



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

Distr.: General
23 May 2002
Russian
Original: English

**Комитет по ликвидации дискриминации
в отношении женщин**

Двадцать седьмая сессия

3–21 июня 2002 года

Пункт 5 предварительной повестки дня*

**Осуществление статьи 21 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 по ликвидации дискриминации в отношении женщин 17 апреля 2002 года Секретариат предложил 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 седьмой сессии.
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.

* CEDAW/C/2002/II/1.

** Настоящий документ был представлен конференционным службам с опозданием без объяснения, требующегося в соответствии с пунктом 8 резолюции 53/208 В Генеральной Ассамблеи, в котором Ассамблея постановила, что в случае несвоевременного представления доклада в примечании к документу следует указывать причины этого.

Приложение

Доклад Всемирной организации здравоохранения Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин на его двадцать седьмой сессии

Комментарии по вопросу о здоровье женщин в государствах- участниках, представляющих первоначальные доклады: Конго, Сент-Китс и Невис и Суринам

I. Введение

1. Здоровье женщин является тем вопросом, который прямо или косвенно затрагивается в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин с указанием в различных местах возможных негативных последствий дискриминации для здоровья женщин. Статья 12 прямо обязывает государства-участники 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 размеров семьи.
2. Другие статьи укрепляют и расширяют положения этой статьи, призывая ликвидировать дискриминацию в отношении женщин в ряде областей, касающихся здоровья, например статьи 10 (образование), 14 (женщины, проживающие в сельской местности) и 16 (браки и семейные отношения). Аналогичным образом общие рекомендации развивают и конкретизируют другие вопросы, которые, по мнению Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, также являются важными с точки зрения контроля в связи с дискриминацией и которые касаются здоровья, например, №№ 12 (1989 год) и 19 (1992 год) о насилии в отношении женщин, № 14 (1990 год) о калечащих операциях на женских половых органах, № 15 (1990 год) о дискриминации в отношении женщин в национальных стратегиях профилактики СПИДа и борьбы с ним, № 18 (1991 год) о женщинах-инвалидах и № 24 (1999 год), содержащая самые обширные комментарии Комитета по вопросу о здоровье женщин.
3. Особо важное значение имеет общая рекомендация № 24, которая полностью посвящена вопросам здоровья. В этой рекомендации здоровье женщин рассматривается в комплексном плане и за основу берется продолжительность жизни при должном учете конкретных возрастных потребностей женщин на каждом этапе их жизни.
4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) с удовлетворением представляет настоящий доклад, содержащий информацию, которая может дополнить доклады государств-участников и привлечь внимание к ряду вопросов, касающихся здоровья женщин, которые могут оказаться предметом особого внимания Комитета.
5. Информация по каждой стране объединена в рамках различных тем: основные сведения, дети, подростки, женщины, пожилые женщины и выводы, при этом в каждом случае дается информация, конкретно касающаяся здоровья женщин всех возрастов.

6. К сожалению, данные по ряду вопросов, важных для здоровья женщин, особенно женщин из бедных слоев населения, как правило, являются неполными или вовсе не приводятся в большинстве публикуемых во многих странах стандартных информационных материалах о женщинах. Например:

- несмотря на глубокую озабоченность ВОЗ и ряда других учреждений Организации Объединенных Наций по поводу торговли женщинами и детьми и высказывания относительно того, что для некоторых стран, представляющих доклады Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин, этот вопрос может иметь большое значение, страны не представляют в достаточном объеме систематизированной конкретной информации о масштабах этого явления или угрозах для здоровья и благополучия женщин, являющихся жертвами торговли;
- к числу двух других важных вопросов, которые не представлены надлежащим образом, относятся общие масштабы, воздействие и гендерные характеристики детского труда и профессиональные заболевания женщин, работающих как в формальном, так и в неформальном секторе;
- не хватает данных о женщинах-инвалидах и других категориях женщин, живущих или работающих в условиях, при которых они подвергаются особенно большому риску заболеть или потерять трудоспособность, в частности таких, как трудящиеся-мигранты, беженцы и другие социально изолированные женщины и женщины, занятые в «секс-индустрии».

Эти вопросы полезно было бы поставить в отношении каждой страны.

7. Наконец, было бы чрезвычайно полезно, если бы Комитет подчеркнул важность здоровья женщин не только с точки зрения озабоченности по поводу их репродуктивного здоровья. Так, многие страны не располагают надлежащим объемом систематизированных дезагрегированных данных по вопросам здоровья женщин, например:

- инфекционные болезни, включая малярию и туберкулез;
- сердечно-сосудистые заболевания (все чаще становящиеся причиной смерти женщин);
- проблемы психического здоровья;
- инвалидность и смерть, связанные с образом жизни, включая злоупотребления различными веществами (курение и алкоголь);
- остеоартрит, нарушения иммунной системы и другие заболевания, которые являются особенно важными факторами, приводящими к инвалидности и смерти пожилых женщин.

8. ВОЗ как один из элементов системы Организации Объединенных Наций придает серьезное значение процессу представления докладов Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин и рассматривает этот процесс как важную возможность укрепления работы по проблемам здоровья женщин. С целью активизации этой работы Департамент по гендерным вопросам и вопросам здоровья женщин ВОЗ готовит публикацию, которая призвана помочь персоналу, работающему с сотрудничающими правительствами, в деле разработки медицинских аспектов страновых докладов Комитету. Работа над документом ведется на базе материалов всех региональных отделений ВОЗ и тех-

нических департаментов и в сотрудничестве с подразделениями по вопросам защиты прав человека и гуманитарным вопросам. Члены Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин могли бы также внести свой вклад в эту работу в ходе двадцать седьмой сессии.

II. Конго

9. Общая численность населения Конго (Браззавиль) составляет 3 млн. человек¹ при темпах роста населения 3,1 процента². Численность мужского и женского населения является практически одинаковой, и на долю женщин приходится 51 процент всего населения. Предполагаемая продолжительность жизни при рождении сравнительно невелика. Однако, как и во многих других странах, предполагаемая продолжительность жизни женщин (53 года) выше, чем продолжительность жизни мужчин (всего 50 лет)³.

10. Большинство населения Конго проживает в городских районах (в 2000 году эта цифра составляла 65,4 процента)⁴. Согласно оценкам, ежегодные темпы роста численности городского населения в 2000–2005 годах составляли 3,96 процента, что несколько ниже, чем в целом по региону (центральная часть Африки), где в тот же период этот показатель составлял 4,40 процента⁵.

11. По данным Всемирного банка, Конго относится к категории стран с низким уровнем доходов⁶. В 1999 году валовой национальный продукт на душу населения составлял 670 долл. США⁷. Общий объем расходов на здравоохранение в 1998 году оценивался в объеме 3 процентов валового внутреннего продукта, или чуть выше, чем в 1997 году⁸.

12. Положение в Конго в целом с точки зрения здравоохранения и всех аспектов развития человеческого потенциала является сложным. Этот факт нашел определенное отражение в заключительных замечаниях Комитета по экономическим, социальным и культурным правам⁹. Гражданская война вызвала массовое перемещение населения, а также привела к подрыву национальной экономики, системы производства и сбыта продовольствия. Это оказало глубокое негативное влияние на повседневную жизнь. Затронутой оказалась также система здравоохранения.

Дети

13. Около половины населения Конго (46,3 процента) составляют дети в возрасте до 15 лет¹⁰. Почти одна четверть (23 процента) — подростки в возрасте от 10 до 19 лет¹¹. Показатель младенческой смертности (вероятность смерти младенца в возрасте до одного года) составляет 87,2 процента на 1000 живорождений для девочек и 100 для мальчиков¹². Показатель детской смертности (вероятность смерти ребенка в возрасте до пяти лет), согласно оценкам, составляет 122 для девочек и 134 для мальчиков¹³. Выжившие дети продолжают испытывать проблемы со здоровьем и питанием, и эти проблемы носят серьезный характер. Недоедание является распространенным явлением, иммунизация не проводится на должном уровне, и СПИД оказывает все возрастающее воздействие.

14. Доля детей до пяти лет, страдающих от истощения, примерно та же, что и в среднем по региону, — 10 процентов¹⁴. В то же время 45 процентов страдают от умеренной или серьезной задержки в росте, что на 8 процентов выше среднего регионального уровня и на 13 процентов выше мировых показателей¹⁵. Охват иммунизацией составляет всего 50 процентов и ниже. К сожалению, данные, касающиеся как питания, так и иммунизации, не дезагрегированы по полу.

Таблица 1

Показатели иммунизации детей в Конго, 1995 и 2000 годы¹⁶

Год	Туберкулез (ВЦЖ)	КДС-3	Полиомиелит (пол.-3)	МЦВ
1995	50 процентов	47 процентов	47 процентов	42 процента
2000	50 процентов	33 процента	отсутствуют	34 процента

15. Детское население Конго как прямо, так и косвенно подвергается разрушительному воздействию ВИЧ/СПИДа. В конце 1999 года 4000 детей в возрасте до 15 лет были носителями ВИЧ-инфекции и 35 103 лишились родителей в результате этой эпидемии, потеряв либо мать, либо обоих родителей, умерших от СПИДа¹⁷. Нетрудно предположить, что за прошедшее время эти цифры значительно возросли.

Комментарий

16. Эти данные серьезно влияют на национальную политику, а также на формирование и развитие государственных служб, особенно в таких областях, как образование и здравоохранение. Ввиду отсутствия достаточного объема дезагрегированных данных трудно сказать, сталкиваются ли девочки, в отличие от мальчиков, с более серьезными проблемами. Поэтому Комитет, возможно, пожелает указать представителям Конго на важность обеспечения справедливости и равенства в деятельности по укреплению здоровья детей и созданию необходимой инфраструктуры. Истощение, от которого сегодня страдают 45 процентов детей в возрасте до пяти лет, сказывается на протяжении всей жизни и может иметь необратимые последствия. Кроме того, низкие показатели иммунизации означают, что большинство конголезских детей подвергаются риску заболеть болезнями, которые поддаются профилактике, а порой являются смертельными, или стать инвалидами. Цена (таких низких показателей иммунизации) велика, поскольку это ведет к преждевременной смерти как индивидуума, так и нации, к потере достоинства и производительности в связи с пожизненной нетрудоспособностью. С учетом этого при обсуждении проблем здоровья всегда следует подчеркивать настоятельную необходимость обеспечения надлежащего руководства системой здравоохранения и питания детей обоего пола с первых дней их жизни.

Подростки

17. В области здравоохранения двумя наиболее крупными вопросами, в отношении которых имеется солидная база данных, указывающих на необходимость уделения внимания и принятия мер, являются ранняя беременность и

ВИЧ/СПИД. В течение 1995–2000 годов на 1000 лиц женского пола в возрасте от 15 до 19 лет приходилось 141 живорождение¹⁸, что примерно равнялось данным по региону (143 на 1000)¹⁹, но значительно превышало желательный уровень с точки зрения здоровья и развития как матери, так и ребенка. Конкретных данных о ВИЧ-инфицированных подростках нет, однако следует отметить, что в возрастной группе от 15 до 24 лет ВИЧ-инфицированными оказались примерно 6,5 процента девушек/женщин, в то время как для юношей/мужчин эта цифра составила только 3,2 процента²⁰.

18. Все данные, касающиеся беременности, заражения ВИЧ-инфекцией несовершеннолетних и разрыва в показателях заражения между мальчиками и девочками, свидетельствуют о настоятельной необходимости принятия мер с целью повышения доступности соответствующих информации и услуг в области здравоохранения с особым акцентом на потребности девочек-подростков в области репродуктивного здоровья. Поскольку общий показатель девочек, зачисленных в среднюю школу, составляет всего 45 процентов²¹, при принятии таких мер необходимо тщательно изучить виды деятельности, которыми занимаются девочки-подростки, с тем чтобы определить, где и как найти с ними контакт и помочь им создать возможности для принятия надлежащих действий.

19. Вопрос о гражданской войне и ее последствиях для многих сторон жизни поднимался в ходе дискуссии в Комитете по социальным, экономическим и культурным правам. Еще одним вопросом, который связан с предыдущим и касается здоровья девочек-подростков в Конго, является вопрос их привлечения в прошлом и в настоящее время в качестве комбатантов или в рамках системы оказания поддержки комбатантам. К сожалению, серьезных данных на этот счет имеется немного.

Комментарий

20. Существует множество факторов, угрожающих здоровью девочек-подростков, однако наиболее серьезные из них связаны с угрозой для их сексуального и репродуктивного здоровья и поведения. Данные, касающиеся беременности и заражения ВИЧ-инфекцией несовершеннолетних, свидетельствуют о том, что в силу своей принадлежности к женскому полу девушки подвергаются несоразмерному риску забеременеть или заболеть, не располагая надлежащими возможностями в плане защиты. В этой связи и в соответствии с пунктом 18 общей рекомендации № 24²² Комитет, возможно, пожелает продолжить обсуждение с представителями Конго, сосредоточив внимание на доступности информации и услуг, необходимых для обеспечения репродуктивного здоровья с учетом гендерных и возрастных особенностей. Меры по содействию эволюции и признанию более справедливых и сбалансированных отношений между полами могли бы обеспечить эффективность таких программ.

21. В соответствии с положениями Конвенции о правах ребенка и с учетом необходимости обеспечения здорового развития девочек необходимо решительно противодействовать любому вовлечению их в военные действия. Поэтому Комитет, возможно, пожелает узнать о наличии программ реабилитации и усилиях по предотвращению вовлечения девочек в действия военного и полувоенного характера, которые могут нанести ущерб их психическому или физическому здоровью и развитию.

Женщины

22. Женщины вместе со всеми членами общества несут тяготы жизни в условиях нищеты, нестабильности, гражданской войны и социального раскола. Фактически женщины в несоразмеримой степени затронуты всеми этими факторами, в результате чего они подвергаются огромному риску с точки зрения их психического и физического здоровья. В докладах Комиссии по правам человека и Комитета по экономическим, социальным и культурным правам обращается внимание на широкие масштабы распространения насилия в семье, насильственных действий вооруженных мужчин в отношении женщин, серьезных перебоев в процессе производства продовольствия и нехватки медицинских услуг как в городских, так и сельских районах. Все это, по идее, должно способствовать в целом высоким показателям фертильности (6,3 для Конго в 2000 году²³ против 2,68 в целом по миру²⁴) и неблагоприятному состоянию здоровья женщин, однако конкретных данных на этот счет весьма мало. Эту и без того трудную ситуацию усугубляют быстрые темпы распространения среди населения ВИЧ/СПИДа. Согласно оценкам, в конце 1999 года доля инфицированного населения составляла 6,43 процента, в том числе 45 000 женщин и 37 000 мужчин²⁵.

23. Особому риску для здоровья подвергаются женщины из неблагоприятных слоев населения (беженцы, просители убежища и репатрианты). По состоянию на конец 1999 года в этой категории населения насчитывалось более 63 000 женщин (53,8 процента общей численности неблагоприятных слоев населения)²⁶.

Комментарий

24. Необходимо уделить серьезное внимание поиску путей постепенного устранения особых рисков для здоровья, удовлетворению потребностей и преодолению факторов уязвимости конголезских женщин в целом по стране и женщин, оказавшихся в положении беженцев и не имеющих постоянного жилья. Независимо от их местонахождения женщины имеют право на разумный доступ к базовой информации и услугам в области здравоохранения и надлежащую защиту, гарантирующую уважение их достоинства и неприкосновенность их личности. Поэтому Комитет, возможно, пожелает узнать о ближайших и более долгосрочных планах осуществления программ и создания общинной инфраструктуры и систем необходимой поддержки с целью обеспечения конголезским женщинам доступа к более эффективным медицинским услугам в соответствии со стандартами, сформулированными в общей рекомендации по здравоохранению. Учитывая чрезвычайные трудности, через которые за последние годы прошла основная часть населения страны, важно обеспечить учет позиций самих женщин в формировании, определении степени значимости и развитии служб здравоохранения.

III. Сент-Китс и Невис

25. Статистические данные по Сент-Китс и Невису найти трудно, и во время подготовки настоящего доклада доклад этой страны еще не был размещен в Интернете. Поэтому нижеприведенный анализ не отличается глубокой детализацией и для рассмотрения Комитетом в нем поднимается лишь несколько вопросов.

26. Общая численность населения Сент-Китс и Невиса составляет 38 000 человек²⁷, и в течение 10-летнего периода 1990–2000 годов наблюдались негативные темпы роста численности населения (-0,8)²⁸. Шестьдесят шесть процентов населения проживает в сельских районах²⁹.

27. Предполагаемая продолжительность жизни при рождении составляет 72 года для женщин и 66,1 лет для мужчин³⁰. Доля городского населения в общей численности населения в Сент-Китс и Невисе (34,1 процента³¹) значительно ниже по сравнению с другими странами Карибского бассейна (63 процента³²). Всемирный банк относит Сент-Китс и Невис к категории стран с уровнем дохода выше среднего при годовом ВВП на душу населения в размере 6420 долл. США³³.

28. Данные о младенческой и детской смертности отражают биологическое преимущество девочек по сравнению с мальчиками. Коэффициент младенческой смертности для девочек равен 17, а для мальчиков — 23³⁴; коэффициент детской смертности для девочек равен 22, а для мальчиков — 25³⁵. Несмотря на отсутствие дезагрегированных по полу данных, показатели, касающиеся иммунизации, неплохие: к моменту достижения одного года 99–100 процентов детей проходят полную иммунизацию³⁶. Однако при сравнительно благоприятном экономическом положении страны ситуация, по крайней мере в течение пятилетнего периода 1995–2000 годов, была неблагоприятной как в абсолютном, так и в относительном выражении; показатели в этом отношении совпадают с мировыми или превышают их и явно выше региональных.

Таблица 2

Данные о недоедании среди детей в Сент-Китс и Невисе
(процент детей в возрасте до пяти лет)³⁷

	Пониженная масса	Истощение (среднее и серьезное)	Задержка в росте (средняя и серьезная)
Сент-Китс и Невис	11	9	42
Регион	1	2	17
Мир	11	10	32

Такие высокие показатели недоедания должны вызывать обеспокоенность.

Комментарий

29. Комитет, возможно, пожелает рекомендовать государству-участнику изучить причины недоедания, уделив особое внимание выяснению того, существуют ли различия между мальчиками и девочками с точки зрения питания, каковы эти различия и имеются ли какие-либо дискриминационные модели питания, которые негативно влияют на возможности полноценного питания девочек.

Женщины

30. Конкретные данные о состоянии здоровья женщин в Сент-Китс и Невисе обычно публикуются мало. Имеются, однако, данные о материнской смертности, которая в 1998 году составляла 130 на 100 000 живорождений³⁸.

Комментарий

31. В целом показатели материнской смертности сравнительно высоки. Поэтому Комитет, возможно, пожелает узнать, какие факторы вызвали такие показатели, и государству-участнику, возможно, будет рекомендовано принять меры по улучшению существующей службы и информации, в том числе с помощью общинных служб здравоохранения, уделяя внимание улучшению положения в этой области применительно к женщинам. Комитет, возможно, пожелает также обратить внимание на особые потребности пожилых женщин и женщин-инвалидов.

IV. Суринам

32. Население Суринама насчитывает 417 000 человек³⁹, при этом численность мужского и женского населения является примерно одинаковой (доля женщин составляет 50,36 процента). Ежегодные темпы роста населения составляют 0,4 процента⁴⁰. Тридцать один процент населения моложе 15 лет (127 200 человек)⁴¹. Почти четверть населения (23 процента) составляют подростки в возрасте от 10 до 19 лет⁴². С точки зрения предполагаемой продолжительности жизни при рождении между мужчинами и женщинами существует некоторое различие: у женщин предполагаемая продолжительность жизни больше (73,5 года), чем у мужчин (68 лет)⁴³. Почти три четверти населения Суринама живет в городских районах (74,2 процента)⁴⁴. В соответствии с классификацией Всемирного банка в 2000 году Суринам был отнесен к группе стран с уровнем дохода ниже среднего⁴⁵.

33. Хотя в Суринаме данные о здоровье населения, в том числе информация, конкретно касающаяся здоровья женщин, являются доступными, они в основном связаны с исследованиями в конкретном учреждении или местности. Немалая их часть оказалась к тому же как минимум шестилетней давности. Поэтому трудно сделать обоснованное, всестороннее заключение о состоянии, тенденциях и проблемах, с которыми сталкивается население Суринама в том, что касается здоровья женщин. Настоящие материалы представляют собой попытку очертить области, вызывающие интерес или озабоченность, однако в силу обстоятельств они являются ограниченными по своему охвату.

34. Как и в большинстве стран мира, в Суринаме показатели младенческой смертности (доля детей, которые умирают, не прожив и одного года) в отношении девочек и мальчиков являются различными, при этом у девочек положение является более благоприятным. Показатели младенческой смертности для девочек составляют 19 на 1000 живорождений, а для мальчиков — 27 на 1000 живорождений⁴⁶. Аналогичным является и положение с показателями детской смертности (доля детей, которые умирают, не достигнув пятилетнего возраста, на 1000 живорождений). Для девочек показатель детской смертности составля-

ет 27, а для мальчиков — 29⁴⁷, что лучше по сравнению с 1997 годом, когда эти показатели были значительно выше, составляя для девочек 39, а для мальчиков — 51⁴⁸. К сожалению, в Суринаме, по всей видимости, нет надежных, всеобъемлющих, дезагрегированных данных о положении с питанием детей. Данные об образовании свидетельствуют о равенстве между девочками и мальчиками, причем доля девочек среди учащихся начальной школы составляет 49,5 процента (в процентном отношении равна их доле в данной возрастной группе)⁴⁹. Общая озабоченность в отношении детей всесторонне освещена в докладе Суринама Комитету по правам ребенка и в заключительных замечаниях Комитета⁵⁰.

35. Особую озабоченность применительно к вопросам здоровья вызывают такие связанные с дискриминацией проблемы, как насилие и сексуальная эксплуатация, которым подвергаются девочки уже с малолетнего возраста и далее в подростковом возрасте. Проблема ВИЧ/СПИДа в разной степени затрагивает различные этнические сообщества, однако о ее серьезности с точки зрения воздействия на детей и подростков более старшего возраста можно говорить уже сейчас. Распространение ВИЧ среди девочек и мальчиков, особенно среди подростков и молодежи, свидетельствует о том, что девочкам трудно защищать себя. Согласно оценкам (2001 год), в возрастной группе от 15 до 24 лет ВИЧ инфицированы 0,79 процента мальчиков, а у девочек эта цифра составляет 1,33 процента, т.е. почти вдвое больше⁵¹. Кроме того, в конце 1999 года 110 детей моложе 15 лет были больны СПИДом (половая принадлежность не указывается)⁵². К этому следует добавить, что 352 ребенка осиротели в результате СПИДа⁵³.

36. Несмотря на трудность получения данных за последнее время, можно говорить о том, что для девочек все более серьезный характер приобретает проблема курения. Согласно оценкам, уже в 1987–1988 годах курили 12 процентов девочек и 36 процентов мальчиков в возрасте от 10 до 19 лет⁵⁴. Если Суринам будет следовать тем же путем, что и другие страны, то основные усилия рекламная индустрия будет направлять на молодежь и эти показатели, по всей видимости, значительно возрастут. Поскольку, как известно, процесс привыкания у девочек идет быстрее, чем у мальчиков, следует предположить, что многие из этих девочек войдут в категорию постоянных курильщиц, что будет иметь негативные последствия для их здоровья, которые будут накапливаться с годами, и, когда девушка забеременеет, курение отрицательно повлияет на здоровье ее будущего ребенка.

Комментарий

37. Внимание Комитета могли бы привлечь три таких весьма важных вопроса, как насилие в семье с особым акцентом на грубое обращение, включая сексуальное надругательство над девочками; просвещение, уход и обслуживание, связанные с распространением ВИЧ среди подростков, особенно девочек; и курение. Необходимо предпринимать усилия с целью популяризации, особенно среди подростков младшего возраста, вопросов расширения прав и возможностей девочек, повышения ответственности мальчиков в вопросах сексуальной жизни и более справедливых отношений, основанных на взаимном уважении. Такая деятельность могла бы принести положительные результаты как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе, включая ее позитивное воздействие на отношения между поколениями, поскольку в этом случае дети будут

расти в семьях, в меньшей степени затронутых насилием или эпидемией ВИЧ. Кроме того, Комитет, возможно, пожелает рекомендовать государству-участнику предпринять усилия с целью регулярного обновления в масштабах страны дезагрегированных данных по таким вопросам, как питание, курение и насилие в семье. Эти данные являются основой для анализа гендерной ситуации и позволят разработать меры по пропаганде и охране здоровья молодежи.

Женщины

38. Женщины, представляющие меньшинства и бедные слои населения, имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, что негативно влияет на их здоровье. Как представляется, проблемы доступа связаны с нищетой и неравномерным распределением услуг (городские и внутренние районы) и населения. Проблема насилия на сексуальной почве носит серьезный характер, и о ней говорят в течение по крайней мере последних 10 лет, однако особого прогресса в ее разрешении не отмечается. По данным проведенного в 1990 году исследования, жертвами 95 процентов всех преступлений на сексуальной почве, зарегистрированных отделением неотложной помощи академической больницы, были женщины: 20 процентам жертв не исполнилось 10 лет⁵⁵. Хотя правительство предприняло скромные шаги с целью более активного реагирования официальных органов на насилие в семье (включая подготовку сотрудников полиции, услуги социальных работников в ряде мест и т.д.), сфера охвата этой деятельности является ограниченной и девочки всех возрастов по-прежнему подвергаются грубому обращению. Действует также женское движение, и к концу 90-х годов был достигнут некоторый прогресс. По данным полиции (1996–1997 годы), было отмечено некоторое сокращение масштабов насилия⁵⁶, хотя в 1997 году жертвами 76,7 процента зарегистрированных случаев насилия в семье по-прежнему были женщины⁵⁷. В то же время продолжают прения об уместности вмешательства государства в такие аспекты личной жизни, как насилие в семье. Это может затормозить действия официальных органов в данной области и содействовать сохранению насилия в отношении женщин.

39. Проблема ВИЧ приобретает в Суринаме все более серьезный характер. Росту проституции содействовали нищета, а также изменение некоторых норм и ценностей⁵⁸. Кроме того, вопрос использования презервативов по-прежнему является прерогативой мужчин, а это означает, что работа по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ и их лечению, не приносит женщинам существенной пользы⁵⁹. В конце 90-х годов Дерматологическая служба сообщала о том, что ВИЧ-инфицированной оказалось каждая пятая обследованная уличная проститутка⁶⁰. В 1999 году общий показатель заражения взрослых составлял 1,26 процента⁶¹, что значительно превышало региональный (Латинская Америка) показатель, который в 2001 году составлял 0,5 процента⁶². Как и во многих частях мира, в Суринаме среди молодежи от 18 до 25 лет большинство ВИЧ-инфицированных — лица женского пола, а среди инфицированных лиц старше 25 лет преобладают мужчины⁶³. К концу 1999 года среди живущих со СПИДом лиц в возрасте от 15 до 49 лет женщины составляли 33 процента⁶⁴.

40. В начале 90-х годов коэффициент материнской смертности в Суринаме, согласно оценкам, составлял 230 на 100 000 живорождений, что было значи-

тельно ниже среднего мирового показателя (400 на 100 000 живорождений)⁶⁵. Предварительный анализ ВОЗ за 2000 год позволяет говорить о том, что сегодня этот показатель намного ниже и составляет 112 на 100 000 живорождений. Тем не менее, учитывая тот факт, что 98 процентов родов проходят под наблюдением квалифицированного медицинского персонала⁶⁶, потребуются дальнейшие исследования с целью выявления характера распределения и причин материнской смертности, а также возможностей принятия доступных и приемлемых мер с целью снижения этого показателя.

Комментарий

41. Многоэтнический состав Суринама и неравномерное распределение населения осложняют проведение государственной политики и достижение равенства среди женщин в отношении доступа к государственным службам и их использования. Отсутствие равенства во властных отношениях между мужчинами и женщинами также затрудняет поддержание здоровья на должном уровне применительно к женщинам, характер отношений которых создает угрозу для их сексуального, психического и физического здоровья и ограничивает их возможности с точки зрения правовой защиты. Поэтому Комитет, возможно, пожелает рекомендовать государству-участнику уделить особое внимание разработке и осуществлению более активной государственной политики в этих областях, а также вопросам равенства с точки зрения доступности и возможности использования государственных служб. Данные и доклады о масштабах распространения ВИЧ-инфекции и насилия в семье свидетельствуют о сохранении нерешенных проблем, связанных с отношениями между полами.

42. К сожалению, последние данные о распространении курения как среди подростков, так и среди взрослых отсутствуют. Курение оказывает долгосрочное воздействие на здоровье, а рекламодатели зачастую используют и усиливают негативные гендерные стереотипы с целью продвижения своего продукта. Поэтому Комитет, возможно, пожелает рекомендовать государству-участнику изучить и предпринять шаги с целью жесткого контроля и ограничения доступа к средствам курения и их использованию. Питание и психическое здоровье представляют собой еще две области, которые серьезно влияют на здоровье и благополучие женщин и по которым сегодня имеется мало данных.

Пожилые женщины

43. Женщины старше 60 лет составляют 9 процентов общего числа проживающих в Суринаме женщин²⁹. Как и во всех странах мира, их численность значительно превосходит численность мужчин того же возраста: на каждые 100 мужчин старше 60 лет приходится 127 женщин, а на каждые 100 мужчин старше 80 лет — 132 женщины³⁰. Хотя большинство населения имеет доступ к той или иной форме медицинского страхования, пожилые и нуждающиеся люди в наибольшей степени страдают от экономических проблем страны, которые делают услуги менее доступными. В Суринаме произошел значительный отток населения, особенно лиц продуктивного возраста, и ситуацию в этом отношении облегчают переводы денежных средств, а в ряде случаев отправка на родину медицинских препаратов работающими за рубежом членами семьи. В самом неблагоприятном положении находятся пожилые женщины, у которых нет

таких связей, особенно те, которые страдают от хронических болезней и требуют регулярного медицинского ухода или лечения³¹.

Комментарий

44. Государству-участнику следует воздать должное за его усилия по охвату своего населения системой страхования. Однако Комитет, возможно, пожелает рекомендовать ему в условиях трудностей прилагать особые усилия по выявлению людей, особенно пожилых женщин и нуждающихся лиц, которым в первоочередном порядке могут потребоваться поддержка и внимание.

Примечания

- ¹ Women = 1,540,000. Men = 1,478,000. United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ² World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 138.
- ³ Ibid., p. 137.
- ⁴ United Nations Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ World Bank, *World Development Report 2000/2001*, p. 273.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 160.
- ⁹ E/C.12/1/Add.45.
- ¹⁰ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ¹¹ Ibid.
- ¹² A.D. Lopez and others, *Life tables for 191 countries for 2000* (GPE Discussion Paper No. 40), World Health Organization.
- ¹³ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 137.
- ¹⁴ The United Nations Children's Fund, *State of the World's Children, 2001*, p. 82.
- ¹⁵ Ibid., pp. 82 and 85.
- ¹⁶ World Health Organization, Vaccine Preventable Diseases Monitoring System.
- ¹⁷ UNAIDS/World Health Organization, Working Group on Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*, p. 3.
- ¹⁸ *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (United Nations publication, Sales No. E.00.XVII.14), p. 49.
- ¹⁹ The United Nations Children's Fund, *Progress of Nations 1998*.
- ²⁰ The United Nations Children's Fund, *Progress of Nations 2000*.
- ²¹ The United Nations Children's Fund, *The State of the World's Child, 2001*, p. 90.
- ²² В частности, «Государствам-участникам следует обеспечить реализацию прав подростков на просвещение по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья прошедшим соответствующую подготовку персоналом в рамках специально разработанных программ, которые гарантируют соблюдение тайны личной жизни и конфиденциальности».
- ²³ WHO, *The World Health Report 2001*, p. 136.

- ²⁴ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ²⁵ UNAIDS/World Health Organization, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*.
- ²⁶ Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, Population Data Summary Sheet, 1999: Congo.
- ²⁷ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2, p. 29, A breakdown of the male and female population is not provided.
- ²⁸ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 138.
- ²⁹ United Nations Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, p. 161.
- ³⁰ World Health Organization, *World Health Report 2001*.
- ³¹ United Nations Population Division, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, p. 161.
- ³² Ibid.
- ³³ World Bank, *World Development Report, 2000/2001*, p. 316.
- ³⁴ A.D. Lopez and others, *Life tables for 191 countries for 2000* (GPE Discussion Paper No. 40), World Health Organization.
- ³⁵ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 141.
- ³⁶ World Health Organization Vaccine Preventable Diseases Monitoring System.
- ³⁷ UNICEF, *State World's Child, 2001*, pp. 84–85.
- ³⁸ *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (United Nations publication, Sales No. E.00.XVII.14), p. 81.
- ³⁹ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ⁴⁰ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 140.
- ⁴¹ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ⁴² *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (United Nations publication, Sales No. E.00.XVII.14), p. 19.
- ⁴³ World Health Organization, *The World Health Report 2001*, p. 141.
- ⁴⁴ United Nations Fund for Population Activities, *The State of World Population 2001*.
- ⁴⁵ World Bank, *World Development Report, 2000/2001*, p. 273. Суринам помечен на карте в составе группы стран со средним уровнем доходов, при ВВП на душу населения в 1999 году от 756 до 2995 долл. США.
- ⁴⁶ A.D. Lopez and others, *Life tables for 191 countries for 2000* (GPE Discussion Paper No. 40), World Health Organization.
- ⁴⁷ World Health Organization, *The World Health Report 2001*.
- ⁴⁸ United Nations Fund for Population Activities, *The State of World Population 1997*; *ibid*, 2001.
- ⁴⁹ United Nations Development Fund for Women, *Fact Sheets on Women in Suriname*, October 2000.
- ⁵⁰ CRC/C/28/Add.11 и CRC/C/15/Add.130.
- ⁵¹ United Nations Fund for Population Activities, *The State of World Population 2001*.
- ⁵² UNAIDS/World Health Organization, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, p. 3.
- ⁵³ Ibid. (примерное количество детей, которые лишились своих матерей или обоих родителей

в результате СПИДА и которые были живы или не достигли 15 лет по состоянию на конец 1999 года).

⁵⁴ World Health Organization, *Tobacco Control Country Profiles*, p. 200.

⁵⁵ Sheila Ketwaru-Nurmohamed and others, *Situation Analysis of Women in Suriname*, p. 163.

⁵⁶ Ibid., p. 164.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid., chap. 11, sect. 11.4, "Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS".

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid., chap. 11, sect. 11.4, "Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS", "Sex Work and Reproductive Health".

⁶¹ UNAIDS/World Health Organization, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Facts Sheets by Country: Suriname*, p. 3.

⁶² UNAIDS/World Health Organization, Regional HIV/AIDS statistics and features, end of 2001.

⁶³ Sheila Ketwaru-Nurmohamed and others, *Situation Analysis of Women in Suriname*, chap. 11, sect. 11.4, "Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS".

⁶⁴ UNAIDS/World Health Organization, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Facts Sheets by Country: Suriname*, p. 3.

⁶⁵ Pan American Health Organization/World Health Organization, *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (WHO/RHR/01.9).

⁶⁶ Country Health Profile, Suriname (data for 2000).

⁶⁷ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Sheila Ketwar-Nurmohamed and others, *Situation Analysis of Women in Suriname*, chap. 11, sect. 11.7, "Women and Health", "Poor and Elderly People".