



Конвенция о
ликвидации
всех форм
дискриминации
в отношении женщин

Distr.
GENERAL

CEDAW/C/2000/I/3/Add.2
10 February 2000
RUSSIAN
ORIGINAL: ENGLISH

КОМИТЕТ ПО ЛИКВИДАЦИИ ДИСКРИМИНАЦИИ
В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

Двадцать вторая сессия

19 января - 4 февраля 2000 года

Пункт 5 повестки дня

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СТАТЬИ 21 КОНВЕНЦИИ

О ЛИКВИДАЦИИ ВСЕХ ФОРМ ДИСКРИМИНАЦИИ
В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

ДОКЛАДЫ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ 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 Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 18 ноября 1999 года представить Комитету к 20 декабря 1999 года доклад о полученной ВОЗ от государств информации об осуществлении статьи 12 и связанных с ней статей Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, который бы дополнял информацию, содержащуюся в докладах государств - участников Конвенции, которые будут рассмотрены на двадцать второй сессии.
2. Другая информация, необходимая Комитету, касается мероприятий, программ и решений в области политики, которые реализуются ВОЗ в целях содействия осуществлению статьи 12 и связанных с ней статей Конвенции.
3. Предлагаемый ниже доклад представляется в соответствии с просьбой Комитета.

Приложение

ДОКЛАД ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ГОСУДАРСТВАМИ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТАТЬИ 12 КОНВЕНЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

В статье 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДОЖ) предусматривается, что государства-участники "принимают 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 размера семьи". В этой статье далее особое внимание обращается на "соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период". Пекинская платформа действий (1995 год) основывается на положениях этой статьи и укрепляет их, выделяя пять стратегических целей (С.1-С.5), которые перечисляются ниже:

- расширение доступа женщин на протяжении всей их жизни к соответствующим доступным и высококачественным услугам в области здравоохранения и информации и к услугам в смежных областях;
- укрепление профилактических программ, направленных на укрепление здоровья женщин;
- реализация учитывающих гендерные аспекты инициатив, касающихся заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИД и вопросов сексуального и репродуктивного здоровья;
- содействие исследованиям и распространение информации по вопросам охраны здоровья женщин; и
- увеличение объема ресурсов на охрану здоровья женщин и контроль за деятельностью в этой области.

В настоящем докладе приводятся последние данные об отдельных медицинских показателях по странам, представляющим Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин первые и вторые доклады (Индия, Иордания, Мьянма и Демократическая Республика Конго), с разбивкой по четырем основным разделам: охрана сексуального и репродуктивного здоровья; ВИЧ/СПИД; укрепление здоровья и профилактика заболеваний; и насилие в отношении женщин.

1. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья

1.1 Охрана здоровья матери (таблица 1.1)

В таблице 1.1 приводятся данные о материнской смертности, представленные в виде коэффициента смертности на 100 000 живорождений. Показатели по Индии, Мьянме и Демократической Республике Конго, составляющие соответственно 570, 580 и 870, свидетельствуют о том, что одной из основных причин заболеваемости и смертности среди женщин в этой группе стран продолжают оставаться роды. В результате проведенных в Индии тщательных наблюдений недавно был получен более низкий коэффициент, равный 410, однако разброс

значений по штатам Индии по-прежнему высок - от 100 до 700 случаев смерти среди матерей на 100 000 живорождений^{1,2}. В 1996 году в Мьянме также отмечено снижение этого показателя до 196^{1,2}.

1.2. Аборты

В таблице 1.2 приводятся сводные данные о легальности абортов в соответствующих странах. Небезопасные аборты являются одним из серьезных угрожающих здоровью женщин факторов, на долю которого приходится 14 процентов случаев материнской смертности, как это наблюдается в Индии. Судя по сообщениям, в 1994 году в Индии на долю молодых женщин в возрасте от 15 до 24 лет приходилось 60 процентов случаев смерти при абортах. Данные, представленные в том же году больницами в Мьянме, показывают, что осложнения при абортах (как искусственных, так и самопроизвольных) явились причиной 50-60 процентов случаев непосредственной материнской смертности. Наиболее либеральные юридические положения, регулирующие применение абортов, существуют в Индии. Однако, как явствует из показателей по Индии, легальность не всегда приводит к существенному сокращению случаев небезопасных абортов в силу причин, касающихся особенностей культуры, медицинской инфраструктуры и т.п.

В 1999 году Всемирная организация здравоохранения задумала укрепить меры, которые позволяют снизить материнскую смертность, включая профилактику небезопасных абортов в рамках инициативы по уменьшению заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных под названием "Повысить безопасность беременности". В соответствии с этой инициативой в странах-членах будут проводиться с учетом их правовых и культурных норм мероприятия, которые вначале будут осуществляться в 10 приоритетных странах в двухгодичном периоде 2000-2001 годов с постепенным увеличением охвата к 2006 году до 50 стран.

1.3 Распространенность противозачаточных средств и общие показатели фертильности

Масштабы использования противозачаточных средств среди замужних женщин колеблются от 8 процентов в Демократической Республике Конго до 53 процентов в Иордании³. По Индии приводится относительно низкий показатель, составляющий 41 процент, однако это объясняется тем, что стерилизация женщин продолжает оставаться для значительного числа женщин главным методом планирования размеров семьи, при этом стерилизация производится в среднем в возрасте 27 лет. Масштабы применения мужчинами противозачаточных средств, например презервативов, и вазэктомии, незначительны. Несмотря на то, что приводимый по Мьянме общий показатель составил в 1995 году 17 процентов, в некоторых районах его величина достигала 30 процентов, что свидетельствует о решимости правительства добиваться осуществления программы планирования размеров семьи.

Общие показатели фертильности составляют 3,1 для Индии, 4,9 для Иордании, 2,4 для Мьянмы и 6,4 для Демократической Республики Конго. Для того чтобы снизить общий показатель фертильности, необходимо будет расширить масштабы применения противозачаточных средств в Демократической Республике Конго.

2. ВИЧ/СПИД

Согласно данным, приведенным в таблице 2, в Демократической Республике Конго носителями ВИЧ/СПИДа являются 4,35 процента взрослых в отличие от 1,79 процента, 0,02 процента и 0,82 процента соответственно в Мьянме, Иордании и Индии. Однако в абсолютном выражении в Индии (наряду с Мьянмой) зарегистрировано огромное количество случаев. По состоянию на сентябрь 1999 года общий показатель по Индии составил 8491 случай, а количество ВИЧ-инфекций составляет, по оценкам, 3,5 миллиона. Как сообщается, распространенность СПИДа среди мужчин и женщин представляется в соотношении 3:1. Девяносто один процент случаев заболевания СПИДом отмечен в возрастной группе от 15 до 49 лет и свыше 4,6 процента случаев приходится на долю детей. Преобладающим способом распространения заболевания являются гетеросексуальные контакты (85 процентов), за которыми следуют инъекции, связанные с употреблением наркотиков (7 процентов), и передача заболевания от матери к ребенку (5 процентов).

В Демократической Республике Конго к концу 1997 года женщины носители ВИЧ/СПИДа составляли свыше половины всех взрослых больных, при этом масштабы распространенности ВИЧ среди работников секс-индустрии составляют 34-64 процента (ВОЗ, 1999 год). С учетом того, что употребление наркотиков через инъекции не является одним из основных способов передачи ВИЧ в этой стране, остается, тем не менее, неясным, в какой степени оказание сексуальных услуг связано с употреблением психотропных веществ⁴.

В Индии масштабы распространенности ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики через инъекции, характеризуются в последние годы тревожным ростом; можно с уверенностью предположить, что значительное число женщин подвергается воздействию и инфицируется ВИЧ из-за употребления наркотиков через инъекции. Однако данными по этому вопросу, дезаггегированными по признаку пола, ВОЗ не располагает.

В Иордании к концу 1997 года были зарегистрированы три случая заражения СПИДом: один связан с употреблением наркотиков через инъекции, а в двух других заражение осуществлялось через сексуальный контакт.

В Мьянме по состоянию на декабрь 1998 года зарегистрированы 2854 случая заражения СПИДом и количество инфекций составляет, по оценкам, 440 000. Соотношение между мужчинами и женщинами составляет 4:1, при этом преобладающим способом распространения являются гетеросексуальные контакты.

3. Употребление табака среди женщин

В таблице 3 показано, что в Мьянме курящие составляют значительную часть населения (16 процентов), в то время как в Иордании этот показатель равен 5 процентам. В Индии этот показатель (0,2 процента) относительно низок; по Демократической Республике Конго данные отсутствуют. Предполагается, что инициативы, предпринятые недавно Всемирной организацией здравоохранения, помогут странам добиться сокращения употребления табака⁵.

4. Насилие в отношении женщин

В настоящее время насилие в отношении женщин признается как один из серьезных факторов, угрожающих здоровью женщин (см. таблицу 4). Результаты проведенных в Индии исследований показывают, что 19-75 процентов женщин подвергаются физическим оскорблениям, главным образом на бытовой почве. В Мьянме, как сообщается, физическому оскорблению подвергаются от 3,4 до 9 процентов жен, но еще более распространены случаи морального оскорбления, ему подвергаются 11-19 процентов жен⁶.

5. Другие медицинские проблемы

В Индии одной из серьезных проблем является питание женщин и девочек. По данным регионального отделения ВОЗ для Юго-Восточной Азии, 40 процентов населения Индии потребляют менее 80 процентов необходимой энергии. Масштабы распространенности тяжелых форм белково-калорийной недостаточности (БКН) среди детей дошкольного возраста и случаев, характеризующихся пониженной массой тела у детей в возрасте до 5 лет, снижаются, однако последний показатель по-прежнему высок и составляет 50 процентов. Как сообщается, имеют место случаи дискриминации по признаку пола в отношении девочек при распределении питания в семье.

Кроме того, в Индии, по сообщениям, главной причиной смертности среди женщин, страдающих инфекционными заболеваниями, является туберкулез. Как правило, в связи с инфекцией женщины начинают себя плохо чувствовать. Психическим заболеваниям подвержены приблизительно 15 процентов всех женщин, в то время как среди мужчин этот показатель составляет 11 процентов.

В Мьянме проблемы с питанием носят такой же характер, что и в Индии. Как сообщается, масштабы распространенности анемии составляют 48 процентов среди беременных женщин, 36 процентов среди небеременных женщин и 30 процентов среди детей в возрасте до 5 лет. Серьезную проблему представляет собой малярия, которой чаще заболевают мужчины, нежели женщины.

Приложение 1.1.1Таблица 1.1. Материнская смертность и помощь при родах

	Коэффициент материнской смертности (оценочные данные за 1990 год)	Квалифицированная помощь при родах (в процентах) (самые последние данные)
Индия	570	35
Иордания	150	97
Мьянма	580	57
Демократическая Республика Конго	870	Нет данных

Приложение 1.1.3Таблица 1.2 Легализация аборт

	Аборты разрешены в следующих случаях						
	Угроза жизни	Состояние физического здоровья	Состояние психического здоровья	Изнасилование, кровосмешение	Угроза плоду	Экономические и социальные причины	По просьбе
Индия	X	X	X	X	X	X	X
Иордания	X	X	X				
Мьянма	X						
Демократическая Республика Конго	X						

Приложение 1.1.5Таблица 1.3 Применение противозачаточных средств и общие показатели фертильности

	Применение противозачаточных средств среди замужних женщин в процентах		Общий показатель фертильности за 1995-2000 годы
	Все методы	Год	
Индия	41	1992-1993	3,1
Иордания	53	1997	4,9
Мьянма	17	1992	2,4
Демократическая Республика Конго	8	1991	6,4

Таблица 2. ВИЧ/СПИД

	ВИЧ/СПИД			Основные способы передачи
	В процентах среди взрослых	Средний показатель в процентах среди беременных женщин в городах	Средний показатель в процентах среди беременных женщин не в городах	
Индия	0,82	2,5	2,4	-
Иордания	0,02	0	-	-
Мьянма	1,79	0,8	1	-
Демократическая Республика Конго	4,35	4,3	4	Гетеросексуальные контакты (3666/4744 в 1996 году)

Таблица 3. Употребление табака среди женщин

	Женщины, продолжающие регулярно курить, в возрасте 15-25 лет	
	В процентах	Год обследования
Индия	0,20	1996
Иордания	5	1996
Мьянма	16	1996
Демократическая Республика Конго	Нет данных	-

Приложение 2

Таблица 4. Насилие в отношении женщин

	Полевые данные	Численность выборки	Группа выборки	Вид измерения	Место	Временные параметры	Степень родства	Все виды	Физическое насилие, в процентах	Изнасилования	Примечания
Индия											
3 южных деревни	1997Р	163	Женщины в возрасте свыше 15 лет	Межличностные конфликты	Домашнее хозяйство	В текущем браке	Муж		22,0		Возможно, оценка занижена, поскольку качественные данные показывают, что некоторые случаи насилия не относились к категории "надругательства"
Мумбаи (Бомбей)	1995-1997	65	Женщины в замужестве	Межличностные конфликты	Община	В текущем браке	Муж		49,2		
Сельские районы в двух штатах	1993-1994	1,842	Женщины в замужестве. Межличностные конфликты	Межличностные конфликты	Домашнее хозяйство	В текущем браке	Муж		40,0		Собеседования с женщинами проводились пять раз. Дополнительная методологическая информация была получена в результате личного общения с исследователями

	Полевые данные	Численность выборки	Группа выборки	Вид измерения	Место	Временные параметры	Степень родства	Все виды	Физическое насилие, в процентах	Изнасилования	Примечания
Тамилнад	1993-1994	983	Женщины в замужестве	Межличностные конфликты	Домашние хозяйства	В текущем браке	Муж		37,0		Собеседования с женщинами проводились пять раз. Дополнительная методологическая информация была получена в результате личного общения с исследователями
Уттар-Прадеш	1993-1994	859	Женщины в замужестве	Межличностные конфликты	Домашние хозяйства	В текущем браке	Муж		44,7		Собеседования с женщинами проводились пять раз. Дополнительная методологическая информация была получена в результате личного общения с исследователями
Уттар-Прадеш	1996	6,926	Женатые мужчины	Межличностные конфликты	Община	В текущем браке	Муж			28,0	По сообщениям мужей о насилии, совершенном ими в отношении своих жен
Уттар-Прадеш	1996	98	Женщины в замужестве	Межличностные конфликты	Две деревни	В любых отношениях	Муж			68,0	

Литература

1. WHO Regional Office for South-east Asia (1999). Health Situation in South-east Asia Region 1994-1997.
2. WHO/UNICEF Revised 1990 estimates of maternal mortality, Geneva (1996).
3. United Nations Population Division, New York (1999).
4. WHO/UNAIDS Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, Geneva (1999).
5. WHO, Tobacco Free Initiative (1999).
6. WHO, Data-base on violence against women (1999).
