



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

Distr.: General
10 January 2002
Russian
Original: English

**Комитет по ликвидации дискриминации
в отношении женщин**

Двадцать шестая сессия

14 января — 1 февраля 2002 года

Пункт 6 предварительной повестки дня*

**Осуществление статьи 21 Конвенции о ликвидации
всех форм дискриминации в отношении женщин**

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

Записка Генерального секретаря

Добавление

Всемирная организация здравоохранения

1. 30 октября 2001 года Секретариат от имени Комитета 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, подлежащих рассмотрению на двадцать шестой сессии Комитета.
2. Другая информация, запрошенная Комитетом, касается мероприятий, программ и директивных решений ВОЗ, призванных содействовать осуществлению Конвенции.
3. Прилагаемый к настоящей записке доклад представлен во исполнение просьбы Комитета.

* CEDAW/C/2002/1/1.

Приложение

Доклад Всемирной организации здравоохранения для двадцать шестой сессии Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин

Справка о состоянии здоровья женщин на Фиджи

Фиджи является относительно небольшим, островным государством, расположенным в юго-западной части Тихого океана. Общая численность населения составляет 817 000 человек (402 000 женщин и 415 000 мужчин)¹. Примерно одну треть населения (31 процент)² составляют лица в возрасте до 15 лет. Общие темпы прироста численности населения составляют лишь 1,2 процента в год³. Темпы развития городов равняются 2,9 процента в год⁴. В докладах Всемирного банка страна классифицируется в качестве государства со средним уровнем дохода⁵. Вместе с тем 25 процентов населения по-прежнему живут за чертой бедности⁶.

Общее положение в области здравоохранения на Фиджи значительно улучшилось в последнее десятилетие в результате стабильного прогресса в деле борьбы с инфекционными заболеваниями, например туберкулезом и корью. Также существенно сократились коэффициенты младенческой и детской смертности (КМС и КДС^(*)):

	1960 год ⁷	1998–1999 годы ⁸
КМС	71	17,8
КДС	97	22

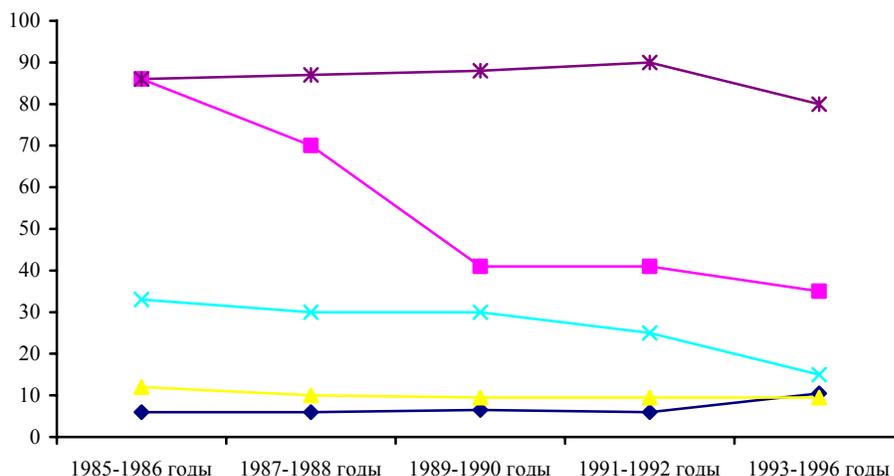
На Фиджи проводится эффективная работа по сокращению **материнской смертности**. Коэффициенты материнской смертности (КМРС)⁽⁺⁾ стабильно сокращались в последние 15 лет двадцатого столетия, поэтому можно утверждать, что Фиджи относится к числу стран с относительно низким КМС в регионе.

(*) КМС = числу младенцев, умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений.

КДС = числу детей, умерших в возрасте до пяти лет на 1000 живорождений.

(+) КМРС = числу матерей, умерших на 100 000 живорождений.

Динамика колебаний коэффициента материнской смертности в отдельных странах



Источник: ВОЗ/Региональное отделение для западной части Тихого океана, ноябрь 2001 года.

Страна находится на стадии быстрой индустриализации. Не все ее последствия являются положительными. Страна сталкивается с проблемами, которые связаны с **изменением рациона питания и образа жизни** мужчин и женщин. Наблюдаются различные виды дефицита питательных веществ. Согласно результатам проведенного в 1993 году национального обследования по вопросам питания, у 7,1 процента детей в возрасте до пяти лет наблюдался пониженный вес, 1,6 процента — задержки роста и 8 процентов — истощение⁹ (*). Это было обусловлено, по-видимому, такими факторами, как неадекватное питание в период отнятия от груди, пониженная частотность питания и плохие санитарные условия. При этом в распространенности этих проблем отмечают некоторые этнические колебания: недостаточный вес и истощенность в большей степени характерны для детей индийцев (13 процентов) в возрасте до пяти лет в отличие от детей фиджийцев (2,8%) той же возрастной группы¹⁰. С учетом серьезных последствий плохого питания в детстве¹¹ для всего жизненного цикла **Комитет** может пожелать проанализировать ту степень, в которой это явление отражает проблемы дискриминации в отношениях либо между полами, либо этническими общинами (например, дискриминационную структуру питания в младенческом возрасте, запреты на потребление тех или иных продуктов питания и т.д.) при разном образе жизни, или другие вопросы. Государству-участнику могут также рекомендовать уделять больше внимания обеспечению наличия данных о питании, дезагрегированных по признаку пола. Кроме того, следует произвести оценку осуществляемых программ в области питания (их эффективности и сферы охвата) в целях определения необходимости внесения изменений для обеспечения всем группам населения справедливого доступа к соответствующим услугам в области питания.

Проблемы питания женщин сохраняются и после выхода ими из детского возраста, при этом железodefицитная анемия является одной из основных проблем, с которой сталкиваются женщины детородного возраста. То же вышеупомянутое национальное обследование в области питания, проведенное в

1993 году, показало, что 32 процента женщин страдают анемией по сравнению с 16 процентами среди мужчин, причем среди беременных женщин этот показатель превышает 50 процентов, среди как индийских, так и фиджийских женщин. Ею болеют 62 процента индийских и 52 процента фиджийских женщин. Последние обследования, хотя и более ограниченные по масштабам, свидетельствуют о сохранении этих проблем. Проведенное в 1995 году обследование 300 беременных женщин в двух частях страны показало, что 30 процентов страдают слабой анемией, 35 процентов — средней и 15 процентов — острой анемией¹². Осуществленное в 1998 году обследование учащихся девушек в возрасте 13–16 лет в одном из субрегионов страны показало, что анемии подвержены 33,8 процента девушек¹³. Без соответствующего лечения эти подростки могут забеременеть, страдая анемией, и подвергнуться всем опасностям, которые могут угрожать матери и ее ребенку. При изучении этой проблемы можно было проанализировать такие вопросы, как ознакомленность женщин о продовольственных ресурсах, их доступ к ним и контроль над ними или наличие доходов, необходимых для приобретения продовольствия; при этом можно было бы разработать программы в целях решения этих вопросов, которые приводят к возникновению проблем питания среди женщин.

В другой части спектра проблем питания отмечается возникновение проблемы, связанной с ростом случаев ожирения и чрезмерного веса, особенно среди женщин Фиджи. Проведенное в 1993 году обследование показало, что 25,2 процента мужчин и 29,9 процента женщин имеют чрезмерный вес, а 7,4 процента мужчин и 20,6 процента женщин страдают от ожирения¹⁴. Малоактивный образ жизни, сокращение физической активности наряду с увеличением потребления углеводов и жира относятся, по-видимому, к основным приводящим к этому факторам. Аналогичным образом, они обуславливают широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и рака, которые являются основными причинами смертности среди женщин на Фиджи.

Среди **молодых людей** Фиджи отмечаются проблемы психического здоровья. В 1998 году на Фиджи были зарегистрированы самые высокие показатели самоубийств в мире среди мужчин и женщин в возрасте 15–24 лет¹⁵. Одногодичное обследование лиц, пытавшихся совершить самоубийство и попавших в главный госпиталь на Фиджи (с 15 января 1999 года по 14 января 2000 года), показало, что 39 человек, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, составляли 56,4 процента молодых людей (в возрасте 16–25 лет) и 61,5 процента женщин¹⁶. **Комитет**, возможно, пожелает изучить вопрос о структуре и наличии служб, которые могут оказывать подросткам услуги с учетом гендерной проблематики в различных условиях — в школе, вне ее, на рабочем месте — в целях содействия позитивному анализу факторов, обуславливающих это достойное сожаления явление.

Среди **подростков в возрасте 13–19 лет** наблюдается рост числа случаев **беременности, небезопасных аборт**ов и **распространения венерических заболеваний**¹⁷, что свидетельствует о необходимости оказания подросткам услуг с учетом их потребностей, включая, среди прочего, эффективные услуги в области охраны полового и репродуктивного здоровья¹⁸. Правительство приступило к осуществлению программы, призванной обеспечить подросткам в столице страны городе Суве доступ к источникам информации об охране репродуктивного здоровья и соответствующим услугам. **Комитет**, возможно, по-

желает рекомендовать правительству пристально следить за ходом осуществления этой программы, особенно с учетом соблюдения гендерного баланса при оказании и использовании услуг, и рассмотреть пути и средства предоставления таких услуг молодым людям в других частях страны. С учетом распространения ВИЧ/СПИДа такая работа имеет весьма насущный характер.

Правительству следует выразить признательность за рассмотрение им в его докладе проблем **торговли и проституции**¹⁹. Его соображения подкрепляются деятельностью Специального докладчика по вопросу о торговле детьми, детской проституции и детской порнографии, которая посетила Фиджи в 1999 году и включила в свой доклад информацию о проблеме секс-туризма, объектом которого являются дети Фиджи²⁰. Эти вопросы в течение всего жизненного цикла имеют серьезные психические и физические последствия для населения Фиджи — как женщин, так и мужчин. Поэтому **Комитет** может пожелать подчеркнуть важность поиска новых и эффективных путей сокращения масштабов распространения этих проблем и их воздействия на здоровье населения и безопасность страны. Можно было бы поощрять проведение деятельности на региональном и местном уровнях в сотрудничестве с местными и международными органами, в частности организацию профессиональной подготовки как для анализа проблем, так и для принятия соответствующих мер сотрудниками иммиграционных и правоохранительных органов, а также медицинскими работниками.

Как представляется, **бытовое насилие** в отношении женщин и детей является одной из серьезных и растущих проблем в плане охраны здоровья. Согласно полицейским сводкам за период 1994–1998 годов, было зарегистрировано 2803 случая бытового насилия. В последний год этого периода (1998 год) было отмечено 30-процентное их увеличение по сравнению с 1997 годом²¹. Изучение случаев и масштабов распространения бытового насилия и сексуальных домогательств на Фиджи показало, что многие женщины не пытаются воспользоваться медицинской помощью и не сообщают об этом в полицию. Лица, которые совершают эти действия, относятся в большинстве случаев к мужской половине семьи. Что касается беременных женщин, то главной причиной насилия является алкоголизм среди мужчин и отказ беременных женщин вступать в половую связь. **Комитет**, возможно, пожелает изучить этот вопрос. Это является одним из грубых нарушений прав женщин. Кроме того, это явление имеет серьезные социальные и медицинские последствия. В связи с этим необходимо принять соответствующие меры в целях рассмотрения вопросов, касающихся соблюдения законности и правопорядка; расширения прав и возможностей женщин и их организации; оказания медицинской помощи и лечения как женщин, так и лиц, совершающих такие действия; подготовки преподавателей, сотрудников полиции и медицинских работников; просвещения в целях искоренения предвзятого отношения к женщинам и усилий по обеспечению большего равенства между мальчиками и девочками, женщинами и мужчинами на социальном и личностном уровнях²².

В этой связи **Комитет**, возможно, пожелает проанализировать и дополнительно проработать вопросы, поднятые Комитетом по правам ребенка²³ в связи с телесными наказаниями детей дома и в школе. В заключительных замечаниях они отмечают неотложность принятия действий по пресечению грубого обращения с детьми и важность увеличения числа реабилитационных служб для оказания помощи детям-жертвам насилия. В частности, КЛДЖ может пожелать

подчеркнуть важность дезагрегирования данных по этим вопросам и создания соответствующих психических, физических и психологических служб для детей и лиц, совершающих подобные действия, особенно в том, что касается насилия в семье.

Как и везде, на Фиджи самые бедные люди живут в семьях с одним кормильцем, возглавляемых, в частности, женщинами, причем к ним относятся либо очень молодые, либо пожилые вдовы. Они имеют дешевое жилье, предоставляемое правительством, или живут в трущобах и получают минимальные государственные пособия. Трудности, с которыми сталкиваются женщины в сравнении с мужчинами при поиске работы, существовании на очень небольшой доход и борьба с различными формами дискриминации приводят к тому, что домашние хозяйства, возглавляемые женщинами, находятся в особо уязвимом положении. Согласно данным, содержащимся в источниках Организации Объединенных Наций (1985–1990 годы), 32 процента домашних хозяйств возглавляют женщины²⁴. Важно отметить, что правительство Фиджи, особенно министерство по делам женщин, культуры и социального благосостояния разработали план действий в интересах женщин, который преследует несколько целей, в том числе учет гендерных проблем во всех аспектах политики и программ развития, например, среди прочего, в таких аспектах, как развитие мелкого предпринимательства, искоренение нищеты и предупреждение насилия²⁵. С учетом финансовых, социальных и временных трудностей, которые испытывают эти женщины, они уделяют мало внимания своему здоровью и потребностям в питании или не уделяют его вообще. Поэтому **Комитет**, возможно, пожелает подчеркнуть важность интеграции информации об охране здоровья и медицинских услуг в рамках комплексных мероприятий (на юридическом, экономическом, социальном и личностном уровнях), проводимых в целях удовлетворения потребностей женщин, возглавляющих домашние хозяйства. Кроме того, **Комитет** может пожелать рекомендовать провести исследования и обстоятельные наблюдения в целях определения масштабов проблемы и социальных, экономических или прочих факторов, которые служат причиной того, что значительное число женщин являются главами домашних хозяйств.

Вызывает сожаление тот факт, что было получено немного информации о **старении и пожилых женщинах**. **Комитет** может пожелать высказаться за проведение специальных исследований по вопросам, касающимся положения пожилых женщин, степени их подверженности дискриминации, ее воздействию на их жизнь, альтернативных путей удовлетворения их приоритетных потребностей и обеспечения для них достойной жизни. Могут также потребоваться дальнейшие исследования, касающиеся **прочих уязвимых групп** женщин, например трудящихся-мигрантов/временных рабочих и женщин-инвалидов.

Примечания

¹ UN (United Nations). The World's Women 2000: Trends and Statistics. New York: UN 2000, p. 20.

² Ibid.

³ WHO. *World Health Report 2001*, p. 138

⁴ UNFPA, State of World Population, 2001. Table with Indicators for Less-Populous Countries/Territories. Version of report on UNFPA Web site.

- ⁵ World Bank. World Development Report 2000/2001, p. 273.
- ⁶ WHO. Notes from WHO WPRO. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination. Nov 2001.
- ⁷ IMR = UNICEF. State of the World's Children 2000 (IMR) and 2001 (CMR).
- ⁸ WHO. Notes from WHO WPRO. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination. Nov 2001.
- ⁹ Saito, S. 1993 National Nutrition Survey. Main Report. National Food and Nutrition Committee. January 1995. Sited in WHO/WPRO notes. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ То, как люди питались в детстве, сказывается на протяжении всего жизненного цикла. Например, недостаточное питание может приводить к плохому умственному и физическому развитию в детстве. Такой недоедающий ребенок зачастую становится подростком или молодой женщиной, которая испытывает трудности во время беременности из-за плохо сформировавшихся костей или недостаточного развития тела. Позднее в жизни она может быть в особой степени подвержена остеопорозу.
- ¹² Chand, M.J. A Study of Factors Contributing to Anaemia in Pregnant Women and Pre-Schoolers in Fiji. Ministry of Health, Suva. 1995.
- ¹³ Ministry of Health. Ba Sub-division: Anaemia report. Unpublished report, 1998.
- ¹⁴ Saito. Op. cit.
- ¹⁵ UNICEF. State of Pacific Youth, 1998.
- ¹⁶ Aghanwa, H.S. "The Characteristics of suicide attempters admitted to the main general hospital in Fiji". J Psychosom Res 2000 Dec 49: 439–445.
- ¹⁷ WHO/WPRO notes. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination. Nov 2001.
- ¹⁸ WHO/WPRO Op. cit.
- ¹⁹ See State Party Report. CEDAW/C/Fiji/1.6.1
- ²⁰ Calcetas-Santos, Ofelia. Rights of the Child. Report of the Special Rapporteur on the sale of children, child prostitution and child pornography on her mission to the Republic of Fiji on the issue of commercial sexual exploitation of children. 11–16 October 1999. UN Doc E/CN.4/2000/73/Add.3.
- ²¹ WHO/WPRO notes. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination. Nov 2001.
- ²² В настоящее время ВОЗ в сотрудничестве с местными учреждениями в нескольких странах проводит многострановое исследование о бытовом насилии в отношении женщин и его влиянии на их здоровье. Если государство-участник или любая организация на Фиджи заинтересована в проведении таких исследований в стране, при получении соответствующей просьбы ВОЗ может предоставить необходимые материалы.
- ²³ CRC. Fiji State Party Report. UN Doc CRC/C/28/Add.7.
- ²⁴ UN (United Nations). The World's Women 2000: Trends and Statistics. New York: UN 2000, p. 49.
- ²⁵ WHO. Notes from WHO/WPRO. Input to 26th session of the Committee on the Elimination of Discrimination. Nov 2001.

Справка о состоянии здоровья женщин в Эстонии

Эстония является небольшой страной, расположенной в северной части Восточной Европы. В 2000 году общая численность населения страны составляла 1,4 млн. человек, и при этом женщин было несколько больше, чем мужчин (740 000 женщин и 656 000 мужчин)¹. Для страны характерна высокая степень урбанизации, поскольку 69 процентов населения проживает в городских районах². В экономическом отношении страна входит в группу государств с высоким средним уровнем дохода³. Продолжительность жизни среди женщин Эстонии значительно выше, чем среди мужчин (75 лет — для женщин и 63 года — для мужчин)⁴. К 2000 году 24 процента женщин (лишь 15 процентов мужчин) находились в возрасте старше 60 лет⁵.

Общий уровень здравоохранения с точки зрения **продолжительности жизни и коэффициентов младенческой и детской смертности*** заметно улучшился. Продолжительность жизни сократилась в начале 90-х годов, но возросла к концу десятилетия⁶. Как и во многих районах, продолжительность жизни среди женщин превышает этот показатель среди мужчин. Однако величина разрыва, составляющая 12 лет, превышает обычный уровень. За 40-летний период 1960–1999 годов коэффициенты младенческой и детской смертности постоянно сокращались, причем КМС уменьшился с 40 на 1000 живорождений в 1960 году до 17⁷. Коэффициент детской смертности сократился за тот же период с 52 до 21 на 1000 живорождений⁸.

	1960 год	1998–1999 годы
КМС	40	17
КДС	52	21

В докладе государства-участника Комитету по экономическим, социальным и культурным правам (2001 год) указывается, что в 1997 году перинатальная смертность в сельских районах была выше, чем в городах, поскольку специализированная помощь была менее доступной, чем в городских районах. **Комитет**, возможно, пожелает изучить вопрос о прогрессе, достигнутом в деле предоставления всего комплекса медицинских услуг, в которых нуждаются женщины в сельских районах.

К 1999 году правительство также обеспечило весьма высокий уровень **иммунизации**⁹, что позитивно сказалось на развитии людских ресурсов и увеличении продолжительности жизни.

* КМС равен числу младенцев, умерших в возрасте до одного года на 1000 живорождений.
КДС равен числу детей, умерших в возрасте до пяти лет на 1000 живорождений.

	<i>Туберкулез</i>	<i>Коклюш, дифтерия, столбняк</i>	<i>Полиомиелит</i>	<i>Корь</i>
1997–1999 годы	100 процентов	94 процента	94 процента	89 процентов

С другой стороны, сохраняются некоторые проблемы в области **питания**. Например, в пятилетний период 1995–2000 годов показатели недоедания среди детей в возрасте до пяти лет оставались сравнительно высокими: 17 процентов имели очень низкий вес, 16 процентов страдали гипотрофией, а у 38 процентов отмечались задержки в росте⁺.

В отличие от многих стран в области здравоохранения Эстонии хорошо разработана база **данных, дезагрегированных по признаку пола**, что в значительной мере способствует анализу положения в сфере здравоохранения и выявлению потенциальных проблем. Исследования, проведенные различными учреждениями в конце 90-х годов, показали, что 48 процентов женщин и 43 процента мужчин считали хорошее здоровье одним из наиболее важных аспектов жизни по сравнению с семейными отношениями, материальным благополучием, образованием и знаниями, а также трудовыми достижениями и общественным признанием, возможностями в плане туризма и комфортной жизнью¹⁰. Женщины неизменно считали, что **у них состояние здоровья** «значительно хуже, чем у мужчин». С другой стороны, были отмечены определенные улучшения, и доля женщин, которые считают свое здоровье хорошим или очень хорошим, увеличилась настолько, что различие между мужчинами и женщинами практически сошло на нет.

Показатели, касающиеся **психического здоровья**, свидетельствовали о том, что женщины постоянно испытывают больший стресс и/или определенную депрессию по сравнению с мужчинами¹¹.

⁺ **Пониженный вес** = более чем двум нормативным отклонениям от среднего веса для соответствующей возрастной группы населения. **Истощение** = более чем двум нормативным отклонениям от среднего веса в соотношении с ростом в соответствующей возрастной группе. **Задержка в росте** = более чем двум нормативным отклонениям от среднего роста в соответствующей возрастной группе. Источник: обследования в области народонаселения и здравоохранения (ОНЗ) и обследования по многим показателям применения гнездовой выборки (ОППГВ). ВОЗ и ЮНИСЕФ.



(Источник: Институт экспериментальной и клинической медицины, 1996 год.)

Комитет может пожелать изучить вопрос о том, что известно о причинах этого явления и каковы меры, принимаемые в этой связи системами здравоохранения и социального обеспечения.

Факторы образа жизни, которые приводят к плохому здоровью, например курение и потребление алкоголя, получают среди женщин и мужчин все большее распространение.

Наряду с социально-экономическими реформами в 90-х годах произошло заметное изменение социальных моделей, в том числе связанных с **половым поведением и образованием семьи**. В том, что касается репродуктивного здоровья, то для Эстонии характерно «слишком раннее проявление половой активности»¹². Для социальных отношений характерны поздние браки и рождение детей по сравнению с периодом до 90-х годов, сокращением доли зарегистрированных браков и заметным ростом популярности сожительства, резким увеличением доли внебрачных детей и значительным ростом доли домашних хозяйств с одним родителем (обычно матерью)¹³. Например, в период 1980–1995 годов доля детей, родившихся у незамужних матерей, резко возросла с 18 процентов (1980 год) до 52 процентов (1995 год)¹⁴.

Аборты официально разрешены, и, несмотря на более широкое использование различных методов планирования семьи и некоторое уменьшение числа абортов, в конце 90-х годов они по-прежнему являлись основным средством планирования семьи, и их показатель был по-прежнему весьма высок в сравнении с живорождениями. Например, в 1997 году число абортов превысило количество живорождений в 1,5 раза¹⁵. С другой стороны, коэффициент материн-

ской смертности (КМрС)* составляет 38,2, лишь несколько превышая региональный показатель; в Европе КМрС составляет 37¹⁶.

Эти современные модели, несомненно, влияют на характер и сроки удовлетворения потребностей женщин в учитывающих гендерные аспекты и приемлемых для молодежи информации и услугах в области здравоохранения, включая, среди прочего, услуги в сфере охраны полового и репродуктивного здоровья. В этой связи **Комитет** может пожелать обсудить с государством-участником вопрос о принятии правительством мер на уровне законодательства, государственной политики и системы здравоохранения, а также санитарного просвещения с учетом этих меняющихся реалий. В частности, было бы важно заняться вопросом о положении семей с одним родителем, во главе которых стоят женщины, и о возможностях использования ими медицинской помощи и услуг, которые необходимы им самим и членам их семей.

Анализ данных о состоянии здоровья мужчин и женщин в Эстонии свидетельствует о росте масштабов проблем, связанных с раковыми заболеваниями, и при этом беспокойность вызывает все большее распространение среди женщин среднего возраста и молодых женщин рака шейки матки. Отмечается также стабильное увеличение распространения среди мужчин и женщин болезней органов сердечно-сосудистой системы, что, как правило, связывается с образом жизни и состоянием окружающей среды.

Хотя в Эстонии, по-видимому, работа по сбору данных и анализа проблем охраны здоровья налажена лучше, чем во многих странах, следует уделять приоритетное внимание подготовке более подробной информации о **пожилых женщинах**, а именно: их слабых и сильных местах, образе жизни, чаяниях и т.д. Накопленный в мире опыт свидетельствует о том, что в этом периоде жизни проблемы здоровья могут многократно осложняться, однако аналитическая работа и заблаговременное планирование обеспечат, при необходимости и без дискриминации, предоставление удовлетворительных услуг. В частности, с учетом значительного разрыва в численности мужского и женского населения (о чем говорилось выше) многие пожилые женщины окажутся без партнеров-мужчин и смогут пользоваться лишь ограниченной социальной поддержкой. В этой ситуации уделение правительством внимания особым потребностям этих женщин приобретает особую важность. Поэтому **Комитет**, возможно, пожелает рассмотреть этот вопрос с государством-участником.

Общая картина, касающаяся проблем здоровья женщин и системы здравоохранения, свидетельствует о достижении прогресса в последние годы. Кроме того, наличие данных, дезагрегированных по признаку пола и зачастую по возрасту, является выдающимся достижением. Правительству в этой связи следует выразить признательность. В то же время **Комитет**, возможно, пожелает обратить внимание государства-участника на необходимость предоставления эффективных и доступных услуг подросткам и молодым людям в сфере охраны полового и репродуктивного здоровья и более широкого учета возникающих потребностей матерей-одиночек, пожилых женщин и других уязвимых групп женщин, например женщин-мигрантов/временных рабочих и женщин-инвалидов.

* КМрС = числу смертей матерей на 100 000 живорождений.

Хотя имеется немного доступных данных о проблемах торговли и сексуальной эксплуатации в Эстонии, признаки роста связанной с этим угрозы в некоторых частях Восточной Европы свидетельствуют о том, что государству-участнику следовало бы поощрять исследования в этой сфере и проводить активную политику, направленную на борьбу с этими явлениями в Эстонии.

Примечания

- ¹ UN (United Nations). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York: UN 2000, p. 20.
- ² UNFPA. State of World Population: 2001. Version on the Internet. Table on Demographic, Social, and Economic Indicators.
- ³ The World Bank. *World Development Report 2000/2001*. Washington: World Bank, p. 273.
- ⁴ UN (United Nations). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York: UN 2000, p. 20.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Очерк о состоянии здоровья населения Эстонии («Здоровье мужчин и женщин в Эстонии, 1990–1998 годы»); опубликован начальником Отдела охраны здоровья Департамента общественного здравоохранения Министерства здравоохранения.
- ⁷ UNICEF. State of the World's Children: 2001. p. 78.
- ⁸ UNICEF. Op. Cit. p. 107.
- ⁹ UNICEF. Op. Cit. p. 86.
- ¹⁰ Ссылка Отдела охраны здоровья, там же, на работу Эстонского института социально-экономического анализа (1994 год), Института экспериментальной и клинической медицины (1996 год), Эстонского центра медицинского просвещения и охраны здоровья (исследования 1990–1998 год).
- ¹¹ Отдел охраны здоровья, там же.
- ¹² Там же.
- ¹³ UNDP. Estonian Human Development Report: 2000. Internet version, p. 42.
- ¹⁴ Ibid., p. 47.
- ¹⁵ Health Promotion Office. Op. Cit.
- ¹⁶ WHO website Information on Maternal Mortality. 1995 work of WHO, UNICEF, and UNFPA. Maternal Mortality Ratio for EURO region (WHO), 37.

Справка о состоянии здоровья женщин в Тринидаде и Тобаго

Тринидад и Тобаго является островным государством, расположенным в юго-восточной части Карибского бассейна с численностью населения в 1,3 миллиона человек (651 000 женщин и 644 000 мужчин¹). Темпы прироста населения являются очень низкими (0,6 процента в год²). Основная часть население проживает в городах (74 процента³).

До недавнего времени вопросы охраны здоровья женщин рассматривались главным образом применительно к их репродуктивному периоду (18-44 года)⁴. Постепенно все больше внимания сегодня уделяется самому широкому спектру вопросов охраны здоровья женщин, в том числе проблемам пожилых женщин, что является важным сдвигом с учетом того, что продолжительность жизни среди женщин составляет 76 лет (продолжительность жизни среди мужчин — 72 года)⁵.

Деятельность правительства Тринидада и Тобаго заслуживает высокой оценки в связи с тем прогрессом, которого оно добилось в сокращении **младенческой смертности (КМС)*** с 61 на 1000 живорождений в 1960 году до 17 в 1999 году⁶.

Имеется ряд важных вопросов, связанных со **здоровьем девочек-подростков**, и поэтому **Комитет**, возможно, пожелает запросить определенную информацию в этом отношении: данные, содержащиеся в предыдущем докладе государства-участника (1994 год)⁷, свидетельствовали о том, что в соответствии с законом для мальчиков и девочек установлен различный возраст для вступления в брак. Кроме того, возрастной ценз, установленный для девочек, является самым низким в рамках всех юридических систем (14 лет — по индусскому праву и 12 лет — по мусульманскому и общему праву), в результате чего здоровье девочки подвергается значительной опасности, и в случае ее беременности это также создает угрозу для жизни ее ребенка. Данные о беременности среди подростков в возрасте 13-19 лет в Тринидаде и Тобаго свидетельствуют о том, что, хотя не все случаи беременности среди подростков сопряжены с большой опасностью, они гораздо чаще встречаются среди молодых матерей, живущих в бедности, и обусловлены, таким образом, плохим дородовым уходом и рождением детей с пониженным весом⁸. **Комитет**, возможно, пожелает изучить в этой связи соответствующие вопросы, в частности рассмотреть положение дел с прогресс в деле достижения пересмотром слишком раннего и дифференцированного по признаку пола возраста вступления в брак, что создает большую опасность для девушек с точки зрения их здоровья, а также социальных, правовых и образовательных аспектов жизни. **Комитет**, возможно, пожелает также уточнить, имеются ли проблемы, обусловленные продолжением в общинах традиционной практики, которые оказывают пагубное воздействие на здоровье и благосостояние девушек, женщин и детей.

Следует отметить, что в Тринидаде и Тобаго получают все большее распространение венерические заболевания (включая ВИЧ) среди подростков. **ВИЧ** сам по себе на протяжении длительного периода времени вызывает глубокую обеспокоенность. В период 1989–1990 годов показатели распространения

* Младенческая смертность=числу младенцев, умерших в возрасте до одного года, на 1000 живорождений.

ния ВИЧ/СПИДа среди женщин в возрасте 15-19 лет удвоились. К 1997 году на долю женщин приходилось 45 процентов всех новых случаев инфицирования. Они также составляют 33,7 процента лиц, умерших от СПИДа. В то же время к 1999 году на долю молодых людей — мужчин и женщин — в возрасте 15–24 лет приходилось 50 процентов всех новых случаев инфицирования, что служит напоминанием о том, что девочки-подростки подвергаются особой опасности. В свете проблемы беременности подростков в возрасте 13–19 лет (о которой упоминалось выше) важно учитывать опасность передачи ВИЧ от матери к ребенку и сопряженные с этим большие социальные, экономические и прочие издержки⁹. Поэтому **Комитет**, возможно, пожелает запросить информацию о государственной политике, законодательстве и общинных мероприятиях по расширению доступа молодых людей к соответствующим услугам и об их использовании в контексте всеобъемлющего подхода к уменьшению последствий распространения ВИЧ/СПИДа среди населения Тринидада и Тобаго, включая вопросы, касающиеся ухода за сиротами. В то же время следует уделять внимание оказанию надлежащей поддержки и консультационной помощи людям, зараженным ВИЧ, особенно женщинам, с точки зрения предотвращения передачи вируса от матери к ребенку.

Неравенство между мужчинами и женщинами, связанное с принятием решений по социальным, экономическим, половым вопросам и т.д., которое создает опасность заражения женщин ВИЧ, также обуславливает угрозу **насилия и сексуального домогательства** в отношении женщин. Национальная «горячая линия» по вопросам бытового насилия отмечает рост числа сообщений о случаях насилия в быту¹⁰. В отсутствие достоверных данных не ясно, отражает ли это увеличение масштабов насилия или рост числа сообщений. Сами по себе сообщения уже свидетельствуют о том, что насилие вызывает обеспокоенность: в 1998 году 84 процента телефонных сообщений были получены от женщин и лишь 16 процентов — от мужчин¹¹. В 2000 году были зафиксированы 24 убийства в результате бытового насилия, 715 случаев избиения и 91 случай кровосмешения¹². Удостоверено, что насилие в отношении женщин — явление, которое уходит своими корнями в давнее социальное неравенство между мужчинами и женщинами, — имеет долгосрочные и краткосрочные негативные последствия для здоровья и благополучия женщин. Тем не менее подробной информации недостаточно для эффективного анализа проблемы с точки зрения здравоохранения или разработки возможных решений. **Комитет** может пожелать запросить дополнительную информацию по этому вопросу, например об изнасиловании супруга супругом, возможных злоупотреблениях в некоторых общинах, связанных с приданым, или сохранении других традиционных социальных/культурных обычаев, которые могут способствовать закреплению насилия в быту. **Комитет** может также пожелать призвать государство-участник более обстоятельно изучить этот вопрос¹³ с учетом, помимо других аспектов, мнений мужчин и женщин в общинах, государственной политики, образования, законодательства и его применения.

Недостаточно также информации о женщинах **пожилого возраста**. Вместе с тем известно, что хронические, неинфекционные заболевания являются причиной заболеваемости женщин в Тринидаде и Тобаго, обуславливая в 60 процентах случаев инвалидность среди женщин в возрастной группе от 65 лет. Например, 50 процентов женщин в возрасте от 65 лет сообщили о том, что они страдают гипертонией, которая была продиагностирована медицин-

ским путем. В настоящее время диабет является второй причиной смертности среди женщин¹⁴. С учетом роста доли населения, которую будут представлять женщины этой группы, **Комитет**, возможно, пожелает подчеркнуть важность искоренения дискриминации по признаку возраста, пола или любым другим признаком и создания государственного потенциала в целях предоставления надлежащей, соответствующей и легко доступной информации, обслуживания и услуг в области здравоохранения, в том числе для женщин пожилого возраста. Эффективная работа в этом направлении, без сомнения, потребовала бы осуществления многоаспектной программы, включающей проведение исследования, а также обеспечения более эффективных и диверсифицированных информационных и прочих услуг.

Данные о состоянии здоровья женщин в Тринидаде и Тобаго свидетельствуют о том, что, хотя применительно к некоторым группам был достигнут определенный прогресс, по-прежнему имеются группы женщин, требующие повышенного внимания. К сожалению, не имеется достаточных данных об **особо уязвимых группах** женщин (например, инвалидах, рабочих-мигрантах и женщинах, занимающихся проституцией) и усилиях по обеспечению более эффективного удовлетворения их потребностей. В этом отношении могла бы оказаться полезной рекомендация **Комитета** относительно проведения широких и надлежащих исследований и мероприятий в этих областях.

Примечания

¹ UN (United Nations). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York: UN 2000, p. 19.

² WHO, *World Health Report 2001*, p. 142.

³ UNFPA, *State of World Population: 2001*. Web version. Table on Demographic, Social and Economic Indicators.

⁴ WHO/ПАНО, note dated 21 November 2001. In put for 26th session of CEDAW Committee.

⁵ UN (United Nations). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York: UN 2000, p. 81.

⁶ UNICEF. *State of the World's Children: 2001*. New York: UNICEF, p. 111.

⁷ Initial Report of the Government of Trinidad and Tobago to the Committee on the Rights of the Child. UN Doc CRC/C/11/Add.10.

⁸ WHO/ПАНО. Op. Cit.

⁹ Data on HIV/AIDS from WHO/ПАНО. Included in note dated 21 November 2001. In put for 26th session of CEDAW Committee.

¹⁰ WHO/ПАНО. Op. Cit.

¹¹ WHO/ПАНО. Op. Cit.

¹² Official Report of the Modus Operandi of the Ministry of National Security, Trinidad and Tobago.

¹³ В настоящее время ВОЗ в сотрудничестве с местными учреждениями в ряде стран проводит многострановое исследование по проблемам бытового насилия в отношении женщин и его воздействия на их здоровье. Если государство-участник или любая организация на Фиджи будет заинтересована в проведении таких исследований в стране, ВОЗ, по получении соответствующей просьбы, может предоставить различные материалы.

¹⁴ WHO/PANO. Op. Cit.
