



**Конвенция о ликвидации всех
форм дискриминации в
отношении женщин**

Distr.: General
1 March 2001
Russian
Original: English

**Комитет по ликвидации дискриминации
в отношении женщин**

Двадцать четвертая сессия

15 января — 2 февраля 2001 года

Пункт 7 предварительной повестки дня

**Осуществление статьи 22 Конвенции о ликвидации
всех форм дискриминации в отношении женщин**

**Доклад специализированных учреждений
Организации Объединенных Наций
об осуществлении Конвенции в областях,
входящих в сферу их деятельности**

Записка Генерального секретаря

Добавление

Всемирная организация здравоохранения

1. От имени Комитета Секретариат предложил 18 октября 2000 года Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представить Комитету доклад о предоставленной ВОЗ государствами информации об осуществлении Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в областях, входящих в сферу ее деятельности, который дополнил бы информацию, содержащуюся в докладах государств — участников Конвенции, которые будут рассматриваться на двадцать четвертой сессии. К настоящей записке прилагаются краткие страновые доклады, подготовленные ВОЗ.
2. Другая информация, запрошенная Комитетом, касается мероприятий, программ и установочных решений, принятых ВОЗ в целях содействия осуществлению Конвенции.
3. Прилагаемый к настоящей записке доклад представляется в соответствии с запросом Комитета.

Приложение

Введение

1. В соответствии со статьей 18 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДОЖ) государства-участники:

«обязуются Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций для рассмотрения Комитетом доклады о законодательных, судебных, административных или других мерах, принятых ими для выполнения положений настоящей Конвенции, и о прогрессе, достигнутом в этой связи...»

Охрана здоровья женщин является проблемой, которая в определенной степени, прямо или косвенно, затрагивается в Конвенции, причем в различных ее частях говорится о потенциальных негативных последствиях дискриминации для здоровья женщин. В статье 12 содержится четко сформулированное обязательство государств-участников:

«принимать все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования и размера семьи».

2. В других статьях также содержится призыв к ликвидации дискриминации в отношении женщин в связанных со здравоохранением областях, например в статье 10 (образование), статье 14 (женщины, проживающие в сельской местности) и статье 16 (брак и семейные отношения). Интерес Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин к проблеме здоровья женщин также находит свое отражение в общих рекомендациях о представлении отчетности, которые выносятся на протяжении многих лет. Следует отметить, что 6 из нынешних 24 рекомендаций непосредственно связаны с охраной здоровья женщин:

а) 12 (1989 год) и 19 (1992 год) — о насилии в отношении женщин;

б) 14 (1990 год) — о калечащих операциях на женских гениталиях;

с) 15 (1990 год) — о дискриминации в отношении женщин в рамках национальных стратегий профилактики синдрома приобретенного иммунодефицита и борьбы с ним;

д) 18 (1991 год) — о женщинах-инвалидах;

е) 24 (1999 год) — подробные замечания Комитета в отношении охраны здоровья женщин.

3. Хотя все государства — участники Конвенции обязаны через определенные промежутки времени регулярно представлять Комитету доклады, Комитет, стремясь получить информацию о положении женщин, не ограничивается лишь рассмотрением этих докладов. Статья 22 дает специализированным учреждениям Организации Объединенных Наций право: «быть представленными при рассмотрении вопросов об осуществлении таких положений Конвенции, которые входят в сферу их деятельности». Далее в статье говорится о том, что: «Комитет может предложить специализированным учреждениям представить доклады об осуществлении Конвенции в областях, входящих в сферу их деятельности». Именно в этом контексте Всемирная организация здравоохранения с удовлетворением представляет настоящий доклад, содержащий информацию, которая может дополнить информацию в докладах государств-участников и привлечь внимание к некоторым проблемам, связанным со здоровьем женщин, которые, возможно, заслуживают особого внимания Комитета.

4. В соответствии с замечанием Комитета, содержащимся в общей рекомендации 24 (пункт 8)¹, и подходом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к охране здоровья женщин приводимая ниже информация основана на подходе, предполагающем охват всего жизненного цикла женщины, и поэтому информация и замечания касаются не только взрослых женщин, но и маленьких девочек и девочек подросткового возраста. Информация по каждой стране приводится в рамках различных разделов: основные данные, маленькие девочки, девочки-подростки, женщины, пожилые женщины и выводы. Отобранная для каждого из этих разделов информация имеет особое отношение к проблеме охраны здоровья женщин. В заключительной части

замечаний/информации по каждой стране содержится ряд вопросов или комментариев, которые могут представлять интерес для Комитета.

5. Следует с сожалением отметить, что данные по ряду проблем, которые имеют важное значение для здоровья женщин, особенно бедных женщин, не приводятся во многих подготавливаемых в стандартном формате докладах о положении женщин по всем странам, которые рассматриваются Комитетом в настоящее время как в рамках двадцать четвертой сессии, так и в рамках предсессионной рабочей группы. Например, имеется мало систематизированной информации по проблеме торговли женщинами и детьми, равно как и информации об опасности такой торговли и тех угрозах, которые она создает для жизни и благополучия женщин, являющихся жертвами такой торговли. Двумя другими важными проблемами, которые в недостаточной степени освещаются в докладах, являются проблемы детского труда (масштабы этой проблемы, последствия детского труда и информация о нем с разбивкой по признаку пола), а также проблема профессиональных заболеваний женщин, занятых как в формальном, так и в неформальном секторах. Эти проблемы можно было бы с пользой для дела рассмотреть в контексте изучения информации по каждой стране.

6. И наконец, было бы чрезвычайно полезно, если бы Комитет особо подчеркнул важное значение охраны здоровья женщин в целом, выйдя за рамки давно обсуждаемой проблемы охраны их репродуктивного здоровья. Например, многие страны располагают незначительным объемом систематизированной информации с разбивкой по признаку пола о:

- а) заразных заболеваниях, таких, как малярия и туберкулез;
- б) заболеваниях сердечно-сосудистой системы, которые все чаще становятся причиной смерти женщин;
- в) проблемах психического здоровья;
- г) инвалидности и смертности, обусловленных особенностями образа жизни, включая злоупотребление различными веществами (курение, алкоголь);

е) остеоартрите, аутоаллергической болезни и других заболеваниях, которые имеют особое значение, будучи причинами инвалидности и смертности среди пожилых женщин.

Бурунди

Общая информация

7. Численность населения Бурунди составляет 6,7 млн. человек², а ежегодные темпы его прироста — 1,7 процента³. На жизнь всего населения в последние годы, несомненно, серьезное влияние оказывали война и нестабильность в рамках всего региона, а также пандемия вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД). В 2000 году соотношение между числом женщин и мужчин составляло 104:100⁴. Показатель продолжительности жизни при рождении за последнее десятилетие снизился с 52 до 44 лет среди женщин и с 49 лет до 41 года среди мужчин⁵. Что касается экономического развития, то эта страна входит в категорию государств с низким уровнем дохода, а валовой национальный продукт (ВНП) в расчете на душу населения составляет 140 долл. США⁶.

Дети

8. Почти половину населения (46 процентов) составляют дети в возрасте до 15 лет⁷. Показатели младенческой смертности по-прежнему относительно высоки. По оценкам, в 1995–2000 годах эти показатели составляли 112 смертей на 1000 живорождений среди девочек и 125 — среди мальчиков, причем среднестатистический показатель увеличился со 110 в 1990 году до 136 в 1999 году⁸. По данным ЮНИСЕФ, в 2000 году показатель смертности детей в возрасте до 5 лет составлял 180 на 1000 живорождений, в то время как в 1998 году он составлял 176, однако даже этот показатель был ниже показателя 1960 года, составлявшего 255⁹.

9. В период 1995–1998 годов 58 процентов детей в возрасте одного года были вакцинированы против туберкулеза. Показатели иммунизации от других заболеваний следующие: 50 процентов — туберкулез, дифтерия, коклюш и столбняк; 51 процент — полиомиелит; и 44 процента — корь¹⁰. Недоедание среди детей представляет собой

серьезную проблему, причем, по оценкам, 11 процентов детей в возрасте до пяти лет имеют гораздо меньший вес, чем должны иметь дети этого возраста, а у 43 процентов детей отмечается та или иная степень задержки в росте¹¹.

10. Быстро усугубляющейся проблемой является проблема заболевания детей (0–15 лет) ВИЧ/СПИДом. Сообщалось о том, что к концу 1999 года общее число таких детей достигло 19 000, а среди детей в возрасте до пяти лет их доля составляет 3 процента. Кроме того, за время, прошедшее с начала эпидемии СПИДа, 230 000 детей в возрасте до 15 лет потеряли свою мать или обоих родителей в результате этой болезни (данные по состоянию на конец 1999 года)¹².

11. Показатели набора в школы являются низкими, причем среди мальчиков они несколько лучше; в начальной школе они составляют 46 процентов — среди девочек и 55 процентов — среди мальчиков, а в средней школе — 5 процентов (девочки) и 9 процентов (мальчики)¹³. Эта разница в показателях набора в школы ставит девочек в весьма неблагоприятное положение в отношении многих аспектов жизни, включая охрану здоровья.

12. К сожалению, отсутствуют данные с разбивкой по признаку пола, которые позволили бы определить, имеются ли расхождения между мальчиками и девочками с точки зрения показателей, связанных с другими аспектами охраны здоровья, например питанием, числом и положением детей, инфицированных ВИЧ и/или ставших сиротами из-за СПИДа, и т.д., и насколько значительны эти расхождения.

Подростки

13. Дети в возрасте 10–19 лет составляют в Бурунди 24 процента от общего числа жителей¹⁴. Наиболее серьезная проблема в этой возрастной группе связана с половым и репродуктивным здоровьем, особенно с инфекцией ВИЧ. По оценкам, 12 процентов женщин и 6 процентов мужчин в возрасте 15–24 лет инфицированы ВИЧ/СПИДом. Разница в показателях между девочками и мальчиками более молодого возраста (15–19 лет) является заметной, причем показатель инфицированности ВИЧ среди девочек в четыре раза выше, чем аналогичный показатель среди мальчиков¹⁵.

14. Данные цифры свидетельствуют о том, что в предстоящие годы при составлении программ профилактики ВИЧ основное внимание следует уделять подросткам и создавать такие условия, которые способствуют расширению прав и возможностей девочек и позволяют им более эффективно защищать себя от этой инфекции. В то же время, как указано в докладе Специального комитета полного состава двадцать третьей специальной сессии Генеральной Ассамблеи, необходимы программы:

«призванные способствовать и содействовать мужчинам в применении безопасных и ответственных способов сексуального и репродуктивного поведения и в эффективном использовании методов предупреждения нежелательных беременностей и передаваемых половым путем инфекций, включая ВИЧ/СПИД»¹⁶.

Женщины

15. Соотношение между числом женщин и мужчин в Бурунди составляет 104:100, а большинство медицинских проблем женщин связаны с репродуктивной функцией. Примечательно, что показатель использования противозачаточных средств составляет лишь 9 процентов¹⁷, в то время как общий коэффициент фертильности составляет 6,2 на женщину¹⁸. Только 24 процента родов принимается квалифицированным медицинским персоналом¹⁹, что отчасти является причиной высокого показателя материнской смертности, который в 1998 году составлял 800 смертей на 100 000 живорождений; в то же время в 1990 году этот показатель составлял 1300²⁰.

16. По оценкам, число взрослых (15–49 лет), инфицированных ВИЧ/СПИДом, составляет 340 000 человек, или 11,3 процента от общей численности этой возрастной группы. Пятьдесят шесть процентов из них (190 000 человек) составляют женщины²¹. Показатель числа носителей инфекции среди женщинородового возраста в самом крупном населенном пункте (Бужумбура) в 1998 году составлял 19 процентов, однако среди людей в возрасте 25–29 лет этот показатель достигал 30 процентов. Среди лиц, занимающихся проституцией, этот показатель

составлял уже 42 процента. Ясно, что ВИЧ/СПИД является главной угрозой для здоровья женщин.

17. Показатель неграмотности среди женщин в возрасте 15–24 лет составляет 51,6 процента, в то время как среди мужчин этой же возрастной группы он составляет 40,2 процента²².

Пожилые/престарелые женщины

18. Число жителей Бурунди в возрасте старше 60 лет сравнительно невелико — лишь 5 процентов среди женщин и 3 процента среди мужчин²³. Соотношение между числом женщин и мужчин в этой возрастной группе составляет 155:100, а среди тех, кому больше 80 лет, — 200:100. Предполагаемая продолжительность жизни людей в возрасте 60 лет составляет 14 лет для женщин и 13 лет для мужчин²⁴.

Вывод

19. Бурунди необходимо решить много проблем для улучшения состояния здоровья женщин. К числу самых неотложных из них относятся высокие показатели материнской и младенческой смертности, низкий уровень получаемого образования и, прежде всего, ВИЧ/СПИД.

Замечания

20. Общее положение в Бурунди — стране с чрезвычайно низким уровнем дохода, серьезными проблемами, обусловленными ВИЧ/СПИДом, длительным периодом войн и нестабильности, а также весьма высокими коэффициентами фертильности и смертности — имеет серьезные последствия для психического и физического здоровья всего населения, особенно для женщин и детей, и прежде всего маленьких девочек. Довольно значительное количественное преобладание женщин над мужчинами в структуре населения обуславливает высокую степень занятости женщин в экономике страны, а также то, что женщины, помимо выполнения своих обязанностей по уходу за членами семьи и ведению домашнего хозяйства, несут на себе тяжелое бремя финансовой поддержки своих семей. Доступ к основной медицинской информации и услугам ограничен. В то же время из-за повсеместного отсутствия данных с разбивкой по признаку пола (за исключением информации о ВИЧ/СПИДе и секторе образования)

трудно оценить, в какой степени дискриминация в отношении девочек и женщин или особые обстоятельства, обусловленные социальными ролями мужчин и женщин, могут делать их реальное положение еще более тяжелым, чем можно было бы предположить, основываясь на имеющихся данных.

21. С учетом этого, Комитет, возможно, пожелает задать вопросы об общей системе, применяемой правительством для сбора и анализа данных и планирования, в том числе в области здравоохранения. Можно было бы рекомендовать уделить особое внимание положению наиболее уязвимых женщин и девочек, в том числе тех, которые входят в маргинализированные группы. Наличие данных с разбивкой по признаку пола и регулярное проведение гендерного анализа в области здравоохранения могли бы содействовать установлению приоритетов и в значительной степени способствовали бы более широкому осуществлению недискриминационных программ в области здравоохранения и созданию служб здравоохранения с учетом гендерных аспектов и факторов.

22. Данные о смертности детей в результате поддающихся профилактике детских заболеваний являются еще одним свидетельством неадекватного охвата населения медицинскими услугами и недостаточной работы по информированию населения, проводимой учреждениями системы здравоохранения. Данные об иммунизации с разбивкой по признаку пола отсутствуют, однако Комитет, возможно, пожелает поинтересоваться планами правительства по расширению охвата иммунизацией всех детей, уделяя особое внимание надлежащим мерам, необходимым для обеспечения равного доступа мальчиков и девочек к иммунизации.

23. Проблема ВИЧ/СПИДа, несомненно, является одной из приоритетных проблем с точки зрения охраны здоровья всех женщин и девочек: как тех, кто подвержен риску инфицирования, так и тех, кто уже инфицирован. Это та область, где дискриминация является главной причиной того, что женщины в большей степени подвержены опасности этой инфекции, а также того, что женщины, больные СПИДом, вынуждены нести тяжелое бремя, поскольку им необходимо заботиться о себе и о больных СПИДом членах семьи. Доступ

к информации, услугам, средствам защиты от дискриминации и к средствам социально-экономической поддержки также оказывает чрезвычайно большое влияние на их положение. Для эффективной борьбы с ВИЧ/СПИДом необходима более действенная и целенаправленная работа, направленная на сокращение масштабов распространения всех передаваемых половым путем болезней.

24. Поэтому Комитет, возможно, пожелает задать вопросы, касающиеся наличия соответствующей информации с разбивкой по признаку пола, а также системы услуг, необходимых для борьбы с передаваемыми половым путем инфекциями, включая ВИЧ, а также целый ряд вопросов, касающихся лечения и обслуживания людей, больных СПИДом, особенно женщин и девочек, ухода за ними и предоставления им необходимой информации. Надлежащее лечение ВИЧ-инфицированных женщин в целях снижения вероятности передачи инфекции от матери к ребенку и продление периода здоровой жизни ВИЧ-инфицированных матерей имеют важное значение для всего общества, однако в особой степени это относится к матерям и детям.

25. Что касается ВИЧ/СПИДа, то Комитет, возможно, также пожелает задать ряд вопросов о положении овдовевших женщин всех возрастов и пожилых женщин. Как те, так и другие зачастую являются единственными кормильцами своей семьи и при этом продолжают выполнять свои традиционные функции по уходу за членами семьи и ведению домашнего хозяйства. Такое положение этих женщин представляет собой угрозу для их психического и физического здоровья, особенно, если они и сами они являются ВИЧ-инфицированными. По мере увеличения числа женщин серьезное внимание необходимо уделять подготовке специальных программ в дополнение к программам по оказанию экономической, социальной и медицинской помощи и обеспечению соблюдения прав человека.

26. И наконец, учитывая длительность периода социальной нестабильности и вооруженных конфликтов в этой стране, Комитет, возможно, пожелает поднять ряд вопросов, связанных с важными и особыми потребностями женщин и детей из числа беженцев, перемещенных внутри

страны лиц и мигрантов в области охраны психического и физического здоровья.

Казахстан

Общий обзор

27. Общая численность населения Казахстана составляет 16,2 млн. человек, причем соотношение числа женщин и числа мужчин образует 105:100²⁵. В период 1995–2000 годов средний рост численности населения составил минус 0,4 процента. Шестьдесят процентов от общего числа населения проживает в городских районах, темпы роста которых составляют 1,4 процента в год²⁶. В период с 1990 по 2000 год предполагаемая продолжительность жизни женщин при рождении сократилась с 73,4 до 72,0 лет. За этот период также сократилась и предполагаемая продолжительность жизни мужчин, хотя и не столь значительно — с 63,9 до 63,0 года²⁷.

28. По величине валового национального дохода на душу населения, составляющего 1310 долл. США (1998 год), эта страна относится к категории стран со средним уровнем дохода²⁸. Данных о процентной доле населения, живущего ниже уровня бедности, не имеется.

Дети

29. Дети в возрасте до 15 лет составляют 28 процентов населения Казахстана, причем четверть из них моложе пяти лет²⁹. В период 1995–2000 годов показатель младенческой смертности составлял 30 случаев на 1000 живорождений среди девочек и 39 случаев — среди мальчиков³⁰. При этом средний показатель — 36 случаев — был зарегистрирован в 1998 году, что является уменьшением по сравнению с 1960 годом, когда соответствующий показатель составлял 55 случаев³¹. Показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет (на 1000 живорождений) отражает значительное сокращение в период с 1960 по 1998 год с 74 до 43 случаев, причем показатель смертности среди девочек ниже соответствующего показателя среди мальчиков³². Среди детей в возрасте одного года, как по девочкам, так и по мальчикам, показатели иммунизации против туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и кори (1995–1998 годы) в целом

были высокими
(99–100 процентов)³³.

30. Одной из проблем, затрагивающих детей, является плохое питание. По имеющимся данным, 2 процента детей значительно отстают в весе и примерно у 16 процентов отмечается задержка в росте³⁴. Информации о разнице в данных по девочкам и мальчикам не имеется. Менее остро, чем во многих других странах, стоит проблема ВИЧ/СПИДа. По имеющимся данным, инфицировано меньше 100 детей. Сиротами из-за СПИДа стали менее 1 процента детей³⁵.

31. Начальное образование имеет в Казахстане хороший охват и является справедливым. В начальной школе соотношение зачисления девочек и мальчиков составляет 95:96³⁶.

Подростки

32. Двадцать процентов населения Казахстана составляют подростки в возрасте 10–19 лет³⁷. Тревожно высокими являются показатели самоубийств (4,8 по женщинам и 12,7 по мужчинам³⁸), что свидетельствует о серьезных проблемах, с которыми сталкиваются некоторые подростки, особенно мальчики в переходном возрасте от детства к взрослой жизни, и о возможностях формальной и неформальной систем удовлетворять потребности молодежи в этой области. К сожалению, данные по подросткам, хотя и достаточно обильные, не представляются на систематической основе. Следует надеяться, что недавно созданная Комиссия по положению женщин уделит особое внимание вопросу о потенциале, потребностях, рисках и особой уязвимости подростков — девочек/девушек — при сборе и анализе статистических данных.

Женщины

33. По оценкам, показатель использования противозачаточных средств в период 1990–1999 годов составлял 59 процентов³⁹. Общий показатель фертильности составляет 2,3 ребенка на женщину по сравнению с показателем 4,5 ребенка в 1960 году⁴⁰. По-прежнему широко практикуется практика абортов, которые считаются главным средством борьбы с беременностью. В 1997 году было произведено 156 800 абортов⁴¹. Часто аборты приводят к различным осложнениям, включая смерть. Хотя 100 процентов родов принимаются специально обученным персоналом, показатель материнской смертности является одним из самых высоких в европейском регионе. В представленных этой страной данных за 1998 год указан показатель 55 случаев смерти на 100 000 живорождений. Оценка уровня материнской смертности на основе клинических данных дает более высокий показатель — 77 случаев на 100 000.

34. Показатель смертности среди женщин из-за сердечно-сосудистых заболеваний в период с 1994 года возрастает и более чем в 2 раза превышает средний показатель по Европейскому союзу. Так же в два раза превышает средневропейский показатель (1998 год) показатель смертности среди женщин в результате ишемической болезни сердца (61,45).

35. Все более серьезной проблемой становится ВИЧ/СПИД. По оценкам, число взрослых (15–49 лет), инфицированных ВИЧ, в 1999 году составляло 3500 человек, что соответствует показателю по взрослым в размере 0,04 процента⁴².

36. Существуют широкие возможности для образования, поэтому лишь 0,2 процента женщин и 0,3 процента мужчин в возрасте 15–24 лет являются неграмотными⁴³.

Пожилые/престарелые женщины

37. Четырнадцать процентов женского населения составляют лица старше 60 лет, а среди мужчин доля лиц такого возраста составляет лишь 9 процентов⁴⁴. Соотношение женщин и мужчин в этой возрастной группе составляет 164:100, а в возрастной группе лиц старше 80 лет возрастает до 361:100⁴⁵. Вероятная продолжительность предстоящей жизни для людей в возрасте 60 лет составляет 20 лет для женщин и 15 лет для мужчин⁴⁶. Данных о наиболее распространенных заболеваниях по группе пожилого населения не имеется.

Вывод

38. Казахстан, являющийся страной с переходной экономикой, в последнее десятилетие переживает экономический спад, характерный для некоторых других стран этого региона. Однако в стране имеется базовая инфраструктура, которая должна использоваться для достижения прогресса по главным направлениям деятельности: снижение репродуктивной заболеваемости и борьба с растущей проблемой ВИЧ/СПИДа. Важной областью, требующей соответствующей деятельности, будет сбор и анализ данных.

Замечания

39. При рассмотрении вопроса о состоянии здоровья женщин особое внимание следует уделять: а) высокому показателю соотношения женщин и мужчин (105:100 в целом; 164:100 в возрасте свыше 60 лет и 361:100 в возрасте старше 80 лет; и б) особо высокому процентному показателю доли населения, живущего в городских районах (60 процентов). Эти обстоятельства, несомненно, в значительной степени влияют на уровень

здравоохранения и показатель благосостояния женщин в Казахстане.

40. Комитет, возможно, пожелает поинтересоваться причинами такой несбалансированности численности женщин и мужчин и особыми проблемами, касающимися психического, физического и/или социального здоровья и благосостояния женщин и их семей. Как видится, многие женщины выступают как главы своих семей и несут тем самым многократное бремя ухода за своей семьей и обеспечения для нее экономических средств к существованию. С учетом роста доли пожилых женщин в общей численности населения и несбалансированности соотношения численности женщин и мужчин, при которой численность женщин пожилого возраста является более высокой, Комитет может рассмотреть возможность того, чтобы призвать правительство уделить положению таких женщин особое внимание. Зачастую, помимо своей традиционной роли по уходу за семьей и по ведению домашнего хозяйства, они являются единственным источником экономической поддержки семьи. Такое сочетание может вызвать реальную опасность для психического и физического здоровья. По мере увеличения численности женщин серьезное внимание следует уделить разработке специальных программ, сопутствующих программам в экономической и социальной областях и в области здравоохранения и содействующих гарантированию прав человека женщин.

41. Что касается высокой процентной доли городских жителей, то можно было бы рассмотреть вопросы, связанные с ответной деятельностью правительства по решению общих для городских районов проблем в области здравоохранения, связанных, например, с загрязнением воздуха в городах, насилием в отношении женщин, изменением гендерных ролей, профзаболеваниями и городской нищетой. Во всех случаях следует тщательно анализировать разницу в показателях состояния здоровья мужчин и женщин, которая может быть связана с отсутствием надлежащей защиты, уязвимостью или ограниченностью доступа к информации/лечению.

42. Можно было бы рассмотреть вопрос о характере и качестве помощи, оказываемой женщинам до, во время и после родов, в свете сохраняющегося относительно высокого уровня

материнской смертности. Кроме того, можно было бы призвать правительство обеспечивать для женщин и мужчин равный доступ к широкому диапазону противозачаточных методов, в частности добиваться более широкого применения методов, представляющих меньшую опасность для здоровья женщин, чем аборт.

43. К сожалению, имеются лишь ограниченные данные по женщинам, в особой степени подверженным эксплуатации или дискриминации, как, например, по женщинам, живущим в условиях крайней нищеты, занятым в индустрии секса или относящимся к маргинальным группам.

Мальдивские Острова

Основные показатели

44. Общая численность населения Мальдивских Островов составляет 286 000 человек, включая 139 000 женщин и 147 000 мужчин, т.е. на каждые 100 мужчин приходится 95 женщин⁴⁷. Данные о вероятной продолжительности жизни на Мальдивских Островах носят не совсем обычный характер, поскольку в момент рождения вероятная продолжительность жизни у мальчиков является более длительной, нежели у девочек, — 66 лет для мальчиков и 63 года для девочек в период 1995–2000 годов⁴⁸. Темпы прироста населения составляют 2,6 процента в год. Величина валового национального продукта на душу населения достигла в 1997 году 1160 долл. США, в результате чего эта страна была включена в группу со средним уровнем доходов⁴⁹. Данные о населении, живущем за чертой нищеты, которая составляет менее 1 долл. США в день, отсутствуют.

Дети

45. Дети в возрасте до 15 лет составляют 43 процента от общей численности населения⁵⁰. Девяносто девять процентов девочек и 97 процентов мальчиков в возрасте одного года проходят полную иммунизацию⁵¹. По данным ЮНИСЕФ, по состоянию на 1998 год коэффициент детской смертности (число умерших детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорождений) равнялся 87⁵², однако эти данные не дезагрегированы по признаку пола. В период с 1990 по 1998 год 27 процентов детей (и в этом случае без

дезагрегации по признаку пола) относились к числу страдающих от недоедания средней и тяжелой степени⁵³. Информация о детях, зараженных ВИЧ/СПИДом, отсутствует. В 1998 году в своих заключительных замечаниях Комитет по правам ребенка выразил озабоченность в связи с неосведомленностью и отсутствием информации о «плохом и жестоком обращении с детьми, включая сексуальное домогательство, как в семье, так и вне ее». Кроме того, он выразил озабоченность в связи с неравным соотношением полов при наборе в средние школы.

Подростки

46. Двадцать шесть процентов населения Мальдивских Островов находится в возрасте 10–19 лет⁵⁴. Данные практически отсутствуют, за исключением некоторых сведений, касающихся охраны репродуктивного здоровья и вступления в брак в подростковом возрасте. В докладе государства-участника для Комитета сообщается о том, что средний возраст для вступления в первый брак для девочек составляет 15–16 лет (см. CEDAW/C/MDV/1, пункт 160). Различия в отношениях к раннему вступлению в брак девочек и мальчиков четко прослеживаются в данных Организации Объединенных Наций, которые свидетельствуют о том, что в период 1985–1990 годов в браке находилось или уже было 36 процентов женщин в возрасте 15–19 лет, в то время как для мужчин того же возраста этот показатель составил лишь 6 процентов⁵⁵. В 1998 году в своих заключительных замечаниях Комитет по правам ребенка выразил озабоченность по ряду проблем, связанных с охраной здоровья подростков, в частности в связи с большим количеством случаев беременности в раннем возрасте, которое продолжает расти, отсутствием доступа подростков к просветительским материалам и услугам в области охраны репродуктивного здоровья и недостаточным уровнем мер профилактики против ВИЧ/СПИДа.

Женщины

47. В докладе государства-участника за 1999 год определены две крупнейшие проблемы, которые сказываются на состоянии здоровья женщин на Мальдивских Островах: недостаточное питание и плохой доступ к медицинским услугам. В 1998 году

Комитет по правам ребенка выразил также озабоченность в связи с показателями расторжения браков, которые считаются одними из самых высоких в мире. Все эти три фактора потенциально могут иметь серьезные негативные последствия для психического и/или физического здоровья женщин. Кроме того, в содержащихся в докладе государства-участника Комитету замечаниях к числу факторов, ограничивающих мобильность женщин, т.е. причинным факторам, ограничивающим доступ женщин к больничному уходу и качественному медицинскому обслуживанию, право доступа к которым они, в принципе, имеют наравне с мужчинами, относятся социальные и культурные факторы, а также домашние обязанности и обязанности по уходу за ребенком.

48. Как и в странах со средним и низким уровнем доходов, самой большой проблемой в области здравоохранения является заболеваемость репродуктивных органов. Показатели распространенности применения противозачаточных средств составляют лишь 17 процентов, и общий коэффициент фертильности достигает, соответственно, 5,3 рождений на каждую женщину⁵⁶. Хотя уходом в дородовой период охвачены 95 процентов беременных женщин⁵⁷ и 90 процентов рожают с помощью квалифицированного персонала⁵⁸, показатели материнской смертности по-прежнему высоки и составляют 350 случаев на 100 000 живорождений⁵⁹.

49. По имеющимся данным, по состоянию на конец 1999 года ВИЧ/СПИДом было инфицировано 0,05 процента взрослого населения⁶⁰, однако опыт других стран свидетельствует о том, что сообщаемые данные могут быть неполными, и с учетом существующих социально-культурных норм поведения, включая те из них, которые оказывают влияние на отношения между мужчинами и женщинами, для удовлетворенности нет никаких оснований.

50. Уровень образования весьма высок: показатели неграмотности в возрасте 15–24 лет составляют 1,7 для женщин и 1,9 для мужчин, а в возрасте свыше 25 лет — 5,2 как для женщин, так и для мужчин⁶¹.

Пожилые/престарелые женщины

51. В 2000 году доля населения в возрасте 60 лет и выше составила 5 процентов как для женщин, так и для мужчин, однако при этом соотношение между женщинами и мужчинами составляло 88:100. Вероятная продолжительность жизни в возрасте 60 лет составляла 17 лет для женщин и 16 лет для мужчин⁶². Данные о проблемах со здоровьем, имеющих особое значение для этой возрастной группы, практически отсутствуют.

Вывод

52. Главными факторами, затрагивающими интересы женщин на Мальдивских Островах и вызывающими озабоченность, продолжают оставаться показатели заболеваемости репродуктивных органов среди подростков и взрослого населения и скудность данных по многим областям, включая данные о причинах высокой смертности и заболеваемости среди женщин и девочек в сравнении с мужчинами и мальчиками. Основополагающими и наиболее влиятельными факторами являются социально-культурные нормы поведения, о которых говорится в докладе государства-участника и которые в сфере здравоохранения ограничивают доступ женщин к информации и ставят их в более слабое по сравнению с мужчинами положение в таких вопросах, как принятие решений в сфере сексуальных отношений.

Замечания

53. С учетом имеющейся базы данных об общем положении женщин и социально-культурных нормах поведения, по поводу которых государство-участник высказало свои замечания, Комитет, возможно, пожелает рекомендовать уделить первоочередное внимание созданию надежной базы дезагрегированных данных в области здравоохранения, включая такие вопросы, как насилие в отношении женщин и заболевания сердечно-сосудистой системы; тщательный гендерный анализ конкретных проблем, затрагивающих психическое и физическое здоровье женщин; и альтернативные удобные для женщин доступные методы улучшения положения в области просвещения и предоставления информации и услуг в сфере здравоохранения, питания и охраны репродуктивного здоровья, особенно для девочек подросткового возраста.

54. Следует, возможно, обратить внимание на особую необходимость в данных и специальных программах по удовлетворению потребностей в области охраны психического и физического здоровья женщин в зависимости от их возрастной категории и женщин, которые особо подвержены эксплуатации или дискриминации, например женщины, живущие в условиях крайней нищеты, женщины с крайне ограниченной мобильностью и доступом к внешней информации, услугам и

медицинскому уходу, женщины, занятые в сфере сексуальных услуг, и женщины, принадлежащие к маргинализированным группам населения. Особое внимание следует уделить потребностям и правам девочек подросткового возраста в связи с возможностью пожизненных последствий неустраненных или неправильно лечившихся осложнений при заболеваниях репродуктивных органов (например, в результате родов или заболевания, передаваемого половым путем) и в связи с такими вопросами, относящимися к образу жизни человека, как курение и наркотики.

55. Можно поставить под сомнение характер и качество помощи, оказываемой женщинам в дородовой период, во время родов и после них, с учетом продолжающегося роста коэффициентов материнской смертности невзирая на высокие показатели охвата женщин уходом в дородовой период (95 процентов) и на помощь, оказываемую при родах квалифицированными специалистами (90 процентов). В контексте сбора информации следует, возможно, рассмотреть роль, которую могут играть молодые матери, активисты женских организаций, религиозные и общественные лидеры как источники информации, а также специалисты сферы медицинского обслуживания. Комитет, возможно, пожелает также рассмотреть возможность обсуждения конкретных вопросов, связанных, как сообщают, с сохранением обычая вступать в брак в раннем возрасте. Например, осуществляются ли в настоящее время программы (в школах либо в общинах), призванные побуждать молодых женщин, молодых мужчин и семьи к постепенному признанию более поздних браков? Предоставляются ли и готовятся ли предназначенные для молодежи, легко доступные информация и услуги в области охраны репродуктивного здоровья?

Узбекистан**Основные показатели**

56. Население Узбекистана составляет 24,3 млн. человек, из которых 12,2 млн. человек — это женщины, а 12,1 млн. человек — мужчины⁶³. Соотношение женщин к мужчинам составляет 101:100. Вероятная продолжительность жизни женщин при рождении, в 1990 году составлявшая 72,9 года, несколько понизилась и в настоящее

время составляет 71 год; соответствующие показатели для мужчин составляют 66,3 и 64 года, соответственно⁶⁴. Средний показатель прироста населения в 1995–2000 годах составлял 1,6 процента ежегодно⁶⁵. Сорок один процент населения проживает в городах, а прирост городского населения (в период 1995–2000 годов) составлял 2,8 процента ежегодно⁶⁶.

57. Величина валового национального продукта на душу населения достигает 870 долл. США и поэтому страна относится к категории стран со средним доходом⁶⁷. Данные о населении, живущем за чертой нищеты, которая составляет менее 1 долл. США в день, отсутствуют. Показатель вероятной продолжительности жизни с поправкой на потерю трудоспособности для женщин несколько лучше, чем для мужчин: 62,3 года при рождении и 13,4 года в возрасте 60 лет для женщин; 58 лет при рождении и 11,5 года в возрасте 60 лет для мужчин⁶⁸.

Дети

58. Дети в возрасте до 15 лет составляют 37 процентов населения Узбекистана⁶⁹. В период с 1995 по 2000 год показатель младенческой смертности на 1000 живорождений составлял 39 для девочек и 49 для мальчиков, при этом в 1998 году средний показатель составлял 45⁷⁰. Показатель детской смертности в возрасте до пяти лет в этом же году составлял 58⁷¹, однако данных с разбивкой по половому признаку не имеется. Показатели охвата иммунизацией высокие: 96–99 процентам годовалых детей сделаны прививки против туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка (КДС), полиомиелита и кори. От сильного недоедания страдает 5 процентов детей в возрасте до пяти лет⁷². Данные об этом не разбиты по половому признаку; в этой связи невозможно сравнить положение мальчиков и девочек. ВИЧ/СПИДом заражено менее 100 детей и менее 1 процента детей стали сиротами в результате заболевания их родителей СПИДом⁷³. В период 1990–1998 годов чистый показатель посещения начальных школ девочками и мальчиками составил 83 процента⁷⁴.

Подростки

59. Двадцать три процента населения составляют подростки в возрасте от 10 до 19 лет⁷⁵. Имеется недостаточно информации об охране здоровья с

разбивкой по конкретным возрастам. В 1997 году показатель числа родов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет в Узбекистане составил 35⁷⁶, хотя в среднем по региону этот показатель составляет 59. Как сообщается, ВИЧ/СПИД не является серьезной проблемой и ими заражены менее 0,01 процента женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет⁷⁷.

Женщины

60. Как сообщается, проблемы со здоровьем у женщин в основном связаны с репродуктивной функцией. Общий показатель фертильности сократился с 6,3 на одну женщину в 1960 году до 3,4 в 1998 году⁷⁸, что объясняется относительно высоким показателем использования противозачаточных средств, составляющим 56 процентов⁷⁹. Аборты по-прежнему используются для контроля рождаемости, однако следует отметить, что масштабы применения абортов быстро уменьшаются. Коэффициент материнской смертности у женщин в возрасте от 19 лет до 21 года на 100 000 живорождений⁸⁰ можно было бы еще уменьшить. Как представляется, показатель неграмотности женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет⁸¹, составляющий 0,3 процента, свидетельствует о наличии доступной и эффективной государственной системы образования.

Пожилые/престарелые женщины

61. Женщины в возрасте 60 лет и старше составляют 8 процентов от всего населения, а мужчины — 6 процентов⁸². Вероятная продолжительность жизни в возрасте 60 лет составляет 20 лет для женщин и 17 лет для мужчин⁸³. Данные об основных проблемах со здоровьем для этой группы населения отсутствуют.

Вывод

62. Узбекистан добился определенных успехов в охране здоровья и образовании женщин с детского возраста. Как и прежде, широко применяется практика абортов.

Замечания

63. Публикуемые данные не раскрывают конкретные потребности подростков и пожилых женщин в охране здоровья, а кроме того,

неизвестны возможности системы здравоохранения, в частности секторов по охране здоровья и обеспечению благополучия, в удовлетворении этих потребностей. Комитет, возможно, пожелает рекомендовать правительству создать механизм для сбора данных с соответствующей разбивкой и гендерного анализа потребностей женщин, включая, в частности, потребности в охране их психического и физического здоровья на протяжении всего жизненного цикла, а также механизм охраны здоровья и другие системы для принятия эффективных мер по удовлетворению указанных потребностей. Увеличение продолжительности жизни женщин в сочетании с диверсификацией их образа жизни и сокращением периода жизни женщин, связанного с рождением детей, обуславливает необходимость переориентации услуг по охране здоровья. Кроме того, возможно, следует обратить внимание на особую необходимость данных о потребностях женщин, которые особо уязвимы к воздействию эксплуатации и дискриминации в охране здоровья, таких, как женщины, живущие в условиях крайней нищеты, женщины, занятые в индустрии секса, или же женщины, относящиеся к маргинальным группам; следует также обратить внимание на наличие специальных программ удовлетворения этих потребностей.

64. В связи с высокой процентной долей городского населения можно было бы рассмотреть вопросы об ответных мерах правительства для решения общих проблем охраны здоровья городского населения, таких, например, как проблемы, связанные с загрязнением воздуха в городах, насилием в отношении женщин, изменением роли мужчин и женщин, профессиональными заболеваниями и городской нищетой. Во всех случаях необходимо изучить конкретные различия в состоянии здоровья мужчин и женщин, которые могут быть результатом различий в подверженности воздействию, уязвимости или доступа к информации/лечению. В контексте охраны репродуктивного здоровья женщин следует также особо рассмотреть вопрос об оказании помощи женщинам в решении проблем, связанных с потенциальным воздействием загрязнения воздуха в городах на рождение детей.

Примечания

- ¹ Общая рекомендация 24 (8). «Государствам-участникам предлагается решать вопросы охраны здоровья женщин независимо от их возраста. Поэтому для целей настоящей рекомендации общего характера к женщинам относятся девочки младшего и подросткового возрастов...».
- ² United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ³ United Nations Population Fund, *The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change* (New York, 2000).
- ⁴ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁵ For women: United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000); for men, country data from the World Health Organization.
- ⁶ World Bank, *Entering the 21st century: World Development Report 1999/2000* (New York, Oxford University Press, 2000).
- ⁷ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁸ Ibid.
- ⁹ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Ibid.
- ¹² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization "Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Burundi".
- ¹³ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ¹⁴ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ¹⁵ United Nations Children's Fund, "A Humanitarian Appeal for Children and Women: Burundi" (Geneva, January-December 2000).
- ¹⁶ *Official Records of the General Assembly, Twenty-third Special Session, Supplement No. 3 (A/S-23/10/Rev.1)*, para. 72 (1).
- ¹⁷ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Ibid.

- ²⁰ United Nations Children's Fund, "A Humanitarian Appeal for Children and Women: Burundi" (Geneva, January-December 2000).
- ²¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization "Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Burundi".
- ²² United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ²³ Ibid.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ²⁶ United Nations Population Fund, *The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change* (New York, 2000).
- ²⁷ Earlier statistic, United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000); More recent statistic, country data from the World Health Organization.
- ²⁸ World Bank, *Entering the 21st century: World Development Report 1999/2000* (New York, Oxford University Press, 2000).
- ²⁹ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ³² Ibid.
- ³³ Ibid.
- ³⁴ Ibid.
- ³⁵ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, "Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Kazakhstan".
- ³⁶ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ³⁷ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ³⁸ United Nations Children's Fund, *Women in Transition: The MONEE Project* (CEE/CIS/Baltics), Regional Monitoring Report, No. 6 (Florence, 1999).
- ³⁹ Ibid., *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ⁴⁰ Ibid.
- ⁴¹ United Nations Children's Fund, *Women in Transition: The MONEE Project*. CEE/CIS/Baltics. Regional Monitoring Report No. 6 (Florence, 1999).
- ⁴² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, "Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Kazakhstan".
- ⁴³ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁴⁴ Ibid.
- ⁴⁵ Ibid.
- ⁴⁶ Ibid.
- ⁴⁷ Ibid.
- ⁴⁸ Ibid.
- ⁴⁹ World Bank, *Entering the 21st century: World Development Report 1999/2000* (New York, Oxford University Press, 2000).
- ⁵⁰ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁵¹ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ⁵² Ibid.
- ⁵³ Ibid.
- ⁵⁴ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁵⁵ Ibid.
- ⁵⁶ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ⁵⁷ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁵⁸ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).
- ⁵⁹ Ibid.
- ⁶⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, "Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Maldives".
- ⁶¹ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).
- ⁶² Ibid.
- ⁶³ Ibid.
- ⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ United Nations Population Fund, *The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change* (New York, 2000).

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ World Bank, *Entering the 21st century: World Development Report 1999/2000* (New York, Oxford University Press, 2000).

⁶⁸ World Health Organization, *World Health Report 2000: Health Systems — Improving Performance* (Geneva).

⁶⁹ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).

⁷² Ibid.

⁷³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, *Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update — Uzbekistan*.

⁷⁴ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2000* (New York, 2000).

⁷⁵ United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ United Nations Children's Fund, *The Progress of Nations, 2000* (New York).

⁷⁸ Ibid., *The State of the World's Children 2000*.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid., *The Progress of Nations, 2000* (New York).

⁸² United Nations, *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (New York, 2000).

⁸³ Ibid.
