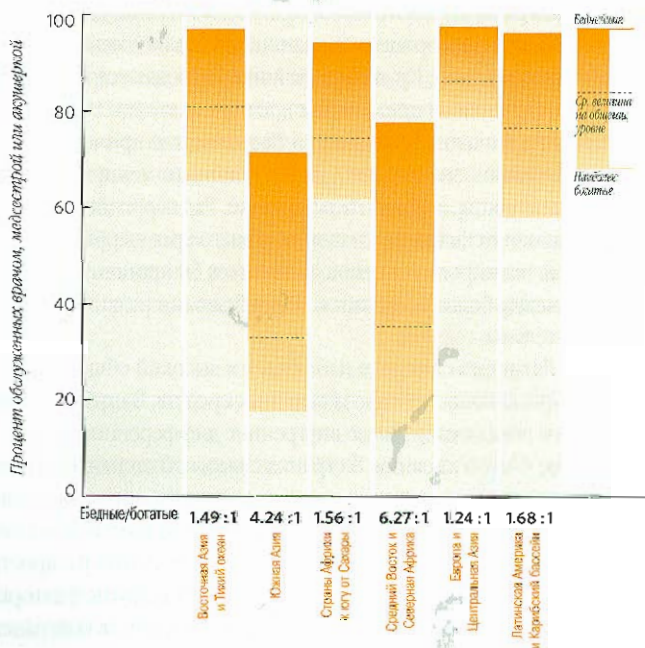
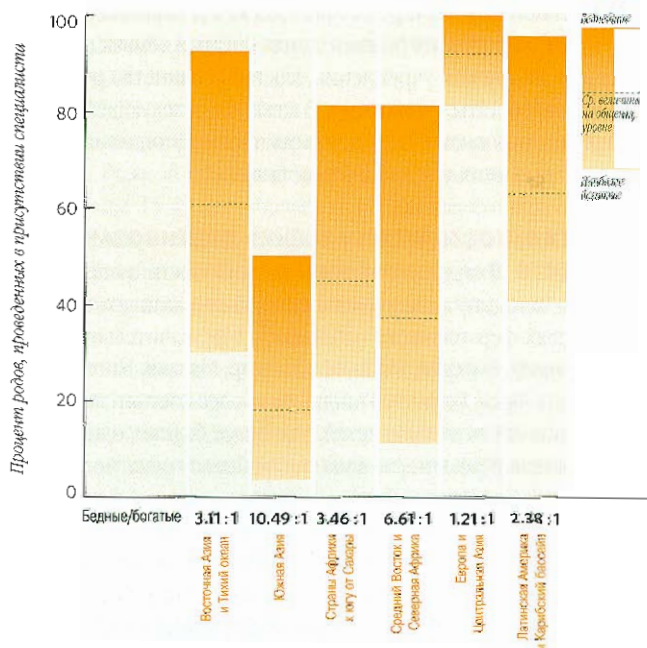


Рисунок 6: Дифференциалы квалифицированного родовспоможения

Процент родов, проведенных в присутствии специалиста, наиболее бедные к наиболее богатым 20 процентам населения, по региону



области искусственных родов (дорогостоящая услуга), однако показателем, который дает наиболее четкую картину различий в уровнях доходов одной группы от следующей, является подростковая фертильность. Разрыв в количестве беременностей в подростковом возрасте между более богатыми и менее богатыми слоями глубже разрыва в показателях и квалифицированного родовспоможения, и детской смертности.

Использование служб планирования семьи в меньшей степени зависит от стоимости, чем от личной мотивации и стремления соответствующих институтов предоставить такие услуги, поэтому в группах старшего возраста наблюдаются меньшие различия между более богатыми и более бедными. В том что касается молодежи, ранние браки, влияние социальных условий и нежелание расходовать государственные деньги на охрану репродуктивного здоровья молодежи увеличивают риски, с которыми сопряжены как юный возраст, так и бедность.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЫ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С УРОВНЕМ МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ Благополучие и материальное благосостояние зависят от нечего большего, чем уровень доходов и состояние банковского счета. Материальная и социальная инфраструктура, наличие возможностей, ресурсов, квалификации и информации – все способствует либо росту, либо уменьшению благополучия и благосостояния, что подкрепляется сложными социальными процессами интеграции и маргинализации. Важную роль играет и географическое положение: в сельской местности уровень услуг, информации и возможностей – ниже, чем в урбанизированных районах.

Некоторые дифференциалы в плане репродуктивного здоровья отражают сельскую бедность, однако различия можно наблюдать и в пределах как городских, так и сельских районов.³⁰

Меньше сельских жителей добивается уровня наблюдаемого в городах доходов, однако наиболее бедные имеют наихудшее обслуживание как там, так и здесь. Например, в Индии уровни общей и подростковой фертильности, применение средств контрацепции и уровень иммунизации весьма сходны во всем диапазоне состоятельных групп в сельских и городских районах. Наибеднейшие слои в сельских районах находятся в более неблагоприятном положении, чем беднейшие жители городов – сельские семьи имеют более ограниченный доступ к услугам безопасного родовспоможения, особенно если таковые предоставляются высококвалифицированным персоналом или в специализированных учреждениях. В наиболее богатых группах эти различия – незначительны.³¹

Городские зоны испытывают ускоренный рост, и большинство бедноты по всей планете в скором времени будет сосредоточено в городах.³² Теоретически эффект масштаба и облегченный доступ могут повысить степень охвата этими услугами, но и в городах уже наблюдается значительное неравенство в доступе к основным услугам. С другой стороны, положение в меньших по размеру городах, получающих более качественные услуги, чем сельские районы, едва ли может быть сопоставимо с положением в более крупных городах.³³

Относительно неблагоприятное положение средних городов в плане предоставления качественной медицинской помощи и обслуживания становится все более ухудшается по мере того, как все большее число городских жителей приходится именно на долю этих городов.³⁴ Муниципальные и иные местные органы власти в рамках децентрализации управления здравоохранением, как одного из аспектов реформы здравоохранения, несут все большую и большую ответственность, не имея при этом соответствующих ресурсов и полномочий для мобилизации средств.

Диаграмма 7: Дифференциалы фертильности

Деторождения на женщину, наиболее богатые к наиболее бедным 20 процентам населения, по региону

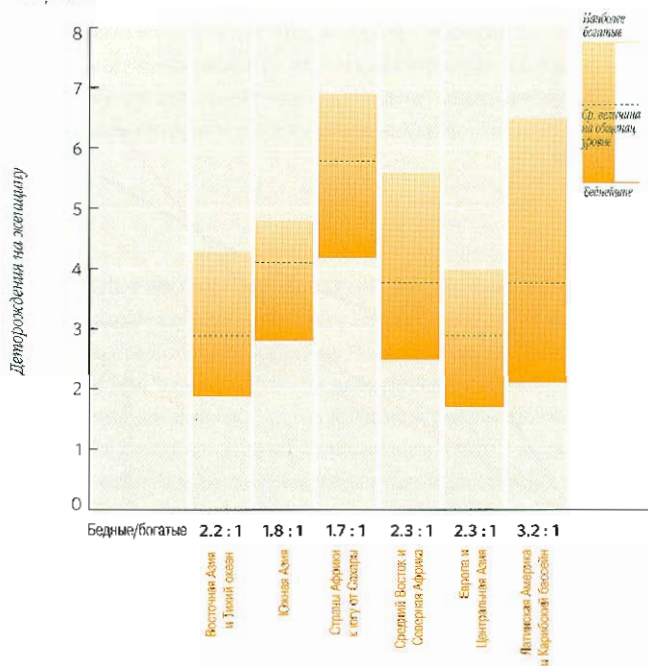
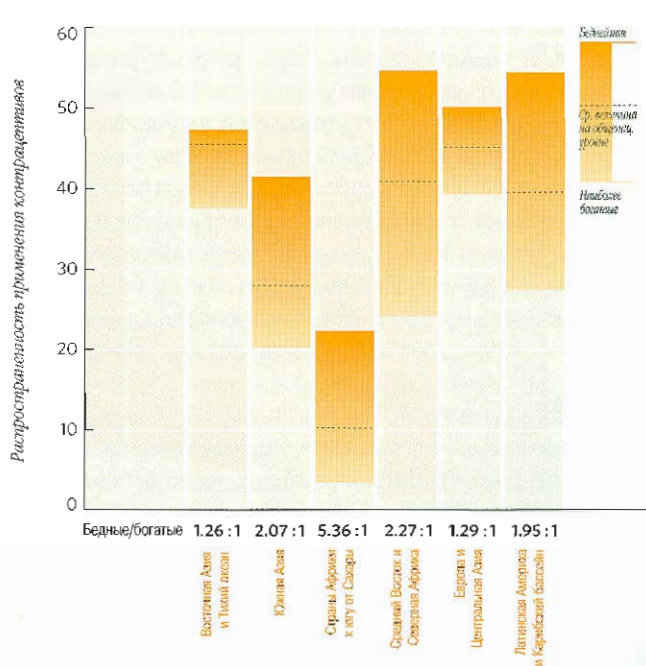


Диаграмма 8: Дифференциалы планирования семьи

Распространенность применения контрацептивов, наиболее бедные к наиболее богатым 20 процентам населения, по региону



Местные органы государственного управления сталкиваются с растущими трудностями в деле преодоления разрыва в качестве и видах услуг.

Обеспечение большей справедливости в оказании медицинской помощи

В развивающихся странах инвестиции в развитие основных служб здравоохранения составляют лишь малую толику необходимого. В странах с низким уровнем доходов на все формы здравоохранения расходуется лишь 21 доллар на душу населения в год, причем большая часть ассигнуется на дорогостоящие лечебные услуги в ущерб основным мероприятиям по профилактике и охране здоровья. Комиссия ВОЗ/Всемирного Банка по макроэкономике и здравоохранению³⁵ подсчитала, что необходимы еще 30 миллиардов долларов в год. Наиболее бедные страны либо имеют более неотложные приоритеты, например, обслуживание и погашение внешнего долга, потребности обороны и промышленного развития, либо вообще лишены финансирования.

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Эти ограничения вынуждают сектор здравоохранения более эффективно использовать имеющиеся ресурсы, улучшать отчетность поставщиков услуг и регулирующих органов, создавать новые источники финансирования за счет оплаты услуг и иных сборов, а также изыскивать пути гарантированного поступления ресурсов. Эти инициативы именуются "реформой здравоохранения".

Поставив сектор здравоохранения на прочную финансовую основу, можно повысить и эффективность и качество медицинского обслуживания в целом, а также содействовать справедливому распределению медицинской помощи. В своем проводимом каждые пять лет анализе результатов реализации Про-

граммы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) правительства признали, что страны должны включить проблематику охраны репродуктивного здоровья в реформу здравоохранения.

"Правительства при сотрудничестве гражданского общества, в том числе неправительственных организаций, доноров и системы Организации Объединенных Наций должны: (а) придать высокий приоритет охране репродуктивного и сексуального здоровья в более широком контексте реформы здравоохранения, включая укрепление основных систем здравоохранения, экономический эффект от которых в первую очередь могут получить люди, проживающие в условиях бедности..."³⁶

ОТДАТЬ ПРИОРИТЕТ ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Не существует никаких гарантий того, что страны в условиях реформы, особенно при децентрализации систем, отдадут приоритет охране репродуктивного здоровья. Однако основополагающий комплекс медицинских услуг, как правило, включает некоторые элементы охраны репродуктивного здоровья, в том числе обеспечение безопасного материнства, методы планирования семьи и борьбу против передаваемых половым путем инфекций, в том числе ВИЧ/СПИДа.³⁷

По данным ВОЗ, реформа здравоохранения в Колумбии, включающая охрану репродуктивного здоровья, "привела к увеличению финансовых ресурсов для целей здравоохранения, позволила сосредоточить внимание на повышении эффективности использования ресурсов, привела к уменьшению зависимости от доноров и обеспечила широкую поддержку развития здравоохранения и профилактических мероприятий, а равно привлекла особое внимание к недополучающим такие услуги группам. Все эти, свойственные сектору в целом тенденции оказали положительное влияние на предоставление услуг по охране репродуктивного здоровья в Колумбии."³⁸

Диаграмма 9: Дифференциалы подростковой фертильности
Деторождений на тысячу женщин в возрасте 15-19 лет, наиболее богатые к наиболее бедным 20 процентам населения, по региону

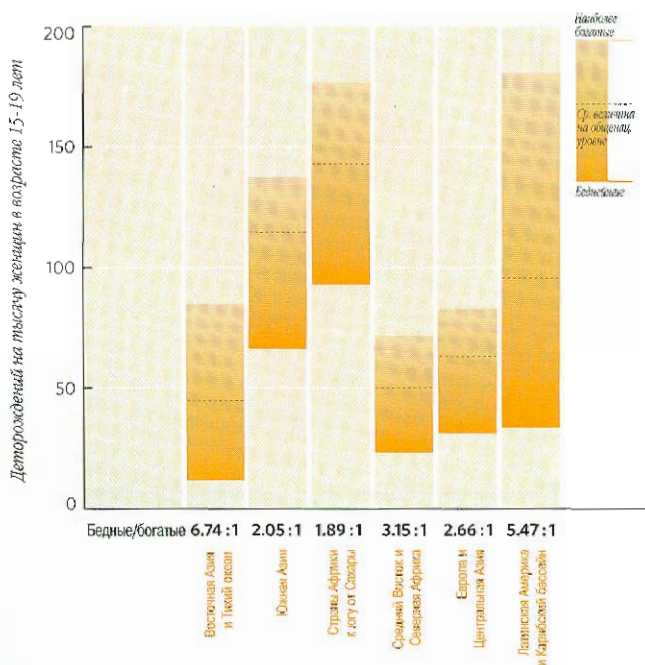
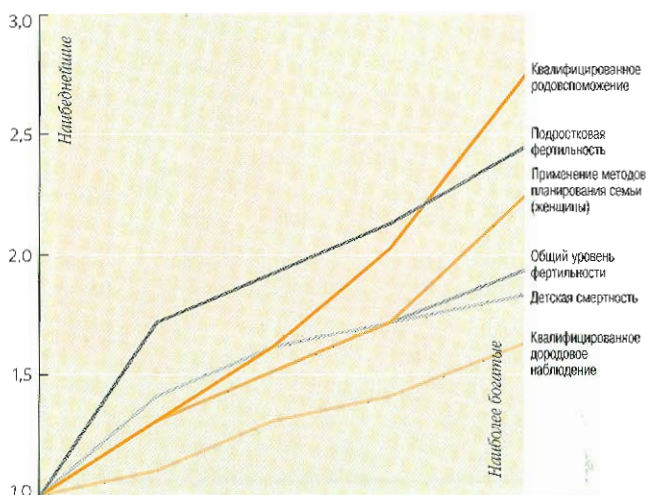


Диаграмма 10: Относительные минусы последовательных групп по уровню благосостояния в разрезе факторов репродуктивного здоровья



В начале 1990-х годов к одной из самых далеко идущих реформ здравоохранения в Африке приступила Замбия. Реформа и децентрализация системы здравоохранения включает реализацию основного комплекса мероприятий в области здравоохранения с элементами охраны репродуктивного здоровья (охрана здоровья матери и ребенка, планирование семьи, профилактика и лечение передаваемых половым путем инфекций и ВИЧ/СПИДа), меры борьбы против малярии и туберкулеза, а также более пристальное внимание к вопросам снабжения питьевой водой и санитарии. В рамках этого пакета предусмотрены меры по охране репродуктивного здоровья подростков, мероприятия против насилия по половому признаку, а также предотвращению абор-

тов.³⁹ Эти реформы пока не до конца претворены в жизнь, что отчасти объясняется отсутствием ресурсов для обеспечения реализации комплекса услуг и поставки медикаментов.

При осуществлении реформы сектора здравоохранения особое внимание необходимо уделять защите каналов поставок. В Гане, например, реформа здравоохранения не оказала влияния на поставки противозачаточных средств, что отчасти обусловлено тем, что система снабжения противозачаточными средствами является самостоятельной структурой, и эти товары поставляются донорами.⁴⁰ В Кении же хорошие результаты работы аналогичной системы снабжения контрацептивами позволили министерству здравоохранения выдвинуть некоторые идеи относительно реформирования принадлежащей ему системы снабжения основными лекарствами.⁴¹

ПАРТНЕРСТВА Потенциалом расширения доступа к услугам обладают партнерства между государственными и частными организациями и лицами. В середине 1980-х годов в Боливии в рамках реформы здравоохранения была создана самостоятельная организация – **PROSALUD**. Призванная обеспечить равный доступ к более качественным и экономичным основным услугам, включая охрану репродуктивного здоровья, PROSALUD действует более эффективно, чем министерство здравоохранения, и заняла лидирующие позиции в деле охраны здоровья.⁴²

В Боливии и других латиноамериканских странах в защиту репродуктивного здоровья и прав пользователей на качественные услуги в рамках процесса реформы здравоохранения активно выступают неправительственные организации. "Привлечение к участию и расширение прав и возможностей пользователей за счет их вклада как граждан, членов общества и фактических потребителей в дело организации, предоставления и оценки медицинских услуг способствуют повышению информированности пользователей и повышают их требовательность к качеству предоставляемых услуг."⁴³

Большое влияние на реформу здравоохранения и мобилизацию гражданского общества оказывает ВИЧ/СПИД, особенно в Африке, где органы государственного управления зачастую не проявляют расторопности. Опыт провинции **Файяо** в Таиланде, в которой имело место наибольшее количество зарегистрированных в Таиланде случаев заболевания СПИДом, свидетельствует, что действенные меры борьбы со СПИДом требуют нечто большего, чем просто комплекс мер по охране здоровья. Борьба против этого заболевания требует реорганизации системы здравоохранения в интересах предоставления реальной помощи, активизации работы общины по воспитанию новых поведенческих установок, а равно и придания приоритета проблема здравоохранения в программах действий всех секторов общества.⁴⁴

РАСХОДЫ, ДОСТУП И КАЧЕСТВО Государственными расходами на здравоохранение чаще всего пользуются богатые, главным образом, по той причине, что львиная их доля ассигнуется на терапевтическое лечение и больницы, которыми чаще пользуются богатые, а не на службы, на которые рассчитывают бедные, например, клиники.⁴⁵ Это неравенство проиллюстрировано сопоставлением государственных расходов на здравоохранение, ассигнован-

18 РЕФОРМА СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БРАЗИЛИИ

Созданная в 1998 году единая система здравоохранения в Бразилии располагает комплексом базовых мероприятий по охране здоровья, включая планирование семьи, охрану репродуктивного здоровья, профилактику и лечение передаваемых половым путем инфекций и ВИЧ.

Со времени проведения в 1994 году Международной конференции по народонаселению и развитию и в 1995 году Четвертой всемирной конференции по положению женщин единая система здравоохранения была подвергнута реформированию, включая выделение дополнительных финансовых средств на охрану здоровья и ускоренную децентрализацию. В итоге охрана репродуктивного здоровья во все большей степени интегрируется в службы первичной медико-санитарной помощи муниципалитетов.

ВЕМГАМ, Бразильская членская организация **Международной организации по регулированию рождаемости** заключила с муниципалитетами в 14 из 27 штатов Бразилии договоры об оказании помощи путем реализации программ охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

Однако программы охраны репродуктивного здоровья подростков финансируются хуже. Согласно недавно проведенному в Сан-Паулу обследованию состояния репродуктивного здоровья подростков, в результате политики структурной перестройки и реформы здравоохранения возросло число молодых людей, которые оказались незастрахованными, были урезаны государственные расходы на здравоохранение, сокращены штаты работников здравоохранения и возник дефицит медикаментов. Все это затормозило внедрение высококачественных медицинских услуг для подростков.

19 ЦЕЛЬ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

"Продление жизни и снижение заболеваемости — не единственные цели систем здравоохранения и реформы здравоохранения. Разработка правил и процедур охраны здоровья, "вмешательства" — не единственный ее результат. Реформа здравоохранения имеет целью не просто улучшение состояния здоровья. Как только будет признано, что именно люди, а не системы здравоохранения обеспечивают здоровье, тогда только будет осознано, что освобождение от страданий, независимо от результатов в области здравоохранения, а также самостоятельность и потенциал людей в деле сохранения здоровья собственными силами становятся не менее важными целями системы здравоохранения."

ных квинтилям с различным уровнем доходов в 12 странах из различных регионов⁴⁶. В большинстве стран наиболее состоятельные 40 процентов получают более весомую часть общего объема ассигнований, чем наименее бедные 40 процентов. Только в четырех странах, причем все из них в Южной Америке, наиболее бедные и наиболее богатые 40 процентов получают сопоставимую долю государственных средств.

В шести африканских странах "высшие 20 процентов населения пользуются государственными программами первичной медико-санитарной помощи почти в полтора раза активнее, чем низшие 20 процентов".⁴⁷ Проведенное в Индии обследование показало, что приблизительно 32 процента пользы от государственного медицинского обслуживания приходится на квинтиль наиболее богатого населения по сравнению с приблизительно 10 процентами наименее бедного квинтиля.⁴⁸ Неравенство между бедными и богатыми значительно острее в наиболее бедных штатах и сельской местности Индии по сравнению с урбанизированными районами. Оно менее проявляется в сфере амбулаторного лечения и первичной медико-санитарной помощи, чем в стационарном лечении, однако наибольшая часть государственных расходов ассигнуется на стационарное лечение. Исключением является иммунизация, которая более равномерна распределена по социально-экономическим группам.

В некоторых странах диспропорции – не столь велики. Например, во Вьетнаме наиболее бедные получают почти соответствующую им пропорциональную долю расходов по охране репродуктивного здоровья. Там, где на долю более богатых приходится более чем причитающаяся им пропорциональная доля, это обусловлено тем, что за такими услугами, как контрацепция, которые бедные получают в более скромных учреждениях, они обращаются в больницы или клиники высокого класса.

Уменьшение разрыва в распределении услуг между более богатыми и более бедными не влечет более равного доступа к информации и услугам. Бедные по-прежнему и чаще подвергаются

более серьезным рискам, чем богатые. Если допустить, что критерием ассигнований на здравоохранение являются потребности, а не численность населения, то бедные явно лишены причитающейся им доли.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Равенство в здравоохранении зачастую определяется как равенство доступа к медицинским услугам, исходя из потребностей, финансируемых на основе платежеспособности. Это является или должно быть одной из целей реформы здравоохранения. Однако немногочисленные практические свидетельства, которые позволяют бы определить способ достижения равенства одновременно с повышением эффективности, экономичности и устойчивости государственного и частного здравоохранения.⁴⁹ Одним из способов повышения равенства является активизация служб, которыми могут пользоваться бедные, включая службы планирования семьи, безопасного материнства и иные составляющие охраны репродуктивного здоровья. В условиях децентрализации на защиту этих служб следует обращать особое внимание.

Как ни парадоксально, но бедные зачастую не пользуются государственным медицинским обслуживанием, даже когда оно доступно.⁵⁰ Одна из причин заключается в том, что бедные, подобно всем иным группам, выбирая медицинское обслуживание, обращают внимание на качество, при этом бедные обычно получают обслуживание наихудшего качества – грубое обращение со стороны имеющего слабую мотивацию и низкооплачиваемого персонала, который требует оплаты за свои услуги и зачастую мало что может предложить. Медицинские работники зачастую сами являются жертвами неудовлетворительной работы систем здравоохранения, которые не предоставляют лекарств, оборудования и средств, необходимых персоналу для работы.⁵¹ Таким образом, во многих странах люди предпочитают платить за то, что, по их мнению, имеет лучшее качество, и поставщикам услуг из частного сектора или неправительственных организаций.⁵²

В Докладе о состоянии здоровья мира за 2000 год содержится вывод о том, что здоровье и благополучие зависят от

20

ПОМОЩЬ БЕДНЕЙШИМ ГРУППАМ НА ПАЛЕСТИНСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ

На оккупированных палестинских территориях острой проблемой является бедность; более трети трудоспособного населения – лишены работы, при этом почти половина всего населения живет менее чем на 2 доллара в день. Среди сельского населения и возглавляемых женщинами домохозяйств степени бедности – самые высокие.

Уровень материнской смертности достигает приблизительно 70–80 на 100.000 живых новорожденных и отражает как неравенство между мужчинами и женщинами, так и неудовлетворительное состояние медицинского обслуживания. Ускоренному росту численности населения, который затрудняет сокращение бедности, также способствуют ранние браки (средний возраст вступления в

брак – 18 лет). Женщины намного отстают от мужчин по уровню образования и трудоустройства.

ЮНФПА ведет работу по повышению качества жизни народа Палестины путем совершенствования охраны репродуктивного здоровья, осуществления вмешательства с ориентацией на женщин и молодежь. Тридцать пять поддерживаемых ЮНФПА клиник на Западном Берегу реки Иордан и в секторе Газа предоставляют средства планирования семьи, гинекологическую помощь и консультации в местах, где эти услуги могут получить лица, в иных случаях лишенные доступа к такой помощи.

Три образцовых центра обслуживают наиболее бедные районы, включая два лагеря беженцев "Эль-Бурейж" и "Джабалия". Здесь социальные, психологические и юридические услуги связаны с предоставлением услуг по охране репродуктивного

здоровья. Наиболее бедные клиенты освобождаются от оплаты, при этом их направляют в благотворительные организации, которые предлагают субсидии на продукты питания и оплату основных услуг.

Фонд также работает с палестинскими парламентариями и должностными лицами министерств в деле повышения информированности о зависимости между численностью населения и развитием, и претворения в жизнь политики, направленной на более эффективное решение проблем развития. Фонд играл активную роль при создании комитета в составе министерств и общественных групп для межсекторального планирования и координации осуществления программ поддержки бедных групп населения.

того, насколько хорошо работают системы здравоохранения. Фактически все системы здравоохранения могли бы лучше использовать ресурсы: нерациональное использование "приводит к большому числу летальных исходов и потерь нетрудоспособности, которые можно было бы предотвратить, к излишним страданиям, несправедливости, неравенству и попранию основополагающего права человека на здоровье".⁵⁵ Предложения по активизации медицинских служб включают и предложения о том, что правительствам следовало бы сменить свою роль поставщика на роль финансиста, предоставлять субсидии и дать возможность бедным выбирать среди поставщиков из частного сектора и неправительственных организаций.

Механизмы финансирования⁵⁴ в значительной мере определяют доступность здравоохранения и лиц, которые имеют доступ к его услугам, что подрывает не только принцип равенства и качество,⁵⁵ но и степень защиты людей от катастрофических затрат в случае болезни.

ОПЛАТА УСЛУГ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМИ Большинство правительств признают, что они не в состоянии предоставлять бесплатные услуги всем гражданам за счет налогов и общих доходов. Однако в развивающихся странах мало кто имеет доступ к социальному или частному страхованию, а плата за услуги становится все более распространенным явлением.

Оплата услуг была введена в государственных службах здравоохранения с целью ослабить финансовое бремя и содействовать оплате услуг более высокого качества,⁵⁶ однако сообщения о результатах этого для бедных характеризуются неточностью и противоречивостью. Некоторые исследования показывают, что незначительное увеличение оплаты услуг пользователями не влечет неблагоприятных последствий, особенно если улучшается качество обслуживания,⁵⁷ однако имеются многочисленные свидетельства того, что оплата услуг пользователями лишает женщин и детей из бедных слоев необходимой медицинской помощи.⁵⁸ Отмена оплаты услуг также может вызвать проблемы: в ЮАР, в одном из медицинских округов отмена оплаты услуг пользователями за первичную медико-санитарную помощь в 1997 году привела к тому, что возросло число больных, которые стали обращаться за медицинскими услугами, что, в свою очередь, привело к перегруженности клиник и сокращению продолжительности консультаций, а также, возможно, отбило желание у матерей пользоваться дородовым наблюдением, наблюдением за развитием ребенка и его иммунизацией.⁵⁹

Во многих странах, где применяется оплата услуг пользователем, бедным предоставляется освобождение от оплаты, однако такое освобождение не просто претворить в жизнь и реализовать. Например, в Уганде для бедных предусмотрено освобождение в размере приблизительно 30 процентов. Однако людям, которые не в состоянии заплатить, скорее всего откажут в услугах, а не предоставят освобождение от оплаты; по мнению многих немущих пациентов, в таких условиях бессмысленно пытаться получить медицинскую помощь.⁶⁰ Согласно сообщениям из Лесото, Ганы и Бангладеш, нуждающиеся во льготах люди таковых не получают.⁶¹

ИНЫЕ ПОДХОДЫ Многообещающими выглядят схемы на основе финансирования со стороны общин, однако большинст-

ву общин самим требуется государственная поддержка в деле организации таких схем, как, например, созданная в Индонезии система Dana Sehat,⁶² действие которой в 1994 году распространилось на 13 процентов индонезийских деревень. Схемы финансирования здравоохранения со стороны общин также применяются в Индии и Китае.

Расширить доступ к охране репродуктивного здоровья позволяют социальное финансирование и социальное страхование. В Нигерии в штате **Кебби Западно-африканское общество предотвращения материнской смертности** создало специальный фонд для закупки горючего для автомобилей скорой помощи акушерских клиник.⁶³ В Индонезии успешная реализация схемы коммунитарного страхования расширила доступ женщин к услугам экстренного родовспоможения.⁶⁴

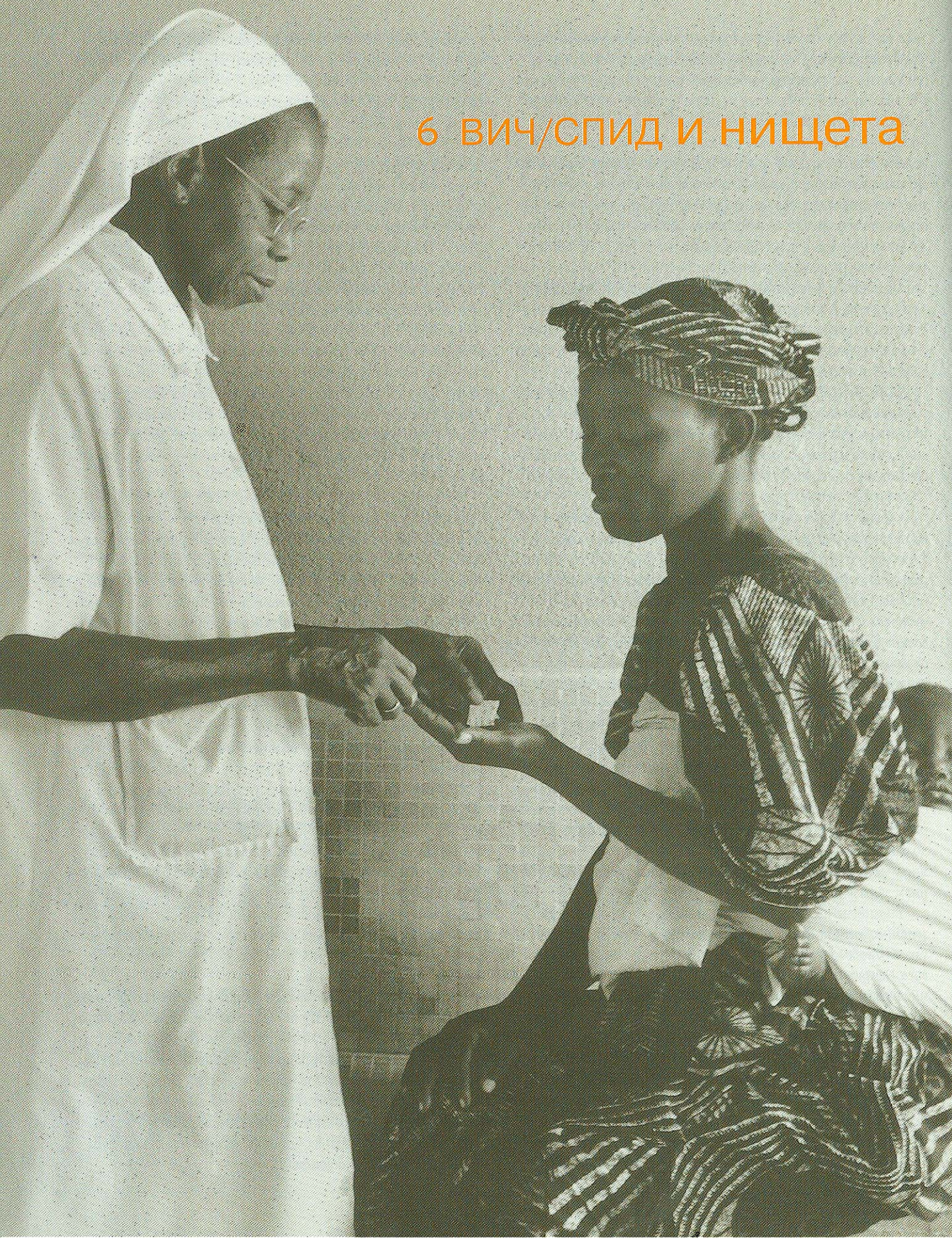
Введенное в Латинской Америке в рамках реформы здравоохранения регулируемое обслуживание усугубило неравенство. Организации содействия здравоохранению предлагают свои услуги преимущественно молодым и относительно здоровым людям, которые редко обращаются за помощью, предоставив не получающим достаточных средств местным органам власти заниматься более старыми, больными и дорогостоящими пациентами.⁶⁵

Медицинским службам необходимо обеспечить сбалансированность между потребностями в доходе и необходимостью обслуживать пользователей, особенно бедных. Беднейшие из бедных – приблизительно 1,2 миллиарда человек, которые живут менее чем на 1 доллар в день, – не могут позволить себе платить за услуги здравоохранения, сколь мало бы они ни стоили и в какой бы форме не предоставлялись. Широко распространенная во всем мире практика официальной и неофициальной оплаты услуг, которая подкрепляет скудные бюджеты учреждений здравоохранения, по существу отказывает миллионам наиболее бедных людей в доступе даже к первичным медико-санитарным услугам и охране репродуктивного здоровья.

ЗДОРОВЬЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ Укрепление здоровья, включая репродуктивное здоровье, и системы образования способствуют экономическому росту.⁶⁶ Достижения в области здравоохранения и снижения смертности оказывают наибольшую помощь беднейшим группам, поскольку именно они более всего подвержены риску.⁶⁷ Более высокий уровень образования позволяет в первую очередь женщинам обеспечить защиту своего здоровья и здоровья своих детей и расширяет возможности экономического выбора. Более высокий уровень доходов способствует улучшению условий жизни, делает питание более полноценным и уменьшает издержки, связанные с неудовлетворительным состоянием здоровья.

По мере роста доходов люди в среднем становятся здоровее, но в то же время углубляется неравенство в области здравоохранения, возможно по той причине, что более состоятельные первыми начинают пользоваться новыми медицинскими технологиями, которые сопровождают экономический рост. В результате в странах с более высоким общим душевым доходом неравенство в области детского здравоохранения проявляется острее, чем в более бедных странах, где шире разрыв между наиболее богатыми и наиболее бедными.⁶⁸

6 ВИЧ/СПИД И НИЩЕТА



ВИЧ/СПИД — это вызывающее огромное число смертей и быстро распространяющееся заболевание, пагубно сказывающееся на сексуальной жизни и воспроизводстве. Оно представляет более серьезную угрозу для будущего развития в бедных странах, чем какое-либо другое заболевание. Наиболее сильное воздействие эта болезнь оказывает на неимущие слои населения, получающие наименьшую экономическую и социальную поддержку по сравнению с другими группами.

Через 20 лет после первого клинического случая СПИДа это заболевание стало наиболее страшным заболеванием, которым когда-либо страдало человечество, и в среднем оно уносит жизнь 14 000 мужчин, женщин и детей в день и является главной причиной смерти в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и четвертой в мире болезнью, вызывающей смерть людей.

Болезнь распространяется через инфицированную кровь и кровезаменители, а также в результате злоупотребления наркотиками, однако в большинстве случаев ее причиной являются сексуальные контакты, главным образом между мужчинами и женщинами. Женщины более уязвимы к инфекции в силу как психологических, так и сексуальных причин, а у лиц, занятых в индустрии секса, намного больше шансов быть инфицированными, чем у других групп населения. Однако главную вину за распространение этого заболевания несут мужчины.

По данным Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и ВОЗ более 60 миллионов человек инфицированы ВИЧ, а СПИД уже унес жизни более 20 миллионов человек¹. Только в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, в 2001 году было инфицировано ВИЧ 3,5 миллиона человек.

Приблизительно 40 миллионов человек живут с этим вирусом: более 28 миллионов в Африке и почти 95 процентов в развивающихся странах. В настоящее время наиболее быстрые темпы распространения ВИЧ/СПИДа зарегистрированы в Восточной Европе и Центральной Азии, где большинство новых инфекций приходится на наркоманов, использующих инъекции². В Индии число инфицированных может составлять более 4 миллионов человек. Количество инфекций в Китае неизвестно, однако оно может значительно превысить официальные данные, составляющие 1 миллион человек. По некоторым подсчетам, число инфицированных составляет 6 миллионов человек, а к концу десятилетия оно может составить 10 миллионов³.

ВИЧ может быть передана инфицированными матерями своим детям в утробе. Около трети инфицированных матерей передают таким образом это заболевание своим детям.

По подсчетам ЮНЭЙДС и ВОЗ, более 4 миллионов детей в возрасте до 15 лет инфицированы ВИЧ. Свыше 90 процентов из них — это дети, родившиеся от матерей, имевших положительную реакцию на ВИЧ, которые приобрели вирус до или во время рождения или же в результате грудного вскармливания.

Результатом этих инфекций является беспрецедентное увеличение показателей младенческой смертности, так как инфекция ВИЧ быстро преобразуется в СПИД и многие дети умирают. Из 580 000 детей в возрасте до 15 лет, умерших от СПИДа в 2001 году, 500 000 человек, то есть почти 9 человек из каждых

10, это африканцы⁴.

Половина новых инфекций ВИЧ приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, многие из которых не имели информации и не пользовались профилактическими услугами и по-прежнему ничего не знают об этой эпидемии и о том, как можно защитить себя. В исследованиях по вопросу о ведущих половую жизнь молодых людей в возрасте 15–19 лет, проведенных в семи африканских странах, было установлено, что по меньшей мере 40 процентов из них не верят в то, что подвергаются риску. В одной из стран в это не верят 87 процентов молодежи. По меньшей мере 30 процентов молодых людей в 22 странах, в которых недавно ЮНИСЕФ провел аналогичное обследование, никогда не слышали о СПИДе; в 17 обследованных странах более половины подростков не могли назвать ни одного из методов защиты от ВИЧ. В ходе всех этих исследований было установлено, что молодые женщины имеют меньше информации по этому вопросу, чем мужчины, хотя они более уязвимы к инфекции⁵.

В развивающихся странах ВИЧ/СПИД в равной мере уничтожает как людей, так и средства к существованию и сводит на нет результаты достигнутого на протяжении нескольких десятилетий прогресса. Даже в промышленно развитых странах основная часть инфекций приходится на неимущие слои населения. Однако ни в одной развитой стране масштабы эпидемии СПИДа не могут сравниться с масштабами этой эпидемии в бедных странах⁶.

«Экономические и социальные изменения создали условия, результатом которых стало то, что десять миллионов людей подвергнуты риску заражения инфекцией ВИЧ». Инициативы, которые лишь «предусматривают изменить модели поведения, недостаточны для искоренения эпидемии. Решающие факторы эпидемии не могут быть ликвидированы по воле отдельного человека»⁷. Мы не остановим пандемию, если будем принимать меры по ее лечению. ВИЧ/СПИД — это явление, сопровождающее нищету, распространяемое в условиях нищеты и в свою очередь создающее нищету.

Взаимосвязь между нищетой и распространением ВИЧ непростая. Если бы это было так, то Южная Африка не была бы африканской страной, в которой зарегистрирован самый высокий показатель эпидемии, поскольку по африканским стандартам Южная Африка — это богатая страна. Ботсвана — это также относительно богатая страна, однако в ней зарегистрированы самые высокие показатели инфекции в мире. Большинство людей, зараженных ВИЧ/СПИДом, относятся к неимущим слоям населения, однако не только они являются жертвами эпидемии.

К факторам, способствующим возникновению инфекции, помимо нищеты, относятся: недоедание; отсутствие безопасной с санитарной точки зрения воды, надлежащих санитарных и гигиенических условий; плохое в целом состояние здоровья, ослабляющее иммунные системы; широкое распространение других инфекций, включая генитальные инфекции, и подверженность таким заболеваниям, как туберкулез и малярия; неадекватное медицинское обслуживание; неграмотность и отсутствие информации; проблемы, способствующие формированию моделей поведения, предусматривающих высокую степень риска, начиная от миграции рабочей силы и кончая

злоупотреблением алкоголем и насилием по признаку пола; неадекватное принятие руководством ответственных мер в связи с ВИЧ/СПИДом или другими проблемами, характерными для неимущих слоев населения; и наконец, отсутствие доверия или надежды на будущее⁸.

Отдельные люди, семьи и общины, инфицированные ВИЧ/СПИДом, приходят к выводу о том, что потерянные заработки, потерянные урожан и отсутствие лечения делают их слабее, беднее и толкают в объятия нищеты. И этот цикл интенсифицируется.

Разрушительное воздействие

К 2010 году около 40 миллионов детей во всем мире станут сиротами в результате пандемии. Смерть молодых работающих взрослых и увеличение числа вдов, вдовцов и сирот увеличит число иждивенцев, а также расширит масштабы нищеты. СПИД уже стал главной причиной смерти взрослого населения в Африке и, по прогнозам, увеличится количество смертей, уменьшится количество деторождений, а сокращенный показатель рождаемости замедлит или даже обратит вспять тенденции прироста населения. Средняя продолжительность жизни уменьшается и в некоторых странах она уже сократилась на 10–15 лет. К 2010 году население стран Африки, расположенных к югу от Сахары, будет на 71 миллион человек меньше, чем в том случае, если бы не было СПИДа. Все это угрожает развитию экономики, социальных структур и политической стабильности всех обществ⁹.

ухудшение охраны здоровья В 90е годы в большинстве стран Африки наиболее приоритетными мероприятиями в системе охраны здоровья были мероприятия по борьбе с малярией, туберкулезом и все в большей мере ВИЧ/СПИДом, но вместе с тем программы структурной перестройки заставили правительство сократить и без того дефицитные бюджеты системы здравоохранения, и значительная часть затрат на лечение стала покрываться не государством, а отдельными людьми. В результате этого многие африканцы перестали пользоваться услугами системы здравоохранения¹⁰.

Вместе с тем резко увеличилось количество случаев заболевания ВИЧ/СПИДом среди медицинских работников; например, Малави и Замбия сообщают о 5–6-кратном увеличении случаев заболеваний и смерти работников сферы здравоохранения от этой эндемии. Результатом этого является сокращение числа квалифицированного персонала, а работающие пытаются преодолеть стресс, работают сверхурочно и испытывают страх в связи с усугубляющейся кризисной ситуацией. Расходы на новые процедуры, предусматривающие обеспечение безопасности, и потерянное время и труд сделали медицинское обслуживание еще более дефицитным и дорогостоящим и многие инфицированные и не имеющие соответствующей подготовки члены семей — часто пожилые люди — не могут позволить себе воспользоваться медицинскими услугами.

Разницу между медицинским обслуживанием и доступом к лечению ВИЧ/СПИДа определяют показатели выживания и разделят страны и общины на богатых и бедных. По мере того, как

продолжается деятельность, направленная на уменьшение цен на лекарства и расширение лечения, системы здравоохранения будут определять способность семей и общин бороться с эпидемией. Отсутствие медицинских услуг, какими бы ни были трудности, связанные с покрытием кратковременных затрат на это, значительно затруднит развитие и искоренение нищеты¹¹.

КРАХ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ Образование помогает людям защитить себя от инфекции ВИЧ. Например, в Замбии данные проведенного в Лусаке обследования свидетельствуют о том, что показатель заболеваемости ВИЧ для женщин в возрасте от 15 до 19 лет сократился с 27 процентов в 1993 году до 15 процентов в 1998 году и что этот показатель для лиц, имеющих среднее и высшее образование, ниже. В отсутствие медицинской вакцины от инфекции ВИЧ просветительская работа может стать «социальной вакциной»¹².

СПИД лишает детей образования. ВИЧ/СПИД убивает учителей и административных работников, резко ухудшает качество образования, повышает затраты и уменьшает спрос. У детей, потерявших обоих родителей в результате эпидемии, значительно меньше шансов продолжать учебу в школе¹³. Девочки чаще, чем мальчики будут ухаживать дома за больными родственниками или же выполнять работу по дому, с тем чтобы более старшие женщины могли оказывать помощь больным. Дети могут стать единственными кормильцами семей, если взрослые трудоспособного возраста больны, а другие члены семей слишком стары или молоды для того, чтобы работать.

В Центральноафриканской Республике 85 процентов учителей, умерших в период с 1996 по 1998 год, имели позитивную реакцию на ВИЧ и в среднем возраст умерших был на десять лет меньше возраста выхода на пенсию¹⁴. В Кении число умерших учителей увеличилось с 450 в 1995 году до 1400 в 1999 году. В Кот-д'Ивуаре и Малави каждый день умирает по меньшей мере один преподаватель.

На недавно проведенном в Камеруне форуме было установлено, что в течение последующих пяти лет 10 процентов преподавателей и 20 процентов учащихся могут быть инфицированы ВИЧ¹⁵. Участники форума обратились с призывом решить проблемы, связанные с отсутствием информации, секретностью, отчужденностью и боязнью запятнать свою честь, а также дискриминацией, характерной для школ и колледжей. Участники форума выступили за проведение просветительской работы по ВИЧ/СПИДу в учебных заведениях, несмотря на существующие запреты и препятствия культурного характера.

Выдвинутые недавно предложения предусматривали выделение государственных субсидий учебным заведениям или непосредственно домашним хозяйствам в бедных и находящихся в неблагоприятном положении районах, с тем чтобы сократить затраты на образование и обеспечить непрерывную учебу детей в школах. Если школы могут быть открытыми для всех членов общин и работать при условии, что в них сложится обстановка нетерпимости к сексуальным домогательствам, то они могут стать центрами активизации принятия общинами всесторонних ответных мер по борьбе со СПИДом и играть руководящую роль в общинах в деятельности в этом направлении.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВИЧ/СПИД уже замедляет экономический рост и деятельность в наиболее пострадавших от эпидемии странах. По подсчетам, в 90е годы показатель ежегодного экономического роста на душу населения в Африке сократился на 0,8 процента. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в последующие годы в наиболее пострадавших странах этот показатель уменьшится на 1–2 процента. Это означает, что через два десятилетия объем экономического производства будет на 20–40 процентов меньше, чем в случае отсутствия СПИДа¹⁶. Вместе с тем ВИЧ/СПИД требует дополнительных государственных ресурсов для принятия предупредительных мер, организации лечения, оказания других медицинских услуг и ухода за сиротами и другими иждивенцами.

Больные люди работают менее эффективно и часто отсутствуют на работе. Их смерть является не только человеческой трагедией, но и нарушает работу, понижает производительность, увеличивает ежегодные расходы на обучение и обуславливает необходимость профессиональной подготовки лиц, которые их заменяют.

Изучение случаев распространения ВИЧ можно использовать для прогнозирования количества будущих заболеваний, смертей и числа сирот. Имеющиеся данные далеки от совершенства, однако в настоящее время имеется достаточно свидетельств того, что для ликвидации эпидемии необходимы существенные затраты¹⁷. В апреле 2002 года одна из ведущих горнодобывающих корпораций Южной Африки «Голд филдс» определила, что эпидемия ВИЧ/СПИДа повысит стоимость добычи одной унции золота на 10 долл. США.

Многие предприятия пытались изменить это положение, уменьшив предоставляемые льготы, нанимая рабочую силу на временной основе и пытаясь переложить бремя медицинского обслуживания и переподготовки на государство. Однако в конечном счете эта стратегия себя не оправдала, так как правительства должны взимать с частного сектора налоги за свои расходы.

Кроме того, ясно, что правительства сталкиваются с аналогичными проблемами. Работники заболевают и умирают: уменьшается численность учителей в школах, сотрудников полиции, медицинских сестер в поликлиниках и мусорщиков. В отсутствие квалифицированного персонала органы управления на любом уровне не смогут работать, в результате чего возникает угроза не только для экономического развития, но и для создания и функционирования таких инфраструктур, как автомобильные дороги и аэропорты, и таких механизмов, как правоохранительные органы и органы, в ведение которых входят вопросы налогообложения, и в конечном счете будет нарушена структура функционирования общества.

Масштабы ущерба, нанесенного сельскому сектору, менее серьезны: на семейных фермах в Зимбабве после смерти работника от СПИДа производство кукурузы, арахиса и хлопка сокращается на 40–60 процентов¹⁸. Теряется не только доход: питательные листовые культуры и фрукты заменяют корневые культуры, требующие меньше труда; скот может быть продан для оплаты медицинских расходов, в результате чего будет утрачен источник получения таких питательных продуктов, как молоко, мясо и яйца. Результатом этих изменений является хроническое отсутствие про-

довольственной безопасности и высокий уровень протейновой недостаточности, что еще в большей мере ослабляет иммунные системы и открывает возможности для инфекций.

Приоритетные действия

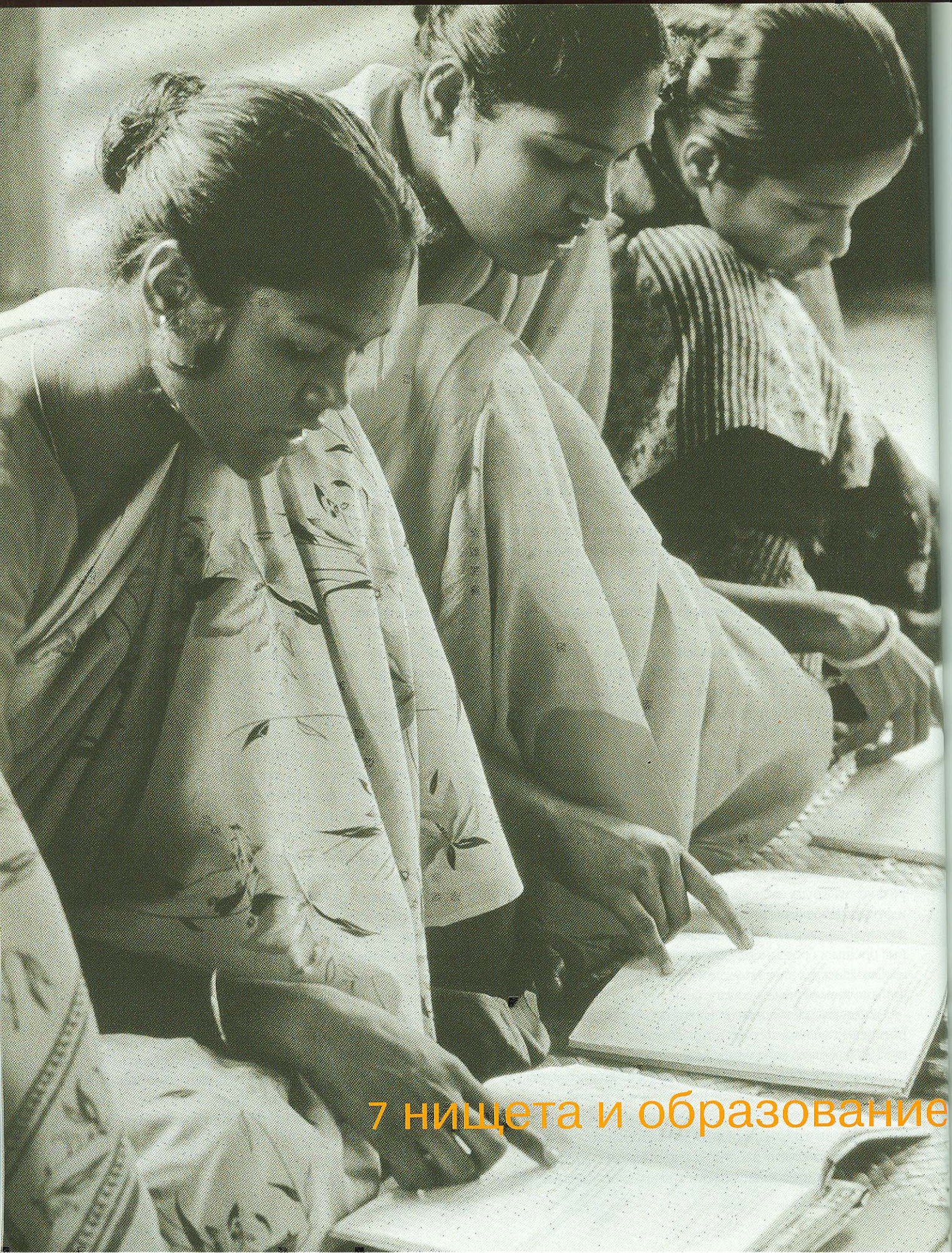
Неимущие слои населения не имеют достаточного доступа к профилактическим услугам, например к противозачаточным средствам, а также к любой форме лечения. Лишь один из пяти человек, подвергающийся риску инфицирования ВИЧ, имеет доступ к профилактической информации и услугам¹⁹. Менее 5 процентов населения, нуждающегося в противовирусных медицинских препаратах, получают их²⁰. Принятию мер по борьбе с эпидемией препятствует медленный стиль работы руководства на всех уровнях, должным образом не признающего и не принимающего характер расширяющегося кризиса. Универсальная культура «замалчивания», связанного с моделями сексуального поведения, объясняет игнорирование многих факторов.

На состоявшейся в июне 2001 года специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по СПИДу основной упор был сделан на необходимость уделения глобального внимания кризису. На Встрече на высшем уровне африканских стран по вопросу ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний, состоявшейся в Абудже, Нигерия, в апреле 2001 года, Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Кофи Аннан обратился с призывом создать глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Цель этого фонда заключается в расширении поддержки в борьбе со СПИДом и в реализации связанных с ним программ борьбы с малярией и туберкулезом в развивающихся странах; предполагается, что нынешние ежегодные затраты, составляющие менее 2 млрд. долл. США, увеличатся до 7–10 млрд. долл. США в год.

Глобальный фонд объявил о своей первой серии субсидий для лечения и профилактики в апреле 2002 года и выделил сумму в размере 378 млн. долл. США на двухгодичный период для реализации 40 программ в 31 стране. Это важное событие свидетельствует также о том, что международное сообщество постоянно не удовлетворяет потребности развивающихся стран. Финансовые средства, выделенные в течение первого года, значительно ниже предусмотренного целевого показателя.

Эффективные стратегии по борьбе с эпидемией предусматривают принятие мер по лечению, просвещению и профилактике. Такие стратегии должны включать в себя не только предоставление медицинских препаратов и оказание медицинских услуг, но и охват общин. Они предусматривают проведение подробных консультаций с населением, которому они пытаются оказать помощь²¹. Крайне необходимыми являются усилия квалифицированных и приверженных делу руководителей.

Примеры творческих и смелых усилий на местном уровне, например в Сенегале, Таиланде и Уганде, направленные на ослабление последствий пандемии, вселяют оптимизм. Решительные действия руководителей могут оказать поддержку в принятии и активизации таких мер на общинном уровне.



7 нищета и образование

Хотя в последние десятилетия во многих развивающихся странах общий доступ к базовому образованию существенно расширился, у неимущих слоев населения как и прежде шансы когда-либо посещать школу невелики, вероятность их обучения в настоящее время мала, и они чаще, чем представители более обеспеченных групп, повторяют учебные курсы.

Модели образования бедных слоев населения в разных регионах имеют существенные различия. В Южной Азии и в Западной и Центральной Африке значительная доля детей из бедных семей никогда не учились в школах. В противоположность этому в Латинской Америке практически все дети получают начальное образование, однако здесь отмечены высокие показатели прекращения дальнейшей учебы. Так, например, 92 процента населения в возрасте от 15 до 19 лет в бедных семьях Бразилии завершают начальное образование, однако лишь половина из них заканчивает пятый класс. В других развивающихся странах для этой модели для неимущих слоев населения характерны более высокая доля поступления в школу и последующее прекращение учебы¹.

Различные показатели доступа к образованию и его получение

Практически во всех развивающихся странах показатели приема в школы и завершения образования обусловлены благосостоянием семей, из которых происходят учащиеся, однако следует отметить, что в разных странах эти показатели неодинаковы. Дети в возрасте от 6 до 14 лет из наиболее богатых семей, составляющих 20 процентов населения, имеют значительно больше шансов быть принятыми в школы, чем дети из наиболее бедных семей, составляющих 40 процентов населения, почти во всех странах.

Различия между богатыми и бедными особенно ощутимо (более 45 процентов) в странах Западной Африки — Бенине, Буркина-Фасо, Мали и Сенегале, — а также в Марокко и Пакистане. В противоположность этому отмечены незначительные различия в Кении, Малави, Казахстане и Узбекистане.

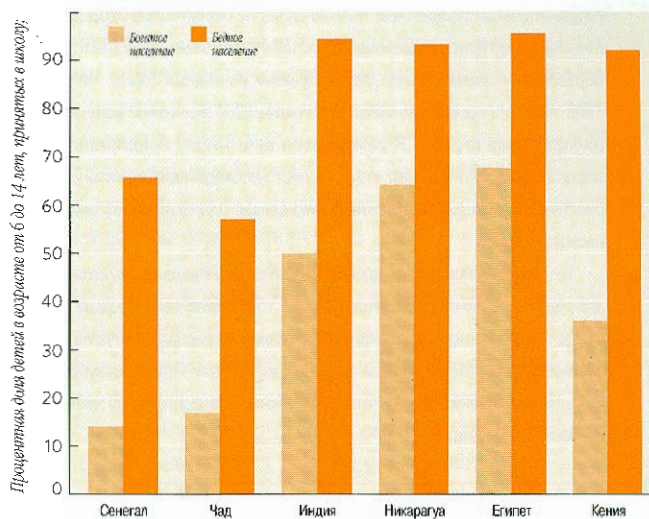
Меры, направленные на завершение обучения в школе, также демонстрируют разрыв в благополучии населения разных стран. Например, в Индии такой разрыв (в данном случае разница между средней продолжительностью получения образования в школе у лиц в возрасте от 15 до 19 лет) между наиболее богатыми 20 процентами населения и наиболее бедными 40 процентами населения составляет 10 лет, в то время как в Танзании она составляет лишь два года².

Во многих странах большинство детей из наиболее бедных семей не посещают школу. Проведенное недавно исследование в 35 странах Западной и Центральной Африки и Южной Азии показало, что в 10 странах половина или даже более населения в возрасте от 15 до 19 лет из неимущих семей не получили начального образования³.

Уже давно было достигнуто международное соглашение о том, что начальное образование должно быть всеобщим к началу XXI века. Разрыв в посещении учебных заведений и завершении учебы в зависимости от благосостояния подразумевает, что неимущим слоям населения значительно сложнее достигнуть

Диаграмма 11. Различия показателей приема учащихся в школу с учетом уровня их благосостояния

Процентная доля детей в возрасте от 6 до 14 лет, принятых в школы, из наиболее бедных и наиболее богатых 20 процентов семей



эту цель, чем другим.

Многие страны выполняют эту цель на основе приема в школу учащихся из числа неимущих слоев населения. Например, в Колумбии, Перу и на Филиппинах свыше 70 процентов детей, не получающих обязательного начального образования — это дети из бедных семей⁴. Лишь в нескольких развивающихся странах обеспеченные слои населения еще не полностью охвачены всеобщим начальным образованием (см. диаграмму 11).

ПРИЧИНЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ РАЗРЫВА Чем объяснить, что показатели приема в школы и получения образования среди неимущих слоев населения хуже? Объясняется это факторами, связанными с концепцией спроса и предложения. Во-первых, детям из бедных семей труднее поступить в школу. Как правило, школы сосредоточены в городах и районах проживания более богатых семей. Например, в Гвинее средняя продолжительность времени, необходимого для того, чтобы добраться до школы, составляет 47 минут в сельских районах и лишь 19 минут в городах⁵.

Однако в большинстве стран наличие школ не является главной проблемой⁶. Во многих странах за последние несколько десятилетий расходы на образование увеличились, однако расходование средств без учета особых потребностей неимущих слоев населения может усилить, а не ослабить диспропорции в уровне благосостояния.

Данные, полученные от многих развивающихся стран, свидетельствуют о том, что значительная доля государственных ассигнований на образование расходуется на деятельность правительства в интересах неимущих слоев населения⁷. В Латинской Америке диспропорции, связанные с завершением образования объясняются неэффективной государственной системой просвещения, услугами которой пользуются бедные слои населения, а также относительно низкой долей ассигнований, выделяемых на начальное и среднее образование, которым, как правило, в

довольствие для образования» в Бангладеш — это государственная инициатива, направленная на обеспечение продовольственной безопасности домашних хозяйств и повышение показателя образования среди женщин, происходящих из бедных семей. Начатая в 1993 году, эта программа охватывает около 5000 начальных школ на территории всей страны. В рамках этой программы предоставляется продовольствие (пшеница), что устраняет необходимость участия детей в обеспечении средств к существованию семьи, благодаря чему они могут посещать школы.

Увеличились показатели посещаемости школы как для мальчиков, так и для девочек, однако что касается девочек, то их показатели выше на 10–15 процентов. Помимо воздействия образования на расширение прав и возможностей, имеются признаки того, что образование способствует более позднему вступлению в брак, что имеет важные последствия для жизненных возможностей женщин.

основном охвачены бедные слои населения⁸. Даже в тех случаях, когда правительства направляют достаточный объем ресурсов на цели улучшения доступа к образованию для неимущих и повышению его качества, у них могут отсутствовать административные возможности в плане оказания услуг.

Кризисные ситуации, такие, как войны, гражданские конфликты, экономический спад и эпидемии, нарушают инфраструктуру оказываемых услуг и способствуют сокращению уровня посещаемости школ. В бывшей Югославии и Центральной Азии показатели приема в учебные заведения в рамках базового образования в конце 90х годов были значительно ниже, чем в начале десятилетия. Эти проблемы могут иметь более серьезные последствия для бедных, чем для обеспеченных групп населения⁹.

Качество обучения в школах, включая учебную программу, учебники, методы обучения, профессиональную подготовку преподавателей, соотношение числа учащихся и преподавателей и участие в процессе обучения родителей, способствуют определению результатов процесса обучения, включая показатели отсева, получения образования и результаты экзаменов¹⁰. Например, в проведенном недавно в Южной Африке исследовании показано, что соотношение учащихся и преподавателей оказывает существенное воздействие на срок завершения образования¹¹. В Египте показатели отсева связаны с различными элементами качества обучения в школах и условиями обучения. Воздействие на мальчиков и девочек оказывают различные элементы обучения в школах¹².

В некоторых странах сокращение рождаемости уменьшает проблемы, связанные с государственными системами образования, что дает возможность повысить качество, при этом нет необходимости в увеличении объема расходов.

Спрос и ожидаемые выгоды

Спрос на образование зависит от той отдачи, которую получает семья, главным образом от доходов от образованных детей (а также от улучшения состояния здоровья и понижения уровня

рождаемости)¹³. В одном из исследований отмечается, что при наличии соответствующих возможностей для образованных работников их доходы могут в среднем увеличиваться на 10 процентов в результате каждого дополнительного года обучения¹⁴.

В некоторых странах ожидаемые доходы от образования ниже в силу различных причин, что понижает спрос на образование среди неимущих слоев населения. В Латинской Америке эти факторы включают в себя расходы на образование, низкое качество обучения в государственных школах и дискриминацию на рынке труда в отношении некоторых этнических, языковых и расовых групп, а также женщин¹⁵.

В противоположность этому отдача от образования в Восточной Азии и некоторых странах Южной Азии по-прежнему является высокой, что объясняется инвестициями в материальные активы, усовершенствованием технологии и политикой, ориентированной на экспорт, и другими видами льготной торговой политики, а также поддержкой процесса образования на уровне семей¹⁶.

Программы, сокращающие расходы на обучение для неимущих, могут повысить спрос. Например, программа «ПРОГРЕСА» в Мексике, которая предусматривает выделение бедным семьям субсидий на обеспечение регулярного посещения школ детьми, сократила показатели отсева и способствовала получению дальнейшего образования¹⁷.

ГЕНДЕРНЫЙ РАЗРЫВ Хотя в течение прошлого десятилетия «гендерный разрыв» в образовании сузился, относительно неблагоприятное положение девочек по-прежнему препятствует их поступлению в средние школы в большинстве стран Южной Азии, стран Африки, расположенных к югу от Сахары, и некоторых других развивающихся регионов. В 2000 году около 31 процента женщин не имели формального образования, в то время как для мужчин аналогичный показатель составлял 18 процентов¹⁸. Имеются существенные различия между странами, причем самые значительные пробелы отмечены в Южной Африке, а самые узкие в Южной Азии, Латинской Америке и Центральной Азии.

Показатели приема в школы свидетельствуют о том, что в ряде регионов существуют значительные различия. В Южной Азии и некоторых странах Западной Африки (Бенине, Центральноафриканской Республике и Чаде) и Марокко показатели приема в школы для мальчиков на 15 процентов выше, чем для девочек. В нескольких латиноамериканских странах и на Филиппинах показатели приема в школу девочек в возрасте от 6 до 14 лет превышают аналогичные показатели для мальчиков.

Как правило, на более высоком уровне образования гендерный разрыв шире. В Южной Азии продолжительность обучения женщин в два раза ниже продолжительности обучения мужчин, а показатели приема женщин в учебные заведения на уровне среднего образования составляют лишь две трети от аналогичных показателей для мужчин. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, показатель посещения школ девочками в возрасте от 12 до 13 лет составляет 80 процентов от показателя посещения школ юношами в возрасте от 18 до 19 лет¹⁹.

Инвестиции в образование имеют крайне важное значение для будущего. Если показатели приема в школы сохраняются на постоянном уровне, а показатели фертильности и смертности

будут уменьшаться в соответствии с предполагаемыми тенденциями, то гендерный разрыв в образовании сохранится и в 2030 году²⁰. (Он не исчезнет полностью даже в том случае, если показатели приема в школы во всех странах увеличатся до уровня нынешних показателей стран Северной Америки к 2030 году, что объясняется существенным разрывом, существующим между группами более старшего возраста.²¹)

СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ Расстояние до школы может иметь важное значение при принятии решения о том, следует ли девочкам посещать школу, что объясняется опасениями членов семьи в отношении сексуального домогательства на пути в школу. В Пакистане, где школы строго поделены по половому признаку, было установлено, что наличие школ оказывает воздействие на принятие решений относительно их посещения девочками, но не мальчиками²². Школьные помещения и отношение к девочкам в школе могут иметь важное значение как для девочек, так и для их родителей. В ходе проведенного в Кении исследования было установлено, что во многих школах не имеется достаточного количества туалетов. Это смущало девочек, которые в силу физиологических потребностей, связанных с менструацией, вынуждены чаще, чем мальчики посещать туалеты²³. Если качество обучения в школе представляется низким, родители могут принять решение о том, что девочки могут с большей пользой быть использованы дома. Затраты на обучение в школе, учебники и форму также являются существенным фактором, препятствующим обучению девочек, особенно в бедных семьях. В странах Африки, расположенных к югу от Сахары, иногда девочки вступают в контакт с «богатыми поклонниками», которые оплачивают обучение в школах в обмен на секс²⁴.

Зачастую гендерные диспропорции в странах наиболее ощутимы среди неимущих слоев населения²⁵, а в некоторых странах они остаются даже в том случае, если бедные семьи переходят в категорию более обеспеченных групп²⁶, поэтому быть девочкой в бедной семье весьма невыгодно. Неимущие родители могут выступать против того, чтобы их дочери получали образование, так как они считают, что уровень доходов девочек никогда не достигнет уровня дохода мальчиков. Труд девочек необходим только для того, чтобы поддерживать семью²⁷, вести домашнее хозяйство и ухаживать за молодыми членами семьи.

Бедные общины, в которых роль женщин ограничена, часто не считают, что у девочки нет необходимости в получении формального образования для того, чтобы стать женой и матерью. Считается, что обучение в школе — это маневр для привлечения более образованного и обеспеченного в финансовом отношении мужа²⁸, однако родители считают, что преимуществами образования воспользуются не они, а семья мужа.

Одним из результатов отсева из школ является беременность. Бедные семьи с большим числом детей могут забирать дочерей из школ для того, чтобы те оказывали им помощь в уходе за детьми младшего возраста. Отсутствие ресурсов для оплаты

школьного обучения может явиться причиной того, что будет поощряться обучение только мальчиков. Политика школ зачастую заставляет беременных женщин покидать школы; некоторые девушки оставляют школы из-за вступления в брак (хотя многие девушки покидают школы в раннем возрасте). Причины, связанные с прекращением обучения в результате беременности, неодинаковы, однако они могут иметь важное значение²⁹. В ходе нескольких страновых обзоров, проведенных в государствах, расположенных к югу от Сахары, было установлено, что 8–25 процентов девушек, прекративших обучение в школах, сделали это из-за беременности³⁰.

Проблемы, связанные с инвестированием в образование девушек

Некоторые эксперты считают, что целесообразнее инвестировать средства в расширение или повышение качества образования для всех детей, чем направлять ресурсы для удовлетворения потребностей девочек, что, как они утверждают, может сократить объемы ресурсов, которые могли бы быть использованы для образования мальчиков. Другая точка зрения заключается в том, что программы, рассчитанные на удовлетворение потребностей девочек, рассчитаны на то, чтобы привлечь их к учебе в школах, а также чтобы инвестиции, содействующие сокращению препятствий, стоящих на пути обучения женщин, способствовали бы также сокращению аналогичных препятствий для обучения мальчиков. Существует также мнение о том, что оптимальным вариантом являются школы, «в которых основной упор делается на удовлетворение потребностей детей» независимо от половой принадлежности учащихся³¹. В разных странах придерживаются самых различных подходов.

Другая проблема состоит в том, стоит ли концентрироваться на образовании девочек или же включить этот аспект в деятельность, направленную на ликвидацию неграмотности среди женщин. Женщины наблюдают за охраной здоровья и учебой своих детей потому, что просветительская работа среди них повышает ценность инвестиций в образование. Однако существует мнение, что дефицитные ресурсы должны быть сконцентрированы в тех областях, которые дадут самые выгодные результаты в долгосрочном плане.

Важной проблемой является предубеждение в отношении лиц женского пола в различных областях, а именно областях, связанных с учебным расписанием, подходами к обучению и общим положением в плане обучения в школах. Учителя могут уделять девочкам меньше внимания, считать их менее талантливыми и способными к обучению. Такое положение можно объяснить тем, что преобладающий во многих школах конкурентный и конфронтационный стиль обучения не соответствует традиционным представлениям о женщинах, связанным с их пассивной ролью и готовностью к сотрудничеству. Как правило, учебные материалы рассчитаны главным образом на мальчиков. Часто девочкам не рекомендуется изучать предметы, связанные с наукой и техникой, которые могут в значительной мере расширить их возможности в плане трудоустройства, что повышает сегрегацию женщин на рынке труда³².

Отдача от инвестиций в образование неимущих слоев населения

ВОЗДЕЙСТВИЕ ОБРАЗОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ

Во многих исследованиях показано, что образование родителей тесным образом связано с получением образования детьми, а также, что образование, полученное матерями, оказывает на детей большее воздействие, чем образование, полученное отцами³³. Более серьезное воздействие образованной матери в семье может позволить ей предоставить больший объем ресурсов для своих детей. У образованных матерей больше шансов получить работу, что даст им возможность покрыть часть расходов на обучение детей. Кроме того, образованные матери, как правило, имеют меньшее число детей и могут уделить больше внимания каждому ребенку.

Помимо этого для образованных матерей в меньшей степени характерны незапланированные или нежелательные роды. Все это оказывает воздействие на образование, так как неимущие родители часто вынуждены делать выбор относительно того, кому из их детей необходимо дать образование. Большое число иждивенцев может уменьшить шансы ребенка получить образование, если это связано с расходами³⁴, однако в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, расширенные семьи покрывают расходы на это, распределяя их между своими членами³⁵. В нескольких странах благодаря незапланированным детям значительно понизился уровень образования детей, роды которых были запланированы³⁶.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Имеется большой объем информации о преимуществах обучения в школах, особенно обучения женщин, что имеет положительные последствия для охра-

ны здоровья и питания, обеспечения и выживания детей и сокращения рождаемости. Например, показатели иммунизации детей, имеющих образованных матерей, постоянно выше, чем показатели детей, матери которых не получили образования³⁷. Благодаря образованию женщин показатели сокращения недоедания детей в период с 1970 по 1995 год сократились приблизительно на 43 процента³⁸. В свою очередь питание детей тесно связано с их развитием и поступлением в начальную школу³⁹.

Пока еще не установлены причины, уязвляющие образование, репродуктивное здоровье и здоровье детей, однако нет сомнений в том, что образование способствует пониманию женщинами соответствующей информации и сложившихся в обществе норм, а также принятию решений, выгодных как для них самих, так и для их детей⁴⁰.

Образование тесным образом связано с улучшением охраны репродуктивного здоровья женщин. В многочисленных исследованиях было показано, что у образованных женщин больше шансов иметь соответствующий уход в дородовой период, получить помощь во время родов, а также использовать противозачаточные средства для избежания нежелательных и несвоевременных родов. Кроме того, как правило, образованные женщины начинают половую жизнь позже, выходят замуж в более зрелом возрасте, позже рожают и имеют меньше детей, чем необразованные женщины⁴¹. Взаимосвязь между образованием и такими событиями жизненного цикла является взаимной: у девушек, выходящих замуж и рождающих детей в раннем возрасте, меньше шансов получить образование, а у девушек, обучающихся в школе, меньше шансов создать семью.

Как правило, во многих странах образование мужчин оказывает меньшее воздействие на репродуктивное здоровье и образование семьи, чем образование женщин, однако обычно последствия получения образования мужчинами являются весьма

22

ЛИКВИДАЦИЯ НЕГРАМОТНОСТИ СРЕДИ НЕИМУЩИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

КОРЕННЫХ НАРОДОВ Семьдесят процентов жителей из числа коренных народов в департаментах Боливии Чукисака и Ротоси неграмотны. Кроме того, для женщин в бедных сельских районах характерны также наиболее высокие показатели материнской смертности.

В рамках нового осуществляемого при поддержке ЮНФПА проекта решаются обе проблемы на основе одновременного проведения подготовки по ликвидации неграмотности на коренном языке кечуа и на испанском языке, а также предоставления информации об охране репродуктивного здоровья, медицинском страховании и охране здоровья матери и ребенка.

В период с 1999 по 2002 год свыше 100 000 женщин и мужчин научились читать и писать. Техническая группа подготовила более 100

преподавателей, которые, в свою очередь, подготовили 35000 преподавателей по ликвидации неграмотности. Каждый из них проводил занятия в классе в составе 25 человек три раза в неделю в течение восьми месяцев. Мужчины и женщины встречались отдельно, с тем чтобы они могли свободно высказывать свои мнения.

«Я научилась тому, как обеспечить чистоту своего тела и своего дома, как планировать вместе с моим мужем число детей, которое мы хотим иметь, как следить за состоянием здоровья в период беременности и наблюдать за ним в последующий период», — заявила одна из участниц проекта. «Я хотела бы получить эти знания раньше, тогда у нас было меньше детей».

Проект, в подготовке которого участвовало министерство альтернативного образования при финансировании Фонда Организации Объединенных Наций осуществлялся в рамках местных средств

массовой информации, радио и общин. Мероприятия координировались с местными НПО. В 2000 году этому проекту была присуждена премия Малкольма Адисисея.

Участники проекта получили информацию о наличии услуг в области охраны здоровья. Результатом одного из проектов стало то, что за два года количество родов, принимаемых с участием квалифицированных акушерок, увеличилось в два раза.

«Раньше мы не знали об этом», — говорит Модеста Инохоса. «Будучи беременными, мы пасли овец и занимались сельским хозяйством вместе с нашими мужьями и ухаживали за детьми. Не было никаких медицинских центров, женщины умирали и никого это не беспокоило. Слава Богу в настоящее время у нас есть более глубокая информация и мы будем внимательнее следить за своим здоровьем».

позитивными. Они закрепляют положительные результаты последствий обучения женщин⁴².

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОТДАЧА Инвестиции в образование и охрану здоровья неимущих слоев населения дают отдачу, выражающуюся в повышении производительности, уровня доходов и экономического роста. Программы борьбы с нищетой в различных областях взаимосвязаны. Результатом повышения эффективности образования является улучшение состояния здоровья и повышение уровня доходов трудящихся, а улучшение состояния их здоровья повышает их возможности в плане заработков.

Уровень образования какой-либо страны оказывает позитивное воздействие на экономический рост. Неравенство, связанное с получением образования, сдерживает рост, каким бы ни был абсолютный уровень образования⁴³. Неравенство в плане образования сокращает также показатель дохода на душу населения во многих странах⁴⁴. Воздействие на это оказывает экономическая политика: инвестиции в сферу образования оказывают большее воздействие на экономический рост, что расширяет возможности для работающих использовать полученное ими образование и их навыки.

Семьи с низким уровнем образования весьма уязвимы к воздействию заболеваний и инвалидности, изменению цен и кредитных ставок, а также воздействию стихийных бедствий. Образование способствует сдерживанию этих факторов на основе создания более широких условий для трудоустройства, получения большего размера доходов и обеспечения более широкого доступа к экономическим активам и кредитам. Как правило, здоровье образованных людей лучше, чем необразованных даже в том случае, если уровень их доходов одинаков⁴⁵.

Выполнение целей МКНР

Одним из центральных направлений деятельности Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире в 1994 году было содействие расширению возможностей в плане образования, прежде всего для женщин, как одного из средств содействия социальному и экономическому развитию. Всеобщее достижение начального образования было установлено как одна из целей, которую необходимо достигнуть в течение 20-летнего периода, поскольку выполнение этой цели обеспечит более широкий доступ к среднему и высшему образованию для девочек и женщин.

После конференции многие правительства и НПО предприняли дополнительные усилия для расширения доступа к образованию неимущих слоев населения, особенно женщин из бедных семей. Программы предусматривали субсидии для обучения в школах, поощрения участия родителей и общин в процессе образования, а также эксперименты, связанные с расширением оказания помощи со стороны частного сектора. Образование во все большей мере связано с программами по охране здоровья и развития экономики.

В рамках пятилетнего обзора результатов прогресса после МКНР были установлены новые цели в области образования: обеспечение доступа к всеобщему начальному образованию к

2015 году, увеличение показателя приема в начальную школу по меньшей мере на 90 процентов для мальчиков и девочек к 2010 году и сокращение наполовину показателя неграмотности 1990 года для женщин и девочек к 2005 году. Для достижения этих целей потребуются новые усилия как на международном, так и на национальном уровнях. Особое внимание следует уделять бедным слоям населения.



8 народонаселение, нищета и глобальные
цели в области развития: перспективы

Основа

ПРОГРАММА В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ: БОРЬБА С НИЩЕТОЙ

Последующая деятельность по итогам Встречи на высшем уровне Тысячелетия в 2000 году сконцентрировала усилия на международном сообществе и системы Организации Объединенных Наций, направленных на ликвидацию нищеты. Цели Организации Объединенных Наций на рубеже тысячелетия включают в себя большинство целей, согласованных в 1994 году на Международной конференции в области народонаселения и развития и последующих конференциях, в том числе улучшение состояния здоровья, увеличение средней продолжительности жизни, профилактику ВИЧ/СПИДа, всеобщее базовое образование, а также сокращение масштабов материнской, младенческой и детской смертности.

В рамках процесса Декларации тысячелетия признается важное значение целей и показателей в области развития, принятых на предыдущих глобальных конференциях, и предпринимается попытка разработать согласованные национальные стратегии их осуществления.

ЦЕЛИ МКНР И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МКНР одобрило ряд взаимозависимых задач в области народонаселения и развития, включая устойчивый экономический рост в контексте устойчивого развития и равенства и равноправия у мужчин и женщин. Странам было настоятельно рекомендовано включить демографические факторы во все стратегии в области развития и принять меры для ликвидации насилия по половому признаку и вредной традиционной практики, включая обрезание у женщин.

Были приняты следующие количественные цели в трех областях:

ВСЕОБЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ Ликвидация разрыва в показателях охвата лиц мужского и женского пола начальным и сред-

ним образованием к 2005 году и обеспечение полного доступа к начальному образованию или образованию, эквивалентному ему, как для девочек, так и для мальчиков в самое ближайшее время и не позднее 2015 года;

Встреча на высшем уровне Тысячелетия приняла указанные целевые показатели и включила положения о ликвидации гендерных диспропорций на всех уровнях образования к 2015 году¹.

СОКРАЩЕНИЕ СМЕРТНОСТИ Сокращение показателей младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет по меньшей мере на одну треть до уровня не более 50 или 70 смертей на 1000 живорождений к 2000 году и до уровня ниже 35 и 45 к 2015 году; сокращение материнской смертности до половины уровня 1990 года к 2000 году и еще на половину к 2015 году (прежде всего в странах, в которых зарегистрированы самые высокие показатели уровня смертности, составляющие до 60 смертей на 100 000 живорождений);

Встреча на высшем уровне Тысячелетия упростила достижение показателя смертности детей в возрасте до 5 лет (до одной трети от уровня 1990 года к 2015 году) и приняла параллельный показатель, составляющий три четверти от показателя сокращения материнской смертности.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ Обеспечение универсального доступа к полному комплексу безопасных и надежных методов планирования семьи и связанных с этим услуг по охране репродуктивного и сексуального здоровья к 2015 году.

МКНР+5 В пятилетнем обзоре МКНР в 1999 году были согласованы новые показатели, которые были приняты во многих странах:

- показатель неграмотности женщин и девочек 1990 года должен быть сокращен наполовину к 2005 году. К 2010 году чистый коэффициент прироста мальчиков и девочек в начальную

ЗАЯВЛЕНИЯ КОМИССИИ ПО МАКРО-ЭКОНОМИКЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

«Инвестиции в охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и обеспечение доступа к противозачаточным средствам, являются крайне важными, дополняющими инвестиции в борьбе с заболеваниями. Результатом борьбы с болезнями и охраной репродуктивного здоровья может быть сокращение фертильности и увеличение объема инвестиций на охрану репродуктивного здоровья и образования каждого ребенка, а также сокращение прироста населения.

Если бы борьба с инфекционными болезнями велась с учетом осуществления расширенных прав программ планирования семьи, неимущие семьи не только могли бы вести более здоровый и продуктивный образ жизни и увеличить продолжительность жизни своих членов, но и они предпочли бы иметь меньшее число детей, будучи убежденными в том, что их дети выживут, и поэтому они могли бы инвестировать больший объем средств в образование и охрану здоровья каждого

ребенка. В этой связи особенно улучшилось бы положение женщин.

Имеются свидетельства того, что подходы, необходимые для стимулирования систем здравоохранения оказывать услуги по лечению инфекционных заболеваний и охране репродуктивного здоровья, повысят также качество услуг по лечению неинфекционных заболеваний.

Кроме того, опыт показывает, что услуги по планированию семьи являются наиболее эффективными тогда, когда они являются одним из элементов всеобъемлющих программ охраны репродуктивного здоровья, которые включают в себя планирование семьи, безопасную беременность и роды и профилактику и лечение инфекций половых путей и болезней, передаваемых половым путем.

Быстрые темпы прироста населения оказывают разностороннее и сложное воздействие на экономическое развитие. На уровне домашних хозяйств инвестиции на образование одного ребенка и охрану его здоровья уменьшаются в том

случае, когда в семьях имеется много детей, т.е. когда зарегистрированы высокие показатели рождаемости. На социальном уровне быстрые темпы прироста населения в сельских районах оказывают особенно сильное воздействие на окружающую среду (например, облесение, так как леса вырубаются для получения отопительной древесины, а высвободившиеся в результате этого земельные угодья предполагается использовать для посадок сельскохозяйственных культур), а также на обеспечение продовольственной безопасности. В результате этого лишённые средств к существованию крестьяне скорее всего направятся в города, что приведет к увеличению уровня урбанизации, а это также будет иметь дополнительные неблагоприятные последствия, выражающиеся в увеличении плотности населения и сокращении ассигнований городских властей, предназначенных для оказания услуг населению (например, услуги полиции, служб водоснабжения и санитарии и т.д.).».

СОТРУДНИЧЕСТВО В ДЕЛЕ БОРЬБЫ С НИЩЕТОЙ

Встреча тысячелетия на высшем уровне явилась началом беспрецедентных усилий государств — членов Организации Объединенных Наций, направленных на то, чтобы политическая воля была главным элементом, лежащим в основе усилий по выполнению основных целей в области развития и расширению сотрудничества.

Международная конференция по финансированию развития, состоявшаяся в марте 2002 года, одобрила рекомендации, касающиеся либерализации торговли, расширения сотрудничества между частным и государственным секторами и уменьшения долговой зависимости. Европейский союз и Соединенные Штаты взяли на себя обязательства обратить вспять тенденцию, результатом которой является сокращение помощи странам в области развития.

Генеральный секретарь будет ежегодно представлять Генеральной Ассамблее доклад о прогрессе,

достигнутом в деле выполнения целей в области развития на рубеже тысячелетия. В докладе за 2002 год затрагиваются вопросы, касающиеся вооруженных конфликтов и лечения и профилактики заболеваний, включая ВИЧ/СПИД и малярию. В рамках Глобального проекта тысячелетия будут рассмотрены ключевые тематические области на основе использования опыта, накопленного в Организации Объединенных Наций, научных кругах, учреждениях, занимающихся вопросами оказания помощи в области развития и финансирования, и частным сектором в развитых и развивающихся странах. Глобальная кампания тысячелетия мобилизует общественную поддержку на борьбу с нищетой и выполнение целей в области развития на рубеже тысячелетия. Система Организации Объединенных Наций повысила эффективность координации своей деятельности на международном, региональном и национальном уровнях. Группа Организации Объединенных Наций по вопросам развития

координирует политику учреждений и организаций Организации Объединенных Наций. Группа на уровне старшего руководящего состава еженедельно проводит заседания и пересматривает вопросы, касающиеся политики. Так, например, в мае 2002 года она провела заседание по вопросу о возрастных структурах населения и приоритетах в области развития.

ЮНФПА выступает в качестве межучрежденческой структуры, разрабатывающей стратегию повышения эффективности контроля за прогрессом. Фонд координирует усилия по усовершенствованию контроля за сбором данных на национальном уровне. Ожидается, что к концу 2004 года каждая развивающаяся страна подготовит по меньшей мере один страновой доклад. Техническая целевая группа Глобального проекта тысячелетия при поддержке Фонда займется изучением опыта, касающегося народонаселения и охраны репродуктивного здоровья.

школу должен составлять по меньшей мере 90 процентов детей обоего пола;

- к 2005 году 60 процентов учреждений, занимающихся оказанием первичной медико-санитарной помощи и услуг в области планирования семьи, должны предлагать широчайший доступный комплекс безопасных и эффективных методов в области планирования семьи, а также оказывать основные акушерские услуги, услуги по профилактике и лечению инфекций половых путей, включая болезни, передаваемые половым путем, и методы профилактики инфекции; 80 процентов медицинских учреждений должны оказывать такие услуги к 2010 году, а к 2015 году все учреждения должны делать это;
- по меньшей мере 40 процентов всех родов должны приниматься при содействии квалифицированных акушерок в странах с весьма высоким показателем материнской смертности, а к 2005 году этот показатель в глобальных масштабах должен достигнуть 80 процентов; указанные показатели должны составлять 50 и 85 процентов, соответственно, к 2010 году и 60 и 90 процентов к 2015 году;
- любой разрыв между долей лиц, пользующихся контрацептивными средствами, и долей населения, желающего регулировать период между родами или ограничить размер своих семей, должен быть сокращен наполовину к 2005 году, на 75 процентов к 2010 году и на 100 процентов к 2015 году.

ВИЧ/СПИД Признавая, тот факт, что положение с ВИЧ/СПИДом хуже, чем это предполагалось в период проведения МКНР, в ходе обзора «МКНР+5» было достигнуто согласие относительно того, что для уменьшения уязвимости к инфекции ВИЧ/СПИД по меньшей мере 90 процентов молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет должны к 2005 году иметь доступ к профилактическим методам, таким, как жен-

ские и мужские противозачаточные средства, добровольное тестирование, консультативные услуги и последующая деятельность, а к 2010 году этот доступ должны иметь по меньшей мере 95 процентов мужчин и женщин. Показатели инфекции ВИЧ лиц в возрасте от 15 до 24 лет должны быть сокращены на 25 процентов в наиболее пострадавших странах к 2005 году и на 25 процентов в глобальных масштабах к 2010 году.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ НА РУБЕЖЕ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

Многие цели в области развития на рубеже тысячелетия, включая цели по охране репродуктивного здоровья, зависят от наличия методов планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья, а также от других аспектов, связанных с народонаселением (см. вставку на странице x).

Что касается охраны здоровья, то на подготовку доклада Генерального секретаря о прогрессе в выполнении целей в области развития на рубеже тысячелетия 2002 года серьезное воздействие оказала работа Комиссии по макроэкономике и здравоохранению, учрежденной ВОЗ и Всемирным банком. Пять различных рабочих групп в течение двух лет проводили исследования и консультации по приоритетным мероприятиям, касающимся взаимосвязи между охраной здоровья, прежде всего аспектами охраны здоровья, связанными с заболеваниями, расходами на них и предполагаемыми экономическими результатами.

Комиссия признала, что народонаселение и охрана репродуктивного здоровья являются центральными элементами, необходимыми для достижения целей Встречи на высшем уровне на рубеже тысячелетия по охране здоровья и всех программ в области развития.

В 1994 году на МКНР была особо подчеркнута взаимосвязь между динамикой населения, способностью отдельных лиц и супружеских пар принимать решение, касающееся репродук-

тивного здоровья, укрепления здоровья, развития и сокращения масштабов нищеты. Комиссия разделяет это понимание, о чем свидетельствует информация, приводимая ниже (см. вставку). Национальные и международные планы действий по выполнению целей в области развития на рубеже тысячелетия должны отражать эти моменты.

Рекомендации к действию

СОТРУДНИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Правительства, общины, частный сектор и международное сообщество должны сотрудничать, с тем чтобы максимально использовать сравнительные преимущества и сократить дублирование деятельности и объем отходов и повысить эффективность. Это является общей задачей в течение многих лет, однако борьба с крайней нищетой придала новый импульс для решения этой задачи.

РОЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВ Принимаемые на национальном уровне меры, направленные на укрепление здоровья неимущих

слоев населения и сокращение неравенства, связанного с охраной здоровья, включают в себя:

- разработку экономической политики, способствующей сокращению масштабов нищеты;
- информация об охране здоровья и медицинских услугах;
- борьбу с инфекционными заболеваниями;
- законы, предусматривающие укрепление здоровья;
- субсидированные медицинские услуги для неимущих слоев населения²;

Во Всемирном докладе об охране здоровья за 2000 год правительствам предлагалось повысить качество услуг в области здравоохранения и увеличить объем ресурсов на охрану здоровья, особенно в интересах неимущих слоев населения³.

Выполнение принятой на основе консенсуса цели МКНР, предусматривающей обеспечение всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья к 2015 году, требует создания сетевых систем безопасности: бесплатных услуг, субсидированного лечения, планов страхования и регулируемых размеров вознаграждения, с тем чтобы обеспечить оказание медицинских услуг лицам с низкими доходами. «Программа МКНР способствует решению вопроса о финансировании системы здравоохранения с точки зрения удовлетворения потребностей населения и расширения его прав и возможностей. Вопрос, который необходимо задать при условии реализации любой инициативы, заключается в том, окажет ли она неблагоприятное воздействие на бедных и будет ли она способствовать дискриминации женщин?»⁴

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДИРЕКТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ В ОБЛАСТИ УМЕНЬШЕНИЯ МАСШТАБОВ НИЩЕТЫ

Всемирный банк и система Организации Объединенных Наций, в том числе ЮНФПА, координируют оказание своей помощи в целях развития для наименее развитых стран. Важным механизмом является национальный директивный документ, касающийся уменьшения масштабов нищеты, в котором излагаются национальные приоритеты и планы действий, разработанные в соответствии с широкими и предусматривающими участие населения анализами, проводимыми правительствами и национальными участниками, включая группы гражданского общества, парламентариев и частный сектор.

Эти планы признаны в качестве важных средств для достижения прогресса в выполнении целей в области развития на рубеже тысячелетия. С вносимыми изменениями они послужат основой для деятельности по осуществлению и контролю. Планы могут стать основой для деятельности по уменьшению размера задолженности в рамках Инициативы, касающейся стран, имеющих высокую задолженность для одних стран, а также для льготного кредитования для других.

Многие страны уже подготовили первоначальные документы до начала широкомасштабной деятельности или же завершили работу над своими планами и приступили к реализации постоянного процесса осуществления, контроля и внесения изменений.

В рамках проводимых анализов делается вывод о том, что в

25

ИНТЕРЕСЫ БЕДНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОХРАНОЙ ЗДОРОВЬЯ

В проведенном в 23 странах исследовании в рамках подготовки доклада о мировом развитии были проанализированы мнения бедных слоев населения о воздействии нищеты на их жизнь. Исследователь Дипа Нараян выдвигает пять предположений, лежащих в основе исследования «Консультации с неимущими».

Во-первых, необходимо обеспечить защиту неимущих слоев населения от финансовых последствий болезней. Очень много людей должны выбирать между уходом за больными членами семьи и кормлением остальных. Кроме того, разработать более эффективные способы защиты от болезней на основе опыта таких структур, как «Ассоциация самозанятых женщин Индии» и Банк «Грамин» в Бангладеш.

во-вторых, необходимо создать эффективные медицинские инфраструктуры в районах проживания неимущих слоев населения. Особенно важное значение имеют водоснабжение и санитария, особенно в Южной Азии, где неимущие женщины испытывают страх, связанный с продолжительными походами за водой.

В-третьих, следует улучшить модели поведения государственных медицинских учреждений. Неэффективность работы ряда государственных медицинских учреждений объясняют то, почему неимущие слои населения не хотят пользоваться их услугами.

В-четвертых, необходимо вести борьбу с насилием в семье по признаку пола. Воздействие насилия в отношении женщин является одной из проблем системы здравоохранения.

В-пятых, следует признать психологические, а также физические воздействия ВИЧ/СПИДа. Среди неимущих слоев населения, особенно в Африке, заболевание СПИДом является позором, а также причиной глубоких страданий людей.

Недостаточно оказать техническую и финансовую помощь наименее бедным странам: внутристрановые программы должны предусматривать направление прямых внутренних и международных ресурсов для наиболее бедных слоев населения. Они должны быть обеспечены защитой, получать поддержку и иметь возможность выразить свои мнения.

аналитическом отношении многие разрабатываемые планы являются обоснованными и практичными. Однако необходимо принять ряд дополнительных мер в целях наращивания национального потенциала и обеспечения более полного участия широких групп национальных элементов³. Провозглашенный на МКНР и других международных конференциях подход, предусматривающий участие населения, в значительной мере закрепился в ходе прошлого десятилетия, однако потребуются и далее вносить усовершенствования.

В проведенном ЮНФПА обзоре 44 директивных документов, посвященных сокращению масштабов нищеты, было продемонстрировано, что необходимо также принять меры по усовершенствованию сложившегося положения, с тем чтобы обеспечить более полный учет таких аспектов, как народонаселение, охрана репродуктивного здоровья, равенство мужчин и женщин и права человека⁴. ЮНФПА будет уделять более приоритетное внимание вопросам координированного развития, в том числе директивным документам, касающимся сокращения масштабов нищеты, реформе сектора здравоохранения, общесекторальным подходам и системе общих страновых оценок Организации Объединенных Наций.

ПРОГРАММЫ, РАССЧИТАННЫЕ НА ОХВАТ НЕИМУЩИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ Уделение более пристального внимания вопросам сокращения масштабов нищеты требует, чтобы получаемые в результате осуществления программ выводы непосредственно сказывались на положении неимущих слоев населения.

В Программе действий МКНР приводится ряд удачных примеров оказания услуг, нацеленных непосредственно на лиц с низкими доходами. ЮНФПА провел межучрежденческую дискуссию по вопросу о базовых социальных услугах, в ходе которой была особо отмечена ориентация на социальные услуги Программы действий. Основной упор в эффективных программах в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья делается на индивидуальные услуги и удовлетворение потребностей в области информации. В достаточной мере уже определены принципы ориентации услуг в области репродуктивного здоровья, однако услуги по охране репродуктивного здоровья должны охватывать также неимущих, при этом должны оказываться услуги по профилактике и лечению основных инфекционных заболеваний.

Эффективные программы по охране репродуктивного здоровья для неимущих слоев населения зависят от мнения населения с низкими доходами и привлечения их к деятельности по разработке и осуществлению программ. Это имеет особенно важное значение для женщин, которые должны извлечь наибольшую пользу из программ в области народонаселения и охраны репродуктивного здоровья.

Базовые принципы просты:

- оказание услуг для охвата неимущих;
- сокращение расходов неимущих;
- предоставление возможностей неимущим слоям населения выражать свои мнения при разработке и осуществлении программ и контроле за ними;

- оказание государственной помощи в распространении общественных товаров, включая услуги, имеющие крупномасштабные косвенные последствия;
- предупреждение стресса, так как это дешевле, чем лечение (зачастую как в долгосрочном, так и в краткосрочном плане);
- повышение качества услуг;
- улучшение информации, при помощи которой контролируются потребности неимущих слоев населения и получаемые ими товары и услуги;
- пропагандирование программ в целях охвата неимущих слоев населения и повышение эффективности информации, используемой для оказания услуг и мобилизации необходимых ресурсов и поддержки;
- повышение эффективности и борьба с неравенством.

Аналитики установили четыре способа направления ресурсов в области охраны здоровья неимущим слоям населения⁵:

- **решить проблемы, связанные с заболеваниями:** обеспечить, чтобы выделенные ресурсы использовались для лечения распространенных среди неимущих слоев населения заболеваний;
- **оказание базовых социальных услуг:** уделение приоритетного внимания базовым социальным услугам, главным образом первичному медико-санитарному обслуживанию, профилактике и базовым медицинским услугам, а также пропаганде здорового образа жизни и основных хирургических операций;
- **направление ресурсов в бедные районы:** уделение внимания сельским районам и населению поселков городского типа, а также населению отдаленных районов и лицам, живущим в трущобах;
- **направление ресурсов наиболее бедным домашним хозяйствам и общинам:** обеспечение того, чтобы неимущие слои населения не несли расходы, которые они не в состоянии покрыть.

ДОСТУП К ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Улучшение охраны репродуктивного здоровья имеет важное значение для повышения эффективности услуг по охране здоровья неимущих слоев населения. На заболевания, связанные с репродуктивным здоровьем, приходится половина болезней, характерных для женщин репродуктивного возраста. Прежде всего это касается неимущего населения и населения с высокими показателями фертильности.

Неимущие слои населения имеют самый незначительный доступ к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья и больше всего подвержены риску. Как правило, бедные хотят иметь семьи большего размера, чем обеспеченные слои населения, однако для них характерны большие показатели нежелательной и непреднамеренной беременности. Результатом высокого уровня непреднамеренной беременности является еще более высокий уровень фактической фертильности по сравнению с желаемым уровнем. Это повышает потребность в медицинских услугах в дородовой период и ус-

лутах по обеспечению безопасных родов, а также в высококачественных услугах по планированию семьи, с тем чтобы уменьшить число нежелательных беременностей и аборт.

Повышение качества услуг в области охраны репродуктивного здоровья является ключевым элементом улучшения доступа к ним и их полезности для неимущего населения⁸. Должностные лица часто игнорируют интересы бедных клиентов, которые не имеют информации или доступа к вопросам об их лечении или цене оказываемых услуг. Качество зависит от надежной поставки медикаментов и товаров медицинского назначения, а также от эффективной профессиональной подготовки и контроля. Важное значение имеют технические знания, а кроме того, важно, чтобы персонал испытывал уважение к достоинству клиентов, соответствующим образом отвечал на их вопросы и относился к ним как к лицам, имеющим различные потребности и культурное происхождение.

УЧАСТИЕ ОБЩИН Религиозные и благотворительные организации, включая церкви, школы, больницы, системы распределения продовольствия, приюты и другие учреждения, зачастую оказывают услуги неимущим общинам, особенно в тех районах, где государственные услуги не оказываются или являются недоступными.

Конференции, посвященные вопросам народонаселения и положения женщин 1994 и 1995 годов, призвали активизировать участие общин, и главным образом предоставить женщинам и представителям других маргинализированных групп, а именно наиболее бедным слоям населения, подросткам и лицам, зараженным ВИЧ, возможность выражать свое мнение в общинах и в деятельности, связанной с развитием. Поддержку в этом процессе могут оказать эффективные организации гражданского общества.

Децентрализация медицинского обслуживания может оказать содействие обеспечению участия общин в жизни общества, однако в целях осуществления процесса децентрализации в интересах неимущих слоев населения эти слои населения сами должны участвовать в определении приоритетов. Непосредственное участие родителей и лидеров общин имеет особо важное значение для обсуждения и решения проблем, связанных с

охраной репродуктивного здоровья подростков, таких, например, как подростковая беременность и профилактика ВИЧ/СПИДа.

Прилагаются усилия для обеспечения того, чтобы потребности в области охраны репродуктивного здоровья удовлетворялись в рамках децентрализованных систем⁹. Был сделан призыв обеспечить всеобщий доступ неимущих женщин к безопасным услугам в области охраны здоровья матери и ребенка, включая, например, чрезвычайную акушерскую помощь, а также призыв в отношении справедливого отношения к людям, зараженным СПИДом. Общинные движения расширились и в их рамках оказывается поддержка лицам, пострадавшим от ВИЧ/СПИДа, особенно сиротам, несмотря на предвзятое отношение и дискриминацию, связанные с этим заболеванием. Системы общинного страхования и охраны здоровья могут оказать помощь женщинам, особенно в защите от существующих рисков, и обеспечить доступ к необходимым услугам, например, чрезвычайной транспортировке женщин, столкнувшихся с трудностями при родах. Активное гражданское общество может создать благоприятные условия для принятия мер общинами¹⁰.

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ОСОБЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В Программе действий МКНР содержится призыв разработать более эффективные программы в области народонаселения и развития, обеспечивая при этом отчетность наиболее уязвимых и находящихся в неблагоприятном положении общественных групп, в том числе населения сельских районов и подростков¹¹. Подчеркивается, что программы, связанные с народонаселением, способствуют расширению прав и возможностей женщин и улучшению здоровья, особенно в сельских районах, а также дают другие преимущества¹². В Программе содержится призыв, в частности, делать особый упор на удовлетворение потребностей по охране репродуктивного здоровья не охваченных соответствующими услугами групп населения, в том числе подростков, «с учетом прав и обязанностей родителей и потребностей подростков и населения сельских и городских районов»¹³.

МИКРОКРЕДИТЫ, СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ И ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В ряд программ в области микрофинансирования с самого начала их осуществления были включены такие аспекты, как планирование семьи, питание детей, охрана здоровья и связанные с этим мероприятия. В Бангладеш «Грамин банк», ВРАК и другие НПО способствуют обсуждению и применению членами общин методов планирования семьи. Аналогичные меры принимают организация «Про Мухер» в Боливии и организации в других странах Латинской Америки.

Групповые планы страхования зачастую предусматривают обеспечение социальной защиты своих

участников на основе предоставления субсидий от доходов от займов. Группы участников определяют то, в каких услугах они нуждаются, и в основе этого решения лежат приоритеты участников и условия страхования.

Во франкоговорящих странах в западной части Африки в 2001 году имелось 360 планов страхования и кредитования, которыми охвачены 1,25 млн. человек, т.е. в семь раз больше, чем в момент начала их осуществления в 1988 году. Увеличение покрытия этими планами улучшило положение населения.

Одна страховая группа заключила контракт на предоставление услуг по обучению матерей тому, как стимулировать развитие познавательных спо-

собностей их детей. Одна из клиенток, на которую глубокое впечатление произвели активность и продолжительность обучения, заявила: «Для того чтобы проделать такую работу с нашими детьми, их должно быть не больше двух». Таким образом, это обучение предусматривает также аспекты, связанные с планированием семьи.

Исследователи объясняют расширение использования современных методов планирования семьи улучшением информации и той взаимной поддержкой, которую оказывают друг другу женщины. Расширение возможностей в плане принятия решений в семьях и изменение положения женщин занимают значительное время.

НАСЕЛЕНИЕ СЕЛЬСКИХ И ДРУГИХ РАЙОНОВ, НЕ ПОЛУЧАЮЩЕЕ УСЛУГ В ДОСТАТОЧНОМ ОБЪЕМЕ Опыт показывает, что сокращение масштабов нищеты зависит от успешного осуществления программ развития сельских районов¹⁴. Показатель неудовлетворенных потребностей в плане удовлетворения услуг в области планирования семьи и связанная с этим нежелательная беременность у неимущих слоев населения в сельских районах выше, чем у населения городских районов. Это способствует ухудшению состояния окружающей среды на местном уровне и увеличению миграции в перенаселенные города и прилегающие к ним районы¹⁵.

Пятилетний обзор Программы действий способствовал обеспечению странами того, чтобы помощь международных доноров инвестировалась с максимальной пользой для неимущих и других уязвимых групп населения¹⁶.

ГОРОДСКИЕ МИГРАНТЫ Хотя в целом качество социальных услуг, оказываемых в городах, выше, чем качество аналогичных услуг в сельских районах, часто не принимаются во внимание городские трущобы и другие районы сосредоточения бедноты. Прежде всего это касается городов среднего размера, площадь которых быстро увеличивается¹⁷. Они являются местными рынками и источником оказания услуг для более крупных агломераций и обеспечивают связь этих агломераций с сельскими населенными пунктами; вместе с тем они получают относительно небольшую поддержку от центральных органов и не могут собирать финансовые средства на основе налогообложения и взимания других платежей. Все большее внимание уделяется определению местонахождения районов сосредоточения бедноты, с тем чтобы оказывать им прямые услуги, выделять субсидии и предоставлять другие ресурсы.

БЕЖЕНЦЫ И ПЕРЕМЕЩЕННЫЕ ЛИЦА Самыми неимущими являются люди, покинувшие свои дома в результате стихийных бедствий, беспорядков по политическим и социальным причинам и войн. Зачастую они живут во временных лагерях, где получают минимальную социальную помощь, и в рамках международной помощи им оказывается любое содействие для удовлетворения их непосредственных потребностей и планирования переселения.

Три четверти перемещенных лиц и беженцев — это женщины и дети. 25 процентов из них — это женщины репродуктивного возраста. Одна из пяти таких женщин может быть беременной. Эти женщины стали жертвами изнасилования или нападения в своих домах или же в тот момент, когда они были вынуждены покидать их. Сексуальное насилие и эксплуатация в лагерях беженцев является обычным делом. В случае отсутствия определенного комплекса базовых услуг роды для этих уже пострадавших женщин представляют еще большую опасность, чем в том случае, если бы они рожали дома. Они нуждаются в консультациях и психологической поддержке.

Услуги по охране репродуктивного здоровья населению, находящемуся в кризисных ситуациях, оказываются одновременно с предоставлением продовольствия, жилья и воды и обеспечением физической безопасности. Это спасает жизнь женщин. Такие услуги имеют крайне важное значение для охраны здоровья и обеспечения того, чтобы люди жили в достой-

охранения и действующие на децентрализованном уровне комитеты по охране здоровья в равной мере основывают свои решения об оказании комплекса базовых или основных услуг на основе критерия, который в полной мере не отражает последствия, связанные с охраной репродуктивного здоровья. Широко используемый критерий определения снижения уровня и качества жизни, например, определяет последствия какого-либо заболевания или состояния. Однако следует отметить, что этот критерий не учитывает важное значение охраны репродуктивного здоровья:

- ориентированный на заболевания подход не учитывает состояние здоровья, которое воздействует на качество жизни и здоровье, но не является болезнью, например, нежелательная беременность;
- этот критерий учитывает смерть матерей в результате опасного с медицинской точки зрения аборта, однако он не учитывает последствий для системы образования профилактики нежелательной беременности и аборта на основе использования безопасных и эффективных методов планирования семьи;
- уменьшение веса объясняется ухудшением состояния здоровья людей в возрасте старше 25 лет, а не людей более молодой возрастной группы, при этом не учитываются последствия для здоровья лиц репродуктивного возраста (15–49 лет);
- не учитывается воздействие болезни человека на других членов семьи (например, на детей больной матери);
- эксперты, определившие степень серьезности различных заболеваний, в основном были из развитых стран, в которых показатель смертности в результате родов невелик.

ных условиях, в чрезвычайных ситуациях.

ЮНФПА оказывает поддержку в чрезвычайных ситуациях, делая основной упор на следующие моменты:

- охрана здоровья матери и ребенка на основе приема родов в безопасных с санитарной точки зрения условиях, планирования семьи и чрезвычайной акушерской помощи;
- информация и услуги в области планирования семьи;
- предупреждение и лечение инфекций половых путей и болезней, передаваемых половым путем;
- профилактика ВИЧ/СПИДа, включая информацию об универсальных мерах предосторожности;
- охрана здоровья подростков;
- профилактика и лечение заболеваний, вызванных сексуальным насилием и насилием по признаку пола¹⁸.

ПОДРОСТКИ В настоящее время число населения в возрасте от 10 до 19 лет в развивающихся странах достигло рекордной отметки за всю историю человечества и составляет более 1 млрд. человек. Предполагается, что эта возрастная группа будет самой большой по меньшей мере до середины века и к 2050 году ее численность увеличится еще на 174 млн. человек. Эти молодые люди являются потенциальными работниками и родителями, однако они нуждаются в информации и на-

выках для защиты своей жизни и здоровья и реализации своего потенциала.

На международных встречах молодые люди постоянно призывают уважать их права и поощрять их интересы по мере взросления. Молодежь заявляет о своих потребностях всегда, когда имеет возможность делать это, на региональных встречах подростков, а также это было сделано на специальной сессии Организации Объединенных Наций, посвященной детям, которая состоялась в мае 2002 года в Нью-Йорке¹⁹.

Доступ молодых людей к информации и услугам в области охраны репродуктивного здоровья ограничен даже в том случае, если они состоят в браке, а эта тема является чрезвычайно сложной. Однако их потребности можно удовлетворить на основе обеспечения надлежащего и учитывающего возрастные особенности участия родителей, семей, друзей, культурных лидеров, общин и ровесников. Помимо формального образования молодые люди нуждаются в получении знаний, отражающих сложность их жизни, в том числе подготовку к жизни в обществе, предпринимательские навыки, навыки ведения переговоров, равенство мужчин и женщин, охрану здоровья и питание, т.е. все аспекты подготовки к взрослой жизни.

МИКРОКРЕДИТЫ Крайняя нищета охватывает все сферы жизни. Значительная часть населения нуждается в поддержке: охрана здоровья тесным образом связана с такими аспектами, как жилье, питание, безопасность с санитарной точки зрения, водоснабжение и санитария, а также медицинские услуги. Комплексные подходы расширяют возможности населения в плане принятия мер по борьбе с нищетой.

Схемы выделения микрокредитов являются одним из наиболее эффективных средств расширения прав и возможностей неимущих слоев населения, особенно неимущих женщин, в деле улучшения экономического и социального положения. Как правило, в качестве кредитов выделяются небольшие суммы денег, обычно менее 100 долл. США. Планы группового кредитования создают стимулы для совместной деятельности и поддержки друг друга; они приобрели популярность у доно-

ров частично потому, что легко контролировать их выплату. Зачастую эти планы предусматривают оказание других услуг, таких, например, как борьба с неграмотностью и планирование семьи.

На Встрече на высшем уровне по вопросам микрокредитования 1997 года была принята цель предоставления кредитов для обеспечения самозанятости и оказания других предпринимательских услуг 100 миллионам наиболее бедных семей, прежде всего женщинам. Особое внимание будет уделяться охвату наиболее бедных слоев населения в каждой стране. В 2000 году микрокредиты охватили почти 31 миллион клиентов, более 19 миллионов в неимущих домашних хозяйствах и более 14 миллионов наиболее бедных женщин²⁰.

В рамках Международной кампании в области предоставления микрокредитов были разработаны «комплексы механизмов» для определения бедности домашних хозяйств и идентификации наиболее бедных семей. Эти механизмы включают в себя систему определения обеспеченности с участием широких слоев населения, которая предусматривает использование общинных информаторов для установления бедных домашних хозяйств, а также показатель, выражающий общий комплекс характеристик домашних хозяйств. Расширяется профессиональная подготовка и распространение информации, особенно в Африке и Азии.

Микрофинансирование продемонстрировало женщинам то, как можно заработать деньги, однако по-прежнему существует вопрос о том, кто контролирует ресурсы, которые они приносят в дом. Участие в этих усилиях мужчин не гарантировано и некоторые мужчины считают, что возможность их жен зарабатывать деньги понижает их статус в семье.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ И СИСТЕМ СБОРА И ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ Наиболее бедные страны нуждаются в улучшении систем сбора и обработки информации для наблюдения за прогрессом в достижении целей в области развития на рубеже тысячелетия. ЮНФПА сотрудничает с учреждениями-партнерами системы Организации Объ-

В мае 2002 года после специальной сессии Организации Объединенных Наций, посвященной детям, Совет Европейского союза по вопросам развития подтвердил свое обязательство продолжать прилагать усилия, направленные на достижение международного консенсуса относительно приоритетов оказания помощи в области здравоохранения, при этом подчеркивалось важное значение обеспечения универсальной о доступу к услугам и правам в области репродуктивного здоровья.

«Европейский союз подтверждает свою твердую приверженность делу содействия обеспечению того, чтобы к 2015 году показатели смертности младен-

цев и детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах были сокращены на две трети; показатели материнской смертности сокращены на три четверти; универсальный доступ к лечению и услугам в области репродуктивного здоровья обеспечивался для всех лиц соответствующих возрастов в соответствии с обязательствами Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и других конференций и встреч на высшем уровне Организации Объединенных Наций; распространение ВИЧ/СПИДа и малярии и других серьезных заболеваний было приостановлено и начало обращаться вспять».

Европейский союз указывает далее на то, что в следующем пятилетии ЕС увеличит объем оказания

помощи в области развития в целях улучшения результатов деятельности по охране здоровья и предложит странам-получателям и международному сообществу присоединиться к ним в заполнении пробелов в финансировании для удовлетворения целей в области развития на рубеже тысячелетия. Страны — члены Европейского союза особо подчеркнули, что при оказании поддержки медицинским программам особое внимание будет уделено инфекционным заболеваниям, охране здоровья матери и ребенка и репродуктивного и сексуального здоровья, а также репродуктивным и сексуальным правам.

диненных Наций, международными финансовыми учреждениями, двусторонними донорами и фондами в целях укрепления национального потенциала по осуществлению контроля.

ЮНФПА имеет богатый опыт по оказанию поддержки в сборе демографических данных. Фонд отказался от оказания широкой поддержки в проведении первых страновых переписей населения и перешел к оказанию специализированной технической помощи. Во многих развивающихся странах с низким уровнем доходов ЮНФПА действует в качестве координатора системы Организации Объединенных Наций в деле оказания поддержки в этой области. В 2000 году Камбоджа присудила представителю ЮНФПА одну из самых почетных наград страны за оказание помощи в проведении первой переписи после десятилетий политической нестабильности.

ЮНФПА помогает странам собирать информацию для принятия директивных ответных мер в связи с возникновением чрезвычайных ситуаций, например, в связи с воздействием экономического кризиса 1998 года на охрану репродуктивного здоровья в Юго-Восточной Азии, а также обеспечением соответствующего уровня качества жизни престарелых в Индии и Южной Африке.

ЮНФПА оказал помощь в проведении переписей и обследований в лагерях беженцев и в других местах проживания населения, пострадавшего в результате конфликтов. Он присоединился к оказанию общесистемной поддержки Организацией Объединенных Наций организациям, занимающимся проведением переписей и сбором статистических данных, во многих чрезвычайных обстоятельствах. Фонд способствовал проведению качественных научных исследований²¹, например, исследований об охране репродуктивного здоровья, насилии по признаку пола и смежным вопросам, касающимся лиц, перемещенных внутри страны в Анголе. Поддержка ЮНФПА способствовала определению масштабов изнасилований и домогательств в отношении женщин в бывшей Югославии в период боевых действий в 90е годы и широкому освещению информации об этом, с тем чтобы эти женщины могли получить поддержку. Фонд оказывает помощь в сборе данных и разработке политики в области развития в Восточном Тиморе.

Демографические и медицинские обследования, финансируемые ЮНФПА и другими донорами, имеют важное значение для наблюдения за такими факторами, как смертность, фертильность, охрана здоровья, нищета и доступ к услугам, а кроме того эти обследования указывают на области, которые необходимо усовершенствовать²². Обследования способствовали определению практических методов оценки финансовых средств, необходимых для оказания помощи в проведении научных исследований по вопросам политики, связанных с нищетой²³.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СБОРЕ ДАННЫХ По мере того, как сотрудники, работающие в деле осуществления программ, исследователи, работники директивных органов, НПО и другие потребители разъясняют свои потребности в данных, ЮНФПА будет содействовать развитию комплексных

подходов к оценке. Например, Фонд может предложить включение основных демографических критериев и критериев определения поведенческих моделей в экономические и другие обследования, что повысит эффективность систем и показателей сбора и обработки данных, связанных с гендерными аспектами, а также включению различных критериев в работу с базами данных, предназначенными для директивных органов.

Что касается децентрализации, то следует отметить, что муниципальные и окружные органы принимают решения относительно приоритетов, касающихся планов в области развития и оказания медицинских услуг на местном уровне. Эти местные органы должны провести анализ местных данных и организовать профессиональную подготовку по их использованию для принятия обоснованных решений, касающихся политики и программ. ЮНФПА оказывает поддержку в расширении прав и возможностей сотрудников местных директивных органов и в предоставлении точной и своевременной информации о том, на чем должны основываться решения относительно приоритетов в области охраны репродуктивного здоровья и расширения прав и возможностей женщин.

Для финансирования деятельности по принятым решениям и формулирования соответствующих стратегий будут использоваться усовершенствованные данные, а также информация, полученная непосредственно от пострадавшего населения.

Данные переписей делают возможным составление «карт бедности», на которых показаны районы проживания бедного населения. Это помогает устанавливать населенные пункты, в которых необходимо оказывать помощь, а также разработать системы для наиболее широкого охвата населения²⁴.

Помимо повышения качества данных о демографических тенденциях и качестве жизни страны нуждаются в лучшей информации о преимуществах программ и расходах на них, а также информации о том, откуда поступают ресурсы и как их можно было бы использовать наиболее эффективным образом.

Ресурсы для населения и охрана репродуктивного здоровья

С 1969 года ЮНФПА является крупнейшим многосторонним источником оказания помощи в области народонаселения, который выделяет на демографические программы около 6 млрд. долл. США.

ЦЕЛИ МКНР, КАСАЮЩИЕСЯ РЕСУРСОВ В 1994 году на Международной конференции по народонаселению и развитию страны взяли на себя обязательство добиться целей обеспечения универсального доступа к охране репродуктивного здоровья к 2015 году²⁵. В ходе пятилетнего обзора деятельности по итогам МКНР и на последующих международных региональных конференциях эта цель была подтверждена²⁶.

Эта цель по-прежнему является приоритетной для международного сообщества. Она предусматривает стандарты осуществления контроля организациями, занимающимися оказанием двусторонней помощи (в том числе учреждениями, занимающимися вопросам развития, Соединенных Штатов и Соединен-

ного Королевства), Всемирного банка, а также усилия развивающихся стран.

В рамках достигнутого МКНР консенсуса международное сообщество приняло расчеты экспертов относительно расходов на комплекс услуг в выполнении целей достижения универсального доступа к охране репродуктивного здоровья. Этот комплекс включает в себя планирование семьи; безопасные роды; предупреждение болезней, передаваемых половым путем; другие услуги по охране репродуктивного здоровья; и сбор и анализ демографических данных. Указанные расчеты были подтверждены в пятилетнем обзоре осуществления деятельности по результатам МКНР Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 1999 году.

Деятельность в этой сфере была направлена на обеспечение того, чтобы беременность всегда была желательной и чтобы каждый ребенок был желаемым ребенком, при этом предусматривалось, что как мать, так и ребенок будут здоровыми и не будут страдать от болезней, передаваемых половым путем.

Расходы на удовлетворение потребностей, по расчетам, составили 17 млрд. долл. США в год в 2000 году. Предполагалось, что к 2005 году эти потребности увеличатся до 18,5 млрд. долл. США, к 2010 году — 20,5 млрд. долл. США и к 2015 году — 21,7 млрд. долл. США. К международному сообществу был обращен призыв выделить одну треть указанных сумм.

Услуги, предусмотренные в комплексе могут быть оказаны в рамках систем первичного медико-санитарного обслуживания. Потребуется дополнительные ресурсы для развития инфраструктуры базовой медико-санитарной помощи, третичной медицинской помощи, чрезвычайной акушерской помощи, специализированных мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа²⁷ и лечения лиц, зараженных ВИЧ/СПИДом, и ухода за ними.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ Для выполнения других целей в области развития, связанных с народонаселением, предусмотренных в Программе действий, необходимы дополнительные ресурсы на следующие цели:

- всеобщее базовое образование;
- расширение прав и возможностей женщин;
- охрана окружающей среды;
- обеспечение рабочих мест;
- искоренение нищеты.

Удовлетворение некоторых из указанных дополнительных потребностей будет предусматривать разработку более подробных смет для удовлетворения целей в области развития на рубеже тысячелетия.

В 1994 году не были в полной мере предусмотрены некоторые потребности по охране репродуктивного здоровья, а также не предусматривалось обращения с призывом о выделении дополнительных ресурсов. К числу этих потребностей следует отнести значительно более широкомасштабную и срочную деятельность по профилактике инфекций ВИЧ/СПИДа и расширение информации, лечение и услуги для людей, находящихся в чрезвычайных ситуациях.

ПРОГРЕСС В МОБИЛИЗАЦИИ РЕСУРСОВ Менее четверти нынешних расходов стран-доноров выделяется на достижение целей обеспечения универсального доступа к охране репродуктивного здоровья к 2015 году. Их обязательство составило одну треть от значительно более широких потребностей.

На МКНР страны пришли к договоренности о том, что одна треть ежегодных ассигнований в размере 17 млрд. долл. США, выделяемых на программы в области охраны базового репродуктивного здоровья и народонаселения, т.е. 5,7 млрд. долл. США, должна поступить от международного сообщества. Две трети, т.е. 11,4 млрд. долл. США, должны были быть выделены развивающимися странами и другими странами, нуждающимися в помощи.

В 2000 году общий объем расходов составил 10,9 млрд. долл. США. Расходы на мероприятия в рамках оказания помощи составили 2,6 млрд. долл. США. Это составляет менее четверти (24 процента) от общих расходов и менее половины (46 процентов) от размера обязательств. Развивающиеся страны выделили 8,3 млрд. долл. США, т.е. 76 процентов от общих ассигнований и около 73 процентов от суммы их обязательств. Значительная часть этих расходов приходится на несколько крупных стран. Африка — это регион, на который приходится самая большая доля (70 процентов) ассигнований, поступающих от международных источников.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ На Встрече на высшем уровне Тысячелетия был принят подход к охране здоровья, ориентированный на лечение заболеваний. Такие вопросы, как нежелательная беременность и планирование семьи, сами по себе не относящиеся к категории заболеваний, не были упомянуты в решениях Встречи на высшем уровне и поэтому не были включены в цели в области развития на рубеже тысячелетия.

Комиссия по макроэкономике и охране здоровья²⁸ полностью не учла затраты на планирование семьи, которое является одним из ключевых элементов охраны репродуктивного здоровья, при расчете потребностей на основные мероприятия по охране здоровья. К этим расходам относятся лишь затраты на товары, необходимые для планирования семьи, в течение одного года после рождения ребенка, хотя стандарты ВОЗ предусматривают, что период между рождением детей должен составлять от 24 до 30 месяцев.

В этой связи необходимы ресурсы для обеспечения предоставления временных методов контрацепции, таких, например, как презервативы. В расчете Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций указывается, что в менее развитых регионах²⁹ более 100 миллионов пар, т.е. более 20 процентов всех потребителей, используют временные методы контрацепции. Лица, пользующиеся внутриматочными средствами, т.е. еще 27 процентов, нуждаются в дополнительной поставке этих средств, однако интервалы между этими поставками являются продолжительными.

Комиссия должна продолжать работу по осуществлению последующей деятельности, признавая при этом дополнительные потребности и важное значение обеспечения всеобщего

доступа к охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, что необходимо для достижения целей в области развития на рубеже тысячелетия³⁰.

НОВЫЕ ИНВЕСТИЦИИ В ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В области планирования семьи необходимые программы инвестиций, направленные на укрепление инфраструктуры здравоохранения, включают в себя:

- товары и системы материально-технического снабжения;
- управление и контроль качества;
- консультативные услуги и последующая деятельность (включая корректировки в выборе метода);
- социально-культурные научные исследования для установления препятствий на пути эффективного или надлежащего использования новых методов или вариантов оказания услуг и содействия внедрению результатов указанных исследований;
- внедрение систем совместного несения затрат;
- налаживание надлежащих партнерских отношений между государственным и частным секторами;
- оперативные научные исследования и работа по созданию противозачаточных средств.

Необходимо провести исследование по эффективным и приемлемым с культурной точки зрения методам планирования семьи, особенно методам, которые могла бы применять сама женщина. Профилактика болезней, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа, требует дополнительных инвестиций.

Это должно быть частью ответных мер, принимаемых Комиссией в связи с призывом относительно «существенного увеличения объема финансовых средств, выделяемых на глобальные научные исследования, связанные с болезнями, которым подвержены неимущие слои населения...»³¹. Разработка, поставка и распределение противозачаточных средств должны быть включены в расчеты необходимых текущих инвестиций.

Инвестирование в целях охраны здоровья и борьбы с нищетой

Оказание услуг по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, дает недвусмысленные преимущества для расширения прав и возможностей женщин, повышения качества их жизни и сокращения масштабов нищеты:

- повышение эффективности оказания услуг в дородовой период и в период родов способствует безопасным родам и выживанию детей;
- сокращение количества болезней, передаваемых половым путем, повышает показатели выживаемости взрослого населения;
- меньшее количество нежелательных беременностей способствует улучшению здоровья женщин;
- регулирование периода между родами и меньшее количество беременностей в целом улучшает показатели выживания детей; что касается женщин, то это означает большее время, которое они могут провести с каждым ребенком, а также бо-

ЮНФПА координирует инициативу, направленную на обеспечение надежной поставки товаров для охраны репродуктивного здоровья. Целью этой программы является предоставление высококачественных товаров развивающимся странам по наименьшим ценам.

Учитывая неудовлетворенные потребности, повышенный спрос и увеличение численности населения репродуктивного возраста, спрос на современные контрацептивные средства в течение последующих 15 лет увеличится более чем на 40 процентов.

Лишь 53 процента родов принимаются при помощи квалифицированных акушерок, а доступ к чрезвычайным акушерским услугам чрезвычайно низок, особенно среди неимущих слоев населения и женщин в сельских районах. Для спасения жизни женщин необходимо существенно увеличить объем основного оборудования и медикаментов, необходимых для безопасных родов.

По подсчетам ЮНФПА, для удовлетворения потребностей в противозачаточных средствах в целях планирования семьи и профилактики болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа в 2015 году потребуются поддержка доноров в размере 739 млн. долл. США, что на 405 млн. долл. США больше по сравнению с 2000 годом. Это лишь часть общих программных потребностей (расходы на товары составляют лишь около одной пятой общих расходов на оказание услуг).

более широкие возможности для трудоустройства.

Меньшее число иждивенцев относительно населения трудоспособного возраста способствует недопущению проживания семей в условиях нищеты. В демографическом плане это создает широкие возможности для стран добиться более высоких темпов экономического роста.

Дальнейший прогресс зависит от постоянных инвестиций как на внутреннем, так и на международном уровнях³².

Проводившиеся в течение десятилетий социальные, экономические и научные исследования свидетельствуют о том, что программы охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, являются наиболее эффективными с точки зрения затрат программами охраны здоровья и социального развития. В своем основополагающем докладе «Доклад о развитии мира: инвестирование в охрану здоровья» за 1993 год³³ Всемирный банк отнес программы по планированию семьи и другие программы по охране репродуктивного здоровья к числу наиболее приоритетных медицинских мероприятий.

Отсутствуют какие-либо согласованные методологии определения соотношения расходов и получаемых благ, так как это трудно определить. В настоящем докладе представлена подробная информация о масштабах и многообразии ожидаемых позитивных результатов. Что касается только преимуществ, связанных с сектором здравоохранения, то благодаря сокращению количества заболеваний расходы на оказание услуг будут значительно ниже³⁴.

Тщательные технологии определения более долгосрочных последствий могут также продемонстрировать преимущества инвестиций в охрану репродуктивного здоровья. Например, важными факторами, способствующими сокращению связан-

ных с этим расходов, являются экологические преимущества, выражающиеся в недопущении нежелательных беременностей, отражением чего являются меньшее потребление ресурсов и уменьшение объема выпуска «парниковых газов»³⁵.

СРАВНЕНИЕ ПОДХОДОВ Что касается инвестиций в охрану репродуктивного здоровья, то можно провести сопоставление эффективности с точки зрения затрат различных подходов к решению одной проблемы.

Например, в отношении профилактики ВИЧ/СПИДа основной упор в работе ЮНФПА должен делаться на борьбу с пандемией, что в 28 раз эффективнее с точки зрения затрат, чем применяемые в этой связи терапевтические методы³⁶. Несомненно, в рамках всеобъемлющего подхода к решению проблемы ВИЧ/СПИДа признается наличие связи между профилактикой и лечением. Кроме того, необходимо установить баланс между усилиями, связанными с устранением последствий для здоровья населения, и усилиями, оказывающими воздействие на социальные и институциональные условия, подвергающие население риску³⁷. Странам необходимо разработать национальные стратегии и создать соответствующие структуры.

ПРЕИМУЩЕСТВА И ЗАТРАТЫ Комплексное оказание услуг уже давно признано в качестве эффективного с точки зрения затрат и наиболее рационального подхода к охране здоровья, основной упор в котором делается на потребности клиента, что отмечено в Программе действий МКНР. Комиссия по макроэкономике и охране здоровья признала это достигнутое на основе консенсуса специалистов положение и прилагает усилия, направленные на содействие разработке системы оказания услуг «Удовлетворение потребностей клиентов»³⁸.

Трудно оценить глобальные расходы, связанные с насилием и домогательством в отношении женщин. Они включают в себя, например, непосредственные расходы на лечение последствий насилия для здоровья; лечение болезней; пропущенную работу; расходы правоохранительных органов и расходы на обеспечение защиты; жилье; развод супругов; оказание поддержки детям; расходы на все другие последствия, связанные с адаптированием или недопущением насилия. Они включают в себя также косвенные затраты, связанные с тем, что женщины не работают и не учатся, в том числе в тех случаях, когда девочек не пускают в школу, чтобы они не контактировали с мальчиками. В бедных общинах подобные расходы выше.

Следует отметить, что прямые расходы имеют не менее важное значение и зачастую являются существенными. По расчетам Всемирного банка, в промышленно развитых странах изнасилование и физическое насилие в отношении женщин отбирают почти один из пяти лет здоровой жизни женщин в возрасте от 15 до 44 лет.

Инвестиции в образование дают существенную прибыль. Образование женщин в дополнение к расширению прав и возможностей и их выбора в жизни является особенно эффективным с точки зрения затрат, поскольку полученные в результате этого преимущества передаются детям³⁹. Однако инвестирование в эту область может оказаться нерентабельным в том слу-

чае, если не будут должным образом учитываться такие факторы, как число детей, время рождения и регулирование периода между родами, а также в том случае, если женщины в силу устоявшихся в обществе стереотипов не будут принимать участия в общественной и экономической жизни.

Охрана репродуктивного здоровья также способствует

30

ДИАЛОГ ПО ВОПРОСУ О СОКРАЩЕНИИ МАСШТАБОВ НИЩЕТЫ В НИКАРАГУА

В 2001 году показатель дохода на душу населения в Никарагуа составил 488 долл. США и это был второй самый низкий показатель в странах Латинской Америки. Размер иностранной задолженности Никарагуа в два раза превышает размер ее ежегодного показателя ВВП. Сохраняющаяся нищета, усиливающаяся благодаря быстрым темпам прироста населения, неравенство мужчин и женщин и дисбаланс в размере получаемого дохода и образования являются факторами, препятствующими укреплению демократии и достижению устойчивого экономического развития.

Получившие образование женщины, относящиеся к группам населения с высоким уровнем доходов, в среднем имеют двух детей; неграмотные женщины из неимущей категории населения, как правило, имеют от шести до восьми детей. Показатели подростковой рождаемости являются самыми высокими в регионе: почти половина никарагуанских девушек беременеют к 19 годам. Показатели рождаемости особенно высоки для девушек из неимущих семей, не посещающих школу.

Признавая, что быстрые темпы прироста населения подрывают способность страны предоставить качественное образование и базовые социальные услуги, правительство заявило о необходимости уделения срочного внимания вопросам народонаселения и привлечения гражданского общества и доноров к их решению.

В разработанной в Никарагуа стратегии активизации экономического роста и сокращения масштабов нищеты учитываются цели в области развития на рубеже тысячелетия, связанные с сокращением нищеты, начальным образованием, водоснабжением и санитарией, ликвидацией неграмотности, недостаточным питанием и материнской и детской смертностью.

Учитывая пропагандистскую деятельность ЮНФПА, стратегии предусматривают предоставление информации и услуг в области репродуктивного здоровья подросткам, посещающим и не посещающим школу, а также уделение внимания такому вопросу, как насилие в отношении женщин. Однако в ней ничего не упоминается о ВИЧ/СПИДе.

Отделение ЮНФПА в Никарагуа оказывало техническую помощь в разработке механизмов осуществления стратегий, в том числе национальную программу охраны сексуального и репродуктивного здоровья и План действий Министерства здравоохранения 2002 года.

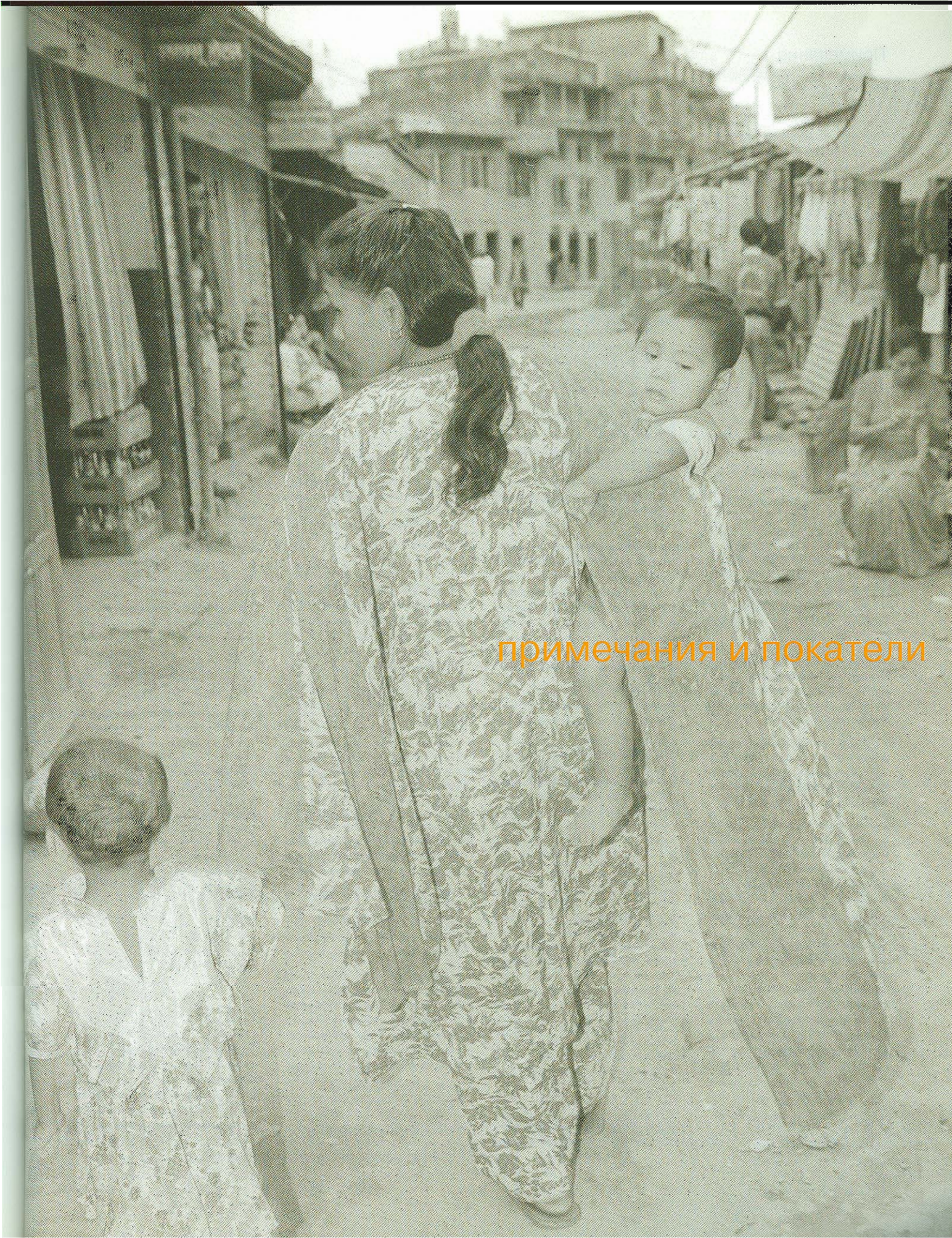
В стратегии анализируется связь между вопросами народонаселения и развития, однако в ней не затрагиваются другие важные проблемы, такие, как поток миграции, распределение населения, быстрый рост численности населения городов и устойчивое использование космического пространства, а также то, каким образом указанные вопросы связаны с окружающей средой и нищетой.

Однако в новом плане правительства, связанном с процессом развития, предусматривается обеспечить получение доходов для неимущих слоев населения, что предполагает принятие соответствующих мер в решении демографических вопросов и достижении устойчивого развития.

формированию «человеческого капитала», т.е. способностей и трудовых навыков, приложение которых приносит пользу. Сокращение материнской, младенческой и детской смертности сами по себе являются целями в области развития и они в значительной мере воздействуют на такие факторы, как будущее экономическое развитие, рождаемость, неформальная поддержка лиц пожилого возраста и т.д.

Комплекс таких факторов, как образование, уменьшение рождаемости, участие женщин в экономической и общественной жизни и увеличение объема инвестиций в охрану здоровья и образование детей оправдывает внесение инвестиций на цели образования и охраны здоровья детей на последовательной основе, учитывающей потребности в области развития.

Сами по себе международные цели сокращения масштабов и повышения качества жизни являются благородными. Для их достижения будет необходимо делать основной упор на сами цели, а также сложившиеся условия. Обеспечение универсального доступа к охране репродуктивного здоровья, всеобщее образование и расширение прав и возможностей женщин являются не только целями, но и неотъемлемыми условиями искоренения нищеты.



примечания и покатели

ГЛАВА 1

- 1 Wolfensohn, J. D., President of the World Bank. 2 April 2002. Statement to the International Monetary and Financial Committee. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- 2 United Nations. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 3 Принятие на основе консенсуса на МКНР формулировки в определенном отношении были расширены на четвертой Всемирной конференции по положению женщин в 1995 году (см.: United Nations. 1996. *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women: Beijing, China: 4-15 September 1995*. New York: Department of Public Information, United Nations.) Они включаются в международные соглашения по социальным вопросам.
- 4 Eastwood, R., and M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 in: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press, and Eastwood, R., and M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): 1-30.
- 5 Commission on Macro-economics and Health, World Health Organization (WHO). 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.
- 6 WHO. 1946. Constitution of the World Health Organization, adopted by the International Health Conference, New York, New York, 19 June-22 July 1946, and signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States.
- 7 Этот вывод был подтвержден также во всех последующих процессах, связанных с конференциями и региональными и национальными планами действий. Он часто приводится в технических исследованиях и планах действий (например, Комиссия по макроэкономике и здравоохранению ВОЗ, 2001 год). В большинстве международных документов, касающихся развития, в том числе климата и окружающей среды, (см. например, United Nations Environment Programme. 2002. *Global Environment Outlook: 3: Past, Present and Future Perspectives* [GEO-3]. London: Earthscan and United Nations Environment Programme) часто подчеркивается его важное значение.
- 8 UNFPA. 2000. *The State of World Population 2000: Lives Together, World's Apart: Men and Women in a Time of Change*, p. 25. New York: UNFPA.
- 9 Bhuiya, A., et al. 2000. "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival." Ch. 16 in: *Challenging Inequities in Health From Ethics to Action*, edited by T. Evans, et al. 2000. London: Oxford University Press.
- 10 Анализ взят из: Klasen, S. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Draft paper commissioned by Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) for the "Growth and Equity" Task Team of the Strategic Partnership with Africa (SPA). Munich: University of Munich.
- 11 WHO and the World Bank. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health. The Voices of the Poor Study*. Geneva: WHO.
- 12 Commission on Macro-economics and Health, WHO 2001.
- 13 Abouzahr, C., and J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 655-666.
- 14 В этих анализах население поделено на пять групп с учетом их уровня доходов (каждая группа составляет одну пятую часть от общей численности населения). Соответствующие показатели разрабатываются на основе страновых анализов с учетом таких факторов, как вода, источники энергии и строительные материалы.
- 15 UNFPA. 1999. *The State of World Population 1999. 6 Billion: A Time for Choices*, pp. 41-42. New York: UNFPA.
- 16 Epstein, H. 9 May 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*.
- 17 Loewenson, R., and A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. United Nations Development Programme Policy Paper. New York: United Nations Development Programme (UNDP).
- 18 Lloyd, C., C. E. Kaufman, and P. Hewett. 2000. "The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility Change." *Population and Development Review* 26(3): 483-515. New York: The Population Council.
- 19 UNFPA. 1997. *The State of World Population 1997: The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*, p. 50. New York: UNFPA.
- 20 Knodel, J., H. Napaporn, and S. Werasit. 1990. "Family Size and Education in the Context of Rapid Fertility Decline." *Population and Development Review* 16(1): 31-62. Cited in: "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy," by T. W. Merrick. 2002. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 41-46.
- 21 Montgomery, M., and C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Ch. 8 in: *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, edited by C. H. Bledsoe, et al. 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 22 Это отражено в рекомендациях Комиссии по макроэкономике и здравоохранению. Однако в рекомендациях ВОЗ предусматривается, что интервал между рождением детей женщиной должен составлять 24-30 месяцев.
- 23 Merrick, T. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews." Ch. 8 in: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001.
- 24 Paes de Barros, R., et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 in: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001.
- 25 Таким образом, практика предоставления кредитов в большей мере ориентирована на удовлетворение потребностей лиц с более высоким уровнем дохода. Обычно банки, кредитные союзы и даже консультативные сельскохозяйственные службы расположены в более благополучных районах, доступ в которые для многих неимущих лиц затруднен.
- 26 Ravallion, M. 1994. *Poverty Comparisons*. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers. Foster, J., J. Greer, and E. Thorbecke. 1984. "A Class of Decomposable Poverty Measures." *Econometrica* 52(3): 761-766; Moser, C., M. Gatehouse, and H. Garcia. 1996. *Urban Poverty Research Sourcebook: Module 1: Sub-City Level Household Survey*. United Nations Development Programme/United Nations Centre for Human Settlements (Habitat)/World Bank Urban Management Programme. UMP Working Paper Series. No. 5. Washington, D.C.: The World Bank; and Streeter, P. 1994. "Poverty Concept and Measurement." Pp. 15-30 in: *Poverty Monitoring: An International Concern*, edited by R. van der Hoeven and R. Anker 1994. New York: St. Martin's Press.
- 27 Bilsborrow, R. 1994. "Towards a Rapid Assessment of Poverty." Pp. 150-158 in: van der Hoeven and Anker 1994.
- 28 Hatch, J., and L. Frederick. 1998. "Poverty Assessment by Microfinance Institutions: A Review of Current Practice." Micro-Enterprise Best Practices Project. Bethesda, Maryland: Development Alternatives, Inc.; Chung, K., et al. 1997. "Identifying the Food Insecure. The Application of Mixed-Method Approaches in India." Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute; Filmer, D., and L. Pritchett. 1998. *Estimating Wealth Effects Without Income or Expenditure Data: Or Tears: With an Application to Educational Enrollment in India*. Policy Research Working Paper. No. 1994. Washington, D.C.: Development Economics Research Group, the World Bank; and Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120.
- 29 Grootaert, C. 1983. "The Conceptual Basis of Measures of Household Welfare and Their Implied Survey Data Requirements." *The Review of Income and Wealth*. Series 29(1): 1-21; and Grootaert, C. 1988. *Measuring and Analyzing Levels of Living in Developing Countries: An Annotated Questionnaire*. Living Standards Measurement Study Working Paper. No. 24. Washington, D.C.: The World Bank.

- 20 Bilsborrow 1994; Boltvink, J. 1994. "Poverty Measurement and Alternative Indicators of Development." Pp. 57-83 in: van der Hoeven and Anker 1994; and Hatch and Frederick 1998.
 - 21 См. также: Chung, et al. 1997
 - 22 Ibid.
 - 23 Hatch and Frederick 1998.
 - 24 Zeller, M., et al. 2001. "An Operational Tool for Evaluating Poverty Outreach of Development Policies and Projects." Food Consumption and Nutrition Division. Discussion Paper. No. III. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute
 - 25 UNDP 2000.
- ГЛАВА 3**
- 1 Paes de Barros, R., et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 in. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
 - 2 Однако имеются и иные последствия этого. В условиях большей численности населения имеются более широкие творческие возможности. Давление на природные ресурсы и уменьшение возможностей могут способствовать появлению новшеств, таких, например, как новые технологии производства продуктов питания или консервации топлива. Необходимы инвестиции в развитие людских ресурсов. К этому выводу пришел Джулиан Саймон и др. См. Simon and others. See especially, Simon, J. 1981. *The Ultimate Resource*. Princeton, New Jersey. Princeton University Press:
 - 3 Более подробно вопрос о разработке политики и развитии науки обсуждается во многих других источниках. Особенно ценным в этом отношении является Bloom, D. E., D. Canning, and J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Seltzer, J. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: RAND Corporation; Cassen, R. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey, and Oxford: Transaction Publishers; and Lasseonde, L. 1996. *Coping with Population Challenges*. London: Earthscan Publications.
 - 4 National Research Council 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington D.C.: National Academy Press.
 - 5 Разделение по возрастным группам является условным. В современном обществе люди начинают работать и выходят на пенсию в более позднем возрасте.
 - 6 Внешние финансовые потрясения и кризисы привели к экономическому катастрофе 1997-1998 годов. Быстрое восстановление экономики после этой катастрофы свидетельствует о важном значении произошедших ранее демографических и социальных изменений. В самом неблагоприятном положении оказались и продолжают находиться наименее слою населения.
 - 7 Некоторые страны достигли уровня фертильности, составляющего 3 детей или менее (например, в Алжире, Турции и Ливане, в Иране и Казахстане уровень воспроизводства составляет 2,1), однако в большинстве стран этот уровень выше (более 4, включая Ливийскую Арабскую Диктатию, Судан, Иорданию, Кувейт, Сирию и Объединенные Арабские Эмираты, а в некоторых странах этот показатель превышает 5, включая Саудовскую Аравию, оккупированную палестинскую территорию, Йемен и Оман).
 - 8 См., например, Pearson, A. 22 May 2002. "Let's Talk about the Facts of Life." *London Evening Standard*, which asserts that "Britons are on the road to extinction" due to low fertility.
 - 9 Этот вопрос рассматривается в UNFPA. 1998. *State of World Population 1998: The New Generations*, ch. 3. New York: UNFPA.
 - 10 Sachs, J. D., and D. E. Bloom (eds.). 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Manila: Asian Development Bank.
 - 11 Опасения относительно сокращения рынка жилья см. Wattenberg, B. J. 27 November 1997. "The Population Explosion is Over." *The New York Times Magazine*. Предполагается, что молодое поколение (возраст, когда приобретается первый дом) может определить спрос в количественном отношении. Все более важную роль в определении спроса может играть рынок товаров и услуг, связанный с модернизацией и ремонтом жилья.
 - 12 Последствия этого излагаются в Eastwood, R., and M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): 1-30, and Eastwood, R., and M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 in: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001.
 - 13 Paes de Barros, et al. 2001.
 - 14 Цель в области развития на рубеже тысячелетия, связанная с сокращением масштабов нищеты, выражена с точки зрения количественных показателей (численность наименее слоев населения), но она не показывает то, насколько бедны люди (уровень нищеты). Перераспределение доходов может в значительной мере повлиять на изменение численности бедного населения.
 - 15 См. Eastwood and Lipton 1999, p. 13.
 - 16 Цитаты см. в Eastwood and Lipton 2001.
 - 17 Информацию об этом можно найти в Eastwood and Lipton 2001.
 - 18 Этот довод обосновывается в Merrick, T. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews." Ch. 8 in: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001.
- ГЛАВА 4**
- 1 Floro, M. 2001. "Gender Dimensions of the Financing for Development Agenda." Working paper prepared for the United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) in preparation for the 2002 United Nations Conference on Financing for Development (FID). New York: UNIFEM
 - 2 Sen, A. 1998. "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure." *Economic Journal* 108(446): 1-25.
 - 3 Eastwood, R., and M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion," p. 235. Ch. 9 in: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
 - 4 Buvinic, M., and G. R. Gupta. 1997. "Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are They Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries?" *Economic Development and Cultural Change* 45(2): 259-280; and Quisumbing, A. R., L. Haddad, and C. Peña. 2001. "Are Women Overrepresented Among the Poor? An Analysis of Poverty in Ten Developing Countries." *Journal of Development Economics* 66(1): 225-269
 - 5 Анализ на основе этого подхода см. Quisumbing, Haddad, and Peña 2001. See also: Razavi, S. 1999. "Gendered Poverty and Well Being: Introduction", *Development and Change* 30(3): 409-433, and Fukuda-Parr, S. 1999. "What Does Feminization of Poverty Mean? It Isn't Just Lack of Income." *Feminist Economics* 5(2): 99-103.
 - 6 See: UNIFEM. 2000. *Progress of the World's Women 2000. UNIFEM Biennial Report*. New York: UNIFEM
 - 7 На основе работы Kishor, S. (1999. "Women's Empowerment and Contraceptive Use in Egypt." Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, 24-27 March 1999, New York, New York, and 2000. "Empowerment of Women in Egypt and Links to the Survival and Health of their Infants." Ch. 6 in: *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, edited by H. B. Presser and G. Sen. 2000. Oxford: Oxford University Press.) and Smith, L. C., et al. (2001. "The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries." Draft research report. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.) using Demographic and Health Survey data.
 - 8 Humana, C. 1986. *World Human Rights Guide*, 2nd Edition. London: Hodder and Stoughton, and Humana, C. 1992. *World Human Rights Guide*, 3rd Edition. New York: Oxford University Press. The discussion of the Humana index is drawn from: The World Bank 2001a. *Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C.: The World Bank.
 - 9 Kishor, S. 1996. *Status of Women: Indicators for Twenty Five Countries*. DHS Comparative Study Series. No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
 - 10 Floro 2001.
 - 11 UNDP. 1999. *Human Development Report 1999: Globalization with a Human Face*. Table 27 New York: Oxford University Press
 - 12 Floro, M. S. 1995. "Women's Well-Being, Poverty, and Work Intensity." *Feminist Economics* 1(3): 1-25.
 - 13 UNDP. 1995. *Human Development Report 1995. Gender and Development*. New York: Oxford University Press.
 - 14 См., например, Juster, F. T. and F. P. Stafford. 1991. "The Allocation of Time: Empirical Findings, Behavioural Models, and Problems of Measurement." *Journal of Economic Literature* 29(2): 471-522; McGuire, J., and B. Popkin. 1990. *Helping Women Improve Nutrition in the Developing World. Beating the Zero Sum Game*. World Bank Technical Paper No. 114. Washington, D.C.: The World Bank, and Brown, L. R., and L. Haddad. 1995. "Time Allocation Patterns and Time Burdens: A Gendered Analysis of Seven Countries." Paper. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
 - 15 Women's Environment and Development Organization. 1999. *A Gender Agenda for the World Trade Organization: A WEDO Primer*. November 1999. New York: Women's Environment and Development Organization.
 - 16 The World Bank. 2001a.
 - 17 С другой стороны, если деньги, заработанные женщиной, пойдут на покрытие расходов на свадьбу, ее родители будут считать, что таким образом она помогает семье жениха, а не своей семье. Однако у работающей женщины больше возможностей оказывать помощь родителям, когда они достигнут пожилого возраста.
 - 18 Floro 2001.
 - 19 Ibid
 - 20 Klasen, S. 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions." Working Paper. No. 7. For: The World Bank 2001a. (Background paper available at: <http://www.worldbank.org/gender/pr/wp7.pdf>)

- 21 На основе данных, полученных из Африки (Quisumbing, A.R. 1996. "Male-Female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence" *World Development* 24(10): 1579-1595; and Alderman, H., et al. 1995. "Gender Differentials in Farm Productivity: Implications for Household Efficiency and Agricultural Policy" Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper, No. 6, Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.)
 - 22 The World Bank. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: The World Bank and Oxford University Press.
 - 23 В случае, если показатели продовольственной безопасности, рассматриваются вместе с показателями недостаточного веса детей из 63 развивающихся стран в период 1970-1985 годов; в этих странах проживает 88 процентов населения мира. (Smith, L. C., and L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. IFPRI Research Report, No. 111. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.).
 - 24 В основе обоснования этого вопроса лежат данные: The World Bank 2001a.
 - 25 Klasen 1999. Using data on 100 countries in 1990.
 - 26 Over a longer time period. See Gatti, R. 1999. "A Cross-country Analysis of Fertility Determinants." Washington, D.C.: Development Research Group, the World Bank.
 - 27 Hill, A., and E. M. King. 1995. "Women's Education and Economic Well-being" *Feminist Economics* 1(2): 1-26.
 - 28 Swamy, A. et al. 2001. "Gender and Corruption" *Journal of Development Economics* 64(1): 25-55.
 - 29 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: July 2002*. Geneva: UNAIDS.
 - 30 United Nations General Assembly Special Session on AIDS, June 2001; and Mucumbi, Pascal. 2001. "A Time for Frankness on AIDS and Africa." *The New York Times*. Web site: <http://www.nytimes.com/2001/06/20/opinion/20MOCU.html>.
 - 31 Plus News. 3 December 2001. Africa: Interview with Stephen Lewis, UN Special Envoy. Parts 1 and 2. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
 - 32 Gupta, G. R. 2000. *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*. Plenary Address at the XIIIth International Conference on AIDS, 9-14 June 2000, Durban, South Africa. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
 - 33 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*. p. 14. Geneva: WHO.
 - 34 UNAIDS. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000*, p. 11. Geneva: UNAIDS.
 - 35 UNIFEM. *Women are Key to Ending HIV/AIDS*. Critical Issues 2001. New York: UNIFEM.
 - 36 Maman, S. et al. 1999. "Women's Barriers to HIV Testing and Disclosure. Challenges for Voluntary Counseling and Testing." Presentation at the Xith International Conference on AIDS and STDs in Africa, 15-16 September 1999, Lusaka, Zambia. Cited in: Gupta 2000
- ГЛАВА 5**
- 1 В 1990 году инфекционные заболевания были причиной 59 процентов смертных случаев и 64 процентов случаев инвалидности среди 20 процентов населения мира, живущего в странах с наименьшим уровнем дохода на душу населения, по сравнению с 34 процентами смертных случаев и 44 процентами случаев инвалидности среди всего населения мира. Gwatkin, D. R., and M. Guillot. 2000. *The Burden of Disease among the Global Poor*. Washington, D.C.: The World Bank
 - 2 The World Bank. 2001. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: The World Bank and Oxford University Press.
 - 3 Narayan, D., et al. 1999. "Global Synthesis Consultations with the Poor." Draft discussion paper prepared for the Global Synthesis Workshop. Consultations with the Poor, Washington, D.C., 22-23 September 1999. Washington, D.C.: The World Bank.
 - 4 WHO and the World Bank. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. The Voices of the Poor Study. Geneva: WHO.
 - 5 Strauss, J. A., and D. Thomas. 1995. "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions." Ch. 34 in *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, edited by T. N. Srinivasan and J. Behrman. 1995. Amsterdam: North Holland.
 - 6 Abouzahr, C., and J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health. Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 655-666.
 - 7 Как отмечает Абу Захр и Воган (2000 год), эти расчеты были сделаны в 1993 году, когда еще не было полного понимания последствий ВИЧ/СПИДа. По этой причине, а также в силу ряда факторов технико-экономического характера (отсутствие соответствующих критериев) расчеты представляются весьма консервативными.
 - 8 Loewenson, R., and A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. United Nations Development Programme Policy Paper. New York: UNDP.
 - 9 WHO and the World Bank 2002.
 - 10 Ibid., p. 16.
 - 11 Это касается не только сексуального контакта, но и связано с опасением, вызванным тем, что партнер имеет другие сексуальные контакты.
 - 12 Jensen, E. R., and D. A. Ahlburg. 1999. "A Multicountry Analysis of the Impact of Unwantedness and Number of Children on Child Health and Preventive Curative Care." Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International. Accessible on the web site: www.tfigi.com.
 - 13 "Насилие в отношении женщин в семьях широко распространено в странах, в которых проводились обследования, и оно было зарегистрировано в 90 общинах. Этот вопрос обсуждается крайне редко. В Эфиопии и Кыргызской Республике он даже не упоминался, а в Бангладеш он обсуждался шепотом". WHO and the World Bank 2002, p. 17
 - 14 Ibid., p. 15.
 - 15 Jensen and Ahlburg 1999.
 - 16 Представленные здесь различные показатели основываются на докладах из серии, *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*. Подготовлено Дейвидом Р. Гваткином, Шиа Рутштейн, Кристиной Джокстон, Рохияи Пю Панде и Адамом Вагстафф для Тематической группы по вопросам охраны здоровья, питания и нищеты Всемирного банка. Были проведены демографические обследования. Страны по регионам: Восточная Азия и Тихий океан: Филиппины, Вьетнам и Индонезия; Европа и Центральная Азия: Турция, Казахстан, Кыргызская Республика и Узбекистан; Латинская Америка и Карибский бассейн: Перу, Боливия, Гватемала, Никарагуа, Гаити, Колумбия, Парагвай и Доминиканская Республика; Ближний Восток и Северная Африка: Египет, Марокко и Турция; Южная Азия: Индия, Бангладеш, Непал и Пакистан; Африка к югу от Сахары: Мали, Объединенная Республика Танзания, Камерун, Гана, Того, Замбия, Зимбабве, Малави, Уганда, Чад, Нигер, Мозамбик, Центрально-Африканская Республика, Мадагаскар, Бенин, Кения, Сенегал, Намибия, Нигерия, Коморские Острова и Буркина-Фасо. Общий показатель фертильности в обследованных странах составил более 3.6 для менее развитых регионов (за исключением Китая), но менее 5,5 для наименее развитых стран. Главным образом обследования проводились в странах с низким и средним уровнем доходов, в которых сосредоточены усилия основных доноров.
 - 17 Младенческая смертность в Панаме; данные предоставлены Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций (см. таблицы). Данные о США см. Guest, A. M., G. Almgren, and J. M. Hussey 1998. "The Ecology of Race and Socio-economic Distress: Infant and Working-age Mortality in Chicago." *Demography* 35(1): 23-34. See also: McCord, C., and H. P. Freeman 1990. "Excess Mortality in Harlem." *The New England Journal of Medicine* 322(3): 173-177.
 - 18 Wagstaff, A. 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries." *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 19-29.
 - 19 Jensen and Ahlburg 1999
 - 20 Shen, C., et al. 1999. "Maternal Mortality, Women's Status, and Economic Dependency in Less-Developed Countries: A Cross-National Analysis." *Social Science and Medicine* 49(2): 197-214
 - 21 Hill, K., C. Abouzahr, and T. Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995" *Bulletin of the World Health Organization* 79(3): 182-193.
 - 22 Strong, M. 1992. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh." *Health Transition Review* 2(2): 215-224.
 - 23 UNFPA. 2000. *The State of World Population 2000: Lives Together, World's Apart: Men and Women in a Time of Change*. p. 11. New York: UNFPA.
 - 24 Это касается показателей заболеваемости в целом. Отсутствие эффективных систем регистрации и недостаточное количество показателей доходов и благосостояния еще более усложняет сопоставление показателей заболеваемости между странами (вопрос об этом рассматривается в: Wagstaff 2000.)
 - 25 Качество ухода является важным компонентом большинства программ помощи в области охраны репродуктивного здоровья. Однако их эффективному осуществлению препятствуют такие факторы, как нерегулярная рабочая нагрузка, недостаточная оплата труда, текучесть кадров и отсутствие систем контроля и наблюдения.
 - 26 Gwatkin D., and G. Devashwar-Bahl. 2002. "Socio-Economic Inequalities in Use of Safe Motherhood Services in Developing Countries." A presentation given in London, 6 February 2002.
 - 27 Анализ положения в странах Африки см. в серии: Gwatkin, D. R., et al. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*. Washington, D.C.: the Health, Nutrition and Poverty (HNP)/Poverty Thematic Group, the World Bank.
 - 28 Gwatkin, D. R., et al. 2000
 - 29 В принципе, можно использовать показатели, отражающие различия в уровне благосостояния внутри страны, для создания шкалы, которую можно применять во всех странах. Так как программы удовлетворения потребностей населения разрабатываются в странах, такие усилия будут отвечать интересам научных кругов, но не будут иметь никакой практической отдачи.
 - 30 Для проведения сравнительных исследований эффективности систем оказания услуг необходимо продумать анализ, с тем чтобы внести статистические изменения в показатели, касающиеся городского и сельского населения.

- 31 Gwatkin, D. R., et al. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in India*. Washington, D.C.: the Health, Nutrition and Poverty (HNP)/Poverty Thematic Group, the World Bank.
- 32 United Nations. 2002. *World Urbanization Prospects 2001* (ESA/P/WP.173). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, and Naylor, R. L., and W. P. Falcon. 1996. "Is the Locus of Poverty Changing?" *Food Policy* 21(2): 1.
- 33 Hewett, P. C., and M. R. Montgomery. 2001. *Poverty and Public Services in Developing Country Cities*. Population Council Policy Research Division Working Paper, No. 154. New York: The Population Council.
- 34 United Nations 2002
- 35 Commission on Macro-economics and Health, World Health Organization (WHO). 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.
- 36 United Nations 1999. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* (A/S-21/S/Add.1), paragraph 52. New York: United Nations.
- 37 Hardee, K., and J. Smith. 2000. "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform." POLICY Occasional Paper, No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International
- 38 Langer, A., G. Nigena, and J. Catino. 2000. "Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links" *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 667-676.
- 39 Priya, N. 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*. Center for Health and Gender Equity Working Papers. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council, and Bennett, S. 1999. "Health Sector Reforms in Zambia. Putting Them in Perspective" Pp. 24-28 in: *Report of the Meeting on the Implications of Health Sector Reform on Reproductive Health and Rights: December 14-15, 1998*. Washington, D.C., edited by J. Jacobson and J. Bruce. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council.
- 40 Chandani, Y., et al. 2000. *Ghana. Implications of Health Sector Reform for Family Planning Logistics*. Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. for United States Agency for International Development (USAID).
- 41 Bates, J., et al. 2000. *Implications of Health Sector Reform for Contraceptive Logistics: A Preliminary Assessment for Sub-Saharan Africa*. Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. for USAID.
- 42 Newbrander, W., C. J. Cuellar, and B. Timmons. 2000. "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services." Unpublished paper Boston, Massachusetts: Management Sciences for Health.
- 43 Langer, Nigena, and Catino 2000.
- 44 UNAIDS 2000. *HIV and Health-care Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, p.9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Case Study. UNAIDS Best Practices Collection. Geneva: UNAIDS.
- 45 The World Bank 2001
- 46 Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49(10): 1309-1327. Cited in: The World Bank 2001, p. 81.
- 47 Castro-Leal, F., et al. 2000. "Public Spending on Health Care in Africa. Do the Poor Benefit?" *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 66-74.
- 48 Mahal, A. 2000. "Do the Poor or the Rich Benefit More from Government Health Services: The Case of India." Health/Nutrition/Population and Poverty Seminar Report, 11 July 2000. Washington, D.C.: The World Bank.
- 49 Leighton, C. (No date.) "Decision Making for Equity in Health Sector Reform," p. 1 In: *PHR Primer*. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Resource Center, Abt Associates.
- 50 Begum, S. 1997. *Health and Poverty in the Context of Country Development Strategy: A Case Study on Bangladesh*. Macroeconomics Health and Development Series. No. 26. Geneva: WHO. Cited in: "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival," by A. Bhuiya, et al. 2000. Ch. 16 in: *Challenging Inequities in Health from Ethics to Action*, edited by T. Evans, et al. 2000. London: Oxford University Press.
- 51 WHO. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- 52 Filmer, D., J. Hammer, and L. Pritchett. 1998. "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." Policy Research Working Paper, No. 1874. Washington, D.C.: The World Bank.
- 53 Murray, C., Director, Global Programme on Evidence for Health Policy, WHO. 2000. Quoted in: UNFPA. 2000. "Who Rates Health Systems." *Populi*, 27(2): 5-7
- 54 Финансирование здравоохранения включает в себя мобилизацию средств (общие поступления, налоги, социальное страхование, взносы, частные планы страхования, финансирование общинами, непосредственные платежи), распределение средств (по географическому признаку или с учетом групп населения), а также механизмы оплаты. Эти три аспекта имеют важное значение как с количественной, так и качественной точки зрения.
- 55 Hsiao, W. C., and Y. Liu. 2001. "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity." Ch. 18 in: Evans, et al. 2000
- 56 Litvak, J. L., and C. Bodart. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results from a Field Experiment in Cameroon." *Social Science and Medicine* 37(3): 369-383.
- 57 Alderman, H., and V. Lavy. 1996. "Household Response to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs." *World Bank Research Observer* 11: 3-22, Akin, J. S., D. K. Guilkey, and E. H. Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation." *Social Science and Medicine* 40(11): 1527-1537; Shaw, R., and C. C. Griffin. 1995. *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through Fees and Insurance*. Washington, D.C.: The World Bank; and Hotchkiss, D., et al. 1998. "Household Expenditures in Nepal. Implications for Health Care Financing Reform." *Health Policy and Planning* 13(4): 371-383.
- 58 Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50 Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. New York: Women's Environment and Development Organization; Kutzin, J. 1995. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector. Current Concerns: Strengthening Health Services Paper*, No. 8 (WHO/SHS/CC/94.3) Geneva. WHO, and Standing, H. 1997. "Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review." *Health Policy and Planning* 12(1): 1-18.
- 59 Wilkinson, D., et al. 2001. "Effect of Removing User Fees on Attendance for Curative and Preventive Primary Care Services in Rural South Africa," pp. 667-668. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 665-671.
- 60 McPake, B., et al. 1999. "Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care." *Social Science and Medicine* 49(7): 849-865.
- 61 Hsiao and Liu 2001
- 62 Ibid.
- 63 Shehu, D., A. T. Ikeh, and M. J. Kuna. 1997. "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supplement 2): S173-180.
- 64 Behrman, J. R., and J. C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation." *Population and Development Review* 24(4): 697-737.
- 65 Isaacs, Stephen, and G. Solimano. (No date.). "Health Reform and Civil Society in Latin America." L'Encyclopédie de L'Agora. Web site: <http://agora.qc.ca> Accessed on 13 March 2002
- 66 The World Bank 2001
- 67 Birdsall, N., and A. de la Torre. 2001. *Washington Contentious: Economic Policies for Social Equity in Latin America*. Findings of the Commission on Economic Reform in Unequal Latin American Societies. Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace and the Inter-American Dialogue.
- 68 Wagstaff, A. 2002. "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?" Health and Population Working Paper, No. 2795. Washington, D.C.: The World Bank.

ГЛАВА 6

1 UNAIDS. 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: July 2002*. Geneva: UNAIDS.

2 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, p. 14. Geneva: WHO.

3 UNAIDS 2002.

4 Ibid.

5 Thompson 2002.

6 Loewenson, R., and A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS. Implications for Poverty Reduction*, p. 23. United Nations Development Programme Policy Paper. New York: UNDP.

7 Rau, B., and J. Collins. 2000. "AIDS in the Context of Development," Introduction and p. 2. Paper prepared for the UNRISD Programme on Social Policy and Development. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

8 Epstein, H. 9 May 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*

9 United Nations General Assembly. 2002. *Independent Evaluation of the Implementation of the United Nations New Agenda for the Development of Africa* (A/AC.25/1/8), p. 128. New York: United Nations

10 Ibid., p. 125.

11 Loewenson and Whiteside 2001, pp. 8, 9, and 14

12 Ibid., p. 17.

13 Hecht, R., O. Adeyi, and I. Semini. 2002. "Making AIDS Part of the Development Agenda." *Finance and Development* 39(1).

14 The World Bank. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: The World Bank

15 UNESCO, "Education for All" Forum, Yaounde, Cameroon, 22-25 April 2002.

16 Loewenson and Whiteside 2001, p. 9

17 Barks-Ruggles, E., et al. 2001. *The Economic Impact of HIV/AIDS in Southern Africa*. Brookings Conference Report, No. 9. Washington, D.C.: Brookings Institution

18 Hecht, Adeyi, and Semini 2002

- 19 Global HIV Prevention Working Group. 2002. *Global Mobilization for HIV Prevention: A Blueprint for Action*. Report of the Global HIV Prevention Working Group. Seattle, Washington: Bill and Melinda Gates Foundation.
 - 20 Thompson 2002, p. 1.
 - 21 Loewenson and Whiteside 2001.
- ГЛАВА 7**
- 1 Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120.
 - 2 The World Bank. 2001a. "Educational Attainment and Enrollment: Educational Attainment and Enrollment Profiles" Web site: <http://www.worldbank.org/research/projects/edattain/edattain.htm>. Accessed December 2001.
 - 3 Filmer and Pritchett 1999.
 - 4 Ibid.
 - 5 Ministère de l'Enseignement Pré-Universitaire et de l'Éducation Civique, Service Statistiques et Planification (Guinea), and ORC Macro. 2001. *Schooling in Guinea: Findings from the GDHS-II 1999*. Calverton, Maryland: Ministère de l'Enseignement Pré-Universitaire et de l'Éducation Civique, Service Statistiques et Planification (Guinea), and ORC Macro.
 - 6 Filmer and Pritchett 1999.
 - 7 The World Bank. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: The World Bank and Oxford University Press.
 - 8 Birdsall, N. 1999. "Education: The People's Asset." CSED Working Paper. No. 5. Washington, D.C.: Center on Social and Economic Dynamics, the Brookings Institution.
 - 9 UNICEF 2001 *A Decade of Transition: The MONEE Project: CEE/CIS/Baltics*. Florence, Italy: Innocenti Research Centre, UNICEF.
 - 10 Case, A. 2001. "The Primacy of Education: Research Program in Development Studies." Working Paper. No. 203. Princeton, New Jersey: Princeton University; and Lloyd, C. B. 2001. "Linkages between Demographic and Education Variables." Briefing note. Cambridge, Massachusetts: American Academy UBASE Project. Проводится большое количество исследований об учебных материалах (в том числе об их качестве) и по этому вопросу имеется множество противоречивых мнений.
 - 11 Anderson, K., A. Case, and D. Lam. 2001. "Causes and Consequences of Schooling Outcomes in South Africa: Evidence from Survey Data." PSC Research Report No. 01-490. Ann Arbor, Michigan: Population Studies, Institute for Social Research, University of Michigan.
 - 12 Lloyd, C. B., et al. 2001. "Determinants of Educational Attainment among Adolescents in Egypt: Does School Quality Make a Difference? Research Division Working Paper. No. 150. New York: The Population Council.
 - 13 Case 2001.
 - 14 Psacharopoulos, George. 1994. "Returns to Investment in Education: A Global Update." *World Development* 22(9): 1325-1343. Cited in: Case 2001.
 - 15 Birdsall 1999.
 - 16 Montgomery, M., and C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Ch. 8 in: *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, edited by C. H. Bledsoe, et al. 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
 - 17 Behrman, J., P. Sengupta, and P. Todd. 2001. "Progressing through PROGRESA: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment." Mimeo. Washington, D.C.: University of Pennsylvania and the International Food Policy Research Institute.
 - 18 Lutz, W., and A. Goujon. 2001. "The World's Changing Human Capital Stock. Multi-State Population Projections by Educational Attainment." *Population and Development Review* 27(2): 323-340.
 - 19 Mensch, B. S., J. Bruce, and M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
 - 20 Эти прогнозы включают в себя также предположение о том, что со временем различия показателей фертильности с учетом уровня образования уменьшатся; такая модель характерна для стран, рождаемость в которых сокращается.
 - 21 Lutz and Goujon 2001.
 - 22 Sawada, Y., and M. Lokshin. 2001. "Household Schooling Decisions in Rural Pakistan." Development Research Group Working Paper. No. 2541. Washington, D.C.: Development Research Group, the World Bank, and Sathar, Z. A., and C. B. Lloyd. 1994. "Who Gets Primary Schooling in Pakistan: Inequalities among and within Families." *Pakistan Development Review* 33(2): 103-134.
 - 23 Mensch, B. S., and C. B. Lloyd. 1998. "Gender Differences in the Schooling Experience of Adolescents in Low-income Countries: The Case of Kenya." *Studies in Family Planning* 29(2): 167-184.
 - 24 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
 - 25 The World Bank 2001a
 - 26 Filmer, D. 1999. "The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth." Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper No. 5. Washington, D.C.: The World Bank.
 - 27 Esim, S., N. Varia, and G. Durón. 1999. *Adolescent Livelihoods: A Selective Review of Issues and Programs*. Background paper for Essential Questions, Essential Tools. Workshop on Adolescent Girls' Livelihoods, Cairo, Egypt, 13-14 October 1999. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
 - 28 Lloyd, et al. 2001
 - 29 Mensch, B. S., et al. (2001. "Premarital Sex, Schoolgirl Pregnancy and School Quality in Rural Kenya." *Studies in Family Planning* 32(4): 285-301) Было установлено, что беременность не всегда упоминалась в качестве непосредственной причины оттока девушек из школ, на которую приходится 12 процентов случаев прекращения обучения. Чаще приводились такие причины, как отсутствие денег и большой размер семьи. В школах, в которых к мальчикам и девочкам проявляются одинаковые отношения, девочки начинают половую активность в более раннем возрасте.
 - 30 Eloundou-Enyegue, P., et al. 2000. "The Effects of High Fertility on Human Capital Formation Under Structural Adjustment in Africa." Paper prepared by the RAND Corporation under the POLICY Project. Santa Monica, California: RAND Corporation. Available on the web site: www.policyproject.com.
 - 31 USAID. 2000. *Proceedings: Symposium on Girls' Education: Evidence, Issues, Action: 17-18 May 2002*. Strategies for Advancing Girls' Education Project. Washington, D.C.: USAID. Web site: <http://sage.aed.org/>. Accessed December 2001.
 - 32 USAID. 1999. "Girls' Education: Good for Boys, Good for Development." *Gender Matters*. Information Bulletin. No. 5. Washington, D.C.: USAID.
 - 33 See, for example: Filmer 1999; Lloyd, C. B., and A. K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa. The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review* 22(2): 265-298; Montgomery and Lloyd 1998, and Thomas, D., R. F. Schoeni, and J. Strauss. 1996. "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil." RAND Labor and Population Program Working Papers. No. 96-02. Santa Monica, California: RAND Corporation.
 - 34 Lloyd, C. B. 1994. "Investing in the Next Generation: The Implications of High Fertility at the Level of the Family." In: *Population and Development. Old Debates, New Conclusions*, edited by Robert Cassen. 1994. New Brunswick, New Jersey, and Oxford: Transaction Publishers.
 - 35 Lloyd and Blanc 1996.
 - 36 Montgomery and Lloyd 1998.
 - 37 The World Bank. 2001c. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Washington, D.C.: The World Bank and Oxford University Press.
 - 38 Smith, L. C., and L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. IFPRI Research Report. No.111. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
 - 39 United Nations Administrative Committee on Coordination, Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN) 2000. *Fourth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition Throughout the Life Cycle*. Geneva: United Nations Administrative Committee on Coordination, Sub-Committee on Nutrition in collaboration with International Food Policy Research Institute.
 - 40 Jejeebhoy, S. J. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press; and Diamond, I., M. Newby, and S. Varle. 1998. "Female Education and Fertility: Examining the Links" Ch. 2 in: Bledsoe, et al. 1998
 - 41 United Nations. 2001. *World Population Monitoring 2000: Population, Gender and Development*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
 - 42 United Nations. 1995. *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys* (Sales No. E.95.XIII.23). New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
 - 43 Birdsall 1999.
 - 44 López, R., V. Thomas, and Y. Wang. 1998. "Addressing the Education Puzzle: The Distribution of Education and Economic Reforms." World Bank Working Papers. No. 2031. Washington, D.C.: The World Bank.
 - 45 Как представляется, более высокий уровень образования людей положительно сказывается на состоянии их здоровья не только потому, что они имеют более высокие доходы, но и потому, что у них больше возможностей получать соответствующую информацию и услуги. (см. WHO's Commission on Macro-economics and Health on the web site: www.cmhealth.org)
- ГЛАВА 8**
- 1 United Nations. 1999a. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly (A/S-21/5/Add.1)*. New York: United Nations, and United Nations. 2001. *Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration*. Report of the Secretary-General for the Fifty-sixth session of the General Assembly (A/56/326). New York: United Nations.
 - 2 Feachem, R. G. A. 2000. "Poverty and Inequality: A Proper Focus for the New Century." *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 1-2
 - 3 WHO. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems. Improving Performance*. Geneva: WHO.

- 4 Priya, N. 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*, p. 41. Center for Health and Gender Equity Working Papers. Takoma Park, Maryland. Center for Health and Gender Equity, the Population Council
- 5 Walford, Veronica. 2002. *Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)*. London. Health Systems Resource Centre, Department for International Development, Government of the United Kingdom.
- 6 UNFPA. 2002a. "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): Challenges and Opportunities for UNFPA." Unpublished manuscript. New York: UNFPA.
- 7 Adapted from: Wagstaff, A., and A. L. B. Soucat. 2001. "HNP and the Poor: An Integrated Policy Framework for Improving Outcomes for the Poor." Washington, D.C.: The World Bank. [Убедитесь на Интернет](http://poverty.worldbank.org/files/document8125session6.pdf) <http://poverty.worldbank.org/files/document8125session6.pdf>.
- 8 В основе этого раздела лежат исследования Всемирного банка и его модуль дистанционного обучения. (Wagstaff and Soucat 2001. См. также предыдущие модули [<http://poverty.worldbank.org/files/document8120session1.pdf> to document 8125 session 5.pdf]) *двух авторов.*)
- 9 UNFPA. 2000a. *UNFPA and Government Decentralization: A Study of Country Experiences*. Evaluation Report. No. 18. New York: Office of Oversight and Evaluation, UNFPA.
- 10 Loewenson, R., and A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. United Nations Development Programme Policy Paper. New York: UNDP.
- 11 United Nations. 1995. *Population and Development*, vol. 1: *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development: Cairo: 5-13 September 1994*, paragraph 13.8. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.
- 12 Ibid., paragraph 13.11.
- 13 Ibid., paragraph 13.22.
- 14 Klasen, S. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Draft paper commissioned by Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) for the "Growth and Equity" Task Team of the Strategic Partnership with Africa (SPA). Munich: University of Munich.
- 15 Hewett, P. C., and M. R. Montgomery. 2001. "Poverty and Public Services in Developing Country Cities." Population Council Policy Research Division Working Paper. No. 154. New York: The Population Council.
- 16 United Nations. 1999b. *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (A/S-21/5/Add.1)*, paragraph 101. New York: United Nations
- 17 See: United Nations. 2002a. *World Urbanization Prospects 2001 (ESA/P/WP.173)*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- 18 UNFPA. 2002b. *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response*. New York: UNFPA.
- 19 Source: UNFPA. 2002c. "Meeting the Development and Participation Rights of Adolescent Girls: Organized by UNFPA, UNICEF and WHO, Dhaka, Bangladesh, 1-6 February 2002." Draft meeting report. New York: UNFPA.
- 20 Druschel, K., J. Quigly, and C. Sanchez. 2001. "State of the Microcredit Summit Campaign Report 2001." Unpublished manuscript.
- 21 For some noteworthy examples, see: UNFPA. 1997. *Population and Reproductive Health Programmes: Applying Rapid Anthropological Procedures*. New York, UNFPA; UNFPA 2002d. *The Trajectory of Life as Internally Displaced Persons in Angola*. Luanda, Angola: UNFPA; and UNFPA in collaboration with the Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Population and Development Strategies. No. 2. New York: UNFPA.
- 22 See, for example: Diamond, I., Z. Matthews, and R. Stephenson. 2001. *Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-Poor Measurement Strategy*. London: Health Systems Resource Centre, Department for International Development (DFID), Government of the United Kingdom.
- 23 Они определяют следующие факторы: брак; фертильность; информация о контрацептивах и их практическое использование; вакцинацию; рост детей; распространение и лечение диарейных и респираторных заболеваний. Были разработаны и испытаны также специальные модули для решения проблем, связанных с равенством мужчин и женщин, участием мужчин в процессе охраны здоровья (в том числе репродуктивного), насилием по признаку пола, обрезанием у женщин, доступностью и стоимостью услуг. Методологические обзоры см. Filmer, D., and L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment. Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120; Montgomery, M. R., et al. 2000. "Measuring Living Standards with Proxy Variables." *Demography* 37(2): 155-147; Bollen, K. A., J. L. Glanville, and G. Stecklov. 2001. "Economic Status Proxies in Studies of Fertility in Developing Countries: Does the Measure Matter?" MEASURE Evaluation Project. Working Paper. No. WP-Q1-38. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center. (Available at: www.cpc.unc.edu/measure.)
- 24 Demobynes, G., et al. 2002. "Producing an Improved Geographic Profile: Methodology and Evidence from Three Developing Countries." Discussion Paper. No. 2002/39. Helsinki, Finland: World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER), United Nations University.
- 25 At the International Conference on Population and Development, ICPD. (See: United Nations 1995.)
- 26 The United Nations General Assembly Special Session in 1999, and the conferences and five-year reviews of the Fourth World Conference on Women, the World Summit for Social Development and others
- 27 В расчеты не включены расходы, связанные с системами консультирования, испытания и контроля, касающимися крови и кровезаменителей, и охватом групп населения, подвергающихся высокой степени риска. В них не учтены также вторичные профилактические меры (замедление передачи вирусов от матери детям и уменьшение численности инфицированного населения).
- 28 Commission on Macro-economics and Health, WHO. 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.
- 29 United Nations. 2002b. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.171)*. Presented at the Commission on Population and Development, United Nations, New York, New York, 1-5 April 2002.
- 30 Трудно сравнивать расчеты Комиссии по макроэкономике и здравоохранению и МКНР. Компонент планирования семьи МКНР включает в себя элементы, отражающие стоимость медицинской инфраструктуры; компонент охраны репродуктивного здоровья включает элементы, предусматривающие общие затраты на укрепление системы здравоохранения. В последующую деятельность можно также включить важные данные о планировании семьи и демографические данные, накопленные в ходе практической деятельности.
- 31 Commission on Macro-economics and Health, WHO 2001.
- 32 Sinding, S. 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries." Paper presented at the United Nations Population Division Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, New York, 11-14 March 2002.
- 33 The World Bank. 1993. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Washington, D.C.: The World Bank.
- 34 В основе этой работы лежат следующие исследования Nortman, D. L., J. Halvas, and A. Rabago. 1986. "A Cost-benefit Analysis of the Mexican Social Security Administration's Family Planning Programme." *Studies in Family Planning* 17(1): 1-6. See also: National Committee for Population and Family Planning (Hanoi, Viet Nam) 1997. *Costs and Benefits of Viet Nam's National Investment in Population and Family Planning from 1979 to 2010*. Final report. Hanoi, Viet Nam: National Committee for Population and Family Planning; Fiedler, J. L., and L. M. Day. 1997. "A Cost Analysis of Family Planning in Bangladesh." *International Journal of Health Planning and Management* 12(4): 251-277; Trussell, J., et al. 1997. "Medical Care Cost Savings from Adolescent Contraceptive Use." *Family Planning Perspectives* 29(6): 248-255, 295; and Manzoor, Khaleida. 1994. "Cost-effectiveness of the Family Planning Programme in Pakistan." *Pakistan Development Review* 33(4): 711-226.
- 35 O'Neill, B. C., and L. Wexler. 2000. "The Greenhouse Externalities to Childbearing: A Sensitivity Analysis." *Climatic Change* 47: 283-324.
- 36 Marseille, E., P. B. Hoffman, and J. G. Kahn. 2002. "HIV prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." *The Lancet* 359(9320): 1851-1856.
- 37 This point was forcefully argued by Peter Piot, Debrework Zewdie, and Tomris Türmen (2002. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." *The Lancet* 360[9326]: 86) in their rejoinder to Marseille, Hoffman, and Khan 2002.
- 38 Commission on Macro-economics and Health, WHO 2001.
- 39 Предпочтение, которое отдается девочкам при направлении на обучение, вызвало ряд вопросов относительно эффективности получаемых от этого результатов. (см. Behrman, Jere. 2001. "Why Micro Matters." Ch. 13 in: Birdsall, Kelley, and Sinding 2001). Приводимые в разных исследованиях статистические данные могут быть неодинаковыми. Задачей международного сообщества является как образование девочек, так и образование мальчиков.

ГЛАВА 1

- 1 Экономические данные взяты из: The World Bank 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington D.C.: World Bank Development Data Centre.
- 2 Обзор исследований см. в работе Ами Онг Тсу, "Population Policies, Family Planning Programs, and Fertility: The Record," in: *Global Fertility Transition*, edited by Rodolfo A. Bulatao and John B. Casterline. 2001. New York: The Population Council; Bongaarts, John. 1997. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions." Pp. 422-444 in: *The Continuing Transition*, edited by G. W. Jones, et al. 1997. Oxford: Clarendon Press, Caldwell, J. C. (Forthcoming.) "The Contemporary Population Challenge." Paper presented at the Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. New York, New York, 11-14 March 2002; Angeles, G., et al. 1998. "The Impact of Family Planning Programs on Fertility Preferences, Contraceptive Method Choice and Fertility: Estimation of Reduced Form Models." Chapel Hill, North Carolina: The EVALUATION Project, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Sinding, S. 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries." Paper presented at the United Nations Population Division Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, New York, 11-14 March 2002
- 3 The World Bank. 2001. *Engendering Development through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C.: The World Bank; and Behrman, J., S. Duryea, and M. Szekeley. 1999. "Intergenerational Schooling Mobility and Macro Conditions and Aggregate Schooling Policies in Latin America." In: *New Markets, New Opportunities: Economic and Social Mobility in a Changing World*, edited by N. Birdsall and C. Graham. 1999. Washington, D.C.: Brookings Institution and Carnegie Endowment for International Peace.
- 4 The World Bank. 2002. *From Many Lands*. Washington D.C.: Voices of the Poor Project, the World Bank.

ГЛАВА 2

- 5 UNFPA in collaboration with the Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Population and Development Strategies. No. 2. New York: UNFPA.

ГЛАВА 3

- 8 Важную информацию для глубокого обсуждения этого вопроса можно найти в National Research Council. 2000. *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*. Panel on Population Projections. Washington D.C.: National Academy Press, Bulatao, R. A., and J. B. Casterline (eds.) 2001. *The Global Fertility Transition*. Supplement to *Population and Development Review* 27; Lutz, W., J. Vaupel, and D. Ahlberg (eds.) 1999. *Frontiers of Population Forecasting*. Special monograph supplement to *Population and Development Review* 25. Индивидуальные альтернативные оценки см.: Eberstadt, N. 2001. "The Population Implosion." *Foreign Policy* 123, debated in: Barroso, C., et al. 2001. "Is There A Population Implosion?" *Environmental Change and Security Report*. No. 7, pp. 101-124. Washington D.C.: Woodrow Wilson Center for International Policy. Последствия этих решений рассматриваются в: the Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline, New York, New York, 16-18 October 2000; the Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries, New York, 9-11 July 2001; and the Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, New York, 11-14 March 2002 (see: web site: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>).
- 13 Haddad, L., et al. 1996. "Food Security and Nutrition Implications of Intrahousehold Bias: A Review of Literature." Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper. No. 19. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute; and Marcoux, A. 2001. "The 'Feminization of Hunger': What Do the Surveys Tell Us?" Sustainable Development Dimensions. Working Paper No. 22. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- 14 Adato, M., et al., A. 2000. "The Impact of PROGRESA on Women's Status and Intrahousehold Relations." Final report. Food Consumption and Nutrition Division. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute; and Gomez de Leon, J., et al. 1997. "The Evaluation of PROGRESA." Paper prepared for a seminar on Evaluation of the New Anti-Poverty Programme in Mexico, Inter-American Development Bank, Washington, D.C., 10 December 1997.
- 15 Hashemi, S., S. Schuler, and A. Riley. 1996. "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." *World Development* 24(4): 635-653; Kabeer, N. 1998. "Money Can't Buy Me Love: Re-Evaluating Gender, Credit, and Empowerment in Rural Bangladesh." IDS Discussion Paper. No. 363. Brighton, United Kingdom. University of Sussex; Khandker, S. R., and M. A. Latif 1996. "The Role of Family Planning and Targeted Credit Programs in Demographic

Change in Bangladesh." World Bank Discussion Paper. No. 337. Washington, D.C.: The World Bank; Morduch, J. 1997. "The Microfinance Revolution." Paper. Cambridge, Massachusetts: Department of Economics, Harvard University, Pitt, M., and S. Khandker. 1998. "The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter?" *Journal of Political Economy* 106(5): 958-996; Rahman, M., and J. DaVanzo. 1997. "Influence of the Grameen Bank on Contraceptive Use in Bangladesh." Draft paper presented at the Population Council, New York, New York, 15 December 1997, and Schuler, S. R., and S. M. Hashemi. 1994. "Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 25(2): 65-76.

ГЛАВА 5

- 18 Correa, S., S. Piola, and M. Arilha. 1999. "Brazil Case Study," p. 26. Pp. 25-26 in *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*, edited by L. Ashford and C. Makinson. 1999. Washington, DC: Population Reference Bureau; International Planned Parenthood Federation. 2001. Brazil country profile. www.ippfwhr.org; and Gogna, M. 2000. "Comparative Analysis of Case Studies." In: *Reproductive Health Programmes for Adolescents: The Cases of Buenos Aires, Mexico D.F., and São Paulo*, by CEDES, El Colegio de Mexico, and NEPO/UNICAMP. Buenos Aires: CEDES.
- 19 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. *HIV and Health-care Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, p. 75-76. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Case Study. UNAIDS Best Practices Collection. Geneva: UNAIDS.
- 21 Ahmed, R. 2000. "The Food for Education Programme in Bangladesh." In: *Out of the Shadow of Famine: Evolving Food Policy in Bangladesh*, edited by R. Ahmed, S. Haggblade, and P. Dorosh. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; and Arends-Kuenning, M., and S. Amin. 1998. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation." Working Paper No. 133. New York: The Population Council.

ГЛАВА 8

- 23 Приводятся цитаты из материалов Комиссии по макроэкономике и здравоохранению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO

- 25 Narayan, D. 2000. "What do the Poor Have to Say about Health, Nutrition and Population?" Report from the World Bank Seminars on Poverty, Health, Nutrition, and Population, February 2000. Washington, D.C.: The World Bank. На основе: Narayan, D., et al. 1999. "Global Synthesis: Consultations with the Poor." Draft discussion paper prepared for the Global Synthesis Workshop: Consultations with the Poor, Washington, D.C., 22-23 September 1999. Washington, D.C.: The World Bank.
- 26 Presentation by: C. Velasco (Pro Muer. Bolivia), S. Daley-Harris (Director, Microcredit Summit Campaign; Research Education Fund), and E. Vor der Brugge (Senior Vice President, Freedom from Hunger) at UNFPA, May 2002; and Steele, F., S. Amin, and R. T. Naved. 2001. "Savings/Credit Group Formation and Change in Contraception." *Demography* 38(2): 267-282.
- 27 See: The World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington D.C.: The World Bank; and Murray, C. J. L., and A. D. Lopez (eds.). 1996. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Более подробно этот вопрос рассматривается в AbouZahr, C., and J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill-Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 655-666.
- 28 European Union Development Council. 2002. Resolution on Health and Poverty of the Council and the Governments of Member States, 2429th Council Meeting, Brussels, Belgium, 30 May 2002. Web site: <http://ue.eunet>.
- 29 Dodd, N., J. Upadhyay, and P. Friel. 2001. "Commodity Security." *IPPF Medical Bulletin* 35(6): 3-4; and UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*. New York: UNFPA
- 30 Government of Nicaragua. July 2001. "Strengthened Economic Growth and Poverty Reduction Strategy." Managua: Government of Nicaragua.

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Материнская смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого)	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%) (итого)	Число детей, принятых в среднюю школу (итого)	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любимый метод	Современные методы	Коэффициент распространения ЗМН (15 лет-24 года) М / Ж
Итого в мире	55	63,9 / 68,1	400					50	61	54	0,82 / 1,39
Более развитые регионы (*)	8	71,9 / 79,3	21					27	69	56	
Менее развитые регионы (+)	59	62,5 / 65,7	440					54	59	54	
Наименее развитые страны (±)	92	50,6 / 52,2	1 000					127			
АФРИКА (1)	83	50,5 / 52,1	1 000					108	25	20	
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	94	44,8 / 46,0	1 300					112	21	16	
Бурundi	111	39,8 / 41,4	1 900	56 / 46	45 / 41	8 / 6	42 / 56	60	9	1	4,96 / 11,05
Эритрея	82	51,1 / 53,7	1 100	58 / 48	43 / 28	28 / 19		112	5	4	2,78 / 4,30
Эфиопия	106	42,8 / 43,8	1 800	79 / 48	31 / 18	21 / 13	51 / 66	78	8	6	4,40 / 7,82
Кения	59	48,7 / 49,9	1 300	92 / 92	58 / 57	32 / 29	10 / 21	90	39	32	6,01 / 15,56
Мадагаскар	91	52,5 / 54,8	580	94 / 92	26 / 27	16 / 16		136	19	12	0,07 / 0,24
Малави	130	39,6 / 39,0	580		61 / 40		24 / 51	152	31	26	6,35 / 14,89
Маврикий (2)	16	68,4 / 75,8	45	108 / 108		70 / 71	12 / 18	34	75	49	
Мозамбик	128	37,3 / 38,6	980	83 / 60	43 / 29	11 / 7	38 / 69	129	6	5	6,13 / 14,67
Руанда	119	40,2 / 41,7	2 300	115 / 114		10 / 9	25 / 37	60	13	4	4,92 / 11,20
Сомали	113	47,4 / 50,5	1 600					213			
Уганда	94	45,3 / 46,8	1 100	162 / 146	74 / 49	20 / 13	21 / 41	211	23	18	1,99 / 4,63
Объединенная Республика Танзания	73	50,1 / 52,0	1 100	65 / 65	58 / 60		15 / 31	92	25	17	3,55 / 8,06
Замбия	80	42,6 / 41,7	870	89 / 84		30 / 23	14 / 26	146	25	14	8,07 / 20,98
Зимбабве	55	43,3 / 42,4	610		116 / 111		6 / 14	105	54	50	12,38 / 33,01
Центральная Африка (3)	87	48,8 / 51,1	1 000					204	10	3	
Ангولا	118	44,5 / 47,1	1 300	99 / 83		19 / 13		229	8	4	2,23 / 5,74
Камерун	79	49,3 / 50,6	720	99 / 82		23 / 18	16 / 28	127	19	7	5,44 / 12,67
Центральноафриканская Республика	93	42,7 / 46,0	1 200	69 / 46			38 / 62	141	15	3	5,83 / 13,54
Чад	116	45,1 / 47,5	1 500	85 / 49	26 / 10	17 / 4		195	8	2	2,38 / 4,28
Конго Демократическая Республика (4)	77	51,0 / 53,3	940	48 / 44		24 / 13	6 / 19	230	8	2	2,93 / 5,91
Конго Республика	66	49,6 / 53,7	1 100	59 / 56	45 / 43		11 / 23	146			3,28 / 7,80
Габон	80	51,8 / 54,0	620	155 / 153	79 / 80	59 / 51		161	33	12	
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	49	64,8 / 68,0	450						47	42	
Алжир	43	68,7 / 71,8	150	114 / 104	93 / 88	66 / 67	22 / 40	20	64	50	
Египет	40	66,7 / 69,9	170	104 / 96	104 / 92	84 / 78	32 / 54	34	56	54	
Ливийская Арабская Джамахирия	25	69,2 / 73,3	120	154 / 152		73 / 81	8 / 29	35	40	26	
Марокко	42	66,8 / 70,5	390	107 / 87	63 / 47	44 / 35	37 / 62	28	50	42	
Судан	78	55,6 / 58,4	1 500	60 / 51	38 / 33	30 / 28	29 / 51	57	8	7	1,08 / 3,14
Тунис	26	69,6 / 72,2	70	123 / 116	93 / 90	72 / 73	17 / 37	17	60	51	
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКИ	63	45,6 / 47,1	360						52	51	
Ботсвана	67	36,5 / 35,6	480	106 / 105	96 / 107	73 / 80	24 / 18	63	40	39	16,08 / 37,49
Лесото	111	40,9 / 39,6	530	97 / 106	55 / 83	26 / 37	26 / 6	67	30	30	17,40 / 38,08
Намбия	65	44,3 / 44,1	370	125 / 127	86 / 94	55 / 64	16 / 17	81	29	26	11,10 / 24,29
Южная Африка	59	46,5 / 48,3	340	129 / 125	95 / 100	98 / 109	13 / 15	73	56	55	10,66 / 25,64
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	87	50,7 / 51,8	1 100					123	14	8	
Бенин	81	52,5 / 55,7	880	102 / 66	52 / 25	30 / 13	45 / 74	113	16	3	1,18 / 3,72
Буркина-Фасо	87	47,0 / 49,0	1 400	50 / 34	29 / 20	12 / 7	64 / 84	151	12	5	3,98 / 9,73
Кот-д'Ивуар	81	47,7 / 48,1	1 200	89 / 66	50 / 31	30 / 16	43 / 58	121	15	7	2,92 / 8,31
Гамбия	115	45,7 / 48,5	1 100	88 / 75	80 / 60	38 / 25	54 / 68	139	10	9	0,53 / 1,35
Гана	62	56,0 / 58,5	590				18 / 34	78	22	13	1,36 / 2,97
Гвинея	114	48,0 / 49,0	1 200	72 / 45	49 / 19	21 / 8		168	6	4	
Гвинея-Бисау	121	44,0 / 46,9	910				43 / 74	195	8	4	1,06 / 2,98
Либерия	79	54,6 / 56,7	1 000	95 / 70		30 / 19	28 / 60	230	6	6	
Мали	120	51,1 / 53,0	630	63 / 44	33 / 14	19 / 10	48 / 62	195	8	6	1,37 / 2,08
Мавритания	97	30,9 / 34,1	870	86 / 81	52 / 39	21 / 15	49 / 69	147	8	5	
Нигер	126	45,9 / 46,5	920	38 / 24	25 / 15	9 / 5	75 / 91	233	14	4	
Нигерия	79	52,0 / 52,2	1 100		75 / 59		25 / 41	104	15	9	2,99 / 5,83
Сенегал	57	52,5 / 56,2	1 200	76 / 63	48 / 34	24 / 15	51 / 70	100	13	8	0,19 / 0,54
Сьерра-Леоне	146	39,2 / 41,8	2 100					212	4	4	2,49 / 7,54
Того	75	51,1 / 53,3	980	141 / 107	86 / 41	47 / 19	26 / 55	93	24	7	2,05 / 5,94
АЗИЯ	53	65,8 / 69,2	280						64	59	
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (8)	34	69,9 / 74,9	55						82	81	
Китай	37	69,1 / 73,5	60	106 / 109	111 / 106	65 / 58	8 / 22	5	84	83	0,16 / 0,09
Корейская Народно-Демократическая Республика	39	62,5 / 68,0	38					2	62	53	
Гонконг Китай (9)	4	77,3 / 82,8						7	86	80	
Япония	3	77,8 / 85,0	12 ¹⁰	102 / 102		101 / 103		4	59	53	0,02 / 0,04

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%) М / Ж	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (%) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВМ (15 лет-24 года) М / Ж
Монголия	58	61,9 / 65,9	65	92 / 96	77 / 88		1 / 1	53	60	46	
Республика Корея	7	71,8 / 79,1	20		95 / 98		1 / 3	3	81	67	0,03 / 0,01
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	41	64,8 / 69,2	300						58	49	
Камбоджа	73	53,6 / 58,6	590	128 / 110	68 / 51	29 / 15	20 / 40	97	24	19	0,97 / 2,49
Индонезия	40	65,3 / 69,3	470		90 / 92		7 / 17	53	57	55	0,07 / 0,06
Лаосская Народно-Демократическая Республика	88	53,3 / 55,8	650	120 / 102	70 / 59	39 / 27		91	32	29	0,05 / 0,03
Малайзия	10	70,6 / 75,5	39	99 / 99	89 / 90	93 / 103	8 / 15	18	55	30	0,70 / 0,12
Мьянма	87	53,8 / 58,8	170	115 / 114		36 / 36	11 / 19	29	33	28	
Филиппины	29	68,0 / 72,0	240				4 / 4	33	47	28	0,02 / 0,02
Сингапур	5	75,9 / 80,3	9			128 /	3 / 11	7	74	73	0,15 / 0,16
Таиланд	21	67,9 / 73,8	44	95 / 92		87 / 89	3 / 6	51	72	70	1,11 / 1,66
Вьетнам	34	66,9 / 71,6	95	113 / 107		64 / 58	4 / 8	20	75	56	0,32 / 0,17
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	69	62,7 / 64,1	410						48	41	
Афганистан	161	43,0 / 43,5	820		15 / 0		46 / 75	111	5	4	
Бангладеш	67	60,6 / 60,8	600	125 / 120	68 / 72	45 / 50	47 / 69	125	54	43	0,01 / 0,01
Бутан	54	62,0 / 64,5	500	23 / 19		11 / 9		57	19	19	
Индия	65	63,6 / 64,9	440	107 / 93	88 / 63	59 / 39	32 / 59	44	48	43	0,34 / 0,71
Иран (Исламская Республика)	36	68,8 / 70,8	130		95 / 89		15 / 28	28	73	56	0,05 / 0,01
Непал	71	60,1 / 59,6	830	128 / 100	70 / 42	56 / 38	38 / 74	124	39	35	0,27 / 0,28
Пакистан	87	61,2 / 60,9	200	109 / 62		45 / 29	41 / 70	50	28	20	0,06 / 0,05
Шри-Ланка	20	69,9 / 75,9	60	112 / 110	98 / 102	68 / 74	5 / 10	23	66	44	0,03 / 0,04
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	39	68,0 / 72,1	230						47	28	
Ирак	64	63,5 / 66,5	370	96 / 80	59 / 51	25 / 14	44 / 76	41	14	10	
Израиль	6	77,1 / 81,0	8	108 / 107		89 / 88	3 / 7	17	68	52	
Иордания	23	69,7 / 72,5	41	68 / 69		65 / 67	4 / 15	38	53	38	
Кувейт	11	74,9 / 79,0	25	79 / 77	69 / 71	63 / 64	15 / 19	28	50	41	
Ливан	17	71,9 / 75,1	130	113 / 108		85 / 94	7 / 18	25	61	37	
Окупированная палестинская территория	21	70,8 / 74,0						94			
Оман	23	70,2 / 73,2	120	77 / 72	76 / 76	68 / 67	18 / 35	89	24	18	
Саудовская Аравия	21	71,1 / 73,7	23	73 / 70	68 / 69	70 / 62	16 / 31	48	32	29	
Сирийская Арабская Республика	22	70,6 / 73,1	200	109 / 99	95 / 86	44 / 39	11 / 37	38	36	28	
Турция (11)	39	68,0 / 73,2	55		95 / 89	81 / 57	6 / 22	51	64	38	
Объединенные Арабские Эмираты	11	74,1 / 78,4	30	96 / 92	76 / 86	75 / 80	24 / 19	64	28	24	
Йемен	62	60,7 / 62,9	850	100 / 55		66 / 24	31 / 72	125	21	10	
ЕВРОПА	9	69,6 / 77,9	28					21	67	49	
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	15	63,1 / 73,8	50						61	35	
Болгария	15	67,1 / 74,8	23	102 / 99	92 / 92	88 / 86	1 / 2	41	42	25	
Чешская Республика	5	72,1 / 78,7	14	104 / 103	110 / 107	81 / 84		17	72	63	0,00 / 0,00
Венгрия	9	67,8 / 76,1	23	103 / 102		97 / 99	0 / 1	21	77	68	0,10 / 0,02
Польша	9	69,8 / 78,0	12				0 / 0	16	49	19	0,09 / 0,05
Румыния	22	66,5 / 73,3	60	104 / 102		80 / 81	1 / 2	37	64	30	
Словакия	8	69,8 / 77,6	14	102 / 100	96 / 97	85 / 86		24	74	41	0,00 / 0,00
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (12)	5	74,9 / 80,5	12					20	78	75	
Дания	5	74,2 / 79,1	15	103 / 103		123 / 130		7	78	72	0,14 / 0,07
Эстония	10	65,8 / 76,4	80	103 / 99	89 / 86	103 / 106		27	70	56	2,49 / 0,62
Финляндия	4	74,4 / 81,5	6	99 / 99		116 / 126		7	77	75	0,04 / 0,03
Ирландия	6	74,4 / 79,6	9	142 / 141		106 / 113		16			0,06 / 0,05
Латвия	14	65,7 / 76,2	70	106 / 99		87 / 86	0 / 0	21	48	39	0,94 / 0,24
Литва	9	67,6 / 77,7	27	102 / 99	97 / 94	90 / 90	0 / 0	27	47	31	0,16 / 0,05
Норвегия	5	76,0 / 81,9	9	102 / 102		119 / 122		10	74	69	0,08 / 0,04
Швеция	3	77,6 / 82,6	8	109 / 112		142 / 181		5	78	72	0,07 / 0,05
Соединенное Королевство	5	75,7 / 80,7	10	101 / 102		145 / 167		24	82	82	0,10 / 0,05
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (13)	7	74,4 / 80,8	12					11	68	48	
Албания	25	70,9 / 76,7	31		84 / 95			16	58	15	
Босния и Герцеговина	14	71,3 / 76,7	15					23	48	16	
Хорватия	8	70,3 / 78,1	18	98 / 97	80 / 79	85 / 87	1 / 2	19			0,00 / 0,00
Греция	6	75,9 / 81,2	2	97 / 97		95 / 96	1 / 4	10			0,14 / 0,07
Италия	5	75,5 / 81,9	11	103 / 102		96 / 95	1 / 2	6	60	39	0,29 / 0,26
Македония (бывшая югославская Республика)	16	71,4 / 75,8	17	104 / 102	94 / 87	84 / 81		26			0,00 / 0,00
Португалия	6	72,6 / 79,6	12	126 / 121		108 / 117	5 / 9	17	66	33	0,41 / 0,19
Словения	6	72,3 / 79,6	17	98 / 97	90 / 94	97 / 100	0 / 0	8	74	59	0,00 / 0,00
Испания	5	75,4 / 82,3	8	108 / 107		110 / 117	1 / 3	6	81	67	0,52 / 0,24
Югославия	13	70,9 / 75,6	15	69 / 70		61 / 64		25	58	33	

Контроль за осуществлением целей МКНР: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования				Показатели репродуктивного здоровья			
	Месячная смертность Итого	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент материнской смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Ж	Дети, посещающие последний класс начальной школы (%) М / Ж	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Ж	Число грамотных (15) (старше 15 лет) М / Ж	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Контрацептивные методы Любой метод	Современные методы	Коэффициент распространенности ВПЧ (%) (15 лет-24 года) М / Ж
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (14)	5	75,2 / 81,7	14					9	74	71	
Австрия	5	75,4 / 81,5	11	100 / 101		97 / 94		12	51	47	0,23 / 0,12
Бельгия	4	75,7 / 81,9	8					8	78	74	0,12 / 0,12
Франция	5	75,2 / 82,8	20	105 / 104		111 / 111		9	75	69	0,26 / 0,18
Германия	5	75,0 / 81,1	12	106 / 105		128 / 66		11	75	72	0,10 / 0,05
Нидерланды	5	75,6 / 81,0	10	109 / 107		128 / 122		4	79	76	0,20 / 0,09
Швейцария	5	75,9 / 82,3	8	102 / 101		98 / 90		5	82	78	0,46 / 0,40
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	32	67,2 / 73,6	190					71	69	60	
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН (15)	35	65,4 / 70,9	400					68	59	56	
Куба	7	74,8 / 78,7	24	100 / 99		77 / 82	3 / 3	65	70	67	0,09 / 0,05
Доминиканская Республика	36	64,4 / 70,1	110	136 / 130	78 / 86	61 / 72	16 / 16	93	64	59	2,10 / 2,76
Гаити	61	50,2 / 56,5	1100	150 / 153			46 / 50	64	27	21	4,06 / 4,96
Ямайка	20	73,7 / 77,8	120	97 / 98	85 / 93	88 / 92	16 / 9	46	66	63	0,82 / 0,86
Пуэрто-Рико	10	71,2 / 80,1	30				6 / 6	63	78	68	
Тринидад и Тобаго	13	72,5 / 77,2	65	102 / 101	79 / 84	77 / 84		34	53	44	2,42 / 3,23
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	30	69,1 / 74,7	110					63	55		
Коста-Рика	11	75,0 / 79,7	35		91 / 87		4 / 4	81	75	65	0,59 / 0,27
Сальвадор	26	67,7 / 73,7	180	113 / 109	77 / 75	50 / 50	18 / 23	87	60	54	0,77 / 0,36
Гватемала	41	63,0 / 68,9	270	108 / 96	63 / 50	36 / 31	23 / 37	111	38	31	0,91 / 0,85
Гондурас	33	63,2 / 69,1	220		64 / 71		24 / 24	103	50	41	1,20 / 1,50
Мексика	28	70,4 / 76,4	65	114 / 113	87 / 86	70 / 72	6 / 10	64	67	58	0,37 / 0,10
Никарагуа	36	67,2 / 71,9	250		61 / 70		33 / 33	138	60	57	0,23 / 0,08
Панама	19	72,6 / 77,3	100				7 / 8	75	58	54	1,88 / 1,25
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (16)	33	66,7 / 73,6	200					70	73	63	
Аргентина	20	70,6 / 77,7	85	120 / 120	97 / 98	86 / 93	3 / 3	61			0,86 / 0,34
Боливия	56	61,9 / 65,3	550		80 / 75		7 / 19	75	53	27	0,11 / 0,06
Бразилия	38	64,7 / 72,6	260	156 / 152		76 / 89	14 / 14	71	77	70	0,64 / 0,48
Чили	12	73,0 / 79,0	33	108 / 104	92 / 92	85 / 86	4 / 4	44			0,36 / 0,13
Колумбия	26	69,2 / 75,3	120	112 / 112	84 / 87	50 / 56	8 / 8	80	77	64	0,85 / 0,19
Эквадор	41	68,3 / 73,5	210	113 / 113	96 / 96	56 / 57	6 / 9	66	66	50	0,31 / 0,15
Парагвай	37	68,6 / 73,1	170	117 / 114	85 / 87	49 / 52	5 / 7	75	57	48	
Перу	37	67,3 / 72,4	240	127 / 125	90 / 89	83 / 78	5 / 14	53	69	50	0,42 / 0,18
Уругвай	13	71,6 / 78,9	50	113 / 112	95 / 101	76 / 101	2 / 2	70			0,53 / 0,20
Венесуэла	19	70,9 / 76,7	43		77 / 79		6 / 7	95	49	38	
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (17)	7	74,7 / 80,5	11					46	76	71	
Канада	5	76,2 / 81,8	6	97 / 97		106 / 104		19	75	73	0,28 / 0,18
Соединенные Штаты Америки	7	74,6 / 80,4	12	101 / 104		112 / 81		49	76	71	0,48 / 0,23
ОКЕАНИЯ	24	72,0 / 76,9	260⁷					39	62	58	
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	5	76,2 / 81,8	8¹⁰						76	72	0,02 / 0,01
Австралия (18)	5	76,4 / 82,0	8 ¹⁰					18	76	72	0,12 / 0,02
Меланезия (19)	52	59,5 / 61,9	310								
Новая Зеландия	6	75,3 / 80,7	15 ¹⁰					31	75	72	0,05 / 0,02
Папуа-Новая Гвинея	62	56,8 / 58,7	390	91 / 78	64 / 53	26 / 18		84	26	20	0,33 / 0,39
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ, ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (20)											
Армения	15	70,3 / 76,2	29					32	61	22	0,23 / 0,06
Азербайджан	29	68,7 / 75,5	37	103 / 103	103 / 100	84 / 84		26	55	16	0,06 / 0,02
Беларусь	12	62,8 / 74,4	33	113 / 108	95 / 92	85 / 88	0 / 1	29	50	42	0,59 / 0,20
Грузия	18	69,5 / 77,6	22	95 / 95		79 / 78		33	41	20	0,08 / 0,02
Казахстан	42	59,6 / 70,7	80	97 / 97	99 / 101	87 / 87		45	66	53	0,13 / 0,03
Кыргызстан	37	64,9 / 72,3	80	105 / 103		85 / 88		29	60	49	0,00 / 0,00
Республика Молдова	20	62,8 / 70,3	65		82 / 81		0 / 1	43	62	43	0,46 / 0,14
Российская Федерация	17	60,0 / 72,5	75	80 / 79	91 / 90	101 / 70	0 / 1	32			1,87 / 0,67
Таджикистан	53	65,2 / 70,8	120				0 / 1	24	34	27	0,00 / 0,00
Туркменистан	49	63,9 / 70,4	65					18	62	53	0,00 / 0,00
Украина	15	62,7 / 73,5	45	84 / 83	55 / 55	87 / 100		39	68	38	1,96 / 0,88
Узбекистан	37	66,8 / 72,5	60					51	67	63	0,00 / 0,00

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2002 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средняя темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 г.)	Население на единицу пахотной земли	Общий показатель сальдо миграции (2000-2005 г.)	Роль с помощью капитала (доля в ВВП) (2000 г.)	Паритет покупательной способности (2000 г.)	GDP/primary, percent (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Долгая жизнь в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доход на душу населения
Итого в мире	6 211,1	9 322,3	1,2	48	2,1		2,68	7,7				(1 655 138)	79 / 79		
Более развитые регионы (*)	1 196,0	1 181,1	0,2	76	0,4		1,50	9,9					10 / 9		
Менее развитые регионы (+)	5 015,1	8 141,1	1,5	41	2,8		2,92	5,8					86 / 86		
Наименее развитые страны (†)	692,2	1 829,5	2,5	26	4,6		5,24	3,4					154 / 147		
АФРИКА (1)	831,9	2 000,4	2,3	38	3,8		4,97	4,7				431 968 21	143 / 134		
ВОСТОЧНАЯ АФРИКА	263,0	691,1	2,4	25	4,7		5,83	3,4					168 / 155		
Бурунди	6,7	20,2	3,0	9	6,4	5,1	6,80	25	580		0,6	740	207 / 188		
Эритрея	4,0	10,0	4,2	19	6,3	5,5	5,28	21	960	11,1	2,9	3 518	149 / 134		46
Эфиопия	66,0	186,5	2,4	16	4,6	4,7	6,75	10	660	26,5	1,3	24 731	190 / 175	290	24
Кения	31,9	55,4	1,9	34	4,6	5,0	4,15	44	1 010	17,2	2,4	35 108	109 / 98	499	49
Мадагаскар	16,9	47,0	2,8	30	4,9	3,7	5,68	47	820		1,1	9 159	150 / 144		47
Малави	11,8	31,1	2,2	15	4,6	4,3	6,34	56	600	8,2	2,8	16 516	224 / 223		57
Маврикий (2)	1,2	1,4	0,8	42	1,6	1,3	1,90		9 940	9,7	1,8	72	21 / 15		100
Мозамбик	19,0	38,8	1,8	33	5,1	4,1	5,86	44	800		2,8	17 790	236 / 212	404	60
Руанда	8,1	18,5	2,1	6	4,2	5,7	5,77	31	930		2,0	8 266	206 / 186		41
Сомали	9,6	40,9	4,2	28	5,8	5,7	7,25	34					193 / 178		
Уганда	24,8	101,5	3,2	15	5,7	2,6	7,10	38	1 210	7,7	1,9	37 394	167 / 151		50
Объединенная Республика Танзания	36,8	82,7	2,3	33	5,3	5,8	5,03	36	520		1,3	30 502	122 / 111	457	54
Замбия	10,9	29,3	2,1	40	2,7	1,3	5,66	47	750	4,7	3,6	17 092	143 / 144	626	64
Зимбабве	13,1	23,5	1,7	36	3,7	2,3	4,50	73	2 550	19,3	3,0	17 659	112 / 104	821	85
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АФРИКА (3)	101,1	340,6	3,0	36	4,4		6,33	5,5					155 / 139		
Ангола	13,9	53,3	3,0	35	4,8	2,6	7,20	23	1 180			5 569	211 / 191	595	38
Камерун	15,5	32,3	2,1	50	3,6	1,1	4,70	56	1 590		1,0	1 759	138 / 127	419	62
Центральноафриканская Республика	3,8	8,2	1,6	42	2,8	1,3	4,92	44	1 160		2,0	1 429	172 / 141		60
Чад	8,4	27,7	3,1	24	4,7	1,6	6,65	16	870	6,3	2,3	2 984	207 / 190		27
Конго Демократическая Республика (4)	54,3	203,5	3,3	31	4,9	4,0	6,70	70				1 837	136 / 120	293	45
Конго Республика	3,2	10,7	3,0	66	4,0	5,5	6,29		570	10,7	2,0	2 217	136 / 108	245	51
Габон	1,3	3,2	2,5	82	3,4	0,9	5,40	86	5 360		2,1	683	139 / 125	1 342	70
СЕВЕРНАЯ АФРИКА (5)	180,7	303,6	1,8	49	2,7		3,13	7,0				49 323 22	68 / 63		
Алжир	31,4	51,2	1,8	58	2,7	0,9	2,79	92	5 040		2,6	2 644	50 / 44	944	94
Египет	70,3	113,8	1,7	43	1,8	7,5	2,88	61	3 670		1,8	31 821	49 / 49	709	95
Ливийская Арабская Джамахирия	5,5	10,0	2,2	88	2,5	0,2	3,31	94					28 / 28	2 370	72
Марокко	31,0	50,4	1,8	56	2,9	1,2	3,03	40	3 450		1,2	8 121	58 / 46	352	82
Судан	32,6	63,5	2,3	37	4,7	1,1	4,47	86	1 520	45,6	0,7	4 255	126 / 118	503	75
Тунис	9,7	14,1	1,1	66	2,1	0,5	2,10	90	6 070		2,2	1 272	32 / 29	811	
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ АФРИКА	50,6	56,9	0,8	55	2,1		3,03	8,3					115 / 104		
Ботсвана	1,6	2,1	0,5	49	1,4	2,0	3,94	99	7 170		2,5	1 075	146 / 137		
Лесото	2,1	2,5	0,7	29	3,4	2,4	4,45	60	2 590	18,1		381	182 / 180		91
Намибия	1,8	3,7	1,7	31	3,3	1,0	4,87	76	6 410		3,3	2 583	123 / 118	645	77
Южная Африка	44,2	47,3	0,8	58	2,1	0,4	2,85	84	9 160		3,3	19 449	107 / 95	2 597	86
ЗАПАДНАЯ АФРИКА (6)	236,5	608,1	2,7	40	4,3		5,57	4,0					148 / 144		
Бенин	6,6	18,1	2,8	43	4,5	1,8	5,68	60	980	11,6	1,6	5 929	141 / 123	323	63
Буркина-Фасо	12,2	46,3	3,0	17	5,1	3,0	6,80	31	970	22,2	1,5	5 796	151 / 141		
Кот-д'Ивуар	16,7	32,2	2,1	44	3,0	1,1	4,64	47	1 500		1,2	4 667	144 / 131	388	77
Гамбия	1,4	2,6	2,4	31	4,4	5,0	4,79	51	1 620	13,5	2,3	1 321	205 / 185		62
Гана	20,2	40,1	2,2	36	3,1	2,0	4,22	44	1 910		1,7	22 323	106 / 93	377	64
Гвинея	8,4	20,7	1,5	28	3,1	4,5	5,83	35	1 930		2,3	9 574	188 / 191		48
Гвинея-Бисау	1,3	3,3	2,4	32	4,8	2,8	5,99	35	710			157	219 / 196		49
Либерия	3,3	14,4	5,5	46	6,8	5,6	6,80					1 591	118 / 106		
Мали	12,0	41,7	2,9	31	5,1	1,9	7,00	24	780	13,3	2,1	16 851	240 / 232		65
Мавритания	2,8	8,5	3,0	59	5,1	2,7	6,00	40	1 630	10,1	1,4	862	163 / 150		37
Нигер	11,6	51,9	3,6	21	6,0	1,8	8,00	16	740		1,2	4 291	207 / 213		59
Нигерия	120,0	278,8	2,6	45	4,4	1,2	5,42	42	800		0,8	16 693	130 / 130	705	57
Сенегал	9,9	22,7	2,5	48	4,0	3,0	5,11	51	1 480		2,6	15 198	107 / 102	318	78
Сиерра-Леоне	4,8	14,4	4,5	37	6,3	5,0	6,50	42	480		0,9	481	266 / 242		28
Того	4,8	11,8	2,6	34	4,2	1,2	5,36	51	1 410	8,8	1,3	1 540	132 / 116	313	54
АЗИЯ	3 768,6	5 428,2	1,3	38	2,7		2,54	5,9				415 124	68 / 73		
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ (8)	1 502,0	1 665,2	0,7	43	2,6		1,76	9,0					35 / 42		
Китай	1 294,4	1 462,1	0,7	37	3,2	6,3	1,80	89	3 920	6,5	2,1	11 465	38 / 45	868	75
Корейская Народно-Демократическая Республика	22,6	28,0	0,7	61	1,2	3,4	2,07					561	52 / 48	2 658	100
Гонконг / Китай (9)	7,0	9,6	1,2	100	1,2	5,3	1,17	100	25 590	7,8			5 / 5	2 661	
Япония	127,5	109,2	0,1	79	0,4	1,1	1,33	100	27 080	19,0	5,7	(111 691) 23	5 / 4	4 070	
Монголия	2,6	4,1	1,1	57	1,3	0,5	2,32	97	1 760			3 956	88 / 83		60
Республика Корея	47,4	51,6	0,7	83	1,3	2,3	1,51	100	17 300	17,4	2,4	0	10 / 9	3 871	92

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2002 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средняя темпы роста населения (%) (2000-2006 гг.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (2000-2005 гг.)	Нормативное количество земель (2000-2005 гг.)	Общий показатель фертильности (2000-2005 гг.)	Роды с записью о квалификации родителей (%)	Паритет покупательной силы (2005 г.)	Expenditure primary student (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Помощь населению из внешних источников (в тыс. долл. США)	Демографическая смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доходы на душу населения
ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	537,3	800,3	1,4	38	3,3		2,52	61					60 / 48		
Камбоджа	13,8	29,9	2,4	18	5,5	2,4	4,77	34	1 440		0,6	21 362	110 / 98		30
Индонезия	217,5	311,3	1,2	42	3,6	3,0	2,27	56	2 830		0,8	38 285	55 / 43	658	76
Лаосская Народно-Демократическая Республика	5,5	11,4	2,3	20	4,6	4,1	4,80	21	1 540	6,5	1,2	2 104	144 / 137		90
Малайзия	23,0	37,8	1,7	58	2,9	0,5	2,90	96	8 330	10,7	1,4	670	15 / 11	1 878	
Мьянма	49,0	68,5	1,2	28	2,9	3,3	2,80			3,5	0,2	1 886	141 / 124	273	68
Филиппины	78,6	128,4	1,9	59	3,2	2,9	3,24	56	4 220	9,3	1,6	47 144	40 / 30	549	87
Сингапур	4,2	4,6	1,7	100	1,7	7,0	1,45	100	24 910		1,1	0	6 / 6	5 742	100
Таиланд	64,3	82,5	1,1	20	2,1	1,7	2,00	85	6 320	11,9	1,9	11 039	32 / 19	1 169	80
Вьетнам	80,2	123,8	1,3	25	3,1	7,1	2,25	70	2 000	7,3	0,8	17 039	52 / 37	454	56
ЮЖНАЯ ЧАСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ	1 532,6	2 538,8	1,7	30	2,6		3,25	38					89 / 100		
Афганистан	23,3	72,3	3,7	22	5,7	1,8	6,80					1 937	278 / 281		13
Бангладеш	143,4	265,4	2,1	26	4,3	9,0	3,56	12	1 590		1,7	89 494	88 / 97	139	97
Бутан	2,2	5,6	2,6	7	5,9	11,9	5,10	15			3,2	1 274	82 / 78		62
Индия	1 041,1	1 572,1	1,5	28	2,3	3,2	2,97	42	2 340	8,4	0,8	57 247	79 / 92	482	88
Иран (Исламская Республика)	72,4	121,4	1,4	65	2,4	1,0	2,76		5 910	8,0	1,7	1 249	40 / 45	1 651	95
Непал	24,2	52,4	2,3	12	5,1	7,1	4,48	12	1 370	9,3	1,3	25 073	91 / 106	358	81
Пакистан	148,7	344,2	2,5	33	3,5	3,2	5,08	20	1 860		0,7	28 144	121 / 135	444	88
Шри-Ланка	19,3	23,1	0,9	23	2,4	4,6	2,09	94	3 460		1,7	2 804	30 / 16	406	83
ЗАПАДНАЯ АЗИЯ	196,6	423,9	2,1	65	2,5		3,57	72				28 981	53 / 47		
Ирак	24,2	53,6	2,7	67	2,7	0,4	4,77				3,8	313	79 / 76	1 263	85
Израиль	6,3	10,1	2,0	92	2,2	0,4	2,70		19 330	20,3	6,0	22	9 / 9	3 029	
Иордания	5,2	11,7	2,8	79	3,0	1,4	4,31	97	3 950		3,6	9 856	29 / 27	1 028	96
Кувейт	2,0	4,0	2,6	96	2,6	3,0	2,66	98	18 690	23,6	2,9	12	13 / 13	8 984	
Ливан	3,6	5,0	1,6	90	1,9	0,4	2,18	88	4 550		2,2	2 278	22 / 17	1 280	100
Окупированная палестинская территория	3,4	11,8	3,6	67	4,1		5,60					2 354	27 / 21		
Оман	2,7	8,8	3,3	77	4,0	11,7	5,46	91		8,9	2,9	10	29 / 25	3 607	39
Саудовская Аравия	21,7	59,7	3,1	87	3,6	0,5	5,54	91	11 390		6,4	0	26 / 23	4 204	95
Сирийская Арабская Республика	17,0	36,3	2,5	52	3,3	0,8	3,65	76	3 340		0,9	1 968	28 / 25	1 143	80
Турция (11)	68,6	98,8	1,3	66	1,9	0,8	2,30	81	7 030	13,3	3,3	6 480	56 / 42	1 093	83
Объединенные Арабские Эмираты	2,7	3,7	1,7	87	2,2	1,0	2,86	99			0,8	0	16 / 14	9 977	
Йемен	19,9	102,4	4,1	25	5,3	5,5	7,60	22	770		2,4	5 690	87 / 83	184	69
ЕВРОПА	725,1	603,3	-0,2	74	0,3		1,34	99					13 / 10		
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА	301,0	222,7	-0,5	68	-0,5		1,17	99				27 196 ^{22 24}	21 / 16		
Болгария	7,8	4,5	-1,0	70	-0,9	0,1	1,10		5 560	29,6	3,9	275	22 / 16	2 218	100
Чешская Республика	10,3	8,4	-0,1	67	0,0	0,3	1,16		13 780	13,0	6,6	0	7 / 7	3 754	
Венгрия	9,9	7,5	-0,5	65	-0,1	0,2	1,20		11 990	17,9	5,2	0	12 / 10	2 512	99
Польша	38,5	33,4	-0,1	63	0,3	0,5	1,26		9 000	16,7	4,7	205	11 / 10	2 416	
Румыния	22,3	18,1	-0,3	55	0,1	0,3	1,32	98	6 360	19,9	3,8	1 952	29 / 25	1 622	58
Словакия	5,4	4,7	0,1	58	0,4	0,3	1,28		11 040	21,8	5,7	0	10 / 10	3 335	100
СЕВЕРНАЯ ЕВРОПА (12)	95,4	92,8	0,1	84	0,2		1,57	99					7 / 6		
Дания	5,3	5,1	0,2	85	0,2	0,1	1,65		27 250	24,1	6,9	(54 877)	7 / 6	3 773	100
Эстония	1,4	0,8	-1,1	69	-1,1	0,1	1,20		9 340		5,1	30	14 / 10	3 286	
Финляндия	5,2	4,7	0,1	59	0,1	0,1	1,55		24 570	21,9	5,2	(19 957)	5 / 4	6 461	100
Ирландия	3,9	5,4	1,0	59	1,4	0,4	2,02		25 520	11,6	5,2	(2 673)	8 / 8	3 726	
Латвия	2,4	1,7	-0,6	60	-0,6	0,2	1,10	100	7 070		4,0	31	19 / 15	1 586	
Литва	3,7	3,0	-0,2	69	0,0	0,2	1,20		6 980		4,5	24	14 / 10	2 138	
Норвегия	4,5	4,9	0,4	75	0,7	0,3	1,70		29 630	27,6	7,0	(61 671)	6 / 5	5 965	100
Швеция	8,8	7,8	-0,1	83	-0,1	0,1	1,29		23 970	26,2	6,6	(61 602)	5 / 4	5 769	100
Соединенное Королевство	59,7	58,9	0,2	90	0,3	0,2	1,61	99	23 550	17,2	5,8	(95 703)	7 / 6	3 871	100
ЮЖНАЯ ЕВРОПА (13)	145,1	116,9	0,0	67	0,4		1,29	100					10 / 9		
Албания	3,2	3,9	0,6	43	2,1	2,2	2,27	99	3 600	9,5	2,0	3 342	37 / 31	311	
Босния и Герцеговина	4,1	3,5	1,1	43	2,2	0,3	1,30	100			8,0	317	17 / 14	518	
Хорватия	4,7	4,2	0,0	58	0,8	0,3	1,70		7 960		9,5	0	10 / 8	1 864	
Греция	10,6	9,0	0,0	60	0,5	0,4	1,24		16 860		4,7		8 / 7	2 552	
Италия	57,4	43,0	-0,1	67	0,1	0,3	1,20		23 470	21,7	5,6	(13 508)	7 / 6	2 932	
Македония (бывшая югославская Республика)	2,1	1,9	0,3	59	0,4	0,4	1,48		5 020	19,1	5,3		19 / 18		
Португалия	10,0	9,0	0,1	66	1,9	0,5	1,45	100	16 990	18,7	5,1	(440)	9 / 8	2 365	
Словения	2,0	1,5	-0,1	49	-0,1	0,2	1,14		17 310	20,6	6,7	0	8 / 7	3 277	100
Испания	39,9	31,3	0,0	78	0,3	0,2	1,13		19 260	16,4	5,4	(9 466)	7 / 6	3 005	
Югославия	10,5	9,0	-0,1	52	0,2	0,6	1,55					800	17 / 14	1 258	

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (млн.) (2002 г.)	Прогнозируемая численность населения (млн.) (2050 г.)	Средняя темпы роста населения (%) (2000-2005 г.)	Доля городского населения (%) (2001 г.)	Темпы роста городского населения (%) (2000-2005 г.)	Население на гектаре пахотных земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 г.)	Рядом с пограничными акваториями (%)	Паритет покупательной способности (2000 г.)	Бюджет на душу населения (% of GDP per capita)	Health expenditures public (% of GDP)	Плотность населения из внешних источников (в тыс. долл. США)	Детская смертность в возрасте до 5 лет М / Д	Потребление энергии на душу населения	Доступ к чистой воде
ЗАПАДНАЯ ЕВРОПА (14)	183,7	170,9	0,1	83	0,3		1,50	100					6 / 6		
Австрия	8,1	6,5	-0,1	67	0,2	0,3	1,24		26 330	21,4	5,9	(1 449)	6 / 5	3 513	100
Бельгия	10,3	9,6	0,1	97	0,2	0,2 ²⁵	1,48		27 470	8,5	6,3	(10 443)	6 / 6	5 735	
Франция	59,7	61,8	0,4	76	0,6	0,1	1,80		24 420	15,8	7,3	(7 977)	6 / 6	4 351	
Германия	82,0	70,8	0,0	88	0,2	0,2	1,29		24 920		7,9	(119 764) ²⁶	6 / 6	4 108	
Нидерланды	16,0	15,8	0,3	90	0,5	0,6	1,50	100	25 850	14,1	6,0	(115 781)	7 / 6	4 686	100
Швейцария	7,2	5,6	-0,1	68		1,1	1,38		30 450	20,1	7,6	(17 796)	7 / 5	3 738	100
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ	534,2	805,6	1,4	76	1,9		2,50	81				182 603	45 / 36		
КАРИБСКИЙ (15)	38,7	49,8	1,0	63	1,6		2,41	73					60 / 50		
Куба	11,3	10,8	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		16,3		540	12 / 8	1 117	95
Доминиканская Республика	8,6	12,0	1,5	66	2,4	1,0	2,71	96	5 710	2,8	1,9	8 163	57 / 47	904	79
Гаити	8,4	14,0	1,6	36	3,3	5,5	3,98	24	1 470		1,4	20 222	111 / 96	265	46
Ямайка	2,6	3,8	0,9	57	1,8	2,0	2,37	95	3 440	11,8	3,0	4 209	28 / 21	1 597	71
Пуэрто-Рико	4,0	4,8	0,9	76	1,3	1,5	1,90	100				0	14 / 11		
Тринидад и Тобаго	1,3	1,4	0,5	75	1,0	0,9	1,53	99	8 220	4,8	2,5	234	17 / 12	6 205	86
ЦЕНТРАЛЬНАЯ АМЕРИКА	139,8	220,2	1,6	69	2,0		2,76	76					41 / 34		
Коста-Рика	4,2	7,2	2,0	60	2,9	1,7	2,67	98	7 980	8,2	5,2	313	15 / 11	818	98
Сальвадор	6,5	10,9	1,8	62	3,5	2,6	2,88	51	4 410	7,0	2,6	9 105	38 / 31	651	74
Гватемала	12,0	26,6	2,6	40	3,4	2,9	4,41	41	3 770	6,1	2,1	10 411	58 / 51	548	92
Гондурас	6,7	12,8	2,3	54	4,0	1,2	3,72	54	2 400		3,9	8 864	55 / 44	522	90
Мексика	101,8	146,7	1,4	75	1,7	0,9	2,49	86	8 790	6,4	2,6	14 924	37 / 31	1 543	86
Никарагуа	5,3	11,5	2,6	57	3,3	0,4	3,82	65	2 080	12,6	8,5	9 954	50 / 40	539	79
Панама	2,9	4,3	1,4	57	2,0	1,0	2,42	90	5 680		4,9	244	26 / 22	835	87
ЮЖНАЯ АМЕРИКА (16)	355,7	535,5	1,4	80	1,9		2,41	85					45 / 35		
Аргентина	37,9	54,5	1,2	88	1,4	0,1	2,44	98	12 050	9,0	2,4	1 558	26 / 21	1 727	79
Боливия	8,7	17,0	2,2	63	3,0	1,6	3,92	59	2 360	10,9	4,1	19 230	80 / 70	562	79
Бразилия	174,7	247,2	1,2	82	1,9	0,4	2,15	88	7 300	11,0	2,9	12 595	50 / 38	1 068	87
Чили	15,6	22,2	1,2	86	1,5	1,1	2,35	100	9 100	10,5	2,7	415	15 / 12	1 688	94
Колумбия	43,5	70,9	1,6	76	2,3	2,0	2,62	86	6 060		5,2	2 181	35 / 30	676	91
Эквадор	13,1	21,2	1,7	63	2,4	1,2	2,76	69	2 910		1,7	7 555	60 / 49	705	71
Парагвай	5,8	12,6	2,5	57	3,6	1,0	3,84	58	4 450	10,9	1,7	4 292	51 / 39	773	79
Перу	26,5	42,1	1,6	73	2,1	1,8	2,64	56	4 660	4,8	2,4	22 112	61 / 50	519	77
Уругвай	3,4	4,2	0,7	92	0,9	0,3	2,30	99	8 880		1,9	461	18 / 13	976	98
Венесуэла	25,1	42,2	1,8	87	2,1	0,7	2,72	95	5 740	2,1	2,6	448	25 / 20	2 253	84
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА (17)	319,9	437,6	0,9	78	1,2		1,90	99					8 / 8		
Канада	31,3	40,4	0,8	79	1,1	0,0	1,58	98	27 170		6,6	(37 212)	7 / 6	7 929	100
Соединенные Штаты Америки	288,5	397,1	0,9	77	1,2	0,0	1,93	99	34 100	18,0	5,7	(603 003)	8 / 8	8 159	100
ОКЕАНИЯ	31,3	47,2	1,2	74	1,5		2,39	86					32 / 33		
АВСТРАЛИЯ-НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	23,4	30,9	0,9	90	1,3		1,79	100					7 / 6		
Австралия (18)	19,5	26,5	1,0	91	1,4	0,0	1,75	100	24 970	14,0	6,0	(30 530)	7 / 6	5 690	100
Меланезия (19)	6,8	14,2	2,2	24	3,5		4,14	63					68 / 74		
Новая Зеландия	3,8	4,4	0,7	86	0,9	0,1	1,97	100	18 530	16,6	6,3	(2 316)	8 / 7	4 770	
Папуа-Новая Гвинея	5,0	11,0	2,2	18	3,7	5,4	4,32	53	2 180		2,5	7 288	81 / 88		42
СТРАНЫ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ ВХОДИВШИЕ В СОСТАВ БЫВШЕГО СССР (20)															
Армения	3,8	3,2	0,1	67	0,2	0,9	1,10	97	2 580		4,0	520	19 / 17	485	
Азербайджан	8,1	8,9	0,6	52	0,6	1,1	1,51	88	2 740	21,6	1,0	941	41 / 38	1 575	
Беларусь	10,1	8,3	-0,4	70	-0,2	0,2	1,20		7 550	45,8	4,6	15	18 / 13	2 381	100
Грузия	5,2	3,2	-0,5	57	-0,1	1,0	1,39	96	2 680		0,8	746	25 / 18	512	
Казахстан	16,0	15,3	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	5 490		2,7	2 809	62 / 42	2 374	91
Кыргызстан	5,0	7,5	1,2	34	1,2	0,9	2,34	98	2 540		2,2	1 402	50 / 42	504	77
Республика Молдова	4,3	3,6	-0,3	41	0,0	0,5	1,40	99	2 230		2,9	422	28 / 22	656	100
Российская Федерация	143,8	104,3	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14		8 010		4,6	10 025	24 / 18	4 121	99
Таджикистан	6,2	9,8	0,7	28	0,7	2,4	2,87	77	1 090		5,2	892	82 / 70	543	
Туркменистан	4,9	8,4	1,9	45	2,3	0,9	3,17	97	3 800		4,1	719	74 / 61	2 677	
Украина	48,7	30,0	-0,9	68	-0,8	0,2	1,10	99	3 700	42,4	2,9	3 702	22 / 16	2 973	
Узбекистан	25,6	40,5	1,4	37	1,4	1,4	2,29	96	2 360		3,4	2 592	56 / 48	2 024	85

Отдельные показатели для наименее населенных стран/территорий

Контроль за осуществлением целей МKNP: отдельные показатели

	Показатели смертности			Показатели образования		Показатели репродуктивного здоровья			
	Младенческая смертность на 1000 живорождений	Продолжительность жизни М / Ж	Коэффициент младенческой смертности	Число детей, принятых в начальную школу (итого) М / Д	Число детей, принятых в среднюю школу (итого) М / Д	Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет	Методы контрацепции Любая метод	Современные методы	Коэффициент распространения ВРП (%) (15 лет-24 года) М / Д
Багамские Острова	17	65,2 / 73,9	10	95 / 92		61	62	60	2,64 / 3,03
Бахрейн	14	72,1 / 76,3	38	104 / 104	89 / 98	18	62	31	
Барбадос	11	74,5 / 79,5	33	88 / 87	102 / 108	43	55	53	
Белиз	30	73,0 / 75,9	140	115 / 111	50 / 58	79	47	42	1,10 / 1,99
Бруней-Даруссалам	9	74,2 / 78,9	22	109 / 104	100 / 111	30			
Кабо-Верде	50	67,0 / 72,8	190	146 / 143		72	53	46	
Коморские Острова	67	59,4 / 62,2	570	82 / 70	27 / 22	77	21	11	
Кипр	8	76,0 / 80,5		83 / 83	81 / 85	10			
Джибути	117	39,4 / 41,6	520	46 / 32	19 / 13	65			
Восточный Тимор	121	49,2 / 50,9	850			27			
Экваториальная Гвинея	99	50,4 / 53,6	1 400	146 / 115		192			1,40 / 2,77
Фиджи	17	68,1 / 71,5	20	113 / 111		54	41	35	
Французская Полинезия	9	70,7 / 75,8	20			58			
Гваделупа	7	74,8 / 81,7	5			18	44	31	
Гуам	10	72,4 / 77,0	12			109			
Гайана	52	58,0 / 66,9	150	103 / 101	78 / 79	64	31	28	3,28 / 4,01
Исландия	5	77,1 / 81,8	16	101 / 98	107 / 113	18			
Люксембург	6	74,6 / 80,9		104 / 105	96 / 99	9			
Мальдивские Острова	37	68,3 / 67,0	390			53			
Мальта	7	75,9 / 81,0		107 / 107	98 / 87	12			
Мартиника	7	75,8 / 82,3	4			27	51	38	
Микронезия (27)	19	71,0 / 75,5				78			
Нидерландские Антильские Острова	13	73,3 / 79,2	20	120 / 114	70 / 82	45			
Новая Каледония	7	72,5 / 77,7	10			31			
Полинезия (28)	17	69,2 / 74,8	33			53			
Катар	11	69,4 / 72,1	41	98 / 93	68 / 90	36	43	32	
Реюньон	8	70,6 / 79,1	39			20	67	62	
Самоа	26	66,9 / 73,5	15	101 / 102	59 / 66	46			
Соломоновы Острова	21	67,9 / 70,7	60			87			
Суринам	26	68,5 / 73,7	230			16			1,22 / 1,52
Свазиленд	92	38,1 / 38,1	370	121 / 114	56 / 55	81	20	17	15,23 / 39,49
Вануату	29	67,5 / 70,5	32	116 / 111	21 / 25	54			

Демографические, социальные и экономические показатели

	Общая численность населения (в тыс.) 2002 год	Прогнозируемая численность населения (в тыс.) 2050 год	Городское население (%) (2001 год)	Темпы роста городского населения (2000-2005 годы)	Население/га пахотных и постоянных сельхоз. земель	Общий показатель фертильности (2000-2005 гг.)	Роды, принятые квалифицированными акушерками (в процентах)	Паритет покупательной силы (2000 г.)	Смертность в возрасте до 5 лет М / Д
Багамские Острова	312	449	88,9	1,6	1,1	2,31	99	16 400	26 / 20
Бахрейн	663	1 008	92,5	2,0	1,2	2,28	98		22 / 15
Барбадос	269	263	50,5	1,4	0,7	1,50	91	15 020	13 / 11
Белиз	236	392	48,1	2,2	0,8	2,89	77	5 240	39 / 38
Бруней-Даруссалам	341	565	72,8	2,5	0,4	2,53	99		10 / 10
Кабо-Верде	446	807	63,5	3,9	2,4	3,24	53	4 760	60 / 53
Коморские Острова	749	1 900	33,8	4,6	4,3	4,96	62	1 590	96 / 87
Кипр	797	910	70,2	1,2	0,5	1,92		20 780	8 / 8
Джибути	652	1 068	84,2	1,3		5,77			210 / 194
Восточный Тимор	779	1 410	7,5	4,7	7,7	3,85	71		182 / 174
Экваториальная Гвинея	483	1 378	49,3	4,9	1,4	5,89		5 600	167 / 153
Фиджи	832	916	50,2	2,5	1,1	2,98	100	4 480	20 / 24
Французская Полинезия	241	372	52,6	1,6		2,47	99	23 340	11 / 11
Гваделупа	435	479	99,6	0,8	0,6	2,02			11 / 8
Гуам	162	307	39,5	3,0		3,95	100		13 / 10
Гайана	765	504	36,7	1,4	0,3	2,31	95	3 670	80 / 60
Исландия	283	333	92,7	0,8	3,4	1,90		28 710	7 / 5
Люксембург	448	715	91,9	1,6	0,2 ²⁵	1,76		45 470	7 / 7
Мальдивские Острова	309	868	28,0	4,6	26,3	5,37		4 240	38 / 56
Мальта	393	400	91,2	0,7	0,8	1,77		16 530	9 / 8
Мартиника	388	413	95,2	0,8	0,7	1,70			9 / 8
Микронезия (27)	540	1 080	28,6	3,6		4,11	93		24 / 23
Нидерландские Антильские Острова	219	259	69,3	1,1	0,1	2,09			17 / 11
Новая Каледония	224	397	78,7	3,2		2,47	98	21 820	9 / 10
Полинезия (28)	621	958	40,4	1,9		3,01	99		22 / 20
Катар	584	631	92,9	1,7	0,4	3,34			16 / 11
Реюньон	742	1 002	72,1	2,2	0,7	2,14			12 / 10
Самоа	159	223	22,3	1,4		4,24	100	5 050	34 / 29
Соломоновы Острова	479	1 458	20,2	6,0	5,3	5,26	85	1 710	31 / 30
Суринам	421	418	74,8	1,3	1,2	2,05	85	3 480	35 / 23
Свазиленд	948	1 391	26,7	2,2	1,7	4,44	55	4 600	178 / 163
Вануату	207	462	22,1	4,2		4,26	89	2 960	32 / 39

ПРИМЕЧАНИЯ К ПОКАЗАТЕЛЯМ

Используемые в настоящем издании обозначения не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения относительно правового статуса любой страны, территории или района или их властей, а также делимитации их границ. Данные по малым странам или районам, численность населения в которых в 1990 году в целом составляла 200 000 человек или менее, отдельно в данной таблице не приводятся. Они были включены в данные о населении их регионов.

- (*) Более развитые регионы включают Северную Америку, Японию, Бароту и Австралию-Новую Зеландию.
- (+) Наименее развитые регионы включают все районы Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна, Азии (за исключением Японии), а также Меланезию, Микронезию и Полинезию.
- (=) Наименее развитые страны в соответствии со стандартным определением Организации Объединенных Наций.
- (1) Включая Британскую территорию в Индийском океане и Сейшельские Острова.
- (2) Включая острова Аляска, Родригес и Сент-Брендон.
- (3) Включая Сент-Томе и Принсипи.
- (4) Ранее Заир.
- (5) Включая Западную Сахару.
- (6) Включая Острова Св.Елены, Вознесения и Тристанда-Кунья.
- (7) Средние и общие показатели по региону не охватывают Японию, Австралию и Новую Зеландию.
- (8) 1 июля 1997 года Гонконг стал особым административным районом Китая.
- (9) Включая Полосу Газа (Палестина).
- (10) Это образование включено в общий показатель по более развитым регионам, а не в оценку по географическим регионам.
- (11) Турция включена в Западную Азию по географическим причинам. В соответствии с другим классификациями эта страна включается в состав Европы.
- (12) Включая Нормандские острова, Фарерские острова и остров Ман.
- (13) Включая Андорру, Гибралтар, Святейший Престол и Сан-Марино.
- (14) Включая Лихтенштейн и Монако.
- (15) Включая Ангилью, Антигуа и Барбуду, Арубу, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Доминику, Гренаду, Монтсеррат, Нидерландские Антильские острова, Сент-Китс и Невис, Сент-Люсию, Сент-Винсент и Гренадины, Острова Теркс и Кайкос и Виргинские острова Соединенных Штатов.
- (16) Включая Фолклендские (Мальвинские) острова и Французскую Гвиану.
- (17) Включая Бермуды, Гренландию и Сент-Пьер и Микелон.
- (18) Включая остров Рождества, Кокосовые (Килинг) острова и остров Норфолк.
- (19) Включая Новую Каледонию и Вануату.

- (20) Государства-приемники бывшего СССР сгруппированы по существующим регионам. Восточная Европа включает Беларусь, Республику Молдова, Российскую Федерацию и Украину. Западная Азия включает Армению, Азербайджан и Грузию. Юго-Центральная Азия включает Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.
- (21) По региону в целом, исключая субрегионы, о которых говорится ниже.
- (22) Эти субрегионы включают арабские государства и европейский регион ЮНФПА.
- (23) Расчеты, основанные на данных предыдущих лет. Ожидается поступление обновленных данных.
- (24) Всего по Восточной Европе, за исключением ряда южно-европейских балканских государств и саво-европейских балтийских государств.
- (25) В этот показатель включены Бельгия и Люксембург.
- (26) Более поздние доклады свидетельствуют о том, что этот показатель мог бы быть более высоким. В будущих публикациях будет отражена оценка этой информации.
- (27) Включая Федеративные штаты Микронезии, Гуам, Кирибати, Маршалловы Острова, Науру, северную часть Марьянских островов, Тихоокеанские острова (Палау) и остров Уэйк.
- (28) Включая Американское Самоа, острова Кука, остров Джонстон, Питкэрн, Самоа, Токелау, Тонга, острова Мидуэй, Туvalu и острова Уоллес и Футуна.

В статистических таблицах, содержащихся в докладе о народонаселении мира за этот год, особое внимание вновь уделяется показателям, которые могут способствовать оценке прогресса в достижении количественных и качественных целей, поставленных на Международной конференции по народонаселению и развитию и в целях в области развития на рубеже тысячелетия, в сферах, касающихся коэффициентов смертности, доступа к образованию и доступу к услугам в области репродуктивного здоровья (включая планирование семьи), и распространения ВИЧ/СПИД среди молодежи. Ниже показаны несколько изменений, сделанные в отношении других показателей. В последующие доклады будет включена информация о различных практических показателях, которые будут разработаны к тому времени, так как результатом деятельности по выполнению решений МКНР и целей в области развития будет усовершенствование системы контроля. Усовершенствование контроля за финансовыми взносами правительств, неправительственных организаций и частного сектора должно позволить также представлять в будущем более полную информацию об объеме расходов и мобилизации ресурсов на мероприятия по выполнению решений МКНР и целей в области развития на рубеже тысячелетия. Ниже с разбивкой по категориям приводится информация об источниках, которые лежали в основе разработки показателей, и о причине выбора этих показателей.

Контроль за выполнением целей МКНР

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

Младенческая смертность и предполагаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Data diskettes, "Demographic Indicators 1950a2050"). New York: United Nations. Эти показатели отражают уровень смертности соответственно в первый год жизни (который имеет наиболее решающее значение для развития ребенка) и в течение всего периода жизни.

Коэффициент материнской смертности: Источник: Kenneth Hill, Carla AbouZahr, & Tessa Wardlaw. "Estimates of Maternal Mortality for 1995". *Bulletin of the World Health Organization* 79 (3): 182a193. Geneva: World Health Organization. Это совместные расчеты ВОЗ по ЮНИСЕФ и ЮНФПА. Этот показатель отражает число смертей среди женщин в расчете на 100 000 живорождений в результате болезней, связанных с беременностью и родами и осложнениями в связи с беременностью и родами. Трудно получить конкретные данные, однако информация об относительных масштабах дает достаточное представление. Оценки на уровне ниже 50 не округляются; оценки в диапазоне 50-100 округляются до 5; оценки в диапазоне 100-1000 округляются до 10; и оценки в диапазоне свыше 1000 округляются до 100. Некоторые оценки отличаются от официальных государственных показателей. Оценки основываются на представленных показателях, где это возможно, при этом используются подходы, направленные на улучшение сопоставимости информации из различных источников. См. источник для подробной информации о происхождении конкретных национальных оценок. Оценки и методология рассматриваются в ВОЗ. ЮНИСЕФ, ЮНФПА, научных учреждениях и других учреждениях и, при необходимости, они могут изменяться в рамках текущего процесса совершенствования данных о материнской смертности. Из-за изменения используемых методов расчеты за период 90-х годов могут быть несопоставимы с настоящими расчетами.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ

Доля мальчиков и девочек, обучающихся в начальной школе, доля мальчиков и девочек, обучающихся в средней школе. Источник: информация, предоставляемая ЮНЕСКО; данные опубликованы в *UNESCO Statistical Yearbook and World Education Report*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics (www.unesco.org/statistics). Общая доля принятых в учебные заведения учащихся отражает количество учащихся, принятых в учебные заведения определенного уровня, на 100 человек в соответствующий возрастной период. Не делается корректировки на лиц старше соответственного возрастного уровня, которые начали обучение в более позднем возрасте, прервали учебу или повторили учебный курс.

Неграмотность среди взрослых мужчин и женщин. Источник: информация, предоставленная ЮНЕСКО; (данные опубликованы в *Education for All: Status and Trends series*, Montreal: UNESCO website: www.unesco.org/statistics). Показатели неграмотности в различных странах не одинаковы; используется три широко принятых определения. Насколько это возможно, представлены данные о лицах, которые не могут читать или писать простые предложения. Неграмотность среди взрослых (показатель неграмотности лиц в возрасте старше 15 лет) отражает последние показатели приема в учебные заведения и достижения в обучении в последние годы. Вышеуказанные показатели в области образования были обновлены на основе расчетов Отдела народонаселения ООН, содержащихся в *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. Это последние данные об образовании, охватывающие период 2002 год.

Процентная доля учащихся, заканчивающих последний класс начальной школы. Источник: World Bank. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Development Data Center, the World Bank, на основе данных, представленных за период 1992-2000 годов.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Количество рождений на 1000 женщин в возрасте 15-19 лет: Источник: United Nations Population Division. 2001. *World Population Prospects: The 2001 Revision* (Data diskettes, Demographic Indicators 1950-2050) and United Nations Population Division. 2000. *Age Patterns of Fertility: The 2000 Revision*. New York: United Nations. Этот показатель отражает фертильность женщин в молодом возрасте. Так как он отражает ежегодный уровень рождений, приходящихся на всех женщин в определенной возрастной группе, он полностью не отражает уровень фертильности женщин в их юности. Поскольку этот показатель отражает ежегодное среднее число рождений на женщин в год, можно умножить его на пять лет для того, чтобы определить число рождений на 1000 молодых женщин в старшем подростковом возрасте. Этот показатель не охватывает все аспекты, связанные с подростковыми беременностями, так как в знаменатель включены лишь живорождения. В показатель не включены мертворождения и самопроизвольные и искусственные аборты.

Методы контрацепции: Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 2002. *Database on Contraceptive Use* (updated June 2002). New York: United Nations. Эти данные взяты из докладов о выборочных обследованиях и они отражают долю замужних женщин, включая женщин (не вступивших в брак официально), которые в настоящее время используют любой из методов или современный метод контрацепции. Современные или клинические методы включают в себя стерилизацию

мужчин и женщин, внутриматочные противозачаточные средства, противозачаточные таблетки и уколы, гормональные имплантанты, презервативы и т.д. Эти показатели приблизительно, но неполностью сопоставимы в различных странах из-за изменений численности обследованного населения по возрастным группам (чаще всего женщин в возрасте 15-49 лет; не многим более, чем половина базы данных), а также изменений периодичности проведения обследований и характера вопросов. Эти данные были собраны в 1972 году или в последующий период. Приводятся самые последние данные; почти 80 процентов данных отражают период 1990-2000 годов.

Коэффициент распространения ВИЧ, М/Ж, 15 лет - 24 года. Источник: ЮНЭЙДС. 2000. Страновые информационные бюллетени о ВИЧ/СПИД на веб-сайте ЮНЭЙДС. Эти данные получены из докладов о системе наблюдения и типовым расчетам. Данные представлены для мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет, соответственно; приводятся средние показатели в соответствии с минимальными и максимальными оценками для каждой страны. Отправным годом является 1999 год. Различия между мужчинами и женщинами отражают психологическую и социальную уязвимость воздействия заболеваний и зависят от возрастных различий половых партнеров.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Общая численность населения в 2002 году, прогнозируемая численность населения в 2050 году, средние ежегодные темпы прироста народонаселения в период 2000-2005 годов: Источник: United Nations Population Division. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Data disketts, "Demographic Indicators 1950-2050"); and United Nations Population Division. 2001. *Annual Population 1950-2050: The 2000 Revision*. New York: United Nations. Эти показатели отражают численность, прогнозируемую численность в будущем и ежегодный прирост населения в странах в настоящее время.

Доля городского населения в процентах, темпы прироста городского населения: Источник: United Nations Population Division. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision. : Data Tables and Highlights* (ESA/P/WP.173.) New York: United Nations. Эти показатели отражают долю населения страны, проживающую в городских районах, и темпы прироста населения городских районов, прогнозируемые на период 2000-2005 годов.

Численность населения в сельскохозяйственных районах на гектар пахотных земель: Источник: Данные представлены Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций, (Статистической службой ФАО с использованием данных о населении в сельских районах на основе информации об общей численности населения, представленных Отделом народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций в 1999 году. *World Population Prospects: The 1998 Revision* New York: United Nations. Этот показатель увязывает численность населения сельских районов с землей, пригодной для сельскохозяйственного производства. Он изменяется вместе с изменениями структуры национальной экономики (доля рабочей силы в сельском хозяйстве) и технологии обработки земли. Высокие показатели могут быть связаны с недостаточной продуктивностью земли и разделом земельных владений. Однако этот показатель изменяется также вместе с изменением уровня развития и политики в области землепользования. Представлены данные за 1999 год.

Общий показатель фертильности (период 2000-2005 годов): Источник: United Nations Population Division. 2000. *World Population Prospects: The 2000 Revision* (Data disketts, в Demographic Indicators 1950-2050r). New York: United Nations. Этот показатель отражает число детей, которые родит женщина в течение репродуктивного периода ее жизни, если она будет рожать детей по схеме, определенной для различных возрастных групп в конкретный временной период. Страны могут достичь прогнозируемого уровня в различное время в течение этого периода.

Принятие родов квалифицированными акушерами: Источник: Всемирная организация здравоохранения; обновленная информация, представленная ВОЗ, для наименее развитых стран/регионов (глобальные расчеты за 2001 год, по состоянию на февраль 2002 года) Данные для более развитых стран отсутствуют. Этот показатель рассчитывается на основе национальных докладов о доли родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом или квалифицированными акушерами, т.е. врачами (специалистами и неспециалистами) и/или лицами, обладающими навыками акушеров, которые могут поставить диагноз и принять меры в случае осложнений, а также принимать нормальные роды. Это самые последние имеющиеся в настоящее время данные. Данные для более развитых стран свидетельствуют о более высоком уровне принятия родов квалифицированными специалистами. Учитывая предположение о полном охвате медицинскими услугами, в официальных статистических данных может отсутствовать информация о недостаточном охвате услугами маргинализованного населения и последствиях задержек, связанных с транспортом.

Валовой национальный продукт на душу населения: Источник: *World Development Indicators* 2002. Washington D.C.: The World Bank. Этот показатель отражает общий объем товаров и услуг для конечного потребления, произведенных резидентами и нерезидентами, независимо от их реализации на внутреннем или внешнем рынках, по отношению к численности населения. Как таковое это является показателем экономической производительности государства. Он отличается от показателя валового внутреннего продукта тем, что в нем учитываются доходы от труда и капитала, полученные резидентами за границей, аналогичные платежи нерезидентам и различные технические корректировки, в том числе корректировки, касающиеся периодических изменений обменных курсов. В этом показателе учитываются также различные покупательные способности валют, так как в него включена информация о корректировке паритета покупательной способности реального ВВП. Некоторые показатели основаны на регрессионной модели. Другие экстраполированы на основе последних расчетов Международной программы сопоставлений.

Расходы центральных органов управления на образование и здравоохранение: Источник: The World Bank. 2002. *World Development Indicators* 2002. Washington, D.C.: The World Bank. Эти показатели отражают то приоритетное внимание, которое государство уделяет секторам образования и здравоохранения и которое выражается в доле выделяемых для них государством ассигнований. В них не учитываются различия в объеме ассигнований в рамках секторов, например для начального образования, или медицинские услуги, которые могут быть весьма различными. Непосредственное сопоставление осложняется из-за существующих различий в административных и бюджетных функциях, которыми наделяются цент-

ральные органы управления в отношении местных органов управления, а также в связи с другими различиями той роли, которую играют частные и государственные сектора. Расчеты составлены на основе данных об ассигнованиях на государственное образование как доле ВВП, ассигнованиях на здравоохранение на душу населения, а также о доле ассигнований на здравоохранение из государственных источников. Данные отражают последние расчеты за период 1997-1999 годов.

Внешняя помощь населению: Источник: UNFPA. 2001 Financial Resource Flows for Population Activities in 1999. New York: UNFPA. Этот показатель отражает общий объем внешней помощи, предоставленной в 1999 году для осуществления деятельности в области народонаселения в каждой стране. Внешние средства распределяются через многосторонние и двусторонние учреждения, занимающиеся оказанием помощи, и неправительственные организации. Данные о взносах стран-доноров показаны в скобках. В будущих изданиях настоящего доклада будет приведена информация о других показателях для обеспечения лучшей основы для сопоставления и оценки потоков ресурсов, предназначенных для содействия осуществлению программ в области народонаселения и репродуктивного здоровья и полученных из различных национальных и международных источников. Представленные общие данные приема включают в себя как страновые проекты, так и региональные мероприятия (непоказанные в других частях таблицы).

Смертность в возрасте до 5 лет: Источник: United Nations Population Division, special tabulation based on United Nations, 2001, *World Population Prospects: The 2000 Revision*. New York: United Nations. Этот показатель отражает уровень смертности среди младенцев и малолетних детей. Поэтому он отражает последствия заболеваний и другие причины смерти новорожденных, младенцев и детей младшего возраста. Более стандартными демографическими показателями является младенческая смертность и коэффициент смертности от 1 до 4 лет, что отражает различные причины и показатель частотности смертности в этом возрасте. Поэтому данный показатель по сравнению с показателем младенческой смертности в большей степени учитывает детские заболевания, включая заболевания, которые можно предотвратить за счет усовершенствования программ в области питания и иммунизации. В данном случае показатель смертности в возрасте до 5 лет отражает количество смертей среди детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорождений в каком-либо конкретном году в период 2000-2005 годов.

Потребление энергии на душу населения: Источник: World Bank. 2002. *World Development Indicators 2002*. Этот показатель отражает ежегодное потребление коммерческой первичной энергии (уголь, лигнит, нефть, природный газ и гидро-, атомную и геотермальную энергию) в килограммах нефтяного эквивалента в расчете на душу населения. Он отражает уровень промышленного развития, структуру экономики и модели потребления. Его изменения с течением времени могут отражать изменение уровня и соотношение различных видов экономической деятельности и изменения эффективности использования энергии (включая уменьшение или увеличение объема расточительного потребления). Представлены данные за 1999 год.

Доступ к питьевой воде: Источник: WHO/UNICEF. 2001. *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report* (имеется на веб-сайте ЮНИСЕФ). Этот показатель отражает долю населения, имеющего доступ к достаточному количеству безопасной в санитарном отношении питьевой

воде, источник которой находится на допустимом расстоянии от жилья пользователя. Подчеркнутые слова представляют собой определения, используемые на страновом уровне. Этот показатель связан с подверженностью рискам для здоровья, включая риски, являющиеся результатом плохой санитарно-гигиенической обстановки. Представлены данные за 2000 год.

Редакционная коллегия

Народонаселение мира в 2002 году

Редактор: Алекс Маршал

Научно-исследовательская работа

и подготовка текста: Стэн Бернштейн

Исполнительный редактор: Вильям А. Райн

Исследовательская работа: Анн К. Бланк, Дженифер Дэйвис, Карен Харди, Барбара Ричард, Эгнес Кисумбинг (руководитель) и персонал Международного научно-исследовательского института в области продовольственной политики

Помощник редактора: Филлис Брахман

Дизайн

«Риал дизайн»/Нью Йорк

Печать

«Феникс-Триkkerиет ас», Дания

Фото

Обложка и содержание

© Фернандо Сциана/«Магнум»

Берег Слоновой Кости. Во многих развивающихся странах женщины ежедневно вынуждены ходить на большие расстояния за водой и дровами.

Последняя страница обложки

© Франческо Зизола/«Магнум»

Женщины и дети, направляющиеся в лагерь для лиц, перемещенных внутри страны, в провинции Таксар, Афганистан.

Титульная страница

© Джонетт Ирис Стаббс

Молодые девочки, моющие посуду в единственной имеющейся колонке в небольшой деревне Каллаг, Пакистан. Этот район страдает от засухи вот уже четыре года.

Глава 1

© Фердинандос Сцианна/«Магнум»

Горняцкий населенный пункт Ками в Боливии, где средняя продолжительность жизни шахтеров составляет 35 лет

Глава 2

© Джонетт Ирис Стаббс

Афганская семья с родственниками. Лагерь беженцев в пригороде Исламабада, Пакистан.

Глава 3

© Адриан Арбиб/Криштиан эйд/

«Стилл пикчерс»

Деревня Мескел, Эфиопия.

Глава 4

© Фердинандо Сциана/«Магнум»

Занятия в классе в Забиде, Республика Йемен

Глава 5

© Синди Рейман, фото

предоставленное ЮНФПА

Молодая мать и ребенок в небольшой деревне в окрестностях Толуки, Мексика

Глава 6

© Аббас/«Магнум»

Клиника, в которой работают монашки, в деревне Кати в окрестностях Бамако, Мали

Глава 7

© Шейхзад Нурани/«Стилл пикчерс»

Центр обучения взрослых для женщин, Бангладеш

Глава 8

© Жан Гоми/«Магнум»

Беженцы из Мьянмы в Бангладеш

Примечания

© Патрик Захманн/«Магнум»

Местный рынок в городе Катманду, Непал.



Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения

220 East 42nd Street, 23rd Flr.

New York, NY 10017 U.S.A.

www.unfpa.org