

ПОЛОЖЕНИЕ ДЕТЕЙ В МИРЕ, 2009 год

РЕЗЮМЕ

Здоровье матерей и новорожденных

Объединимся
ради детей

unicef 

Полный вариант доклада и все новые данные, полученные после его издания, см. по адресу: www.unicef.org/publications.

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Здоровье матерей и новорожденных: нынешнее положение дел	2
Глава 2. Создание среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных	7
Глава 3. Континуум услуг* в пространстве и во времени: риски и возможности	10
Глава 4. Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и новорожденных	17
Глава 5. Совместная работа по обеспечению здоровья матерей и новорожденных	23

Суммарные показатели

Страны Африки к югу от Сахары	26
Восточная и южная части Африки	28
Западная и Центральная части Африки	30
Ближний Восток и Северная Африка	32
Южная Азия	34
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	36
Латинская Америка и Карибский бассейн	38
Центральная и Восточная Европа/Содружество Независимых Государств	40
Промышленно развитые страны	42
Развивающиеся страны	44
Наименее развитые страны	46

* Континуум услуг – это предоставление в виде комплексных пакетов основных услуг, предназначенных для матерей, новорожденных и детей, в важнейшие периоды жизненного цикла матерей и детей.



© UNICEF/HQ06-2706/Shehzad Noorani

1 **Здоровье матерей и новорожденных: нынешнее положение дел**

Период беременности и родов – это, как правило, время радостных ожиданий для будущих родителей и других членов семьи. Однако во многих странах и местных сообществах данный период сопряжен с большим риском для здоровья и выживания женщин и новорожденных. Ежедневно около 1500 женщин умирают от осложнений, связанных с беременностью и родами. Начиная с 1990 года оценочное число случаев материнской смертности в мире достигло более чем 500 тысяч в год, или 10 миллионов случаев смерти за последние 19 лет.

Разрыв между промышленно развитыми странами и развивающимися регионами, и особенно наименее развитыми странами, по показателю материнской смертности, пожалуй, больше, чем по любому другому показателю. Этот вывод подтверждается цифрами: согласно данным за 2005 год, в течение жизни для женщины в наименее развитой стране риск умереть от осложнений, связанных с беременностью или родами, в среднем более чем в 300 раз выше, чем для женщины, живущей в промышленно развитой стране. Ни по одному другому коэффициенту смертности нет подобного разрыва. Кроме того, миллионы женщин, выживших после родов, страдают от связанных с беременностью травматических повреждений, инфекций, заболеваний и инвалидности, последствия которых нередко сказываются всю жизнь.

В первые дни жизни ребенок наиболее уязвим. Почти 40 процентов случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет (а в 2004 году, последнем году, по которому имеются достоверные оценочные данные, умерло 3,7 млн. детей) имеют место в течение первых 28 дней жизни ребенка, то есть в неонатальный период. Три четверти случаев смерти новорожденных происходят в течение первых семи дней жизни, то есть в ранний неонатальный период. Риск смерти наиболее высок в первый день после рождения, на который, по оценкам, приходится от 25 до 45 процентов случаев смерти новорожденных. Неонатальная смертность также отражает заметный разрыв в уровне здоровья; вероятность умереть в течение первых 28 дней жизни почти в 14 раз выше для ребенка, родившегося в наименее развитой стране, чем для ребенка, родившегося в промышленно развитой стране.

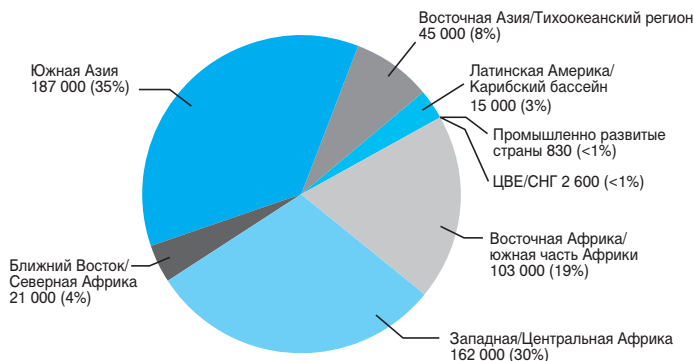
Как и в случае детской смертности, смертность среди матерей и новорожденных является непропорционально высокой в странах Африки и Азии, на долю которых приходится в общей сложности 95 процентов случаев материнской смерти и около 90 процентов случаев смерти новорожденных. Также сохраняются значительные различия между социальными группами внутри стран, особенно в том, что касается уровня бедности. По данным демографических и медико-санитарных обследований, проведенных в период 1995–2002 годов, внутри регионов неонатальная смертность для 20 процентов беднейших домохозяйств на 20–50 процентов выше, чем для домохозяйств в самом богатом квинтиле. Аналогичное неравенство существует и в отношении материнской смертности.

Временные параметры и причины смерти матерей и новорожденных хорошо изучены. Основными причинами материнской смертности являются акушерские осложнения, включая послеродовое кровотечение, инфекции, экламп-

Диаграмма 1.1

Материнская смертность с разбивкой по регионам*

Материнская смертность, 2005 год



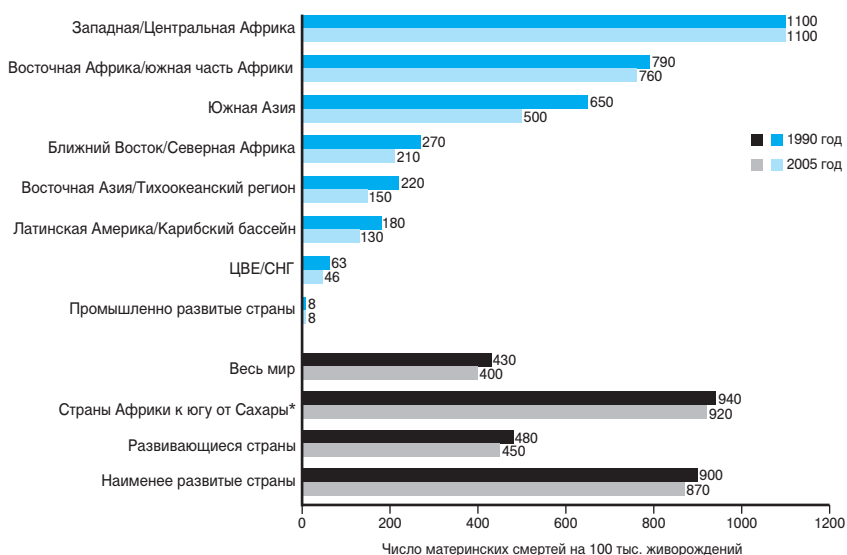
* Итоговые цифры могут не составлять в сумме 100 процентов вследствие их округления.

Источник: Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 35 англ. текста.

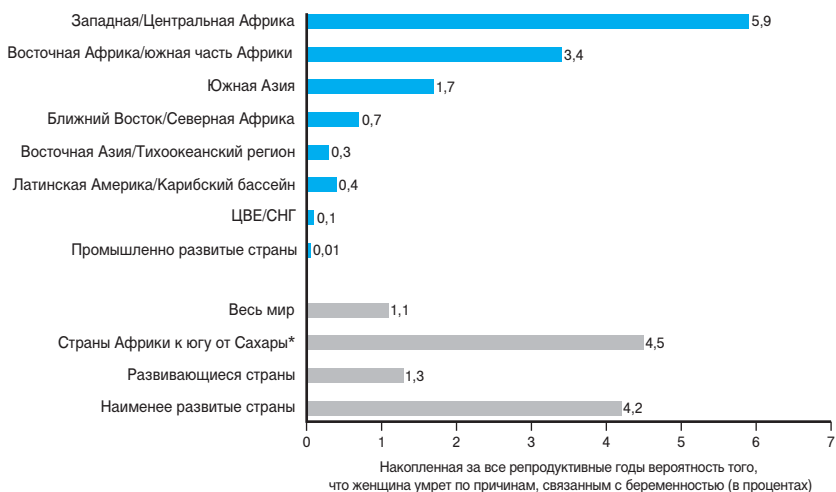
Диаграмма 1.2

Динамика материнской смертности, уровни и риск материнской смертности в течение жизни

Коэффициенты материнской смертности, 1990 и 2005 годы



Риск материнской смертности в течение жизни, 2005 год



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

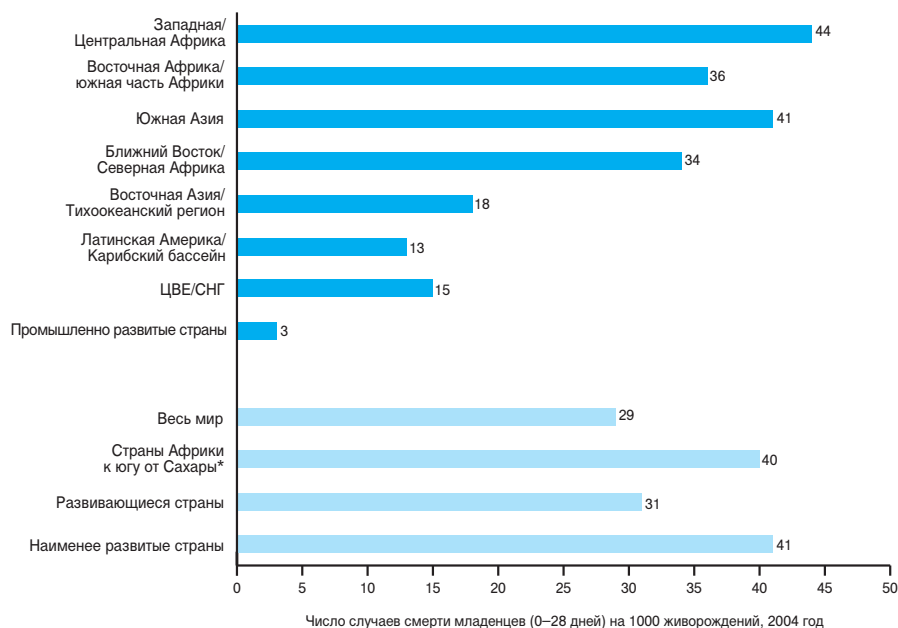
Источник: Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирный банк, "Материнская смертность в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка", ВОЗ, Женева, 2007 год, стр. 35 англ. текста.

сию и затянувшиеся роды или роды при наличии механического препятствия прохождению плода, а также осложнения после аборта. Анемия, усугубленная малярией, ВИЧ и другими заболеваниями, повышает риск материнской смертности от кровотечения. Самую большую опасность для здоровья новорожденных представляют тяжелые инфекционные заболевания (включая сепсис, пневмонию, столбняк и диарею), а также асфиксия и преждевременные роды; 86 процентов всех случаев смерти новорожденных приходится на долю этих трех основных причин.

Большинство этих болезней предотвратимы или излечимы с помощью таких важных мер, как предоставление качественных услуг по охране репродуктивного здоровья и дородового медицинского обслуживания, родовспоможение при участии профессионального медицинского работника, обеспечение доступа к неотложной акушерской и неонатальной помощи, когда это необходимо, адекватного питания, послеродового обслуживания матерей и ухода за новорожденными в постнатальном периоде, а также просвещение в целях обеспечения более эффективного медицинского обслуживания женщин и новорожденных. Исследование показывает, что приблизительно 80 процентов случаев материнской смерти можно предотвратить, если женщины будут иметь доступ к основным услугам по охране материнства и базовым медицинским услугам.

Диаграмма 1.3

Коэффициенты неонатальной смертности по регионам



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: Данные Всемирной организации здравоохранения, основанные на материалах записи актов гражданского состояния и обследований домохозяйств.

Уровень распространения инфекций, которые являются причиной 36 процентов случаев смерти новорожденных, можно сократить путем улучшения скрининговых осмотров матерей и иммунизации, обеспечения надлежащей гигиены во время родов и при обработке пуповины новорожденного.

В дополнение к непосредственным причинам материнской и неонатальной смертности и заболеваемости существует ряд скрытых факторов на уровне домохозяйства, местного сообщества и района, которые также пагубно влияют на здоровье матерей и новорожденных и уменьшают их шансы на выживание. Они включают: отсутствие образования и знаний у девочек и молодых женщин, которые по-прежнему гораздо чаще, чем мальчики, не посещают школу; недостаточный доступ к питательным продуктам и основным микроэлементам; плохо функционирующие медико-экологические учреждения; а также ограниченный доступ к базовым медицинским услугам. Также существуют такие факторы, как бедность, социальная изоляция, гендерная дискриминация и политическая нестабильность, которые усугубляют прямые и косвенные причины материнской и неонатальной смертности и заболеваемости.

Факторы, ставящие под угрозу выживание матерей и новорожденных и их здоровье в развивающихся странах, указывают на преимущество континуума услуг, подчеркивая настоятельную необходимость предоставления основных услуг матерям и детям в переломные периоды их жизни (подростковый возраст, период, предшествующий беременности, беременность, роды, постнатальный и неонатальный периоды, младенчество и детство) в ключевых населенных пунктах, где можно легко обеспечить доступ к ним женщин и детей (домохозяйство и местное сообщество, программы информационно-разъяснительной работы с населением, пункты амбулаторной помощи и медицинские учреждения).

Концепция континуума услуг подчеркивает, что потенциал женщины в плане защиты собственного здоровья и жизни, а также здоровья и жизни ее ребенка в период беременности и во время родов формируется в раннем подростковом возрасте наряду с приобретением соответствующих навыков, должным уходом и защитой. Здоровые женщины, получающие адекватное питание, качественные услуги по охране репродуктивного здоровья и материнства, а также основные виды медицинских услуг до, во время и после беременности, имеют больше шансов родить здоровых детей, способных выжить. Аналогичным образом, хорошо питающиеся, здоровые дети имеют больше шансов выжить в младенческом возрасте, раннем детском возрасте и в последующих периодах.

Улучшение здоровья матерей и новорожденных зависит не только от предоставления медицинских услуг. Для того чтобы этот процесс стал по-настоящему эффективным и устойчивым, широкомасштабное осуществление комплекса основных мер должно происходить в рамках, обеспечивающих укрепление программ и их интеграцию с системами здравоохранения и поощряющих создание среды, благоприятной для реализации прав женщин. Меры, способствующие повышению качества первичной медико-санитарной помощи, должны подкрепляться действиями по борьбе с гендерной дискриминацией и неравенством в отношении женщин и девочек, в противном случае эти меры рискуют стать гораздо менее эффективными, менее устойчивыми или вообще обречены на провал.



© UNICEF /HQ05-2185/Giacomo Pirozzi

2

Создание среды, благоприятной для здоровья матерей и новорожденных

Чтобы создать благоприятную для здоровья матерей и новорожденных среду, необходимо устранить социальные, экономические и культурные барьеры, увековечивающие гендерное неравенство и дискриминацию. В этих целях требуется принять ряд ключевых мер: образование для женщин и девочек и сокращение уровня бедности, в которой они живут; защита от жестокого обращения, эксплуатации, дискриминации и насилия; содействие их участию и вовлечению в процесс принятия решений в домохозяйствах, а также в экономической и политической жизни; и расширение соответствующих возможностей, чтобы они могли добиваться осуществления своих прав и предоставления основных услуг как им самим, так и их детям. Кроме того, для создания такой благоприятной среды важно обеспечить большую вовлеченность мужчин в деятельность по охране здоровья матерей и новорожденных и по решению проблем гендерной дискриминации и гендерного неравенства.

Расширение прав и возможностей девочек и женщин непосредственно влияет на состояние здоровья матерей и детей. Образование, в частности, может снизить риски, связанные с беременностью девочек и женщин. Исследование показывает, что получающие образование подростки не склонны создавать семью до наступления совершеннолетия. Такая отсрочка нередко имеет определяющий характер повсюду в мире, ведь осложнения, связанные с беременностью и родами, являются одной из основных причин смертности среди деву-

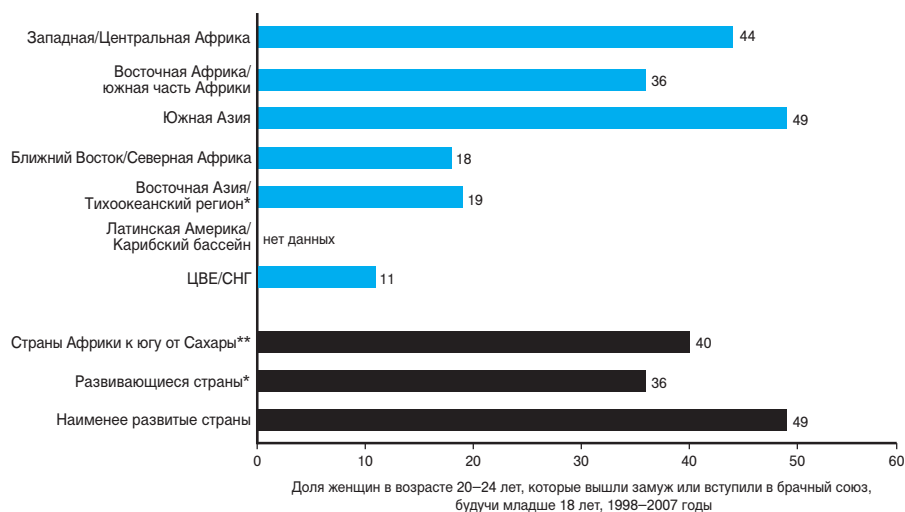
шек в возрасте 15–19 лет (70 тыс. смертей ежегодно). Кроме отсрочки наступления беременности, как показывают исследования, получившие образование матери заботятся о том, чтобы их дети были охвачены вакцинацией, лучше информированы о надлежащем питании и используют более совершенные методы регулирования деторождения. В результате их дети, как правило, имеют более высокие коэффициенты выживаемости и лучше питаются.

Браки несовершеннолетних, которые в соответствии с международными конвенциями и многими национальными законами считаются нарушением прав человека, могут лишить девочек возможности посещать школу и привести к беременности в юном возрасте. Чем моложе девочка в момент наступления у нее беременности, тем выше риск для здоровья, как ее собственного, так и ребенка. Риск умереть при родах в пять раз выше для девочек, рожаящих в возрасте до 15 лет, чем для женщин в возрасте 20 лет и старше. Кроме того, если мать младше 18 лет, то вероятность умереть в течение первого года жизни для ее ребенка на 60 процентов выше, чем для ребенка, который родился у матери старше 19 лет. Даже если ее ребенок выживет, то он чаще, чем другие дети, будет иметь пониженную массу тела при рождении, недоедать и отставать в физическом и когнитивном развитии.

Хотя в целом браки несовершеннолетних встречаются все реже, перемены происходят медленно. Для изменения господствующих в обществе представлений о браках несовершеннолетних потребуются усилия со стороны правительств и других заинтересованных сторон, включая религиозных и общинных лидеров, а также расширение охвата образованием, особенно средним образованием.

Диаграмма 2.1

Высокая распространенность браков несовершеннолетних в Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары



* За исключением Китая. ** Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: Демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей и другие национальные обследования.

Борьба с насилием в отношении женщин и девочек и жестоким обращением с ними имеет решающее значение в деле улучшения здоровья матерей и новорожденных. Широкомасштабные исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и последние исследования Организации Объединенных Наций по проблеме насилия в отношении женщин и детей выявили высокую распространенность жестокого обращения. Насилие в отношении женщин и девочек пагубно сказывается на их здоровье, увеличивает риск плохого физического состояния и репродуктивного здоровья. Калечащие операции на половых органах женщин/обрезание (КОПОЖ/О) являются нарушением прав женщин и девочек и представляют собой форму насилия, которому, по оценкам, подвергается около 70 млн. девочек и женщин в возрасте 15–49 лет в 27 странах Африки и Ближнего Востока. КОЖПО/О значительно увеличивают риск осложнений во время родов. По данным исследования ВОЗ, данная практика приводит к длительному кровотечению и инфицированию и является причиной дополнительно одного-двух случаев перинатальной смерти на 100 родов. Другие формы насилия, включая физическое насилие со стороны сексуальных партнеров и изнасилование, приводят к многочисленным проблемам со здоровьем у матерей и детей. Для сокращения масштабов насилия в отношении женщин и девочек относительно нынешнего уровня его распространенности необходимо создать комплексные механизмы, включающие законодательство и правоприменительные инструменты, исследования, программы и бюджеты, способствующие более активному участию женщин в соответствующих дискуссиях и постоянному вниманию к данной проблеме.

Оказание поддержки женщинам как в рамках домохозяйств, так и в обществе в целом может иметь многочисленные положительные эффекты в плане улучшения здоровья матерей и новорожденных. По данным исследований, когда женщины имеют возможность участвовать в принятии ключевых решений в домохозяйстве, они скорее обеспечат более качественное питание и надлежащее медицинское обслуживание себе и своим детям. Интуиция и деловые качества женщин, когда они действуют сообща, – важнейший залог того, что большинство новорожденных и матерей выживут во время беременности и родов. Когда женщины имеют достаточно прав и возможностей для участия в жизни своих сообществ, они могут противостоять установкам и практике, закрепляющим гендерную дискриминацию, распределять работу, объединять ресурсы и коллективно разрабатывать и поддерживать инициативы, направленные на улучшение здоровья матерей и новорожденных. Мужчины также могут стать партнерами в реализации этих усилий. Данные свидетельствуют о том, что мужчины более склонны быть ответственными и заботливыми отцами, когда они положительно относятся к себе и к своим взаимоотношениям с матерью ребенка, когда семья и друзья поддерживают их живое участие в жизни детей.

Поскольку женщины все еще принимают ограниченное участие в парламентской политической жизни, причем сравнительно недавно, по-прежнему неизвестны масштабы влияния женщин-парламентариев на обеспечение здоровья матерей и новорожденных. Данные, однако, свидетельствуют о том, что они решительно поддерживают и содействуют принятию мер, которые уделяют первостепенное внимание инициативам, направленным на улучшение попечения о детях и осуществление прав женщин. Такие меры являются основополагающими в создании благоприятной среды, в которой можно активизировать деятельность по созданию континуума услуг в области здоровья женщин, новорожденных и детей.



© UNICEF/HQ06-0567/Shehzad Noorani

3 **Континуум услуг в пространстве и во времени: риски и возможности**

Цель концепции континуума услуг – преодолеть традиционную практику проведения отдельных мероприятий по предупреждению конкретных болезней. Основную идею этой концепции можно резюмировать следующим образом: основные услуги, предназначенные для матерей, новорожденных и детей, наиболее эффективны, если они предоставляются в виде комплексных пакетов в важнейшие периоды жизненного цикла матерей и детей в рамках динамично функционирующих систем здравоохранения, которые охватывают ключевые населенные пункты, в условиях среды, благоприятной для осуществления прав женщин и детей.

Предоставление услуг в важнейшие периоды жизни

Основные услуги, необходимые в рамках континуума мер по охране здоровья матерей и новорожденных, включают улучшение питания; обеспечение чистой питьевой водой, санитарно-гигиеническими сооружениями и соблюдение правил санитарии и гигиены; профилактику и лечение болезней; качественные услуги по охране репродуктивного здоровья; надлежащее дородовое обслуживание; обеспечение принятия родов профессиональным медицинским работником; основная и комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь; уход в постнатальном периоде; неонатальный уход; а также Комплексную программу лечения неонатальных и детских болезней.

Качественные услуги в области репродуктивного здоровья. В обществе наблюдается все большее согласие по поводу важности повышения качества услуг в области репродуктивного здоровья, в частности для молодых людей, а также контроля за все более распространяющимися среди молодежи ВИЧ и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем. Для наращивания потенциала в сфере охраны репродуктивного здоровья на национальном уровне потребуются выявить проблемы, определить первоочередные задачи и при участии всех заинтересованных сторон сформулировать соответствующие стратегии.

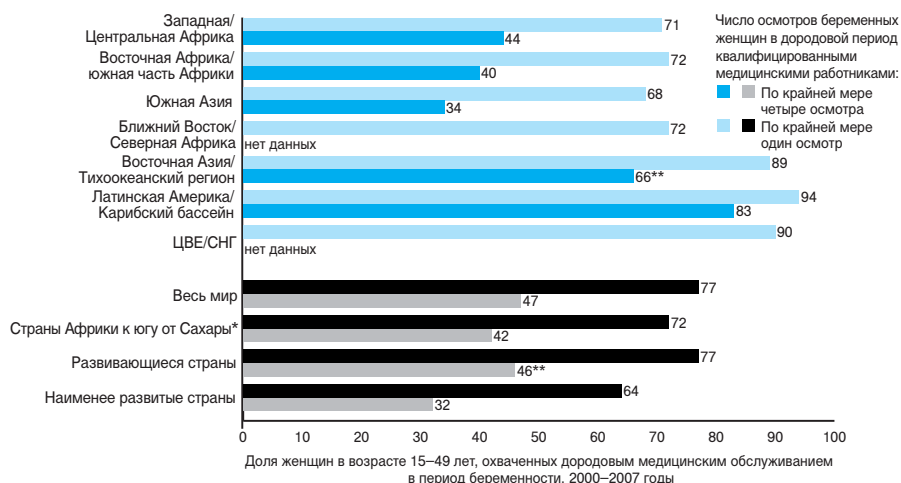
Улучшение питания. Надлежащее питание девочек подросткового возраста и беременных женщин крайне важно для обеспечения здоровья и выживания матерей и новорожденных. Плохое питание и недоедание среди молодых женщин, причем с ранних лет, что особенно характерно для Южной Азии, повышают риски для здоровья их самих и их новорожденных детей. В программах, направленных на улучшение охраны материнского здоровья, все больше внимания уделяется повышению качества питания девочек и женщин. Пропагандируются увеличение рациона питания и прием добавок фолиевой кислоты и железа в период, предшествующий беременности, и непосредственно во время беременности. Кроме того, для поддержания здоровья беременных женщин и матерей рекомендуются разнообразное питание, потребление йодированной соли и проведение дегельминтизации. Родившим женщинам рекомендуются добавки витамина А. Использование более совершенных методов вскармливания новорожденных, особенно раннее и исключительно грудное вскармливание, помогает защитить их от болезней.

Обеспечение чистой питьевой водой, санитарно-гигиеническими сооружениями и соблюдение правил санитарии и гигиены. Обеспечение безопасных с точки зрения инфицирования родов крайне важно для сохранения здоровья матерей и новорожденных и защиты их от инфицирования. Тяжелые инфекционные заболевания, которые нередко связаны с несоблюдением правил гигиены во время родов, отсутствием чистой питьевой воды и надлежащих санитарных условий, в 2000 году стали причиной 36 процентов случаев неонатальной смерти. Пропаганда методов, обеспечивающих безопасные с точки зрения инфицирования роды, и иммунизации привели к значительному сокращению с 1980 года заболеваемости матерей и новорожденных столбняком.

Профилактика и лечение заболеваний. Меры по предупреждению и лечению инфекционных заболеваний у беременных женщин являются существенным дополнением к услугам по охране материнства. Две ключевые области профилактики и лечения связаны с ВИЧ и малярией, особенно это касается стран Африки к югу от Сахары. В сфере борьбы с ВИЧ наметился определенный прогресс: коэффициент распространенности ВИЧ среди женщин в возрасте 15–24 лет, посещающих в дородовой период женские консультации, снизился в 14 из 17 стран, по которым имеются достаточные данные с 2000–2001 годов, а распространенность применения антиретровирусной терапии в целях предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в мире выросла с 10 процентов в 2004 году до 33 процентов в 2007 году. Контролировать заболеваемость малярией помогают такие две меры, как распространение среди беременных женщин обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и периодическое профилактическое лечение малярий с помощью одной дозы противомаларий-

Диаграмма 3.1

Охват дородовым медицинским обслуживанием

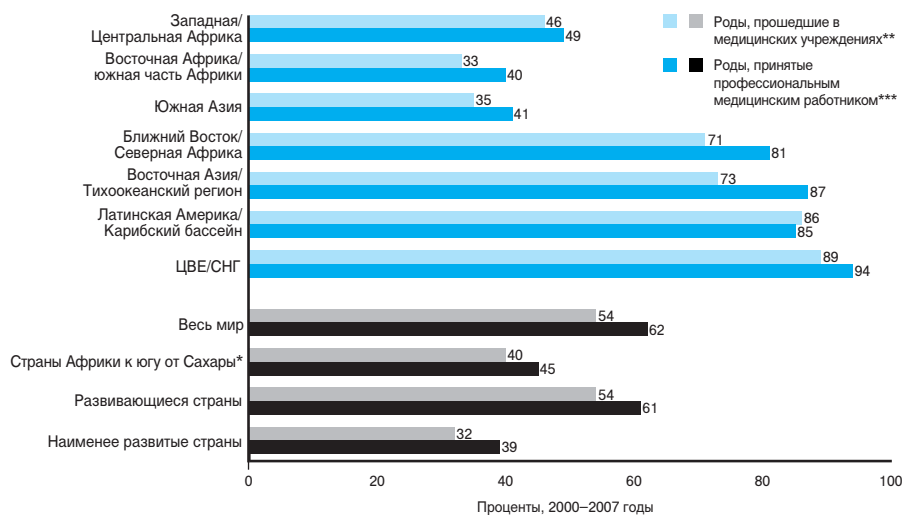


* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки. ** За исключением Китая.

Источник: Демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей и другие национальные обследования домохозяйств.

Диаграмма 3.2

Охват квалифицированной медицинской помощью при родах



* Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

** Роды в медицинских учреждениях: процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые родили в медицинском учреждении в течение двух лет, предшествовавших обследованию.

*** Роды, принятые профессиональным медицинским работником: процентная доля родов, принятых профессиональным медицинским персоналом (врачами, медсестрами и акушерками).

Источник: Демографические и медико-санитарные обследования, кластерные обследования по методу совокупных показателей, Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ.

ных препаратов как минимум два раза в период беременности, даже если заболевание малярией у беременной женщины не выявлено. Несмотря на то что в результате усилий последних лет по профилактике и лечению ВИЧ и малярии были достигнуты определенные успехи, необходимо сделать гораздо больше, для того чтобы решить проблемы, связанные с этими болезнями.

Надлежащее дородовое обслуживание. Во многих случаях дородовое наблюдение позволяет предупредить, выявить или ликвидировать проблемы со здоровьем беременных женщин. ЮНИСЕФ и ВОЗ рекомендуют по крайней мере четыре осмотра медицинским работником в дородовый период. В рамках этих осмотров женщины могут быть охвачены основными медицинскими мероприятиями, такими как вакцинация от столбняка, обследование и лечение инфекционных заболеваний, и получить важную информацию о возможных осложнениях, связанных с беременностью и родами. Большая часть данных касается женщин, которых в дородовый период медицинский работник посетил по крайней мере один раз. В развивающихся странах в целом три четверти беременных женщин были охвачены дородовым медицинским обслуживанием и профессиональный медицинский работник посетил их по крайней мере один раз, однако рекомендуемые четыре осмотра многим из беременных женщин не обеспечиваются.

Роды, принятые профессиональным медицинским работником. При родах профессиональный медицинский персонал незаменим. За последнее десятилетие в развивающихся странах во всех регионах, за исключением стран Африки к югу от Сахары, заметно увеличилась доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом. В период 2000–2007 годов в развивающихся странах профессиональные медицинские работники приняли 61 процент от общего числа родов. В двух регионах с самым низким охватом этой услугой – Южной Азии (41 процент) и странах Африки к югу от Сахары (45 процентов) – также регистрируется самое большое число случаев материнской смертности. В развивающихся странах в целом вероятность того, что роды будут приняты профессиональным медицинским работником, почти в половину меньше для женщин из 20 процентов беднейших домохозяйств, чем для женщин из наиболее богатых домохозяйств. ВОЗ рекомендует, чтобы профессиональные медицинские работники принимали самое активное и непосредственное участие в ведении третьего периода родов (который начинается после рождения ребенка и продолжается до полного изгнания последа) у всех рожениц: данная процедура является наиболее широко используемым методом в целях уменьшения вероятности послеродового кровотечения – главной причины материнской смертности.

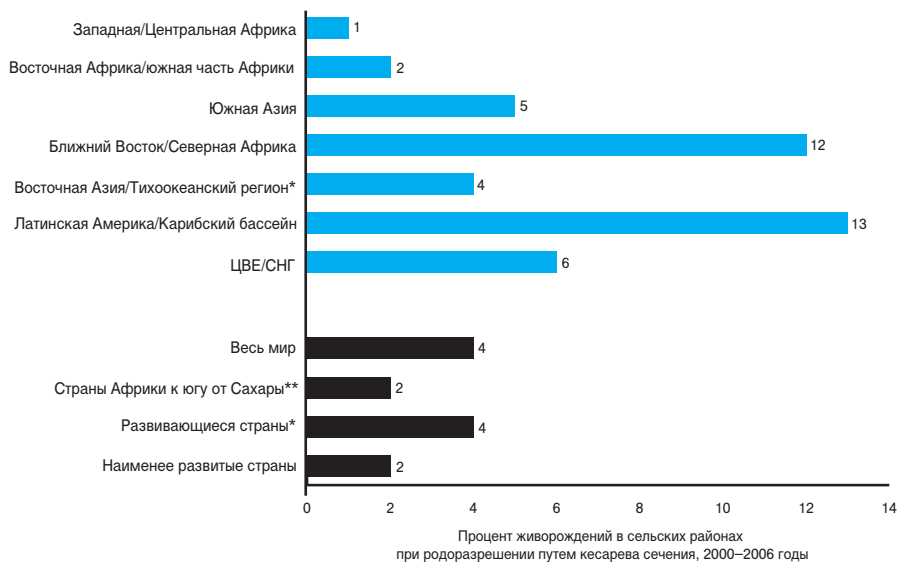
Основная и комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь. Иногда оказание своевременной помощи в медицинском учреждении необходимо для спасения жизни женщины, у которой возникли осложнения во время родов. Квалифицированный медицинский персонал должен не только оказывать помощь в случае нормально протекающих родов или родов с небольшими осложнениями, но также уметь распознавать серьезные осложнения, в связи с которыми требуется специализированная неотложная помощь. Исследования показывают, что примерно в 15 процентах случаев живорождений, как правило, требуется неотложная акушерская помощь, а в 5–15 процентах родов может потребоваться кесарево сечение. Очевидны многочисленные значительные

пробелы в охвате такой помощью, особенно в сельских районах стран Африки к югу от Сахары, где коэффициент проведенных операций кесарева сечения составляет около 2 процентов. Крайне важно качество предоставляемой помощи: для того чтобы предоставлять адекватную помощь, медицинские учреждения должны иметь достаточное количество лекарственных средств, материалов медицинского назначения, оборудование и квалифицированный персонал. Факторы, препятствующие предоставлению неотложной акушерской помощи и доступу к ней, включают стоимость, расстояние, нехватку персонала и культурные барьеры.

Постнатальная помощь для матерей и новорожденных. Постнатальная помощь – это та область, которая требует к себе самого пристального внимания. Женщины обращаются за постнатальной помощью гораздо реже, чем за дородовой помощью или за услугами по родовспоможению; и даже матери, которым была оказана неотложная послеродовая помощь, в последующие дни и недели остаются без должного внимания. Даже когда роды проходят при участии профессионального медицинского работника, послеродовая помощь может сводиться к одному осмотру через шесть недель после родов. Предоставление постнатальной помощи также может улучшить состояние здоровья младенца, особенно это касается пропаганды соблюдения гигиены при уходе за ребенком и раннего и исключительно грудного вскармливания. С учетом многочисленных трудностей, препятствующих предоставлению послеродовой помощи на базе медицинского учреждения, включая расходы и проблемы с организацией транспорта и размещения членов семьи, важную роль в оказании постнаталь-

Диаграмма 3.3

Неотложная акушерская помощь: процент операций кесарева сечения в сельских районах



*За исключением Китая. ** Страны Африки к югу от Сахары включают регионы Восточной Африки/южной части Африки и Западной/Центральной Африки.

Источник: Демографические и медико-санитарные обследования, другие национальные обследования домохозяйств и ЮНИСЕФ.

ной помощи могут сыграть посещения женщин на дому, независимо от того, где проходили роды.

Медицинское обслуживание по месту жительства

В настоящее время общепризнано, что пакетное предоставление медицинских услуг также может повысить их результативность и экономическую эффективность. Кроме того, когда услуги носят комплексный характер, у людей появляется больше стимулов для того, чтобы пользоваться ими, и возникает больше возможностей для расширения охвата ими. Цель состоит в том, чтобы создать всеобъемлющую систему первичной медико-санитарной помощи, способной обеспечивать женщинам и детям основные услуги и укреплять связи между домохозяйствами и медицинскими учреждениями.

Охрана здоровья в домашних условиях. В развивающихся странах в целом 54 процента родов проходят в клиниках и больницах, но в Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары – регионах, на которые приходится основная доля материнской и неонатальной смертности, – более 60 процентов женщин рожают дома. Обращению за медицинской помощью в учреждения здравоохранения могут препятствовать прямые сборы с пользователей, транспортные расходы и плата за размещение и проживание наряду с косвенными расходами, такими как упущенные доходы сопровождающих членов семьи. Основные заботы по оказанию послеродовой и неонатальной помощи зачастую ложатся на семью матери и новорожденного.

Забота об улучшении здоровья может начинаться дома. Основными факторами риска для здоровья, с которыми сталкиваются матери и новорожденные, являются традиции в питании и гигиенические нормы, принятые в домохозяйстве. Недостаточное питание, несоблюдение основных правил гигиены, таких как мытье рук с мылом или золой после посещения уборной, перед приготовлением пищи и едой, а также загрязненный воздух в помещении могут ускорить распространение инфекционных и желудочно-кишечных заболеваний. Исключительно грудное вскармливание вплоть до шестимесячного возраста способно значительно укрепить здоровье ребенка и его благополучие. Большая осведомленность членов домохозяйства об элементарных мерах по укреплению здоровья, улучшению питания и санитарного состояния окружающей среды наряду с расширением прав и возможностей женщин в принятии решений по вопросам здоровья, как ее собственного, так и ее ребенка, могут иметь существенное положительное воздействие на здоровье новорожденных, матерей и беременных женщин.

Партнерства на базе местного сообщества. Местные сообщества играют важную роль в организации медицинского обслуживания, и не только вследствие отсутствия более дорогостоящих альтернативных вариантов; они также используют эту сферу деятельности в качестве пути к расширению возможностей и осуществлению прав человека. Партнерства на базе местного сообщества в области здравоохранения нередко занимаются подготовкой местных медико-санитарных работников, которые посещают пациентов на дому или работают в имеющихся медицинских центрах. Местные медико-санитарные работники в основном занимаются пропагандой трех общеизвестных мер: исключительно грудно-

го вскармливания, мытья рук с мылом и использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для профилактики малярии. Кроме того, во многих местных партнерствах в области здравоохранения есть работники, которые могут консультировать относительно мер предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку и оказать содействие в лечении детских заболеваний, таких как малярия, пневмония и сепсис новорожденных. В сельских районах Непала, например, благодаря сотрудничеству получивших специальную подготовку местных медико-санитарных работников с профессиональным медицинским персоналом удалось сократить неонатальную смертность на 30 процентов.

Консультационные услуги/амбулаторное обслуживание. Так же как местные партнерства в области здравоохранения способствуют расширению охвата основными услугами, содействуя более инклюзивному характеру систем здравоохранения, консультационные услуги и амбулаторное обслуживание могут объединить деятельность по оказанию помощи на дому и на базе местного сообщества и по предоставлению помощи в медицинских учреждениях. Они являются важными механизмами предоставления дородовой и постнатальной помощи, а также осуществления программ охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Дородовое наблюдение и постнатальные осмотры новорожденных и матерей можно эффективно проводить в рамках предоставления консультационных услуг или амбулаторного обслуживания. Основные услуги включают выявление и проверку опасных симптомов у матерей и новорожденных, рекомендации по вскармливанию – особенно по раннему и исключительно грудному вскармливанию – и уходу за новорожденным, направление матери или младенца, при необходимости, на лечение у специалистов, а также предоставление поддержки и консультаций по здоровому образу жизни.

Помощь, предоставляемая в медицинских учреждениях. Медицинские учреждения обычно предлагают самый широкий спектр профилактических и лечебных услуг матерям и новорожденным и в потенциале располагают наиболее профессионально подготовленными кадрами медицинских работников. Медицинские учреждения подразделяются на две основные категории: медицинские пункты и больницы. Персонал медицинского пункта – медицинского учреждения, в наибольшей степени ориентированного на потребности местного населения, – нередко может справиться с неосложненными родами и некоторыми из наиболее частых осложнений, например с удалением ручную плаценты или реанимацией новорожденных. С учетом потенциальных рисков, связанных с родами, персонал медицинских пунктов и специалисты по работе с населением должны иметь соответствующие знания, с тем чтобы своевременно выявлять осложнения при родах или неонатальные заболевания, для устранения которых они не обладают достаточной компетенцией и нуждаются в привлечении квалифицированной специализированной помощи. Следующей по уровню, скорее всего, является районная больница, где врачи могут поставить медицинский диагноз, назначить лечение, обеспечить соответствующий уход, консультационные и реабилитационные услуги. В некоторых системах здравоохранения может быть предусмотрен лечебно-диагностический центр, предоставляющий комплексную медицинскую помощь, но в большинстве развивающихся стран медицинскими учреждениями, обеспечивающими помощь матерям и младенцам, являются медицинские пункты или районные больницы, если таковые вообще имеются.



© UNICEF/HQ05-1797/Giacomo Pirozzi

4 Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения здоровья матерей и новорожденных

Создание эффективного континуума услуг предполагает осуществление практических мер по укреплению систем здравоохранения. С учетом конкретных проблем, рисков и возможностей, связанных с беременностью и деторождением, некоторые области требуют к себе особенно пристального внимания. Это включает расширение доказательной базы, увеличение численности и совершенствование медицинских кадров, обновление и развитие инфраструктуры и материально-технического обеспечения, применение методов справедливого финансирования, стимулирование спроса на медицинское обслуживание через социальную мобилизацию, гарантирование качественной помощи, а также содействие политической ответственности и руководству через сотрудничество.

Мера 1. Совершенствование сбора и анализа данных

Ни один отдельно взятый показатель не может адекватно охарактеризовать такую сложную категорию, как здоровье матерей или новорожденных, однако целый ряд инструментов, включая переписи, вопросники, обследования домохозяйств и местных сообществ, а также документацию медицинских учреждений, можно использовать для сбора данных по широкому ряду показателей. Важная информация для разработки политики и программ включает демографические

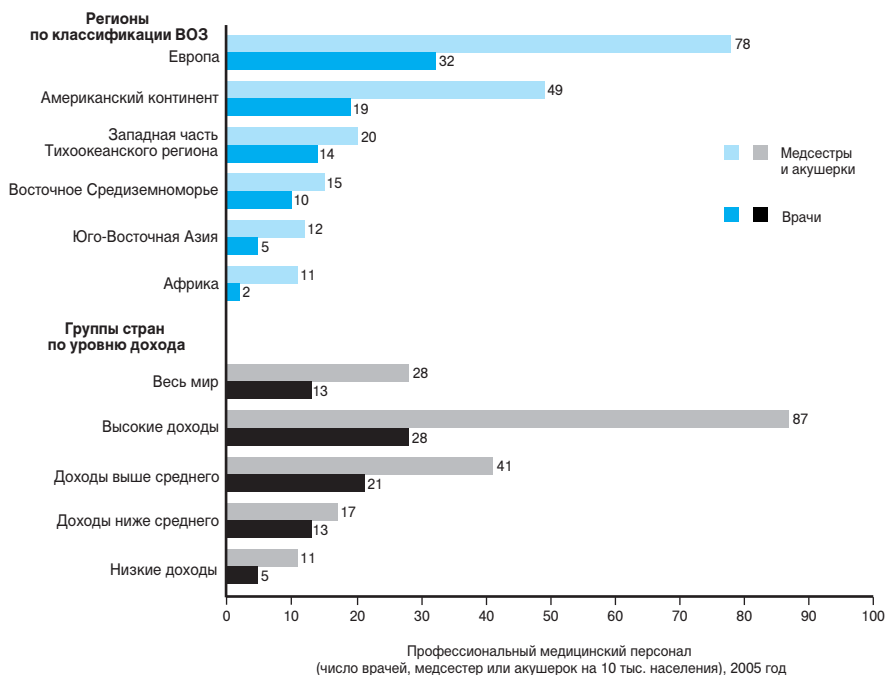
данные, данные о качестве питания, социально-экономическом положении, медицинском обслуживании, практике обращения за медицинской помощью и методах улучшения здоровья, гигиенических навыках и традициях в питании. Многие партнеры, такие как ВОЗ, ЮНИСЕФ и Сеть по показателям здоровья, разрабатывают руководящие принципы и другие вспомогательные средства в помощь правительствам и учреждениям для сбора данных в области здравоохранения.

Мера 2. Увеличение численности медико-санитарных работников в сфере первичной медико-санитарной помощи и охраны здоровья матерей/новорожденных

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, принимающий роды профессиональный медицинский работник является “аккредитованным специалистом, таким как акушерка, врач или медсестра, который получил соответствующее образование или подготовку для участия в ведении неосложненных родов и постнатальном уходе, в выявлении и устранении осложнений у женщин и новорожденных и направлении их на консультацию к специалисту”. ВОЗ рекомендует странам иметь в среднем 2,28 медико-санитарного работника на одну тысячу населения, с тем чтобы обеспечить адекватный охват рожениц профессиональными медицинскими услугами. Из 57 стран, в которых этот пока-

Диаграмма 4.1

Острая нехватка профессиональных медицинских работников, особенно в Африке и Юго-Восточной Азии



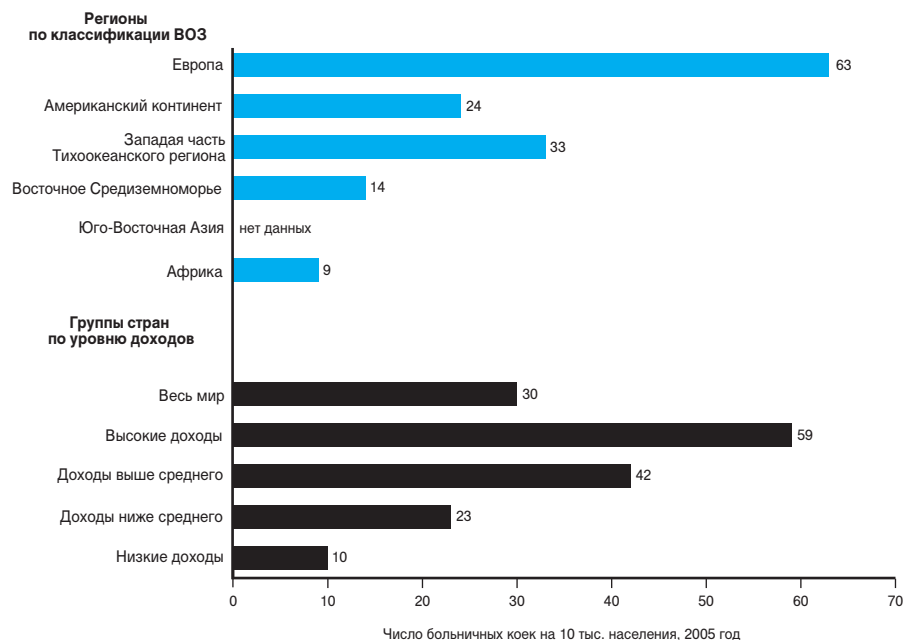
Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82-83.

затель ниже данной пороговой величины, 36 входят в группу стран Африки к югу от Сахары. Самая большая нехватка медицинских работников в абсолютном выражении существует в Азии, особенно в Бангладеш, Индии и Индонезии, но самая большая относительная потребность в них отмечается в странах Африки к югу от Сахары, где для достижения требуемого норматива численность медицинских работников должна быть увеличена на 140 процентов.

В связи с тем что СПИД, бедность и политическая нестабильность способствуют миграции медицинских работников во всем мире, и особенно в странах Африки к югу от Сахары, перед развивающимися странами стоит проблема разработки рациональных инициатив по увеличению набора, совершенствованию подготовки и методов удержания на местах профессионального медицинского персонала. Акушерки или другой средний медицинский персонал, которые прошли укороченный курс подготовки и к которым при приеме на работу предъявляются более низкие квалификационные требования, могут быть включены в штатную группу медицинских работников и выполнять различные функции, участвовать в распределении рабочей нагрузки и создании информационно-справочной системы для женщин и новорожденных. В Мозамбике, например, акушерки и медсестры, имеющие сертификат акушерки, помогают акушерам-гинекологам оказывать эффективную по затратам качественную не-

Диаграмма 4.2

В странах с низкими доходами имеется всего 10 койкомест на 10 тыс. населения



Источник: Всемирная организация здравоохранения, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp. 82-83.

отложную акушерскую помощь в районах, недостаточно охваченных подобными услугами, тогда как в Перу местные медицинские работники ежемесячно посещают домохозяйства, входящие в группу высокого риска, где есть дети в возрасте до одного года, беременные женщины и женщины детородного возраста. Некоторые страны, такие как Мали и Пакистан, приступили к расширению охвата стратегий по удержанию на местах медицинских кадров, в том числе путем создания соответствующих материальных стимулов: обеспечение жилья, оборудования и транспорта в обмен на согласие работать в сельских районах, а также предоставления таких нематериальных льгот, как краткосрочные ротации работников и услуги групп психосоциальной поддержки.

Мера 3. Мобилизация обществ

Меры по увеличению предложения услуг в целях улучшения охраны здоровья матерей и новорожденных без роста спроса со стороны домохозяйств и местных сообществ на качественную медицинскую помощь будут успешными лишь отчасти. При развитии систем здравоохранения первоочередное внимание должно уделяться социальной интеграции с упором на привлечение отдельных семей, женщин и местных сообществ в качестве партнеров по предоставлению медицинских услуг.

Одна из важнейших мер по улучшению охраны здоровья матерей и новорожденных заключается в выявлении предотвратимых рисков. С беременностью и деторождением нередко связаны глубоко укоренившиеся культурные представления и установки, и на женщин может возлагаться вина за их собственное плохое здоровье и болезнь, а также за смертность и заболеваемость новорожденных. Там, где к мертворождениям и смерти младенцев относятся как к обычному делу, их не будут считать предотвратимыми. Местные сообщества могут стать партнерами в деле пропаганды укрепления здоровья и благополучия их членов, и в частности здоровья и благополучия матерей и детей. Системы здравоохранения могут заручиться поддержкой местных сообществ путем их вовлечения в решение проблем без какого-либо принуждения. В Эквадоре лица, ответственные за выработку политики, добились этого при помощи закона об интеграции межкультурных подходов в области репродуктивного и сексуального здоровья в целях содействия более активному участию женщин из числа коренных народов в устойчивом развитии здравоохранения.

Санитарно-гигиеническое просвещение играет важную роль в пропаганде более рациональной практики и поведения, а также в расширении знаний в области здравоохранения, что способствует увеличению спроса на медицинскую помощь. В то же время важны и партнерства, которые напрямую вовлекают основные заинтересованные стороны в процессы предоставления медицинской помощи. В Бурунди, например, традиционные повитухи присутствуют при родах в медицинских учреждениях в качестве помощников официальных медицинских работников и молодых матерей, причем последние расплачиваются с ними не деньгами, а продуктами и иного рода подарками. Для достижения большей сплоченности необходимо обеспечить участие всех членов семьи. Во многих обществах, где члены расширенной семьи живут в непосредственной близости друг от друга, родственники со стороны жены или мужа и другие старейшие члены семьи пользуются большим влиянием при принятии решений по вопросам медицинского обслуживания. Мужчины-партнеры также должны играть важную роль в улучшении охраны здоровья матерей и новорожденных.

Мера 4. Обеспечение реального, справедливого и устойчивого финансирования

Обеспечение финансирования качественной медицинской помощи – это общемировая задача как для промышленно развитых, так и развивающихся стран. Хотя не существует каких-либо согласованных на международном уровне пределов минимальных расходов, по оценке инициативы “Отсчет времени до 2015 года”, расходы менее 45 долл. США на душу населения являются недостаточными для предоставления качественных основных медицинских услуг. В 21 из 68 стран, которые в рамках этой инициативы определены как приоритетные в плане обеспечения охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, эти расходы составляют менее 45 долл. США на душу населения.

Никакая общая политика, скорее всего, не решит проблемы каждой отдельно взятой страны. Реализация решений по наиболее приемлемому плану действий должна быть подкреплена тщательным анализом ситуации в конкретной стране, альтернативных механизмов финансирования, стратегий в отношении организации услуг родовспоможения, а также барьеров, препятствующих доступу к медицинским услугам. Многие правительства, даже в регионах с низким уровнем обеспеченности ресурсами, стараются найти различные способы помочь семьям покрывать расходы на повседневную и неотложную медицинскую помощь.

Отмена прямой платы для пациентов за пользование услугами может заметно улучшить доступ к медицинскому обслуживанию, особенно для малоимущих слоев населения. Некоторые страны – от Бурунди до Ганы и отдельных районов Непала – уже упразднили такую плату или находятся в процессе отмены нескольких или всех видов прямых сборов. Опыт Южной Африки и Уганды свидетельствует о том, что отмена платы должна быть частью более широкого пакета реформ, который включает увеличение бюджетов для компенсации упущенного дохода, поддержания на должном уровне качества услуг и ответные меры в связи с увеличением спроса на услуги. Национальные программы медицинского страхования, например боливийская система социального страхования медицинского обслуживания матери и ребенка, помогут расширить доступ к таким услугам для женщин из беднейших слоев населения, однако в странах с низким уровнем доходов могут возникнуть трудности с расширением охвата подобными программами. В таких странах, как Гондурас, Индия и Мексика, стимулами к обеспечению медицинскими услугами малоимущих беременных женщин могут стать денежные переводы; при этом мониторинг и оценка этих нововведений должны осуществляться постоянно.

Важным провайдером медицинских услуг, особенно в Азии, стал частный сектор, однако массив данных, необходимых для определения его эффективности, все еще ограничен. Частный сектор по своему характеру разнороден и включает множество поставщиков медицинских услуг, в том числе традиционных целителей и повитух, больницы при церквях и международные корпоративные учреждения. Во многих странах с низкими доходами частные поставщики медицинских услуг работают в условиях достаточно слабых официальных механизмов нормативно-правового контроля. Необходимо в срочном порядке уделить самое пристальное внимание зарождающемуся государственно-частному сотрудничеству в сфере здравоохранения, поскольку несправедливая структура финансирования и нерегулируемый характер частного сектора могут пагубно сказаться на выполнении правительственных обязательств в отношении здравоохранения, доверии общества и способствовать углублению социально-экономического неравен-

ства. Перед правительствами стоит задача по усилению регулирования в отношении частных поставщиков медицинских услуг при использовании международных руководящих принципов разработки национальной политики, которые устанавливают обязательные минимальные стандарты медицинского обслуживания.

Мера 5. Инвестиции в инфраструктуру, материально-техническое обеспечение, медицинские учреждения и эффективность руководства

Для укрепления систем здравоохранения в целях обеспечения охраны здоровья матерей и новорожденных требуются инвестиции в секторы, которые содействуют предоставлению основных услуг по охране материнства и осуществлению необходимого минимума мер для поддержания здоровья. В дополнение к укреплению информационных систем также крайне важно развивать людские ресурсы, содействовать социальной мобилизации, осуществлять справедливое финансирование и развивать инфраструктуру, систему поставок, материально-техническое обеспечение, транспортные услуги и процесс обмена справочной информацией. Необходимо в срочном порядке увеличить объем инвестиций в расширение и модернизацию медицинских учреждений, особенно в странах с низкими доходами: согласно последним оценкам ВОЗ, в странах с низкими доходами имеется всего 10 койкомест на 10 тыс. населения по сравнению со странами с высокими доходами, где населению предоставляется почти в шесть раз больше койкомест. Перед многими развивающимися странами также стоит задача по совершенствованию систем обмена справочной информацией, которые занимаются оценкой потребностей населения и потенциала систем здравоохранения, содействуют активному сотрудничеству между информационно-справочными учреждениями разного уровня и секторами, обеспечивают отчетность о результативности работы поставщика услуг и разрабатывают показатели для мониторинга эффективности.

Мера 6. Повышение качества охраны здоровья матерей, новорожденных и детей

Качественная охрана материнства гарантирует предоставление минимального набора основных услуг всем беременным женщинам и роженицам, а также новорожденным, обеспечивая возможность оказания экстренной или специализированной медицинской помощи нуждающимся в ней женщинам и младенцам. В рамках предоставления вышеупомянутых услуг необходимо стремиться к достижению, по возможности, наилучших лечебных результатов; обеспечивать потребности медицинских учреждений, пациентов и семей; обеспечивать надежное эффективное управление и финансирование; развивать существующие виды услуг в целях повышения стандартов медицинской помощи, предоставляемой всем женщинам. В то время как действующие системы здравоохранения в промышленно развитых странах и странах со средними доходами могут нуждаться в реформировании с целью увеличения доступа и повышения качества, новые формирующиеся системы здравоохранения могут включить механизмы, обеспечивающие качественную помощь, в новые программы. В Кот-д'Ивуаре, например, национальная программа по интеграции мер предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в существующие услуги по охране материнства доказала свою эффективность в повышении качества медицинской помощи, включая активное ведение третьего периода родов.



© UNICEF/HQ07-1151/Shehzad Noorani

5 Совместная работа по обеспечению здоровья матерей и новорожденных

Для успешной реализации вышеописанных шести мер необходимо осуществление дополнительной, седьмой меры, которая заключается в совместных действиях и ответственности руководителей органов здравоохранения и национальных лидеров, а также международных партнеров, занимающихся вопросами улучшения здоровья матерей и новорожденных.

Обнадеживающие успехи последнего времени в сфере сотрудничества, повышение эффективности внешней помощи и обеспечение ресурсов для охраны здоровья матерей и новорожденных вселяют надежду на более значительное улучшение ситуации в этой области в ближайшие годы. Объем международной помощи на цели охраны здоровья матерей, новорожденных и детей в период между 2003 и 2006 годами увеличился на 64 процента; деятельность глобальных партнерств в области здравоохранения все более приобретает характер сотрудничества благодаря таким механизмам, как восьмой Форум по проблемам охраны здоровья матери и ребенка; ширится согласие в отношении рамок действий. Недавние события – принятие в Аккре Повестки дня по повышению эффективности внешней помощи и принятие совместного документа ВОЗ, ЮНИСЕФ, Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Всемирного банка об их намерении интенсифицировать и согласо-

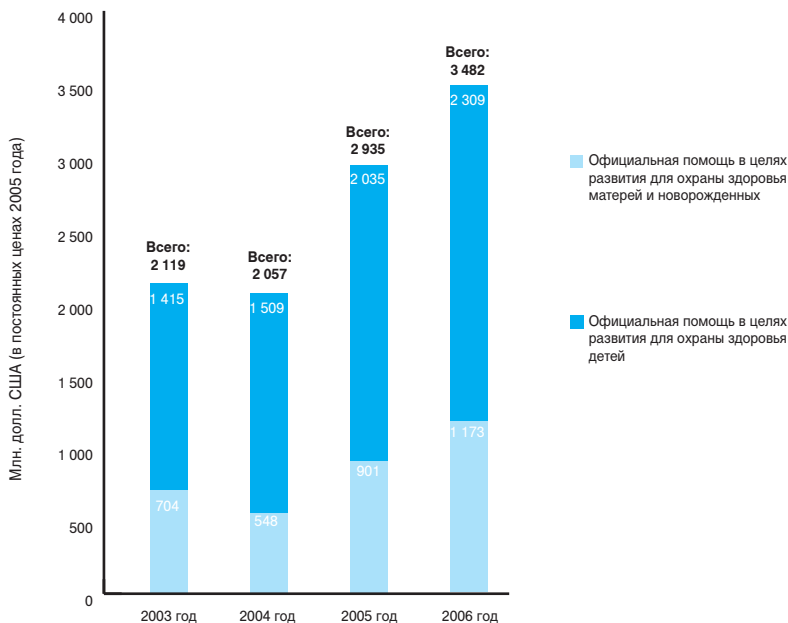
вываты усилия по достижению ЦРДТ-5 – вновь отражают крайнюю необходимость в улучшении здоровья матерей и новорожденных.

На самом высоком уровне также растет политическая ответственность в отношении охраны здоровья матерей и новорожденных. Проблема материнской смертности обсуждалась на саммите Группы восьми 2008 года, а Партнерство в целях содействия здоровью матерей, новорожденных и детей обратилось с просьбой к лидерам этих стран увеличить расходы на охрану материнства и детства и планирование семьи на 10,2 млрд. долл. США в год. Совместные усилия повсюду в мире увенчались принятием серьезных обязательств региональными форумами, такими как Африканский союз, расширением сотрудничества между государственным и частным секторами и ростом мобилизации и гармонизации ресурсов, все большей компетентностью и активизацией деятельности.

Задача заключается в выполнении и расширении этого обязательства по отношению к матерям и новорожденным. Концентрация внимания на данных и результатах должна способствовать новым усилиям. Не нужно ждать прорыва в научной области или создания новой парадигмы, чтобы определить наилуч-

Диаграмма 5.1

С 2004 года быстро растет размер официальной помощи в целях развития, предоставляемой для охраны здоровья матерей и новорожденных



Источник: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 April 2008, p. 1269.

ший путь решения этого вопроса. Знания, способные спасти жизни миллионов новорожденных и матерей, уже есть; данные и их анализ быстро совершенствуются; рамки действий – Цели в области развития Декларации тысячелетия – определены. Во многих развивающихся странах достигнуты конкретные успехи в сокращении числа случаев смерти детей в течение постнеонатального периода (в возрасте от 29 дней до пяти лет). Матери и новорожденные требуют к себе одинакового внимания. Прилагаемые в настоящее время усилия должны быть сосредоточены на обеспечении того, чтобы людские и финансовые ресурсы, политическая воля, а также заметный рост ответственности и сотрудничества на национальном и международном уровнях были неизменно направлены на решение задачи по улучшению здоровья и повышению выживаемости матерей и новорожденных.

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	767 218 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	383 988 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	127 624 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	50	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	41	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	89	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	148	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	1,3	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	920	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	15	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	24	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	58	87
в городе	81	96
в сельских районах	45	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	30	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	83	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	73	81
полиомиелита (полио3)	74	82
кори	73	82
гепатита В (гепатита В3)	67	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	34	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	40	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	61	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	64	80 **
девочки	61	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	26	48 **
девочки	22	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	62	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВЕСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	965	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	51	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	–	11
образование	–	14
оборону	–	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.*):		
40% с наименьшими доходами	13	19
20% с наибольшими доходами	54	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	5,0	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	22 000 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	1 800 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	11 600 000	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	37	–
в городе	52	–
в сельских районах	30	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	40	–
в городе	25	–
в сельских районах	48	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	35 п	–
мальчики	36 п	–
девочки	34 п	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	75	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	72	77
по крайней мере 4 визита специалиста	42	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	45	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 22	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

п Исключая Нигерию.

ВОСТОЧНАЯ И ЮЖНАЯ ЧАСТИ АФРИКИ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	378 926 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	186 875 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	61 296 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	50	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	36	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	80	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	123	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	1,7	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	760	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	14	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	23	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	59	87
в городе	88	96
в сельских районах	48	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	34	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	86	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	78	81
полиомиелита (полио3)	77	82
кори	77	82
гепатита В (гепатита В3)	77	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	55	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	45	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	60	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	66	80 **
девочки	66	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	20	48 **
девочки	18	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	65	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВЕСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	1 245	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	49	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	–	11
образование	–	14
оборону	–	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	12	19
20% с наибольшими доходами	58	42
ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	7,8	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	16 400 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	1 300 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	8 700 000	15 000 000
Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	32	–
в городе	41	–
в сельских районах	24	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	36	–
в городе	20	–
в сельских районах	43	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	36	–
мальчики	38	–
девочки	33	–
Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	79	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	72	77
по крайней мере 4 визита специалиста	40	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	40	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 29	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЧАСТИ АФРИКИ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	388 292 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	197 113 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	66 328 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	50	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	45	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	97	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	169	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	1,2	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	1 100	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	15	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	24	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	56	87
в городе	77	96
в сельских районах	41	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	27	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	80	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	69	81
полиомиелита (полио3)	71	82
кори	69	82
гепатита В (гепатита В3)	58	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	16	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	37	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	62	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	63	80 **
девочки	56	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	31	48 **
девочки	26	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	60	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	698	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	53	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	–	11
образование	–	14
оборону	–	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.*):		
40% с наименьшими доходами	16	19
20% с наибольшими доходами	48	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	2,6	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	5 600 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	480 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	3 000 000	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	41	–
в городе	57	–
в сельских районах	35	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	44	–
в городе	28	–
в сельских районах	55	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	35 п	–
мальчики	34 п	–
девочки	35 п	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	72	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	71	77
по крайней мере 4 визита специалиста	44	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	49	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из:	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

п Исключая Нигерию.

БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	389 176 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	153 178 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	44 789 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	69	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	25	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	36	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	46	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	3,2	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	210	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	12	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	11	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	87	87
в городе	94	96
в сельских районах	78	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	73	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	92	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	91	81
полиомиелита (полио3)	92	82
кори	89	82
гепатита В (гепатита В3)	89	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	32	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	68	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	83	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	88	80 **
девочки	85	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	54	48 **
девочки	52	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	75	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	3 666	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	4	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	15	11
образование	5	14
оборону	14	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	18	19
20% с наибольшими доходами	45	42
ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,3	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	480 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	28 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000
Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.)*	75	–
в городе	86	–
в сельских районах	67	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.)*	18	–
в городе	12	–
в сельских районах	23	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.)*	9	–
мальчики	10	–
девочки	8	–
Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.)*	78	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.)*		
по крайней мере 1 визит специалиста	72	77
по крайней мере 4 визита специалиста	–	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.)*	81	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 140	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	1 567 187 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	614 747 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	175 250 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	64	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	41	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	59	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	78	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	2,8	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	500	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	27	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	41	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	87	87
в городе	94	96
в сельских районах	84	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	33	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	87	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	69	81
полиомиелита (полио3)	69	82
кори	71	82
гепатита В (гепатита В3)	29	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	–	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	63	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	72	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	81	80 **
девочки	77	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	51	48 **
девочки	43	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	63	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	889	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	40	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	14	11
образование	2	14
оборону	5	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	19	19
20% с наибольшими доходами	46	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,3	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	2 600 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	110 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	36	–
в городе	52	–
в сельских районах	30	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	49	–
в городе	32	–
в сельских районах	58	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	13	–
мальчики	13	–
девочки	12	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	71	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	68	77
по крайней мере 4 визита специалиста	34	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	41	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 59	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ И ТИХООКЕАНСКИЙ РЕГИОН

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	1 984 273 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	559 872 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	144 441 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	72	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	18	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	22	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	27	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	4,3	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	150	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	6	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	11	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	88	87
в городе	96	96
в сельских районах	81	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	66	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	93	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	89	81
полиомиелита (полио3)	91	82
кори	90	82
гепатита В (гепатита В3)	87	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	2	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	65**	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	80**	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	92**	80 **
девочки	92**	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	60**	48 **
девочки	63**	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	93	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	2 742	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	17	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	11	11
образование	1	14
оборону	7	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	16	19
20% с наибольшими доходами	46	42
ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,2	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	2 400 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	41 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000
Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	72**	–
в городе	81**	–
в сельских районах	67**	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	19**	–
в городе	12**	–
в сельских районах	25**	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	10**	–
мальчики	11**	–
девочки	10**	–
Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	93	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	89	77
по крайней мере 4 визита специалиста	66**	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	87	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 350	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА И КАРИБСКИЙ БАССЕЙН

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	566 646 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	197 226 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	55 622 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	73	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	13	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	22	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	26	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	4,4	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	130	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	9	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	5	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	92	87
в городе	97	96
в сельских районах	73	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	79	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	96	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	92	81
полиомиелита (полио3)	93	82
кори	93	82
гепатита В (гепатита В3)	89	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	90	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	–	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	84	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	90	80 **
девочки	91	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	–	48 **
девочки	–	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	91	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	5 628	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	8	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	4	11
образование	7	14
оборону	14	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	11	19
20% с наибольшими доходами	56	42
ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,6	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	1 900 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	55 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000
Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.)*	89	–
в городе	92	–
в сельских районах	82	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.)*	–	–
в городе	–	–
в сельских районах	–	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.)*	11	–
мальчики	11	–
девочки	10	–
Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.)*	99	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.)*		
по крайней мере 1 визит специалиста	94	77
по крайней мере 4 визита специалиста	83	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.)*	85	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 280	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА/ СОДРУЖЕСТВО НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	405 992 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	100 110 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	26 458 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	68	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	16	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	22	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	25	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	4,4	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	46	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	6	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	–	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	94	87
в городе	99	96
в сельских районах	86	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	89	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	96	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	96	81
полиомиелита (полио3)	97	82
кори	97	82
гепатита В (гепатита В3)	96	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	23	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	57	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	96	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	93	80 **
девочки	91	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	79	48 **
девочки	76	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	97	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	5 686	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	4	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	9	11
образование	7	14
оборону	6	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	20	19
20% с наибольшими доходами	42	42
ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,8	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	1 500 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	11 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000
Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.)*	92	–
в городе	93	–
в сельских районах	92	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.)*		
в городе	11	–
в сельских районах	11	–
в сельских районах	13	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.)*	5	–
мальчики	5	–
девочки	5	–
Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.)*	97	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.)*		
по крайней мере 1 визит специалиста	90	77
по крайней мере 4 визита специалиста	–	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.)*	94	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 1 300	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

ПРОМЫШЛЕННО РАЗВИТЫЕ СТРАНЫ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	974 913 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	204 334 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	54 922 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	79	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	3	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	5	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	6	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	3,0	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	8	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	7	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	–	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	100	87
в городе	100	96
в сельских районах	98	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	100	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	–	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	96	81
полиомиелита (полио3)	94	82
кори	93	82
гепатита В (гепатита В3)	65	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	84	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	–	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	97	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	–	80 **
девочки	–	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	–	48 **
девочки	–	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	–	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	38 579	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	–	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	12	11
образование	18	14
оборону	4	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	20	19
20% с наибольшими доходами	40	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,3	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	2 000 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	5 800	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	–	–
в городе	–	–
в сельских районах	–	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	–	–
в городе	–	–
в сельских районах	–	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	–	–
мальчики	–	–
девочки	–	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	–	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	–	77
по крайней мере 4 визита специалиста	–	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	–	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 8 000	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

РАЗВИВАЮЩИЕСЯ СТРАНЫ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	5 432 837 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	1 962 419 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	562 128 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	67	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	31	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	51	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	74	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	1,9	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	450	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	15	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	24	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	84	87
в городе	94	96
в сельских районах	76	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	53	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	89	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	80	81
полиомиелита (полио3)	81	82
кори	81	82
гепатита В (гепатита В3)	65	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	21	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	57**	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	74**	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	80**	80 **
девочки	77**	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	48**	48 **
девочки	43**	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	79	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	2 405	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	25	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	10	11
образование	3	14
оборону	9	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.):		
40% с наименьшими доходами	15	19
20% с наибольшими доходами	50	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	0,9	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	29 500 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	2 000 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	50**	–
в городе	65**	–
в сельских районах	39**	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	36**	–
в городе	22**	–
в сельских районах	46**	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	16***	–
мальчики	17***	–
девочки	15***	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	86	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	77	77
по крайней мере 4 визита специалиста	46**	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	61	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 76	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

*** Исключая Китай и Нигерию.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

НАИМЕНЕЕ РАЗВИТЫЕ СТРАНЫ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВСЬ МИР
Демографические показатели		
Население в целом (2007 г.)	804 450 000	6 655 406 000
Население в возрасте до 18 лет (2007 г.)	383 853 000	2 213 456 000
Население в возрасте до 5 лет (2007 г.)	124 237 000	629 106 000
Выживание		
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (2007 г.)	55	68
Коэффициент неонатальной смертности (до 28 дней) на 1000 живорождений (2004 г.)	40	28
Коэффициент младенческой смертности (до 1 года) на 1000 живорождений (2007 г.)	84	47
Коэффициент смертности детей до 5 лет на 1000 живорождений (2007 г.)	130	68
Коэффициент смертности детей до 5 лет, средний годовой коэффициент сокращения (1990–2007 гг.)	1,9	1,8
Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорождений (скорректированные данные, 2005 г.)	870	400
Здравоохранение и питание		
Доля новорожденных с пониженной массой тела при рождении (в %) (2000–2007 гг.)*	17	14
Доля детей до 5 лет с умеренно или сильно пониженным весом (в %) [†] (2000–2007 гг.)*	30	23
Доля населения, пользующегося улучшенными источниками питьевой воды (в %) (2006 г.)	62	87
в городе	81	96
в сельских районах	55	78
Доля населения, пользующегося надлежащими санитарными сооружениями (в %) (2006 г.)	33	62
Доля детей в возрасте 1 года (в %), которым в 2007 г. были сделаны прививки от:		
туберкулеза (БЦЖ)	85	89
дифтерии, коклюша и столбняка (АКДСЗ)	79	81
полиомиелита (полио3)	79	82
кори	76	82
гепатита В (гепатита В3)	75	65
гемофильного гриппа типа b (В3)	28	26
Доля детей до 5 лет с подозрением на пневмонию, которые были доставлены в соответствующее лечебное учреждение (2000–2007 гг.)*	42	57 **
Образование		
Процент поступивших в начальную школу и доучившихся до последнего класса начальной школы (официальные данные; 2000–2007 гг.)*	60	76 **
Чистый коэффициент посещаемости начальной школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	65	80 **
девочки	63	77 **
Чистый коэффициент посещаемости средней школы (2000–2007 гг.)*		
мальчики	26	48 **
девочки	24	44 **
Коэффициент грамотности взрослого населения (2000–2007 гг.)*	57	81

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕГИОН	ВЕСЬ МИР
Экономические показатели		
ВНД на душу населения (в долл. США, 2007 г.)	491	7 952
Процент населения, имеющего доход менее 1,25 долл. США в день (2005 г.)	54	–
Процент государственных расходов в 1997–2006 гг.* на:		
здравоохранение	14	11
образование	5	14
оборону	14	6
Процентная доля доходов домашних хозяйств (1995–2005 гг.*):		
40% с наименьшими доходами	15	19
20% с наибольшими доходами	50	42

ВИЧ/СПИД		
Коэффициент распространенности среди взрослых (15–49 лет) в 2007 г.	2,2	0,8
Оценочное число лиц (всех возрастов), живущих с ВИЧ (2007 г.)	10 000 000	33 000 000
Оценочное число детей (0–14 лет), живущих с ВИЧ (2007 г.)	900 000	2 000 000
Оценочное число детей (0–17 лет), ставших сиротами в результате СПИДа (2007 г.)	–	15 000 000

Защита детей		
Регистрация рождений (2000–2007 гг.*)	29	–
в городе	42	–
в сельских районах	25	–
Браки несовершеннолетних (1998–2007 гг.*)	49	–
в городе	37	–
в сельских районах	55	–
Детский труд (5–14 лет, 1999–2007 гг.*)	30	–
мальчики	31	–
девочки	28	–

Женщины		
Доля грамотных взрослых женщин как процент от доли грамотных взрослых мужчин (2000–2007 гг.*)	72	88
Коэффициент охвата дородовым медицинским обслуживанием (в %) (2000–2007 гг.*)		
по крайней мере 1 визит специалиста	64	77
по крайней мере 4 визита специалиста	32	47 **
Процент родов в присутствии профессионального медицинского работника (2000–2007 гг.*)	39	62
Риск материнской смертности в течение жизни (2005 г.)	1 из: 24	92

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Данные относятся к последнему году в рамках соответствующего периода.

** Исключая Китай.

– Нет данных.

† Данные основаны на новом издании "WHO Child Growth Standards".

В докладе "Положение детей в мире, 2009 год" рассматриваются наиболее важные вопросы, касающиеся здоровья матерей и новорожденных. В нем подчеркивается необходимость создания всеобъемлющего континуума услуг для матерей, новорожденных и детей. В докладе представлены основные модели программирования в области здравоохранения, а также стратегии в отношении матерей и новорожденных; рассматриваются партнерства и совместные инициативы, направленные на улучшение здоровья матерей и новорожденных. Африка и Азия являются предметом основного внимания данного доклада, который дополняет рассматривавшейся в прошлогоднем докладе вопрос о выживании детей.



Детский фонд Организации Объединенных Наций

3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA

pubdoc@unicef.org

www.unicef.org

Оформление и подготовка к печати: Prographics, Inc.

ISBN:

© Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)

Декабрь 2008 года