



Экономический
и Социальный Совет

Distr.
GENERAL

E/CN.6/1999/4
9 December 1998

RUSSIAN
ORIGINAL: ENGLISH

КОМИССИЯ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЖЕНЩИН

Сорок третья сессия

1—12 марта 1999 года

Пункт 3с предварительной повестки дня*

ПОСЛЕДУЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ИТОГАМ ЧЕТВЕРТОЙ ВСЕМИРНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЖЕНЩИН: ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ
СТРАТЕГИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ И МЕР В ВАЖНЕЙШИХ ПРОБЛЕМНЫХ ОБЛАСТЯХ

Тематические вопросы, находящиеся на рассмотрении
Комиссии по положению женщин

Доклад Генерального секретаря

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
I. ВВЕДЕНИЕ		
1—4 2		
II. ЖЕНЩИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	5—42	3
А. Здоровье и права человека женщин	7—11	3
В. Последующая деятельность по итогам четвертой Всемирной конференции по положению женщин	12—15	5
С. Конкретные проблемы охраны здоровья женщин: стратегии и рекомендации	16—42	6
III. НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ	43—78	13
А. Положение национальных механизмов	47—60	14

* E/CN.6/1999/1.

В. Стратегии по укреплению национальных механизмов 61—78 16
I. ВВЕДЕНИЕ

1. В соответствии со своей многолетней программой работы, осуществляемой в качестве последующей деятельности по итогам четвертой Всемирной конференции по положению женщин (резолюция 1996/6 Экономического и Социального Совета от 22 июля 1996 года), Комиссия по положению женщин на своей сорок третьей сессии рассмотрит аналитические доклады по двум важнейшим проблемным областям, фигурирующим в Пекинской платформе действий: “Женщины и здравоохранение” и “Институциональные механизмы улучшения положения женщин”. Эти доклады основаны на результатах двух совещаний групп экспертов, созданных в 1998 году Отделом по улучшению положения женщин Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций. Совещания групп экспертов были посвящены вопросам, которые либо прежде Комиссией не рассматривались, либо нуждались, по мнению Секретариата, в дальнейшем изучении в свете Платформы действий.

2. При рассмотрении важнейшей проблемной области “Женщины и здравоохранение” на совещании группы экспертов в центре внимания находился вопрос об учете гендерной проблематики в секторе здравоохранения. На совещании был также рассмотрен вопрос о репродуктивном здоровье и ряд конкретных проблем охраны здоровья женщин, таких как психическое здоровье, санитарное состояние окружающей среды и гигиена труда, а также инфекционные заболевания. Совещание группы экспертов приняло конкретные рекомендации в отношении этих секторальных вопросов и проблем охраны здоровья женщин и разработало рамки политики, учитывающей гендерные аспекты, политики, которая является полезным инструментом для включения гендерной проблематики в основное русло деятельности.

3. В важнейшей проблемной области “Институциональные механизмы улучшения положения женщин” совещание рассмотрело роль национальных механизмов в учете гендерных аспектов во всех программах и политике на национальном уровне. Кроме того, совещание рассмотрело вопросы о связи национальных механизмов с гражданским обществом и об ответственности правительств за осуществление учета гендерной проблематики, а также одобрило экспериментальный проект по укреплению национальных механизмов, который будет выполняться Отделом по улучшению положения женщин. Совещание обратилось к Секретариату с просьбой обобщить “оптимальные методы”, изложенные в документах экспертов, с тем чтобы предоставить правительствам и национальным механизмам практические примеры.

4. Целью настоящего доклада является определение программных мер, которые можно принять, с тем чтобы ускорить достижение равенства между женщинами и мужчинами, ликвидировать дискриминацию в отношении женщин и расширить права и возможности женщин с учетом положений Платформы действий. Доклады совещаний групп экспертов представлены Комиссии в качестве исходных справочных документов только на одном официальном языке Организации Объединенных Наций. Следует отметить, что прогресс, достигнутый в области осуществления Платформы действий и преодоления оставшихся препятствий, будет освещен в контексте развернутого обзора хода претворения в жизнь Пекинской платформы действий и Найробийских перспективных стратегий до 2000 года. В пятилетнем обзоре и оценке Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию в 1999 году будут проанализированы основные успехи и сдерживающие факторы, а также накопленный опыт в области разработки эффективных стратегий, действий, политики, программ и выделения ресурсов, которые также имеют отношение к обзору и оценке осуществления Платформы действий.

Настоящий доклад доводит до сведения Комиссии стратегии по ускорению осуществления мер в двух важнейших проблемных областях в качестве основы для выработки Комиссией согласованных выводов.

II. ЖЕНЩИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5. В Платформе действий женщины и здравоохранение выделены в качестве одной из важнейших проблемных областей и определены пять стратегических целей: 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/СПИДа и вопросов сексуального и репродуктивного здоровья; содействие исследованиям и распространение информации по вопросам охраны здоровья женщин; и увеличение объема ресурсов, выделяемых на охрану здоровья женщин, и контроль за деятельностью в этой области¹. При этом в Платформе также подчеркивалась важность целостного подхода к охране здоровья женщин на протяжении всей их жизни. В Платформе действий были вновь изложены положения соглашений, достигнутых на проведенной в Каире в 1994 году Международной конференции по народонаселению и развитию, в частности в отношении репродуктивного здоровья и прав женщин, а также были добавлены новые, касающиеся права женщин контролировать все аспекты своего здоровья и взаимоотношений женщин и мужчин в вопросах сексуальных отношений.

6. Женщины и здравоохранение — это одна из немногих важнейших проблемных областей, фигурирующих в Платформе действий, где был установлен ряд четких целей, которые должны быть достигнуты правительствами в сотрудничестве с неправительственными организациями и организациями предпринимателей и трудящихся и при поддержке международных организаций. Среди этих целей можно, в частности, назвать обеспечение всеобщего доступа к высококачественным услугам в области здравоохранения для женщин и девочек; снижение материнской, а также младенческой и детской смертности (пункт 106 l); повсеместное сокращение масштабов тяжелой и средней алиментарной дистрофии среди детей в возрасте до пяти лет при уделении особого внимания устранению различия между полами в уровне питания, а также сокращение масштабов распространения среди девочек и женщин анемии, вызванной дефицитом железа (пункт 106 w)². Во всех других случаях в Платформе даются широкие рекомендации без установления конкретных целей, как например, в том случае, когда рекомендуется увеличить число женщин на руководящих должностях в медицинских структурах, включая категорию исследователей и ученых, для обеспечения равенства в возможно кратчайшие сроки (пункт 109 c).

А. Здоровье и права человека женщин

7. В Платформе действий подчеркивается, что женщины имеют право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. В Платформе устанавливается связь между личной жизнью и здоровьем женщин и их ролью в обществе; утверждается, что пользование этим правом играет важную роль в их жизни и имеет большое значение для обеспечения их благополучия и возможности участвовать во всех сферах общественной и личной жизни (пункт 89). Международная конференция по народонаселению и развитию признала, что репродуктивные права охватывают некоторые права человека, которые уже признаны в национальных законодательствах, международных документах по правам человека и других документах, принятых на основе консенсуса³. В их числе Всеобщая декларация прав человека и два первоначальных пакта по ее осуществлению — Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 год), в статье 12 которого говорится о праве каждого человека

на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, и Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 год), который включает ряд прав человека, связанных с охраной здоровья, например, право на жизнь, право на свободу и личную неприкосновенность и право на частную жизнь.

8. Основываясь на итогах Международной конференции по народонаселению и развитию и ее Программе действий, Платформа действий провозглашает, что права человека женщин включают право женщин осуществлять контроль над вопросами, касающимися ее сексуального поведения, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, и свободно и ответственно принимать по ним решения без какого бы то ни было принуждения, дискриминации и насилия (пункт 96). Пекинская декларация⁴ гласит, что четкое признание и подтверждение права всех женщин на контроль за всеми аспектами своего здоровья, в частности их собственной фертильностью, имеют основополагающее значение для расширения их возможностей (пункт 17). Кроме того, в Платформе действий отмечается, что равные взаимоотношения между женщинами и мужчинами в вопросах сексуальных отношений и репродуктивного поведения, в том числе полное уважение неприкосновенности личности, требуют взаимного уважения, согласия и общей ответственности за сексуальное поведение и его последствия (пункт 96). Что касается аборт, то в Платформе действий повторяется пункт 8.25 Программы действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, в котором говорится, что в любом случае аборт не следует поощрять как один из методов планирования семьи. В Платформе действий также содержится обращенная к правительствам просьба рассмотреть возможность пересмотра законодательства, предусматривающего карательные меры в отношении женщин, которые прервали беременность противозаконным образом (пункт 106 к).

9. Предпринимались все более активные усилия к тому, чтобы рассматривать проблему здоровья в рамках прав человека. Когда здоровье считается правом человека, а не просто социальным благом, права и обязанности необходимо соответственно определить. Связь между правами человека женщин и их здоровьем впервые была установлена благодаря совместным усилиям поборников охраны здоровья женщин и защитников их прав. Отсутствие внимания и пренебрежение к вопросам охраны здоровья женщин, в частности репродуктивного здоровья, в законодательных и нормативных положениях государств были признаны формой проявления систематической дискриминации в отношении женщин. Вопросы, связанные с охраной здоровья женщин и их правами человека, выходят за рамки проблемы репродуктивного здоровья; они проявились, когда стали уделять все больше внимания широко распространенным случаям насилия в отношении женщин во всех его проявлениях, которые затрагивают и аспект прав человека, и аспект здоровья. Была также признана связь между подверженностью женщин ВИЧ-инфекции и их статусом в обществе и дискриминацией в отношении женщин. Кроме того, группы, занимавшиеся вопросами охраны здоровья и прав человека, рассмотрели проблему дискриминации по признаку пола в таких областях, как профилактика заболеваний, инвалидность, взаимозависимость прав различных групп населения, а также дискриминации в области медико-санитарного обслуживания и разработки политики в области охраны здоровья⁵.

10. Право женщин на охрану здоровья зафиксировано в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Статья 12 этой Конвенции касается прав в отношении доступа к медицинскому обслуживанию, включая планирование семьи и соответствующее обслуживание в связи с беременностью, родами и в послеродовой период. Проблема охраны здоровья женщин затрагивается также в целом ряде других статей Конвенции⁶. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин готовит проект общей рекомендации в отношении охраны здоровья на основе результатов рассмотрения Комитетом периодических докладов государств-участников и его

заклучения в этой области. Многие другие положения Конвенции имеют неявно выраженное или косвенное отношение к правам женщин на охрану здоровья и учтены в предыдущих общих рекомендациях Комитета⁷.

11. Аспектами прав человека в области охраны здоровья женщин занимается не только Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, но и все договорные органы по правам человека. Поскольку право на здоровье воплощено в ряде международных документов, его осуществление поэтому контролируют соответствующие договорные органы⁸. Комитет по правам человека сделал ряд важных заявлений в этой связи. Совещание “за круглым столом” договорных органов по правам человека по вопросу о разработке основанных на правах человека подходов к охране здоровья женщин, состоявшееся в Глен-Кове, Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки, 9—11 декабря 1996 года, приняло ряд рекомендаций для договорных органов, системы Организации Объединенных Наций и неправительственных организаций, которые были одобрены на восьмом совещании председателей договорных органов по правам человека, проведенном в Женеве 15—19 сентября 1997 года⁹.

В. Последующая деятельность по итогам четвертой Всемирной конференции по положению женщин

12. Многие правительства и международные организации следовали рекомендациям, касающимся проблемы “Женщины и здравоохранение”, принятым на глобальных конференциях Организации Объединенных Наций, в частности, на четвертой Всемирной конференции по положению женщин (1995 год) и на Международной конференции по народонаселению и развитию (1994 год). В качестве первого шага на пути претворения их в жизнь многие разработали национальные стратегии или планы действий по их осуществлению, как было предложено в Платформе действий, которая содержит, среди прочего, конкретные, ориентированные на действия предложения по сектору здравоохранения. Охрана здоровья занимает одно из первых мест в 90 национальных планах действий из 105, полученных до настоящего времени¹⁰. Хотя в Платформе действий установлены четкие, привязанные к определенным срокам цели, касающиеся проблемы женщин и здравоохранения, лишь небольшое число правительств упоминает эти реальные цели, содержащиеся в Платформе действий. Например, хотя некоторые национальные планы действий из всех регионов направлены на снижение материнской смертности, далеко не все ставят конкретные цели и не все преследуют цели, установленные в Платформе действий.

13. На международном уровне был предпринят целый ряд инициатив в области охраны здоровья в ходе осуществления комплексной последующей деятельности по итогам конференций. Вопрос об охране здоровья был включен в повестку дня созданной Административным комитетом по координации (АКК) Целевой группы по вопросам основного социального обслуживания для всех¹¹. Целевая группа создала рабочие группы, в частности, по вопросам первичного медико-санитарного обслуживания, репродуктивному здоровью и по укреплению национального потенциала в деле выявления причин детской и материнской смертности. Рабочие группы подготовили руководства по конкретным темам, в которых даются определения, характеризуются источники данных, проблемы измерения и методы оценки, а также дается рекомендация относительно того, как помочь странам в деле выявления причин детской и материнской смертности. Они также предложили целый ряд основных мероприятий для системы координаторов-резидентов, направленных на укрепление репродуктивного здоровья¹².

14. Со времени принятия Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию все больший упор делался на использовании количественных и качественных показателей для оценки прогресса в ходе осуществления программ,

включая репродуктивное здоровье. Если на национальном и местном уровнях страны могут выбрать показатели, наиболее соответствующие их потребностям и возможностям в отношении сбора данных, сбор данных для международного сопоставления и глобального мониторинга должен осуществляться в соответствии с утвержденным перечнем. Существует несколько примеров, таких как минимальный набор национальных данных социальной статистики¹³, в котором

8 комплектов данных из 15 непосредственно связаны с охраной здоровья: ожидаемая продолжительность жизни при рождении, младенческая и детская смертность, материнская смертность, степень распространения противозачаточных средств, доступ к питьевой воде и средствам санитарии, а также денежная стоимость продовольственной корзины, необходимой для удовлетворения минимальных потребностей питания. Рабочая группа по репродуктивному здоровью Целевой группы АКК по вопросам основного социального обслуживания для всех согласовала 15 глобальных показателей в области репродуктивного здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) также опубликовала перечень показателей, которые следует применять на местном уровне. Поскольку данные по некоторым показателям, таким как материнская смертность, трудно собрать, ВОЗ установила также показатели процесса, которые могут облегчить сбор более точных данных в будущем¹⁴. ВОЗ далее разработала прямой и косвенный метод "сестричества", когда респондентам задают простые вопросы о здоровье и беременности их сестер¹⁵. ЮНФПА отобрал всеобъемлющий и подробный набор показателей для демографических программ, которые прежде всего должны использовать руководители страновых программ¹⁶.

15. На этом фоне Отдел по улучшению положения женщин совместно с ВОЗ и ЮНФПА и в сотрудничестве с Секретариатом Содружества организовал совещание группы экспертов по теме "Женщины и здравоохранение: учет гендерной проблематики в секторе здравоохранения", которое по приглашению тунисского министерства по делам женщин и семьи проходило в Тунисе с 28 сентября по 2 октября 1998 года. Ниже приводятся темы и рекомендации, разработанные на этом совещании группы экспертов.

С. Конкретные проблемы охраны здоровья женщин: стратегии и рекомендации

16. В Платформе действий сделан упор на половое и репродуктивное здоровье женщин, которое является центральной проблемой в сфере охраны здоровья женщин и девочек, а также касается охраны здоровья женщин и после репродуктивного возраста. Однако другие проблемы охраны здоровья, упомянутые в Платформе действий, также требуют внимания. В их числе проблема уязвимости женщин в отношении заболевания ВИЧ/СПИДом, насилия и надругательств; проблемы охраны здоровья, с которыми сталкиваются женщины старшего возраста ввиду растущего их числа, а также проблема взаимосвязи между старением и инвалидностью у женщин. Ряд конкретных проблем, касающихся охраны здоровья, рассматривается без излишней детализации, в основном в рамках обеспечения доступа или проведения исследований (пункт 109 d). Психическое здоровье упомянуто либо как цель, либо как условие, связанное с другими вопросами охраны здоровья, включая насилие в отношении женщин или аборты (пункты 99, 106 q и 109 i). Раковые заболевания упоминаются в связи с профилактикой и проведением исследований (пункты 107 m и 109 d и e). О гигиене труда, также как о вопросах инвалидности, говорится в положениях о доступе и исследованиях (пункты 106 o и p и 109 d). Тропические болезни упоминаются только в связи с исследованиями (пункт 109 d). Ни в одной рекомендации не говорится о необходимости борьбы с туберкулезом, который в настоящее время ВОЗ признает в качестве болезни номер один, убивающей женщин в развивающихся странах.

1. Сексуальное и репродуктивное здоровье

17. При подготовке к пятилетнему обзору и оценке Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию был выделен ряд проблемных вопросов. К их числу относятся включение планирования семьи в широкий комплекс услуг в области охраны репродуктивного здоровья, рассмотрение потребностей в области охраны репродуктивного здоровья подростков, предоставление экстренных услуг по охране репродуктивного здоровья беженцам и перемещенным лицам и ликвидация насилия в отношении женщин.

18. Материнская смертность остается в первом ряду перечня показателей, касающихся равенства и развития женщин. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Платформа действий направлены на снижение материнской смертности в установленные сроки: на 50 процентов от уровней 1990 года — к 2000 году и еще на 50 процентов — к 2015 году. Для достижения этой цели необходимы политическая воля, усилия всего общества и международная помощь. Инициатива ВОЗ “За безопасное материнство” остается главной инициативой, обеспечивающей полное осуществление женщиной своего права на жизнь. Если каждая беременность таит в себе риск, необходимо предпринять шаги, чтобы определить степень риска для каждой беременной женщины и обеспечить охрану ее репродуктивного здоровья. Вопросы, касающиеся сбора достоверных данных о материнской смертности, заслуживают более пристального внимания, с тем чтобы обеспечить большую точность цифр, которые во многих случаях являются лишь приблизительными. Небезопасные аборты по-прежнему остаются одной из главных проблем общественного здравоохранения, поскольку они являются причиной смерти матерей и наносят ущерб физическому и психическому здоровью женщин. Женщины с низким доходом, женщины, проживающие в сельских районах, молодые женщины и девочки-подростки особенно уязвимы в отношении рисков, связанных с репродуктивным здоровьем.

19. Правительства и международные организации должны:

- a) придать первостепенное значение следующим областям исследований:
 - i) разработке методов, контролируемых женщинами, включая бактерицидные средства, экстренные противозачаточные средства/средства, применяемые после полового акта, и двойные методы, которые служат защитой от болезней, передаваемых половым путем, и ВИЧ, а также предохраняют от нежелательной беременности; и разработке методов мужской контрацепции;
 - ii) поощрению социальных и антропологических исследований, с тем чтобы оценить реальные потребности женщин, факторы, влияющие на их поведение, и степень их удовлетворенности предоставляемыми услугами;
- b) обеспечить осуществление положений Пекинской платформы действий, касающихся проблемы небезопасных абортов.

20. Правительства должны:

- a) обратить внимание на факты и последствия небезопасных абортов, пересмотрев и изменив законы и политику, которые попустительствуют нанесению ущерба здоровью женщин, их гибели и нарушению равенства между мужчинами и женщинами в области медицинского обслуживания;
- b) объединить, где это целесообразно, услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая рентгеноскопию рака половых органов и лечение в

климактерический период в соответствии с общими потребностями в области охраны здоровья пациентов;

с) разработать политику и сформулировать юридические документы с целью поддержки деятельности, направленной на прекращение практики калечащих операций на женских половых органах и другой вредной практики, и с целью не допустить ее внедрения в медицинскую практику.

2. Программы борьбы с туберкулезом, малярией и другими заболеваниями, включая ВИЧ и СПИД

21. Серьезные последствия неравенства между мужчинами и женщинами видны на примере миллионов женщин, зараженных ВИЧ и СПИДом своими партнерами. Число вновь инфицированных среди женщин растет быстрее, чем среди мужчин. Туберкулез, зачастую связанный с ВИЧ/СПИДом, стал глобальной проблемой здравоохранения и был назван проблемой текущего развития с высокими экономическими и социальными издержками, поскольку подавляющее число его жертв находится на стадии экономически наиболее активного периода их жизни (в возрасте от 15 до 49 лет)¹⁷. Такие заразные заболевания, как туберкулез, малярия и все в большей степени ВИЧ и СПИД, являются болезнями нищеты. Неимущие женщины особенно уязвимы в этом плане из-за плохого питания, ограниченного доступа к образованию и хорошо оплачиваемой работе, а также тяжелой рабочей нагрузки. Больных многими заразными болезнями, особенно связанными с обезображиванием, клеймят позором, что вынуждает их скрывать свои недуги и ведет к ограничению их возможностей в жизни, включая вступление в брак.

22. Зараженные женщины более склонны к самолечению и не спешат обращаться за профессиональной помощью ввиду существования сдерживающих факторов по признаку пола, включая домашние обязанности, уход за другими и стоимость поездки и лечения. Даже если они обращаются за медицинской помощью, она оказывается им в последнюю очередь ввиду их низкого социального статуса. Службы здравоохранения, таким образом, упускают возможность снабдить женщин, являющихся основными хранителями здоровья в семье, необходимой информацией, чтобы выполнить задачу по оказанию действенной медицинской помощи своевременно и наиболее эффективно.

23. Проводилось мало исследований по вопросу о том, насколько по-разному инфекционные болезни поражают женщин и мужчин, а имеющиеся сведения не принимаются во внимание при планировании услуг. Несмотря на масштабы эпидемии туберкулеза, ее гендерные аспекты игнорировались. Лишь недавно ВОЗ разработала программу исследований биологических, эпидемиологических, социальных и культурных различий при заболевании туберкулезом женщин и мужчин, сосредоточив внимание на репродуктивном здоровье, диагностике и просвещении пациентов. Что касается инфекции ВИЧ/СПИДа, то необходимо принять меры с целью обеспечения лучших и более доступных средств индивидуальной защиты для женщин (например, женские кондомы). Последние исследования в области передачи инфекции от матери ребенку и в области лекарственных средств являются многообещающими для населения стран, где беременные женщины могут пройти тестирование на ВИЧ и получить возможность лечиться.

24. Правительства и международные организации должны содействовать проведению исследований по вопросу о том, насколько по-разному инфекционные болезни, особенно малярия, туберкулез, ВИЧ и СПИД, поражают женщин и мужчин, и учитывать эти различия при планировании и предоставлении услуг.

25. Правительства должны:

a) обеспечить, чтобы клеймение позором (в случае проказы, филяриатоза, ВИЧ и болезней, передаваемых половым путем) не вело к невыявлению заболеваний и отсутствию лечения, особенно среди женщин;

b) избегать всех форм принудительного тестирования на ВИЧ женщин, включая те, которые связаны с профилактикой передачи инфекции от матери ребенку;

c) улучшить услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, предоставляемые женщинам — носителям инфекции ВИЧ и СПИДа;

d) сделать более доступным для всех женщин высококачественное дородовое обслуживание, включая предоставление консультаций в дородовой и послеродовой периоды, связанных с тестированием на ВИЧ, и избегать всех форм дискриминации в службах здравоохранения в отношении ВИЧ-инфицированных женщин при осуществлении программ профилактики передачи инфекции от матери ребенку.

26. Работники службы здравоохранения и специалисты должны:

a) побуждать пациентов информировать своих партнеров в случае ВИЧ-инфекции, с тем чтобы защитить тех от заражения, и советовать пациентам, как это сделать;

b) стимулировать семьи обеспечивать всем девочкам и мальчикам полную иммунизацию, наблюдение и лечение от детских болезней.

3. Психическое здоровье

27. Хотя право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья признается повсеместно, психическое здоровье и его гендерный аспект по-прежнему в основном игнорируются. Первым шагом могло бы стать признание существования и причин психических расстройств и травм у женщин, начиная от нищеты и кончая актами насилия. Нищета, вооруженные конфликты, бытовая изоляция, бесправие (в результате неграмотности, низкого уровня образования, экономической зависимости и патриархального гнета) — все это связано с широким распространением психических заболеваний среди женщин, усугубляемых сексуальным и физическим насилием. Надругательство в семье и обществе, а также насилие в отношении женщин во всех его формах оказывают пагубное воздействие на их физическое и психическое здоровье. Качественное психотерапевтическое обслуживание должно сочетаться с прочими видами услуг, в частности, с юридическими, просветительскими и другими социальными и правоохранительными услугами, с тем чтобы справиться с психическим заболеванием, возникшим в результате насилия и других форм надругательства над женщинами или усугубленным ими. Следует избегать неоправданного применения лекарственных средств в случае эмоционального срыва и психического расстройства, так как это скорее может заставить женщину и мужчину замолчать, а не устранить коренные причины их проблем. Не следует полагать, что родственницы в состоянии в полной мере обеспечить на дому психотерапевтический уход за душевнобольными с тяжелой формой заболевания.

28. Правительства должны:

a) вкладывать средства в просвещение общин по вопросам проведения эффективных мероприятий по охране психического здоровья и предоставлять необходимое обслуживание с учетом различных потребностей женщин и мужчин (например, лечение гражданских и бытовых травм и телесных повреждений, психических заболеваний и в случаях злоупотребления наркотическими и психотропными веществами). Приоритет

следует отдавать охране психического здоровья как неотъемлемой части первичного медико-санитарного обслуживания;

b) поощрять систематические усилия по увеличению объема и улучшению качества подготовки в области психического здоровья на всех уровнях — от студентов-медиков до дипломированных врачей, от медицинских сестер до работников службы здравоохранения в общине;

c) поддерживать усилия, предпринимаемые с целью документально зафиксировать случаи употребления наркотических и психотропных веществ как женщинами, так и мужчинами, а также отметить различные причины и последствия их употребления. Это должно привести к параллельным усилиям по разработке эффективных методов профилактики и лечения в случаях употребления таких веществ.

4. Гигиена труда и санитарное состояние окружающей среды

29. С приходом на рынок труда все большего числа женщин становится невозможным по-прежнему игнорировать гендерные аспекты гигиены труда, в частности, долгосрочные последствия целого ряда вредных для здоровья воздействий, которым подвергаются женщины и мужчины на рабочем месте. Женщины, по-видимому, больше страдают от производственного стресса и мышечно-скелетных нарушений, если они трудятся в качестве неквалифицированных или полуквалифицированных работников в сельском хозяйстве и неформальном секторе. Производственный стресс может возникнуть в результате почти одновременного выполнения ими многих обязанностей (домохозяйек, матерей и работниц), монотонно повторяющихся трудовых операций, сексуальных домогательств на рабочем месте и посменной работы. Мышечно-скелетные расстройства у женщин вызываются совокупно ручным трудом, домашней работой, плохо сконструированными инструментами и плохо организованными местами работы. Известно, что воздействие химических препаратов на рабочем месте, таких как растворители в кустарном производстве и пестициды в сельском хозяйстве, приводит к вредным последствиям для репродуктивного здоровья женщин и мужчин. Налицо свидетельство того, что постоянное присутствие в окружающей среде ряда химикатов приводит к пагубным для здоровья женщин и мужчин долгосрочным последствиям. Воздействие на плод в матке таких соединений, как дихлордифенил-трихлорэтан (ДДТ) и полихлорированные дифенилы, может вызвать нарушение деятельности желез внутренней секреции, что на более поздней стадии проявляется как болезнь.

30. Необходимо провести больше исследований в области экологических и прочих опасностей для здоровья женщин, возникающих в связи с их трудовой деятельностью как в сельской, так и в городской обстановке, с сопутствующими последствиями тяжелой домашней работы, недоедания, многочисленных беременностей и неблагоприятных климатических условий, которые отражаются на миллионах обездоленных женщин в развивающихся странах. Необходима также эргономическая реконструкция инструментов, оборудования и рабочих мест, чтобы снизить уровень профессиональной заболеваемости у женщин.

31. Правительства и международные учреждения по вопросам развития должны:

a) усилить поддержку исследований, особенно в развивающихся странах, в области связанных с условиями труда и экологическими факторами краткосрочных и долгосрочных последствий для здоровья той работы, которая выполняется женщинами и мужчинами. Это должно охватывать пагубные последствия работы в условиях домашнего хозяйства и воздействие химикатов, присутствующих в окружающей среде, а также включать соответствующие мероприятия, в том числе необходимое законодательство,

чтобы снизить опасное для здоровья воздействие как в городских, так и в сельских условиях;

b) провести гендерный анализ разного рода секторальной политики, чтобы составить полную картину опасных для здоровья женщин и мужчин воздействий с учетом экологических факторов.

32. Правительства должны расширить рамки политики в области гигиены окружающей среды и труда, с тем чтобы охватить работников неформального и сельскохозяйственного секторов, большинство которых составляют женщины и на которых часто не распространяются законы об охране труда, трудовое законодательство или положения, касающиеся гигиены труда и безопасности на производстве.

5. Учет гендерной проблематики в области медико-санитарного обслуживания, медицинского образования и исследований

33. Учет всеобъемлющих гендерных аспектов мог бы потребовать разбивки всей медицинской статистики по признаку пола и составления полной картины состояния здоровья женщин. Это могло бы также потребовать гендерного анализа в области охраны здоровья, что выявило бы биологические причины и социальные мотивы для различий в области охраны здоровья между женщинами и мужчинами и наглядно показало бы, что эти различия зачастую возникают вследствие неравноправных социальных отношений, а не являются лишь следствием биологических различий. Однако все еще сохраняется традиционное медицинское учение, которое сводит здоровье и недуги женщин главным образом к вопросу их биологии. Эта точка зрения укоренилась в научной медицине и в общественном здравоохранении в первые десятилетия XX века. В учебниках по медицине мужчина все еще рассматривается в качестве нормы или эталона, а женщина считается исключением.

34. Правительства, профессиональные ассоциации и другие учреждения, там где это уместно, должны обеспечить, чтобы:

a) образование профессиональных работников в области здравоохранения, начиная с тех, кто занимается планированием и реформами, и кончая теми, кто принимает роды, включало подготовку по гендерным проблемам с целью выработки справедливой политики в области здравоохранения, основанной на принципе равенства между мужчинами и женщинами;

b) специалисты в области здравоохранения прошли обучение по вопросам прав человека в качестве составной части их подготовки в области этики медико-санитарного обслуживания, с тем чтобы пациенты проходили лечение при должном уважении к их достоинству, с соблюдением медицинской тайны и конфиденциальности;

c) работникам здравоохранения, имеющим необходимые навыки, настоятельно рекомендовалось специализироваться в определенных областях по своему выбору, независимо от их пола, даже если для этого могла бы потребоваться поддержка в виде заботы о ребенке или присуждения стипендии.

35. Правительства, медицинские руководители и другие работники здравоохранения должны обеспечить, чтобы:

a) женщинам предоставлялась информация, касающаяся имеющихся у них возможностей, например, в отношении вскармливания ребенка грудью или

противозачаточных средств, связанного с этим риска и преимуществ, а также свободы принятия решения относительно необходимых действий;

b) женщин не лишали их права на медицинское обслуживание на основании религиозно-этических норм, приводимых работниками здравоохранения, а медико-санитарные службы немедленно направляли к специалистам женщин, нуждающихся в услугах, которые отдельные медицинские работники не желают предоставлять, например, связанных с контрацепцией (включая добровольное хирургическое предупреждение беременности) и абортom (во всех случаях, когда это разрешено законом).

6. Реформа и финансирование в области здравоохранения

36. Анализ реформ и финансирования в области здравоохранения, проводимый с учетом гендерных аспектов, вскрывает пагубное воздействие нищеты на здоровье женщин, что также находит отражение в медико-санитарном обслуживании, доступном для них при различных системах финансирования охраны здоровья. Индивидуально финансируемые службы, опирающиеся на частные платежи за услуги, а также службы, которые опираются на страхование третьей стороной, по которому страховка на случай болезни оплачивается отдельными лицами и работодателями, не охватывают большие группы населения, особенно женщин (поскольку они относятся к экономическим группам с более низкими доходами и имеют меньше средств). Женщины-домохозяйки и пожилые женщины, как правило, лишены средств и зависят от семьи и государства в отношении медико-санитарного обслуживания. Финансируемые государством службы здравоохранения, где государство оплачивает все услуги, и системы социального страхования, в рамках которых предоставляется необходимый комплекс медицинского обслуживания для всего населения при дополнительных услугах, оказываемых по другим схемам, также могут быть связаны с гендерными проблемами из-за увеличения разрыва между богатыми и бедными в том, что касается состояния здоровья и доступа к высококачественному обслуживанию. Необходимо справедливое разделение сфер охвата государственным и частным секторами, с тем чтобы все некоммерческие службы автоматически не отходили к государственному сектору.

37. В настоящее время предлагается децентрализация управления в этой сфере, с тем чтобы приблизить службы здравоохранения к общинам и усилить их ответственность за имеющиеся средства. Это должно сопровождаться выделением соответствующих средств органам на местном уровне, чтобы обеспечить элементарное медицинское обслуживание. Иначе на тех, кто обеспечивает медико-санитарное обслуживание, большинство из которых составляют женщины, ляжет бремя возросшей рабочей нагрузки, что и происходит в отношении женщин, которые должны брать на себя уход на дому, ввиду ограниченности имеющихся услуг.

38. Правительства должны:

a) обеспечить средства для охраны здоровья наиболее уязвимых групп населения, особенно обездоленных женщин, на протяжении всей их жизни. Следует заключить общественный договор между государством и всеми заинтересованными сторонами, с тем чтобы гарантировать минимальный комплекс услуг с целью охраны здоровья этих уязвимых групп;

b) обеспечить, чтобы реформа в области здравоохранения основывалась не только на экономических критериях, но и на праве человека на здоровье.

7. Партнерство ради охраны здоровья

39. Целый ряд участников и заинтересованных сторон должны играть важную роль в деле учета гендерных аспектов в секторе здравоохранения. В то время как министерство здравоохранения обычно отвечает за сектор здравоохранения в рамках правительства, другие министерства также могут играть определенную роль в деле охраны здоровья. Парламентарии оказывают решающее влияние на определение политики в области здравоохранения, учитывающей гендерные аспекты, и на введение законодательства. Окружные и местные власти играют важную роль в обеспечении медико-санитарного обслуживания, особенно там, где оно децентрализовано. Инициатива ВОЗ "здоровые города" показывает, что местные органы власти могут играть ведущую роль в расширении доступа к медицинскому обслуживанию и в улучшении его качества. Неправительственные организации эффективно содействуют внедрению гендерного подхода к проблеме охраны здоровья, выступая в качестве его поборников и наставников. Профессиональным организациям и частному сектору необходимо осознать свою значимую роль и активно участвовать во всех аспектах деятельности, связанной с учетом гендерной проблематики в секторе здравоохранения.

40. Правительство и международные организации по вопросам развития должны обеспечить активное участие общин в планировании и осуществлении медицинского обслуживания и программ по борьбе с болезнями, а также в контроле за ними.

41. Частный сектор, включая фармацевтические компании и частные клиники, должен сотрудничать в деле обеспечения качественного обслуживания и доступа к нему, особенно для неимущих женщин.

8. Рамки для разработки национальной политики в области здравоохранения с учетом гендерной проблематики

42. В Платформе действий подчеркивается важное значение учета гендерной проблематики в политике в области здравоохранения (пункт 105). В прошлом неоднократно предпринимались усилия с целью разработать рамки для политики в области здравоохранения, учитывающей гендерные аспекты. Секретариат Содружества первым ввел системы управления гендерными вопросами как на уровне национального правительства, так и в рамках сектора здравоохранения в государствах-членах. Адаптированные к конкретным условиям и потребностям каждой страны, системы управления гендерными вопросами являются эффективным инструментом учета гендерных аспектов в политике и программах, если они принимают во внимание необходимость ориентации и подготовки в области гендерных концепций исполнителей на всех уровнях в секторе здравоохранения, правительстве и сфере государственного управления. Необходимы политические обязательства на самом высоком уровне, включая министра здравоохранения и старших членов кабинета. Внешние исполнители, например, международные организации и местные участники, такие как неправительственные организации, могут играть исключительно важную каталитическую роль в обеспечении принятия этого политического обязательства. Совещание группы экспертов по теме "Женщины и здравоохранение" разработало рамки для национальной политики в области здравоохранения с учетом гендерной проблематики, которые служат полезным инструментом для политиков, практиков и директивных органов в вопросах, касающихся применения учета гендерных аспектов в секторе здравоохранения. Эти рамки содержатся в приложении к настоящему документу.

III. НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

43. Институциональные механизмы улучшения положения женщин — это одна из 12 важнейших проблемных областей, фигурирующих в Пекинской платформе действий (глава IV.H). Одиннадцать важнейших проблемных областей связаны с

вопросами существа, тогда как одна область касается конкретно институциональных механизмов, которые необходимо создать, для того чтобы обеспечить претворение в жизнь других одиннадцати существенных областей.

44. Международное сообщество играло важную роль в учреждении национальных механизмов. Обсуждение роли национальных механизмов предшествовало Всемирной конференции Международного года женщины, проходившей в Мехико в 1975 году. Конференция рекомендовала всем правительствам создать механизм с целью улучшения положения женщин. С тех пор международное сообщество уделяло повышенное внимание роли и структуре национальных механизмов. Обсуждение сосредоточивалось на роли национальных механизмов в содействии решению чисто женских проблем.

45. Пекинская платформа действий вносит новый аспект в роль национальных механизмов в деле улучшения положения женщин: мандат на поддержку учета гендерной проблематики во всех правительственных стратегиях и программах. В ней говорится:

“Национальный механизм по вопросам улучшения положения женщин является центральным подразделением по координации политики в рамках правительства. Его главная задача заключается в том, чтобы оказывать правительству в целом поддержку в деле учета гендерной проблематики во всех областях политики” (пункт 201).

Далее указывается, что:

“решая вопрос о механизмах содействия улучшению положения женщин, правительства и другие субъекты должны поощрять активную и действенную политику по учету гендерной проблематики во всех стратегиях и программах, с тем чтобы принятию решений предшествовал анализ последствий, соответственно для женщин и мужчин” (пункт 202).

46. В Платформе действий говорится, что для достижения эффективности национальные механизмы должны находиться в ведении члена правительства максимально высокого уровня, необходимо также привлекать к участию неправительственные организации и обеспечить наличие достаточного объема людских и финансовых ресурсов, а также иметь возможность оказывать влияние на разработку правительством политики во всех областях (пункт 201). Хотя Платформа действий предусматривает весьма широкий и всеобъемлющий мандат на обеспечение учета гендерной проблематики, роль и ответственность национальных механизмов в деле осуществления этого концептуального подхода на практике менее известны и являются различными в разных странах.

А. Положение национальных механизмов

47. Национальный механизм — это орган, признанный правительством в качестве учреждения, содействующего осуществлению учета гендерной проблематики в основной деятельности и улучшению положения женщин. Национальные механизмы исключительно важны для осуществления положений Пекинской платформы действий на национальном уровне.

48. Возрастает роль национальных механизмов на международном уровне. Многие из них представляют свои страны на таких международных форумах, как всемирные конференции Организации Объединенных Наций или Комиссия по положению женщин. Более того, национальные механизмы создают на региональном и международном уровнях сети по взаимному обмену опытом. Несмотря на присутствие национальных механизмов

на международной арене, проводилось мало исследований с целью оценки их все возрастающей роли на международном и региональном уровнях.

49. В настоящее время большинство стран располагает национальными механизмами в той или иной форме. В Справочник по национальным механизмам для улучшения положения женщин 1998 года¹⁸ включены 129 различных стран. Большинство механизмов для улучшения положения женщин находятся в рамках правительства. В некоторых странах национальные механизмы могли бы также включать органы, не входящие в рамки правительства, такие как управление омбудсмана или комиссия по вопросам равенства, для обеспечения соблюдения законодательства по вопросам равенства между мужчинами и женщинами. В национальные механизмы могут также входить автономные исследовательские институты, содействующие учету гендерной проблематики посредством сбора и анализа данных.

50. Национальные механизмы весьма разнообразны, поскольку они отражают культурную и политическую специфику своей страны. Не существует никакой согласованной модели для национального механизма. Однако некоторые элементы имеют решающее значение для функционирования национальных механизмов во всех регионах: а) такой механизм должен находиться в ведении должностного лица высокого уровня в рамках директивных органов и органов власти, с тем чтобы иметь возможность влиять на политику правительства, б) иметь четко сформулированные мандат и функции, с) иметь прочные связи с различными группами в рамках гражданского общества и d) иметь достаточные людские и финансовые ресурсы.

51. Страны установили различные механизмы по проблемам равенства между женщинами и мужчинами. В 1996 году Отдел по улучшению положения женщин провел обзор национальных механизмов среди государств-членов. Результаты, полученные на основе 100 ответов, показывают, что две трети национальных механизмов находятся в рамках правительства, а одну треть составляют либо неправительственные организации, либо механизмы, имеющие смешанную структуру. В рамках правительства более половины национальных механизмов входят в состав того или иного министерства, треть входит в администрацию главы государства, а остальные являются самостоятельными министерствами (данные получены на основе 88 ответов). Среди национальных механизмов, входящих в состав того или иного министерства, почти половина относится к министерству по социальным вопросам и около трети — к министерству труда (данные получены на основе 88 ответов).

52. Во многих странах успешная работа национального механизма является следствием его высокого положения в рамках правительства. В Намибии, например, национальный механизм добился успеха в деле включения гендерных вопросов во все сектора правительственного плана национального развития. Уганда создала систему кураторов гендерной проблематики и межведомственного планирования. Каждое министерство отвечает за назначение высокопоставленного чиновника в качестве куратора гендерных проблем; все назначенные лица получили соответствующую подготовку и поручение провести обзор политики с точки зрения прогресса, достигнутого в области обеспечения равенства между женщинами и мужчинами. Кроме того, была сформулирована национальная политика по гендерным вопросам, с тем чтобы обеспечить директивные органы руководящими принципами, касающимися того, каким образом следует учитывать гендерную проблематику в своей работе. Далее, все бюджеты и программы на национальном и окружном уровнях должны отражать, какие преимущества от этого получают женщины и мужчины. Однако в некоторых странах национальные механизмы более эффективно функционируют вне рамок правительства. Национальный механизм в Индии, например, является консультативным органом по проблемам, представляющим интерес для женщин, задача которого состоит в преобразовании идей в политику.

53. Согласно рекомендации, содержащейся в Платформе действий, национальные механизмы должны иметь возможность влиять на разработку и осуществление политики правительства во всех областях, а также разрабатывать и пересматривать законодательство (пункты 204 и 205). Согласно обследованию, проведенному Отделом по улучшению положения женщин, большинство национальных механизмов не имеют полномочий пересматривать существующее законодательство (данные получены на основе 94 ответов). Однако почти четыре пятых из них правомочны выступать с законодательными инициативами (данные получены на основе 96 ответов) или рассматривать законодательство до его принятия (данные получены на основе 95 ответов).

54. Некоторые национальные механизмы сосредоточиваются исключительно на своей роли консультантов по вопросам политики и катализаторов в деле учета гендерной проблематики, оставляя фактическое осуществление программ другим органам. В Швеции, например, каждый министр несет ответственность за осуществление учета гендерных факторов в своей сфере компетенции. В основе этого лежит убеждение в том, что политику, направленную на обеспечение равенства, нельзя разрабатывать в отрыве от политики, проводимой в других областях. Однако большинство национальных механизмов занимается исключительно конкретными программами по улучшению положения женщин. Согласно данным обзора, проведенного Отделом по улучшению положения женщин, планирование таких программ и контроль за их выполнением занимали первые места, когда национальные механизмы указывали свои основные виды деятельности (данные получены на основе 133 ответов).

55. Чтобы действовать эффективно, национальные механизмы должны поддерживать прочные связи с различными группами в рамках гражданского общества. У национальных механизмов существует множество различных путей установления и поддержания таких связей. В Чили неправительственные организации и правительство совместно разработали план по достижению равенства между женщинами и мужчинами. Правительство публично обязалось выполнять этот план. В Эквадоре неправительственные организации также играли важную роль в разработке национальной гендерной политики. Специальная процедура позволяет объединениям женщин включать свои проблемы в формулировки национальной политики.

56. Ливанский национальный механизм и группа неправительственных организаций совместно разработали стратегию по улучшению положения женщин в Ливане и сообща взяли на себя ответственность за ее выполнение. В Республике Корея национальный механизм предоставляет средства женским объединениям в гражданском обществе и предлагает им принимать участие в его проектах. Кроме того, обе стороны регулярно проводят консультативные совещания. Правительство Швеции финансирует женские неправительственные организации и включает их представителей в состав официальных делегаций на международных форумах.

57. На Филиппинах неправительственные организации играют важную роль в содействии продвижению гендерных вопросов в правительстве. Женские неправительственные организации внесли свой вклад в разработку рамок национального развития и организовали форум для различных групп гражданского общества по вопросу о выполнении положений Пекинской платформы действий.

58. Для национальных механизмов чрезвычайно важен доступ к современной информационной технологии, чтобы они могли работать в информационной сети и получать информацию о событиях на международном уровне. Однако проведенный Отделом по улучшению положения женщин обзор показал, что только четверть всех национальных механизмов имеет полный доступ в Интернет (данные получены на основе 84 ответов).

59. Несмотря на разнообразие национальных механизмов, многие из них сталкиваются с одинаковыми проблемами:

- a) маргинальное положение в политической системе и незначительное влияние на общий процесс выработки директивных решений;
- b) нечетко сформулированный мандат;
- c) отсутствие связи с гражданским обществом;
- d) отсутствие связи между национальным механизмом и соответствующими министерствами в вертикальной структуре государственных институтов;
- e) недостаточная поддержка идеи учета гендерной проблематики со стороны должностных лиц в правительстве и парламентариев, а также существующее мнение о том, что гендерный аспект не имеет отношения к таким областям, как экономика, оборона или политика в сфере энергетики;
- f) трудности, связанные с одновременным выполнением консультативных функций в области политики и фактическим осуществлением программ и проектов;
- g) нехватка знаний и недостаточная подготовка в области гендерных проблем;
- h) нехватка финансовых средств.

60. В этой связи Отдел по улучшению положения женщин совместно с Экономической комиссией для Латинской Америки и Карибского бассейна (ЭКЛАК) организовал совещание группы экспертов по вопросам национальных механизмов по достижению равенства между женщинами и мужчинами, которое состоялось в Сантьяго, Чили, 31 августа — 4 сентября 1998 года. На совещании были разработаны рекомендации, касающиеся усиления роли национальных механизмов с целью выполнения положений Платформы действий. Эксперты предложили меры, направленные на содействие учету гендерных аспектов и укрепление связи между национальными механизмами и гражданским обществом, а также специальные механизмы по обеспечению отчета правительства об осуществлении учета гендерной проблематики.

В. Стратегии по укреплению национальных механизмов

1. Укрепление национальных механизмов в качестве катализаторов в деле учета гендерных аспектов

61. Чтобы быть устойчивыми, национальные механизмы должны быть вписаны в национальный контекст. Они должны бережно относиться к существующим нормам культуры и в то же время содействовать учету гендерных факторов и обеспечению равенства между женщинами и мужчинами. На совещании группы экспертов были определены некоторые элементы, имеющие исключительно важное значение для выполнения национальными механизмами роли катализаторов в процессе учета гендерных аспектов: структура и положение, людские и финансовые ресурсы, мандат и функции, а также международное сотрудничество и поддержка.

a) Структура и положение

62. Во многих странах национальный механизм образован органом, не входящим в рамки правительства. Однако, как рекомендовали некоторые эксперты, национальный

механизм должен включать официально учрежденное подразделение в рамках правительства, ответственное за координацию, стимулирование и контролирование процесса учета гендерных аспектов во всех министерствах и ведомствах. Правительства должны:

a) учредить подразделение по координации гендерных проблем на самом высоком уровне в правительстве, подчиненное президенту, премьер-министру или министру — члену кабинета. Это придаст национальному механизму политический вес, необходимый для выполнения его мандата по координации процесса учета гендерных факторов по всем министерствам;

b) обеспечить, чтобы высшее руководство в каждом министерстве или ведомстве взяло на себя ответственность за включение гендерной проблематики в политику во всех областях. С этой целью министры должны обеспечить, чтобы руководители высокого ранга получали соответствующую помощь от экспертов по гендерным вопросам или кураторов гендерной проблематики;

c) создать отдельные структуры для содействия достижению равенства между женщинами и мужчинами в кадровой политике, с тем чтобы избежать путаницы с функциями национальных механизмов в области учета гендерной проблематики.

b) Людские и финансовые ресурсы

63. Для эффективного функционирования подразделениям национального механизма, существующим либо в рамках, либо вне рамок правительства, требуются соответствующие людские и финансовые ресурсы. Правительства должны:

a) бесперебойно финансировать национальные механизмы через национальные бюджеты;

b) обеспечить назначение в национальные механизмы сотрудников надлежащего уровня с соответствующим трудовым стажем, квалификацией и компетентностью в гендерных вопросах;

c) предусмотреть бюджетные ассигнования с целью обеспечения возможности повышения квалификации для персонала национальных механизмов.

c) Мандат и функции

64. Четко сформулированный мандат является необходимым условием для эффективного функционирования национальных механизмов. Национальный механизм на правительственном уровне выполняет роль катализатора в деле учета гендерной проблематики, а не является учреждением для осуществления политики. Однако он может по желанию принять участие в конкретных проектах. Его мандат должен включать:

a) разработку политики (в сотрудничестве с соответствующими министерствами);

b) координацию и пропагандирование политики;

c) контроль за политикой в плане гендерных последствий, в частности, контроль за всеми представленными документами в рамках кабинета;

d) рассмотрение законодательных и программных предложений от всех министерств с целью обеспечения учета гендерной проблематики;

e) проведение реформ с целью создания правовых систем, в большей степени учитывающих гендерную проблематику;

f) координацию проверок осуществления политики с точки зрения учета гендерной проблематики;

g) обеспечение того, чтобы дискуссии по конституционным и прочим принципиальным вопросам охватывали гендерную проблематику.

65. Национальные механизмы должны выполнять следующие функции:

a) обеспечивать организацию надлежащей подготовки в области гендерной проблематики для высшего руководящего звена в правительстве и стимулировать ее проведение на всех уровнях в рамках правительства;

b) разрабатывать методы и средства для учета гендерной проблематики, такие например, как оценка гендерных последствий, руководящие принципы подготовки в области гендерной проблематики и осуществления проверки всей правительственной деятельности с точки зрения учета гендерных аспектов;

c) собирать и распространять образцы оптимальных методов учета гендерной проблематики;

d) координировать разработку и регулярное обновление национальных планов действий по претворению в жизнь положений Пекинской платформы действий и сообщать об их выполнении парламентам и международным органам;

e) сотрудничать со средствами массовой информации с целью мобилизации общественного мнения на решение гендерных проблем.

d) Международное сотрудничество и поддержка

66. Международные организации, особенно Организация Объединенных Наций, играли решающую роль в достижении международного консенсуса относительно важного значения национальных механизмов. Эти организации должны:

a) оказывать дальнейшую помощь национальным механизмам, например, путем обобщения оптимальных методов и подготовки справочника, а также путем создания электронных сетей, например, посредством установления связей между сайтами различных национальных механизмов в системе Интернет;

b) оказывать совместно с национальными правительствами помощь в установлении регулярного регионального информационного взаимодействия между национальными механизмами, с тем чтобы содействовать обмену опытом и распространению оптимальных методов и стратегий в области учета гендерной проблематики.

2. Связи национальных механизмов с гражданским обществом

67. Различные Группы гражданского общества нередко играли решающую роль в создании национальных механизмов. Поддержка со стороны гражданского общества также укрепляет позиции национального механизма в его отношениях с другими подразделениями в правительстве.

68. Национальным механизмам необходимы прочные связи с неправительственными организациями. В тех случаях, когда это возможно, они должны институционализировать свои отношения с такими организациями. Национальные механизмы могут также служить

важным связующим звеном между гражданским обществом и другими подразделениями в правительстве. В целях укрепления связей с неправительственными организациями национальные механизмы в рамках правительства должны:

a) консультироваться с влиятельными неправительственными организациями по вопросам национальной и международной политики в области положения женщин и гендерной проблематики;

b) привлекать неправительственные организации, представляющие различные группы женщин к составлению докладов государств-членов Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин и к разработке национальных планов действий по выполнению положений Пекинской платформы действий, а также включать их представителей в состав делегаций на такие международные форумы, как Комиссия по положению женщин;

c) повысить авторитет объединений, защищающих интересы женщин, предоставив им ассигнования, или публично признав важность их работы;

d) установить официальные каналы двусторонней связи, например, в виде регулярного участия национальных механизмов в конференциях неправительственных организаций и назначения представителей неправительственных организаций в правления и советы национальных механизмов.

69. Чтобы добиться широкой поддержки своих мандатов со стороны гражданского общества, национальные механизмы должны:

a) сотрудничать со средствами массовой информации с целью повышения информированности общественности в вопросах равенства между женщинами и мужчинами и роли национальных механизмов в содействии его осуществлению;

b) развивать и использовать электронные средства для распространения информации о положении женщин и для взаимодействия с организациями гражданского общества, другими подразделениями в правительстве, занимающимися гендерными проблемами, и национальными механизмами других стран;

c) информировать гражданское общество о международных соглашениях, касающихся положения женщин и равенства между женщинами и мужчинами, и о результатах крупных конференций Организации Объединенных Наций;

d) организовывать конференции с участием исследователей, представителей директивных органов, а также объединений, защищающих интересы женщин, чтобы способствовать обмену опытом и взаимодействию.

70. Система Организации Объединенных Наций должна помогать в укреплении связей между национальными механизмами и неправительственными организациями путем:

a) поощрения правительств и национальных механизмов к тому, чтобы они отражали мнение гражданского общества в своих докладах по гендерной и женской проблематике, представляемых в такие международные органы, как Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин и Комиссия по положению женщин. Это можно было бы сделать либо в форме совместного доклада правительства и неправительственной организации, либо в форме самостоятельного доклада неправительственной организации;

b) оказания консультативной и материально-технической поддержки национальным механизмам, а также объединениям, защищающим интересы женщин, в целях выполнения положений Пекинской платформы действий. В этом плане управления координаторов-резидентов Организации Объединенных Наций, особенно женщины, работающие в рамках программ развития и в подразделениях, занимающихся гендерной проблематикой, должны играть решающую роль. Организация Объединенных Наций в сотрудничестве с международными неправительственными организациями также могла бы оказать помощь в деле распространения информации на региональном и субрегиональном уровнях.

3. Механизмы по обеспечению отчета правительства об осуществлении учета гендерной проблематики

71. Совещание согласилось с тем, что необходимы специальные механизмы по обеспечению отчета правительства об осуществлении учета гендерной проблематики. В Платформе действий говорится, что правительства должны представлять законодательным органам на регулярной основе доклады, когда это целесообразно, о прогрессе в том, что касается учета гендерных проблем в контексте основной деятельности (пункт 203 e).

72. Чтобы эти механизмы работали эффективно, необходимо уделять внимание таким элементам, как дезагрегированные статистические данные, показатели исполнения, экспертное изучение, прозрачность и регулярные публичные сообщения. Статистические данные должны быть представлены не только с разбивкой по признаку пола, но и с разбивкой по показателям таких переменных, как городское/сельское местожительство, возраст, этническая принадлежность, раса, инвалидность и прочие социально-экономические переменные. Следует регулярно проводить обзор показателей исполнения, как качественных, так и количественных, с тем чтобы обеспечить их постоянное соответствие прогрессу, достигнутому в области обеспечения равенства между женщинами и мужчинами.

73. Национальные механизмы играют ключевую роль в процессе представления отчетов. Национальные механизмы должны:

a) помогать министерствам и ведомствам в деле включения гендерных аспектов в их бюджетные и прочие доклады парламенту и в подготовке докладов о ходе работы в области учета гендерной проблематики;

b) помогать правительственным учреждениям в составлении четких качественных и количественных показателей для оценки их деятельности в области учета гендерных аспектов;

c) разрабатывать совместно с национальным статистическим управлением общие показатели результативности работы правительства;

d) координировать регулярные доклады, показывающие прогресс по всем секторам правительства, достигнутый в деле обеспечения равенства женщин и мужчин и выполнения обязательств в связи с Пекинской платформой действий.

74. Особая форма отчета о достигнутых результатах в области гендерных проблем — это форма проверки и выделения бюджетных ассигнований в этой области. Правительства должны:

a) обеспечить включение проверки в области учета гендерных аспектов в число обычных функций ревизии;

b) рассмотреть вопрос о составлении бюджета с учетом гендерных проблем, что требует от министерств и ведомств дезагрегирования всех расходов в своих бюджетных документах по показателям обеспечения выгод для женщин и мужчин. Этот процесс позволяет увидеть разницу в ассигновании средств на нужды женщин и мужчин.

75. Парламенты также должны играть определенную роль в обеспечении отчетности правительств. Парламенты должны учредить постоянные комитеты для контроля за ходом работы в области учета гендерной проблематики и рассмотрения всех правительственных отчетов с точки зрения учета в них гендерных аспектов. Ожидается, что министерства в своих докладах парламенту будут использовать показатели учета гендерных факторов, разработанные совместно с национальным механизмом. Постоянный комитет должен иметь секретариат, включающий технических экспертов в области гендерного анализа, с тем чтобы иметь возможность тщательно рассматривать этот аспект докладов.

76. Национальные механизмы должны использовать международные соглашения, чтобы обеспечить отчетность правительств. Национальные механизмы должны:

a) настоятельно призвать свои страны своевременно представлять доклады Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин и регулярно проводить обзоры имеющихся оговорок к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин с целью их возможной отмены. Страны, не ратифицировавшие Конвенцию, должны пересмотреть свою позицию;

b) настоятельно призвать свои страны ратифицировать факультативные протоколы к международным договорам, которые предусматривают механизм подачи жалоб.

77. Для обеспечения эффективного функционирования национальных механизмов необходимы прочные связи между этими механизмами и гражданским обществом. Гражданское общество также играет важную роль в деле осуществления контроля за отчетностью правительства по вопросам включения гендерной тематики в основное русло деятельности и в привлечении внимания к этой проблеме. Организации гражданского общества должны:

a) использовать национальные, региональные и международные правовые системы, чтобы бороться против законов, нарушающих принцип равенства мужчин и женщин;

b) предпринимать и поддерживать юридические протесты, опирающиеся на общественный интерес и на имеющие принципиальное значение судебные дела, касающиеся положения женщин;

c) мобилизовать общественное мнение на выполнение международных и национальных обязательств в отношении обеспечения равенства мужчин и женщин;

d) составлять альтернативные доклады, дополняющие периодические страновые доклады, представляемые международным договорным органам и Комиссии по положению женщин.

78. Чтобы пользоваться прочной поддержкой со стороны организаций гражданского общества, национальные механизмы должны отчитываться за выполнение своих мандатов. Эксперты рекомендовали привлекать там, где это возможно, представителей неправительственных организаций к участию в обзоре показателей результативности деятельности национальных механизмов и использовать рекомендованные ранее институциональные каналы.

Примечания

¹ См. Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4—15 сентября 1995 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.96.IV.13), глава I, резолюция 1, приложение II, пункты 89—111.

² Международная конференция по народонаселению и развитию (1994 года) определила более подробно эти глобальные цели и рекомендовала следующее: “Страны с промежуточными уровнями смертности должны стремиться к достижению к 2005 году коэффициента материнской смертности ниже 100 случаев на 100 000 живорождений и к 2015 году — коэффициента материнской смертности ниже 60 случаев на 100 000 живорождений. Страны с самыми высокими уровнями смертности должны стремиться к достижению к 2005 году коэффициента материнской смертности ниже 125 случаев на 100 000 живорождений и к 2015 году — коэффициента материнской смертности ниже 75 случаев на 100 000 живорождений. Вместе с тем всем странам следует сократить материнскую заболеваемость и смертность до таких уровней, чтобы они перестали быть одной из проблем общественного здравоохранения” [Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, 5—13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), пункт 8.21].

³ Там же, пункт 7.3. Аналогичное заявление содержится в Платформе действий (см. Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин..., приложение II, пункт 95).

⁴ См. Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин..., приложение I.

⁵ Jonathan Mann and Sofia Gruskin, “Women’s Health and Human Rights: Genesis of the Health and Human Rights Movement”, Health and Human Rights, vol. 1, No. 4 (1995), pp. 309—314.

⁶ Право решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями (статья 16, пункт 1 е), право на доступ к специальной информации образовательного характера, включая консультации о планировании размера семьи (статья 10 h), право женщин, проживающих в сельской местности, на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, включая информацию, консультации и обслуживание по вопросам планирования размера семьи (статья 14, пункт 2 b) и право на охрану здоровья и безопасные условия труда (статья 11, пункт 1 f).

⁷ См., в частности, общую рекомендацию 12 (1989 год), по вопросу о насилии в отношении женщин; общую рекомендацию 14 (1990 год), касающуюся обрезания у женщин; и общую рекомендацию 15 (1990 год) по вопросу о недопущении дискриминации в отношении женщин в национальных стратегиях в области предупреждения синдрома приобретенного иммунодефицита и борьбы с ним.

⁸ Комитет по правам человека, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Комитет по ликвидации расовой дискриминации, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Комитет против пыток и Комитет по правам ребенка. См., в частности, Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят вторая сессия, Дополнение № 40 (A/52/40), пункты 160, 167, 287 и 300.

⁹ A/52/507, приложение.

¹⁰ По состоянию на 19 ноября 1998 года в общей сложности 104 государства-члена и 1 наблюдатель официально представили Секретариату свои национальные планы действий и стратегии осуществления. См. также документ E/CN.6/1998/6.

¹¹ Членами Целевой группы являлись Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (Председатель), Секретариат Организации Объединенных Наций, региональные комиссии Организации Объединенных Наций, Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций, Международная организация труда, Международный валютный фонд, Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, Центр Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (Хабитат), Детский фонд Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций для развития в интересах женщин, Программа развития Организации Объединенных Наций, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде, Организация Объединенных Наций по промышленному развитию, Международная программа Организации Объединенных Наций по контролю над наркотическими средствами, Ближневосточное агентство Организации Объединенных Наций для помощи палестинским беженцам и организации работ, Всемирный банк, Мировая продовольственная программа и Всемирная организация здравоохранения.

¹² Основное социальное обслуживание для всех — руководящие принципы, касающиеся общего подхода к проблеме укрепления национального потенциала в деле выявления причин детской и материнской смертности (1997 год), руководящие принципы, касающиеся первичного медико-санитарного обслуживания (1997 год), руководящие принципы, касающиеся репродуктивного здоровья (1997 год).

¹³ Минимальный набор национальных данных социальной статистики был одобрен Статистической комиссией на ее двадцать девятой сессии (см. Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 1997 год, Дополнение № 4 (E/1997/24), пункт 67 а).

¹⁴ World Health Organization, Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators (Geneva 1998); Selecting reproductive health indicators: a guide for district managers, Field testing version (1997); Reproductive Health Indicators for Global Monitoring, Report of an interagency technical meeting, 9—11 April 1997.

¹⁵ World Health Organization, The Sisterhood for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users (1997).

¹⁶ United Nations Population Fund, Indicators for Population and Reproductive Health Programmes (forthcoming).

¹⁷ См. Организация Объединенных Наций, Обзор мирового экономического и социального положения, 1997 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.97.II.C.1).

¹⁸ Справочник составлен на основе ответов правительств и регулярно обновляется Отделом по улучшению положения женщин.

Приложение

РАМКИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>	<u>Стр.</u>
I. ВВЕДЕНИЕ		
1—2	26	
II. ПОЛ, ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ: РАЗЪЯСНЕНИЕ ПОНЯТИЙ	3—22	26
A. Биологические факторы, влияющие на состояние здоровья и подверженность болезням	5—6	27
B. Разделение по признаку пола в обществе	7—12	27
C. Влияние неравенства полов на охрану и состояние здоровья женщин	13—18	28
D. Влияние неравенства полов на охрану и состояние здоровья мужчин	19—22	29
III. ГЕНДЕРНЫЕ ПРЕДУБЕЖДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	23—29	30
A. Гендерные предубеждения в области научных исследований	23—26	30
B. Гендерные предубеждения при оказании медико-санитарной помощи	27—29	31
IV. УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	30—42	32
A. Определение состояния здоровья женщин	31—34	32
B. Участие женщин в проведении биомедицинских исследований		353
C. Р а с ш и р е н и е д и с ц и п л и н а р н о г о о х в а т а м е д и ц и н с к и х исследований	36—37	34
D. Составление общей картины	38—42	34
V. УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	43—63	35
A. Проявление политической воли	46—48	36
B. Организация процесса оценки потребностей, учитывающих гендерную проблематику	49—50	36

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

Пункты Стр.

C.	Включение гендерной проблематики в процесс планирования	51—56	37
D.	Разработка структуры для планирования, учитывающего гендерные аспекты	57—58	38
E.	Создание потенциала для обеспечения медицинского обслуживания, учитывающего гендерные аспекты	59—61	39
F.	Учет, контроль и оценка	62—63	39
VI.	МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВЕНСТВА ПОЛОВ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ . .	64—71	40

I. ВВЕДЕНИЕ

1. За прошедшие два десятилетия вопросы, касающиеся женщин, быстро вошли в число вопросов политики, стоящих на повестке дня национальных правительств и международных организаций. В течение 80-х годов значительно возросло число мер, направленных на предупреждение случаев лишения женщин прав принимать участие в основной экономической, политической и социальной жизни. Хотя принятие таких мер привело к значительному улучшению жизни женщин, их общий статус в обществе остался почти без изменений. С учетом этой сохраняющейся дискриминации основное внимание, уделявшееся ранее только проблемам женщин, в настоящее время сосредоточено на решении более широкой проблемы взаимоотношений полов. В области медицинского обслуживания населения и в других областях государственной политики основной упор делается на выявлении и устранении случаев проявления неординарного отношения к женщинам и мужчинам, что препятствует женщинам, а иногда и мужчинам, реализовывать свои потенциальные возможности.

2. Это движение к учету гендерной проблематики является важным шагом вперед. Однако это еще не принесло ожидаемых результатов, и можно указать на две основные причины такого положения. Во-первых, существует значительная путаница в отношении используемых в настоящее время терминов. Что означает понятие "гендерный фактор" и чем оно отличается от понятия "пол"? И каким образом гендерный подход отличается от подхода, в соответствии с которым основное внимание уделяется только женщинам? Это важные вопросы, которые должны быть правильно поняты всеми лицами, принимающими участие в осуществлении учитывающей гендерную проблематику политики в области здравоохранения. Во-вторых, существует отставание в разработке и распространении соответствующих методов включения гендерных вопросов в процесс разработки и осуществления политики. Если достижение равенства полов должно стать основной целью развития системы медицинского обслуживания, занимающиеся этими вопросами лица должны быть надлежащим образом проинформированы о наиболее эффективных средствах достижения такого развития.

II. ПОЛ, ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ: РАЗЪЯСНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

3. Несмотря на все более широкое его использование, по-прежнему существует значительная путаница в отношении термина "гендерный фактор". Это не просто более современный термин, чем термин "пол". Скорее это термин, используемый для определения тех характерных особенностей женщин и мужчин, которые имеют социальный характер, в отличие от их биологических особенностей. Таким образом, женщины и мужчины различаются по своим социальным характеристикам, с одной стороны, и по своим биологическим особенностям — с другой. Это означает, что гендерные вопросы являются проблемой, касающейся не только женщин. Проведение гендерных различий также сказывается на охране и состоянии здоровья мужчин как положительным, так и отрицательным образом. Эти различия между "женской сущностью" и "мужественностью" проявляются в состоянии здоровья и подверженности болезням женщин и мужчин во всем мире.

4. Среди женщин и мужчин существуют значительные различия в распространенности определенных проблем со здоровьем. При любой попытке объяснения этих различий следует учитывать как биологические, так и социальные факторы, влияющие на их благополучие. Исследования показывают, что женщины и мужчины болеют некоторыми болезнями в разном возрасте. Например, сердечно-сосудистые заболевания наблюдаются у женщин в более позднем возрасте, чем у мужчин; некоторые болезни, такие как анемия и недостаток питания, болезни пищеварительной системы и нарушения опорно-двигательного аппарата, больше распространены среди женщин, чем среди мужчин, в то

время как другие болезни или состояния относятся только к женщинам, например медицинские проблемы, связанные с беременностью.

А. Биологические факторы, влияющие на состояние здоровья и подверженность болезням

5. Основное внимание при проведении биомедицинских и социологических исследований, касающихся различий между женщинами и мужчинами, традиционно сосредоточено на их репродуктивных биологических особенностях. Этот подход является особенно важным, поскольку структура и функционирование их репродуктивных систем могут приводить к возникновению определенных проблем со здоровьем как у женщин, так и у мужчин. Например, только мужчины болеют раком простаты, в то время как только у женщин может развиваться рак шейки матки. Однако способность женщин к зачатию и деторождению означает, что у них имеются дополнительные потребности в обеспечении их репродуктивного здоровья по сравнению с мужчинами как в случае болезни, так и при поддержании их здоровья. Женщинам необходимо быть в состоянии контролировать свою фертильность и рожать в безопасных условиях, так что доступ к высококачественной медико-санитарной помощи для обеспечения их сексуального и репродуктивного здоровья на протяжении всей их жизни имеет решающее значение для их благополучия.

6. Справедливость этого требования является очевидной при повторном рассмотрении моделей продолжительности жизни женщин и мужчин. Считается общепринятым, что большая продолжительность жизни женщин имеет биологическое происхождение. Эти биологические потенциальные возможности в отношении большей продолжительности жизни могут значительно сократиться и это может сказаться на качестве жизни в том случае, если женщины подвергаются дискриминационной практике, такой как неспособность общества предоставить им эффективное и надлежащее медицинское обслуживание. В данном случае вновь биологические факторы сочетаются с социальными факторами и именно эти социальные или гендерные различия потенциально поддаются изменениям.

В. Разделение по признаку пола в обществе

7. Комплексная структура гендерного фактора взаимодействует с биологическими и генетическими различиями, что создает условия, ситуации и проблемы в области здравоохранения, которые являются различными для женщин и мужчин как отдельных лиц и как групп населения. Это взаимодействие и его роль для групп населения различных возрастных категорий, этнического происхождения и доходов должны пониматься медицинскими работниками и лицами, ответственными за проведение политики в области здравоохранения.

8. Все общества делятся по осевой на женщин и мужчин, при этом тех, кто находится с каждой стороны этой осевой, можно рассматривать как принципиально разные типы людей. Вполне очевидно, что женщины, как правило, несут основные обязанности в домашнем хозяйстве и домашнем труде, в то время как мужчины в большей мере связываются с миром общественных отношений, то есть с оплачиваемой работой и правами и обязанностями гражданина.

9. В большинстве обществ эти различия являются не просто различиями, но и означают неравенство. То, что определяется как мужская работа, как правило, ценится более высоко, чем то, что определяется как женская работа, и женщины и мужчины получают за нее соответствующее вознаграждение. Например, выполняемая женщинами работа по дому не оплачивается, и, как правило, она ценится гораздо ниже, чем оплачиваемая

работа. Таким образом, большинство женщин имеют доступ к меньшим ресурсам, чем мужчины, находящиеся в тех же социальных условиях.

10. Гендерный фактор также определяет развитие самой личности. Общественные нормы, которые регулируют приемлемый характер поведения мужчин и женщин в различных условиях, влияют на формирование отдельного субъекта. Результаты научных исследований показали, каким образом различаются по признаку пола ожидания между девочками и мальчиками, их познавательные способности, эмоциональное и социальное поведение, а также каким образом происходит их различное развитие, в результате чего женщины и мужчины осознают свое положение и действуют в конкретных социальных условиях. Эти нормы ставят почти всех женщин в подчиненное положение по отношению к мужчинам, определяя границы их надежд и ожиданий. Нищета часто является усугубляющим фактором.

11. Важность гендерного фактора следует подчеркивать на институциональном уровне, а также на уровне отдельных лиц и домашних хозяйств. Комплексный набор ценностей и норм обеспечивает функционирование организационных систем, таких как здравоохранение, правовая система, экономика и практика религиозных обрядов и культов. Это усиливает и без того достаточно широкий характер дискриминации по признаку пола, определяя возможности, ресурсы и выбор, которые имеются в распоряжении отдельных женщин и мужчин.

12. На состояние здоровья женщин и мужчин влияют их биологические особенности и, кроме того, разделение по признаку пола в том, что касается социальных, культурных и экономических условий. Для женщин влияние разделения по признаку пола носит главным образом негативный характер. Влияние на мужчин труднее поддается оценке, поскольку статус мужчины связан с более сложным сочетанием рисков и преимуществ.

С. Влияние неравенства полов на охрану и состояние здоровья женщин

13. Существование социального и экономического неравенства свидетельствует о том, что во многих странах женщины испытывают трудности в приобретении предметов первой необходимости для ведения здорового образа жизни. Конечно, степень лишения их этих предметов будет весьма различной в зависимости от общины, в которой они живут, однако "феминизация" нищеты остается постоянной темой. "Культурная девальвация" женщин также является важной темой, хотя она трудно поддается измерению или даже определению. Поскольку они принадлежат к определенной группе, которая рассматривается обществом как заслуживающая меньшего внимания, многие женщины сталкиваются с трудностями при повышении устойчивости своего психического здоровья. Этот процесс начинается в детстве, когда девочки во многих культурах ценятся меньше мальчиков, и продолжается в их дальнейшей жизни, когда "работе по уходу" дается более низкий статус и меньшее вознаграждение. В дальнейшем это неравенство полов усиливается из-за отсутствия у женщин власти и наличия препятствий, с которыми они сталкиваются, пытаясь добиться социальных изменений.

14. В настоящее время преобладает тенденция рассматривать в качестве патологических процессы, нормальные для физического и психического здоровья женщин. Например, в большинстве случаев беременность и деторождение являются нормальными физиологическими процессами. В отличие от болезней, которыми болеют мужчины, эти процессы не являются болезнями или случаями, требующими хирургического вмешательства. Во многих обществах беременность и роды рассматриваются как медицинские, а не как здоровые процессы. Неравенство полов, не дающее им возможности иметь доступ к высококвалифицированному медицинскому обслуживанию, удваивает

тяжелое положение женщин, уже подвергающихся риску из-за их роли, связанной с деторождением.

15. Сам характер женского труда может влиять на состояние здоровья женщин. Работа в домашнем хозяйстве и уход за детьми могут быть изматывающими и отупляющими занятиями, особенно в том случае, если они выполняются при недостаточности ресурсов и, как это характерно для многих женщин, сочетаются как с беременностью, так и с ведением натурального сельского хозяйства. Эти занятия могут также нанести вред психическому здоровью женщин в том случае, если они оцениваются низко и выполняются в одиночку. Время, потраченное на уход за другими лицами, приводит к тому, что женщины перестают следить за собственным здоровьем. Для женщин ведение домашнего образа жизни и домашняя работа также связаны с угрозой насилия, поскольку дом является тем местом, где они могут скорее всего подвергнуться дурному обращению. Упор, который делается на их роль в домашнем хозяйстве, также означает, что женщины страдают от более серьезных последствий по сравнению с мужчинами в том случае, если член семьи является алкоголиком или наркоманом или если они сами злоупотребляют алкоголем или наркотиками. Даже при наличии оплачиваемой работы “женские” виды работ часто связаны с конкретными рисками, которым уделяется мало внимания.

16. Насилие, в основе которого лежит гендерный аспект, представляет собой фактор риска для многих женщин. Это представляет собой не только нарушение их прав человека, но и имеет самые различные последствия для их физического и психического здоровья, а также для системы здравоохранения. Женщины являются жертвами насилия в результате существующего неравенства полов в обществе, и они чаще сталкиваются с риском нападения на них со стороны их партнеров и близких родственников.

17. Подчиненное положение девушек и женщин в сексуальном плане увеличило их подверженность заболеваниям, передающимся половым путем, ВИЧ-инфекции и СПИДу, что усугубляет тяжесть имеющейся у них болезни, значительно сокращает продолжительность их жизни и ухудшает качество жизни. Кроме того, в большинстве случаев девочки, девушки и женщины, являющиеся носителями ВИЧ-инфекции и болеющие СПИДом, имеют плохую репутацию и подвергаются дурному обращению.

18. Женщины недостаточно представлены среди лиц, разрабатывающих политику, лиц, ответственных за принятие решений, и деятелей, работающих во многих секторах здравоохранения. Неравенство женщин в отношении доступа к профессиональной подготовке и образованию является одной из причин. Это приводит к сокращению доступа к ресурсам и недостаточному уделению внимания потребностям и приоритетам женщин.

D. Влияние неравенства полов на охрану и состояние здоровья мужчин

19. Таким образом, до настоящего времени именно женщины и их сторонники уделяли большое внимание влиянию разделения полов в обществе на систему здравоохранения. Однако в настоящее время возникают новые вопросы о возможных рисках для состояния здоровья мужчин, и эти вопросы, возможно, также требуют внимания при разработке учитывающей гендерную проблематику политики.

20. При первом рассмотрении вопроса достижение “мужественности” может только содействовать процессу укрепления здоровья, поскольку этот процесс, видимо, дает мужчинам большую власть, богатство и более высокий статус в обществе по сравнению с женщинами, находящимися в аналогичных социальных условиях. Однако можно также выявить и некоторые недостатки. Например, в отношении оплачиваемой работы идея о мужчине-кормильце означала, что во многих обществах мужчины чувствовали себя вынужденными братья за выполнение самых опасных работ. В результате этого

показатели производственного травматизма и профессиональных заболеваний среди мужчин традиционно выше, чем те же показатели среди женщин, и смертность по причинам, связанным с производством, обычно выше среди мужчин, чем среди женщин.

21. Кроме того, в большинстве обществ мужчины скорее, чем женщины, привыкают к целому ряду вредных привычек, таких как использование разрешенных и запрещенных психотропных веществ и занятие опасными видами спорта. В большинстве культур эти виды деятельности связаны с идеями возмужания, так что юноши и молодые мужчины могут чувствовать давление, вынуждающее их идти на риск, своим поведением показывая, что они являются "настоящими мужчинами". Аналогичные понятия используются для объяснения высоких показателей насилия среди мужчин во многих частях мира. И в отношении психического здоровья мужчины утверждают, что стереотипное представление о роли полов сужает круг тех эмоций, которые они могли бы проявить, затрудняя, например, признание в своей слабости или в других чувствах, которые рассматриваются как присущие женщинам.

22. Неравенство полов влияет на поведение мужчин и может сказываться на взаимоотношениях между женщинами и мужчинами. Это мешает мужчинам правильно оценивать свою ответственность за насилие, связанное с рисками для здоровья, во взаимоотношениях между женщинами и мужчинами.

III. ГЕНДЕРНЫЕ ПРЕДУБЕЖДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

A. Гендерные предубеждения в области научных исследований

23. Большинство научных исследований в области здравоохранения по-прежнему проводятся в соответствии с биомедицинской традицией. Хотя сейчас социальные факторы начинают учитываться более серьезно, тем не менее до сих пор самая большая доля средств по-прежнему тратится на проекты, относящиеся к формальной области биомедицины. Это касается не только клинических и эпидемиологических исследований, но и обычного сбора статистических данных о заболеваемости и смертности, что по-прежнему осуществляется в рамках стандартных медицинских категорий. Не хватает исследований качественного аспекта проблемы. В результате этого собранная информация и полученные результаты часто не подходят для принятия мер, учитывающих гендерную проблематику.

24. Поэтому важно разработать более совершенные системы сбора медицинской информации, необходимой для информирования лиц, проводящих политику и принимающих решения о проведении программ. Они должны включать в себя сбор на месте данных о качественных и количественных аспектах проблемы, то есть данных, в большей мере, чем существующий показатель числа лет с поправкой на инвалидность (ДАЛИ), учитывающих социально-экономические условия и гендерную проблематику. Тогда данные можно будет использовать для составления перечня первоочередных задач в ходе процесса, включающего систематический гендерный анализ.

25. Большинство медицинских исследований по-прежнему проводится на основе несформулированного предположения о том, что женщины и мужчины физиологически похожи во всех отношениях, кроме их репродуктивных систем. При этом другие биологические различия не учитываются, как не учитываются и социальные различия, которые оказывают столь большое влияние на состояние здоровья. Следствием такого подхода является генерирование искаженной информации. При обычном сборе данных статистические данные не всегда дезагрегируются по полу и возрасту, что затрудняет планирование конкретных нужд женщин и мужчин. Аналогичным образом при

проведении многих клинических исследований данные о женщинах не собираются совсем или не проводится разбивка данных по полу и гендерному фактору, которые являются важными переменными в этом анализе.

26. В связи с этим во многих случаях в отношении женщин применяются стратегии профилактической работы и борьбы с болезнями, хотя они прошли лишь проверку на мужчинах. Поэтому была выражена особая озабоченность по поводу ишемической болезни сердца, а также ВИЧ-инфекции и СПИДа. Растет также число свидетельств того, что различия по признаку пола и гендерные различия могут иметь важное значение в отношении целого ряда инфекционных болезней и болезней, вызываемых паразитами, включая туберкулез и малярию. Биологические различия, связанные с полом, могут влиять на восприимчивость организма к инфекциям и иммунитет, в то время как гендерные различия в характере поведения и доступе к ресурсам могут влиять на степень подверженности инфекциям и связанные с этим последствия. Однако без наличия более точной информации трудно использовать эти наблюдения для осуществления более эффективной разработки политики или для клинической практики.

В. Гендерные предубеждения при оказании медико-санитарной помощи

27. Аналогичные проблемы возникли в отношении гендерных предубеждений, связанных с доступом к медицинскому обслуживанию и качеством получаемой медико-санитарной помощи. Существует достаточно большое число свидетельств того, что женщины сталкиваются с ограничениями, связанными с гендерным фактором, в отношении их доступа к медицинскому обслуживанию и что это затрагивает, в частности, женщин из самых бедных слоев населения. Препятствия, с которыми они сталкиваются, включают в себя отсутствие соответствующей заботы, обусловленной общим уровнем культуры, недостаток ресурсов, отсутствие транспорта, их репутацию и иногда отказ им в доступе к медицинскому обслуживанию со стороны их мужей или других членов семьи. Ограничение государственных расходов на медицинское обслуживание будет сказываться на мужчинах и женщинах, однако в условиях скудности средств это часто затрагивает женщин в семье, потребностям которых уделяется меньше всего внимания.

28. Даже если у женщин есть доступ к медицинскому обслуживанию, также очевидно, что качество получаемой женщинами медико-санитарной помощи ниже, чем качество медико-санитарной помощи, предоставляемой мужчинам. Слишком большое число женщин сообщает о том, что их опыт получения медико-санитарной помощи является мучительным и унижительным. Гендерные предубеждения и высокое профессиональное положение медицинских работников обоего пола слишком часто смущают женщин, лишая их возможности участия в принятии решений, касающихся их организма и их собственного здоровья.

29. При исключении женщин из процесса принятия решений гендерные предубеждения, касающиеся подбора и расстановки кадров, продвижения по службе, назначения на должность и карьерного роста медицинских работников, служат препятствием для попыток женщин улучшить свое здоровье.

IV. УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

30. Гендерное неравенство в более широких общественных рамках также находит свое отражение в методике проведения медицинских исследований. Если необходимо изменить методику, то в процессе осуществления исследований должно уделяться более серьезное внимание здоровью женщин. Для обеспечения учета их интересов потребуется разработать официальный перечень мер.

А. Определение состояния здоровья женщин

31. Одной из наиболее серьезных проблем, с которыми сталкиваются многие лица, разрабатывающие и проводящие политику, является недостаточность конкретной информации о положении женщин. Отсутствие разбивки национальной и региональной статистики по полу может затруднить эффективное планирование мер, которые необходимо принимать для удовлетворения конкретных потребностей каждой группы. Поэтому необходимо, чтобы производился сбор данных как о различиях по признаку пола, так и о гендерных различиях, одновременно влияющих на состояние здоровья, и чтобы эти результаты были представлены в четкой форме для простого их использования. Концептуальная основа этого процесса сбора данных должна учитывать те условия, в которых осуществляется этот процесс, и в ней должно приниматься во внимание все разнообразие опыта женщин, накопленного на протяжении их жизни. Например, женщины более старшего возраста и молодые девушки могут иметь определенные проблемы со здоровьем, что делает необходимым постоянный контроль таких факторов, как их рацион питания или их доступ к медицинскому обслуживанию. Это потребует разработки соответствующих показателей для определения различных аспектов их здоровья и качества жизни. Другие группы женщин, чья уязвимость может потребовать особого внимания, включают в себя женщин, проживающих в сельской местности, промышленных рабочих, работников сферы сексуальных услуг, женщин-беженцев или женщин-мигрантов, женщин, самостоятельно растящих детей, и женщин, страдающих хронической болезнью или являющихся на протяжении длительного времени нетрудоспособными. Например, результаты проведенных исследований показали, что женщины, болеющие такими порочащими или уродующими тело болезнями, как туберкулез и проказа, более, чем мужчины, удалены от выполнения всех видов деятельности и являются изгоями даже в своей семье.

32. Во многих развивающихся странах недостаточность данных о состоянии здоровья женщин частично отражает весьма ограниченный характер жизненно важной системы учета населения, которая касается обоих полов. Однако это во многих случаях дополняется непризнанием со стороны соответствующих государственных органов важного значения гендерной проблематики и недостатком понимания сложного характера социального давления, которое может делать незаметными проблемы, связанные со здоровьем женщин. Медицинская статистика основана на использовании историй болезни, в которых данные о мужчинах гораздо обширнее, и, следовательно, данные о женщинах недопредставлены. Кроме того, что касается материнской смертности, то наличие целого ряда религиозных, культурных и социальных факторов может способствовать серьезной нехватке представляемых данных. В настоящее время определены показатели, имеющие отношение к процессу, и те, кто несет ответственность за здоровье населения в общинах, должны постоянно их использовать.

33. Возникновение аналогичных проблем вполне вероятно и в отношении выявления и определения случаев изнасилования, жестокого обращения в быту и полового принуждения. Все это представляет собой огромную проблему для общественного здравоохранения, в отношении которой еще не собрано соответствующего количества документации. Для восполнения этого пробела в знаниях отдельным странам необходимо приступить к разработке этических и соответствующих их культуре методов для сбора надежных данных в их конкретных условиях. Этой работе может помочь сотрудничество

с международными организациями, такими как ВОЗ, которая уже подготовила определенный объем ресурсов для работы в этой области.

34. В настоящее время пробелы в имеющейся информации о жизни женщин начинают заполняться, обеспечивая новые источники доступных данных. Например, разработка в последнее время Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) ряда новых учитывающих гендерную проблематику показателей предлагает важные инструменты, с помощью которых отдельные страны могут проводить оценку уровней гендерного равенства в их собственных обществах. Показатели репродуктивного здоровья были разработаны ВОЗ и Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА). Кроме того, в ряде специализированных программ, проводимых ВОЗ, в настоящее время обращается особое внимание на различия по признаку пола и гендерные различия в отношении таких специфических болезней, как малярия, проказа, онхоцеркоз и туберкулез. Однако по-прежнему существует необходимость в совместной работе национальных правительств и международных организаций по разработке большего числа конкретных показателей медицинской статистики, объединяющих в себе биомедицинские и социально-экономические данные, для осуществления контроля за эпидемиологическим аспектом здоровья женщин и мужчин, в частности в отношении возникающих эпидемий, таких как туберкулез, ВИЧ-инфекция и табакокурение, а также в отношении таких областей, как гигиена труда, психическое здоровье и злоупотребление алкоголем или наркотиками, которым не уделяется должное внимание.

В. Участие женщин в проведении биомедицинских исследований

35. В настоящее время лишь небольшое число женщин принимают участие в медицинских исследованиях (где преобладали мужчины) либо в качестве исследователей, либо в качестве объектов исследований. Однако начинают появляться стратегии, предусматривающие осуществление изменений. Озабоченность по поводу наличия предубеждений в области медицинских исследований в ряде стран привела к осуществлению попыток, направленных на привлечение женщин к участию в выборочных медицинских исследованиях там, где это уместно. Однако необходимо, чтобы это осуществлялось исключительно при соблюдении соответствующих этических гарантий, таких как протоколы об осознанном согласии. Были также начаты долгосрочные исследования для изучения особых проблем женщин, с которыми они сталкиваются на протяжении всей их жизни, и большее число этих исследований необходимо провести в различных социально-экономических и культурных условиях. Попытки привлечь женщин к участию в определении приоритетных направлений исследований состояли в организации официальных контактов между исследователями и сторонниками охраны здоровья женщин, в частности в службах по охране репродуктивного здоровья.

С. Расширение дисциплинарного охвата медицинских исследований

36. Реформирование в области биомедицинских исследований может быть лишь частичной стратегией, направленной на улучшение понимания проблем неравенства полов и гендерного неравенства в области охраны здоровья и лечения различных болезней. Чтобы понять весь спектр влияний на здоровье человека, необходимо также проводить социологические исследования. В частности, правительствам следует поощрять проведение междисциплинарных исследований, в которых в качестве соисполнителей должны принимать участие специалисты в области социологии, экологии и биомедицины; правительства должны использовать результаты этих исследований для разработки более широкой политики содействия развитию здравоохранения.

37. Наибольшую пользу часто приносят исследования, в которых используются как количественные, так и качественные методы, благодаря которым в статистические данные включается наиболее полная информация, собранная на основе собственного опыта людей. В настоящее время хорошие примеры такого рода работы можно найти в областях охраны сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики и лечения тропических болезней, охраны психического здоровья, гигиены труда и санитарного состояния окружающей среды, где были разработаны новые методы для изучения личных проблем женщин и мужчин, которые в противном случае оставались бы неохваченными. Например, результаты исследований случаев заболевания онхоцеркозом и лимфатическим филяриатозом показывают, что женщины выражают опасения по поводу влияния болезни на их физический вид, в то время как мужчин беспокоят проблемы, связанные с их половой функцией и virility.

D. Составление общей картины

38. Важно, чтобы стратегии, предусматривающие улучшение здоровья женщин и мужчин, были основаны на строгом анализе всех видов репродуктивной и продуктивной деятельности, осуществляемой ими в течение всей жизни. В отношении женщин это связано с особыми проблемами, поскольку многие виды их деятельности невидимы. Принадлежность к женскому полу нельзя уравнивать с материнством, и соответственно требуется изменить охват проводимых медицинских исследований. Поэтому плановикам требуется иметь гораздо больше информации о рисках, с которыми женщины сталкиваются как дома, так и на рабочем месте.

39. До недавнего времени немногие исследователи изучали профессиональные и экологические риски, связанные с выполнением домашней работы. Положение начинает меняться к лучшему по мере разработки новых методов для изучения внутренней жизни семьи. Был выявлен целый ряд рисков, которые являются особенно опасными для женщин из беднейших слоев населения. Например, анализ соотношения между характером потребления энергии и объемом выполняемой домашней работы показывает, что выполнение женщинами некоторых из своих обязанностей наносит в долгосрочном плане ущерб их здоровью. Был также определен целый ряд экологических рисков, включая поражение легких, вызываемое загрязнением воздуха домашними печами, кроме того, в домашнем хозяйстве были выявлены неконтролируемые, но токсичные вещества.

40. Работа женщин вне дома также требует гораздо большего внимания со стороны как исследователей, так и лиц, ответственных за проведение политики. Хотя данные историй болезни свидетельствуют о том, что работающие мужчины умирают гораздо чаще, чем женщины, по причинам, связанным с их профессиональной деятельностью, во многих районах мира быстро растет число женщин, болеющих профессиональными заболеваниями и получивших инвалидность в связи с их работой. В настоящее время появляются доказательства того, что традиционно "женская" работа, такая как уход за детьми и канцелярская работа, может быть связана как с физическими, так и с психологическими рисками. В настоящее время миллионы женщин, начавшие выполнять традиционно "мужскую" работу, могут также сталкиваться с серьезными рисками, особенно в том случае, если они вынуждены сочетать тяжелый физический труд с выполнением домашней работы и деторождением.

41. Исследователям, занимающимся вопросами гигиены труда, необходимо усовершенствовать свои методы изучения с тем, чтобы они в большей мере учитывали гендерную проблематику, а также иметь более ясное понимание различий между женщинами и мужчинами. Необходимо, чтобы в результатах их работы находили отражение как различия в характере работы, выполняемой женщинами и мужчинами, так и биологические и социальные различия, которые обуславливают влияние имеющейся

оплачиваемой работы на их состояние здоровья и благополучие. Только при наличии в будущем у регулирующих органов точной информации, на основе которой можно принимать соответствующие меры в области гигиены труда и техники безопасности на работе, женщины и мужчины будут пользоваться равными преимуществами.

42. В стратегиях должно быть предусмотрено, чтобы в исследованиях по вопросам охраны здоровья и медицинского обслуживания в большей мере учитывалась гендерная проблематика и соответственно эти стратегии больше подходили бы в качестве основы для проведения политики на национальном и международном уровнях. Однако в настоящее время уже имеется большое количество информации по гендерной проблематике и необходимо, чтобы планировщики и лица, ответственные за проведение политики в области здравоохранения, использовали самые современные и учитывающие гендерные аспекты ресурсы в качестве основы для развития медицинского обслуживания в своих странах.

V. УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

43. Учет гендерных аспектов имеет важное значение на каждом этапе политического процесса, начиная с формирования политики, планирования, предоставления и осуществления медицинского обслуживания и кончая мониторингом и оценкой. Неосведомленность, или "слепота", в отношении гендерной проблематики со стороны лиц, ответственных за проведение политики, и планировщиков часто приводит к возникновению гендерных предубеждений и приданию первостепенного значения интересам мужчин при принятии решений. Чтобы избежать этого, участники процесса должны иметь не только четкое понимание соответствующих вопросов, но и проявить политическую волю, направленную на уменьшение неравенства между женщинами и мужчинами.

44. Для учета гендерной проблематики в системе здравоохранения особенно важное значение имеет установление эффективных партнерских отношений с группами женщин и мужчин. Хотя вопросами медицинского обслуживания населения, как правило, ведают министерство здравоохранения, следует поощрять участие в этой работе других министерств, особенно министерства финансов, министерства образования, министерства по делам женщин и вопросам социального обеспечения, министерства по охране окружающей среды и министерства по делам молодежи. Следует установить партнерские отношения между министерствами, населением, требующим особого внимания, местными органами власти, частным сектором, международными организациями и донорами. Участники из частного сектора, в особенности работодатели мужчин и женщин, у которых могут возникнуть потенциальные проблемы в связи с гигиеной труда, должны являться основными партнерами в обеспечении медицинского обслуживания населения.

45. К представителям обоих полов не следует относиться совершенно одинаково. Несмотря на наличие общих характеристик, у женщин и мужчин имеются свои собственные конкретные потребности. Поэтому чтобы обеспечить удовлетворение этих разных потребностей, необходимо строго соблюдать принцип равенства полов. Но это не означает, что в отношении всех женщин или всех мужчин должен применяться один и тот же подход. Их различающиеся условия жизни будут означать, что и в этом отношении для достижения равенства между женщинами и мужчинами потребуются разработка целого ряда стратегий.

A. Проявление политической воли

46. Для достижения этих целей должно быть взято серьезное обязательство на самых высоких уровнях в правительстве. Опыт показывает, что, как правило, мало что

изменяется в том случае, если не проявляется необходимая политическая воля и не берется ответственность за достижение большего равенства полов как в области здравоохранения, так и в других областях. Министерства здравоохранения, финансов, образования и охраны окружающей среды должны выделять специальные средства для обеспечения учета гендерной проблематики в области медицинского обслуживания путем, например, создания и поддержки координирующих центров по гендерным вопросам и включения в свои бюджеты необходимых статей расходов.

47. Политическая воля может проявляться различным образом. Одна из стратегий должна заключаться в использовании примеров, демонстрирующих рентабельность включения гендерной проблематики для подкрепления доводов, основывающихся на соображениях равенства полов и прав человека. Могут быть также использованы средства массовой информации, в частности, для публикации информации о конкретных случаях. Кроме того, может быть создана стратегическая сеть организаций для проведения кампании в поддержку преобразований.

48. Отдельные лица и группы населения в гражданском обществе должны оказывать давление с целью проведения реформ в государственном секторе и создания надлежащих механизмов управления. Это приведет к созданию более открытой системы и увеличению объема данных, которые могут быть использованы в качестве необходимых аргументов для политических деятелей в отношении решения в первоочередном порядке гендерных вопросов. Международные организации также играют свою определенную роль, поощряя правительства выполнять взятые на себя обязательства в отношении обеспечения равенства полов.

В. Организация процесса оценки потребностей, учитывающих гендерную проблематику

49. Для достижения цели разработки учитывающей гендерную проблематику политики необходимо, чтобы она стала неотъемлемой частью первоначальной цели программы, с тем чтобы ее можно было в дальнейшем использовать для проведения оценки. Это потребует проведения предварительного анализа всех условий, в которых будет проводиться политика, и четкого понимания связанных с этим гендерных проблем. Это будет включать в себя сопоставление численности мужчин и женщин среди групп населения, требующих особого внимания, и оценку характера учета гендерной проблематики в существующей модели пользования медицинским обслуживанием.

50. Для осуществления этого следует, в частности, ответить на следующие вопросы.

а) Подвергаются ли в повседневной жизни женщины и мужчины различного рода рискам для их здоровья в связи с существующими гендерными различиями?

б) Как можно объяснить наличие гендерных различий при пользовании медицинским обслуживанием?

в) Можно ли наблюдать какие-либо различия в качестве предоставляемой в настоящее время медицинской помощи женщинам и мужчинам?

г) Каким образом решаются гендерные вопросы в самой системе здравоохранения? Влияют ли существующие отношения между полами в системе здравоохранения на качество получаемой населением медицинской помощи?

д) Кто в настоящее время осуществляет контроль за доступом к ресурсам, выделяемым для здравоохранения, и учитываются ли в критериях выделения ресурсов различные потребности женщин и мужчин?

f) Могут ли оказывать проводимые в системе здравоохранения реформы различное влияние на женщин и мужчин и какой характер будет иметь это влияние на равенство полов и доступ к медицинскому обслуживанию?

С. Включение гендерной проблематики в процесс планирования

51. Для включения гендерной проблематики в процесс планирования следует предпринять следующие шаги:

a) сами женщины, лица и организации, выступающие за развитие медицинского обслуживания, включая неправительственные организации, должны принимать более активное участие в планировании, осуществлении и оценке всех видов такого обслуживания, а также в определении стратегий, связанных со здоровьем женщин;

b) следует разработать соответствующую форму проведения консультаций либо с организациями, представляющими население, и общинными группами, либо проводить непосредственно с теми лицами, которые нуждаются в оказании медицинской помощи;

c) следует разработать средства, методы и учебные материалы для оказания помощи при проведении гендерного анализа в рамках осуществляемых мер и программ и при проведении оценки влияния гендерных проблем.

52. До настоящего времени при проведении реформ в системе здравоохранения гендерные проблемы, имеющие важное значение для избежания отрицательного влияния, в частности, на женщин, не учитывались. Расходы, связанные с использованием различными услугами, часто негативно сказываются на бедных женщинах, которые, как правило, в большей мере уязвимы в финансовом отношении, чем мужчины, по причине экономической зависимости или ограниченного доступа к оплачиваемой работе.

53. Организационные изменения, осуществляемые в национальных системах здравоохранения для устранения недостатков в работе и расширения медицинского обслуживания без учета возникновения конкретных рисков для здоровья и потребностей женщин и мужчин, часто приводили к сохранению или усилению ролей и отношений полов, которые оказывают отрицательное влияние на охрану здоровья населения.

54. Реформа системы здравоохранения непосредственно сказывается на составе персонала, и, если эта работа проводится без учета гендерных аспектов, может возникнуть опасность усиления профессионального разделения между должностями, занимаемыми женщинами, и должностями, занимаемыми мужчинами. Гендерное неравенство проявляется в профессиональном разделении на медицинских работников-женщин и медицинских работников-мужчин, в результате чего женщины могут быть направлены на работу в удаленные районы и они редко занимают высокие должности.

55. Для достижения сбалансированности полов на протяжении всего процесса осуществления реформы в области здравоохранения предпринимаемые усилия не должны ограничиваться повышением профессионального уровня среди управляющих и административных работников. Имеется целый ряд вопросов, существование которых часто не признается и которые отрицательно влияют на вклад медицинских работников, оказывающих женщинам медико-санитарную помощь. В числе примеров можно назвать правила, регулирующие деятельность гражданских служащих, сеть организаций "старые мальчики", жесткие иерархические устои и каноны, структура старшинства, а также неспособность обеспечить стимулы для предоставления медицинского обслуживания, учитывающего гендерные аспекты.

56. Децентрализация деятельности рассматривается в качестве альтернативной политики, а также в качестве способа перераспределения ресурсов, функций и полномочий в пользу периферийных районов. Однако вследствие существования межрегионального неравенства между развивающимися странами менее обеспеченные районы не смогут найти финансовые средства для защиты наиболее уязвимых групп населения, таких как сироты, вдовы, не имеющие поддержки престарелые, а также безземельные и возглавляемые женщинами домашние хозяйства.

D. Разработка структуры для планирования, учитывающего гендерные аспекты

57. Для учета гендерной проблематики в системе здравоохранения необходимо создать национальную или региональную политическую структуру, в рамках которой можно было бы осуществлять сам процесс планирования и предоставление медицинского обслуживания. Хотя в настоящее время нет какой-либо одной модели такой структуры, целый ряд вариантов уже используется в странах с различными политическими и правовыми системами.

58. Необходимо тщательно рассмотреть вопрос об установлении целевых показателей в отношении обеспечения медицинского обслуживания населения на основе изучения каждого отдельного случая, в частности тех случаев, когда имеются внутренние стимулы для медицинских работников и учреждений. Имеется много примеров того, когда осуществление стимулируемых программ, особенно программ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и массового обследования населения, приводит к нарушению прав человека, сохранению неравенства женщин и мужчин и нарушает установленную систему приоритетов.

E. Создание потенциала для обеспечения медицинского обслуживания, учитывающего гендерные аспекты

59. Эффективное функционирование системы медицинских учреждений потребует разработки стратегии подготовки медицинских работников для понимания ими всего значения гендерной проблематики в системе здравоохранения. Следует разработать программы создания потенциала как для медицинских работников-женщин, так и для медицинских работников-мужчин. В них следует сосредоточить основное внимание не только на вопросах, касающихся женщин, но и на более широкой теме, охватывающей сам гендерный фактор, права человека и гендерную принадлежность медицинских работников-женщин и медицинских работников-мужчин. Они могут включать в себя организацию широкой сети просветительных курсов по гендерной проблематике и использование подходов, предусматривающих широкое участие других сторон на каждом уровне.

60. Важно, чтобы эти программы соответствовали конкретным уровням культуры и тем условиям, в которых они должны осуществляться, однако в настоящее время уже имеется ряд моделей, которые могут быть использованы в качестве основы для их разработки. Для квалифицированных медицинских работников на всех уровнях требуется организация курсов такого типа, обучение на которых ведут компетентные специалисты по гендерной проблематике и сторонники гендерного подхода, и необходимо, чтобы эти курсы были включены в учебную программу для всех тех специалистов, которые занимаются вопросами санитарного просвещения и профессиональной подготовки. В частности, требуется весьма тщательное составление учебных программ для врачей и среднего медицинского персонала, с тем чтобы гендерные аспекты надлежащим образом учитывались при будущем планировании и обеспечении медицинского обслуживания.

61. Отношение многих врачей и медсестер часто представляет собой серьезное препятствие для женщин, желающих принять на основе информации осознанное решение в отношении их собственного здоровья. Поэтому одна из наиболее важных целей развития человеческого потенциала должна состоять в воспитании у всех медицинских работников уважения к достоинству и правам человека всех людей, пользующихся медицинским обслуживанием, включая официальное право на полное информирование о состоянии их здоровья и соответствующих методах лечения. Это должно быть четко изложено в хартии о правах.

Г. Учет, контроль и оценка

62. Гендерная проблематика, присутствующая во всех аспектах систем здравоохранения, должна учитываться в качестве основной части надлежащей практики управления. Один лишь доступ к образованию и получению информации редко является достаточным для соответствующего и этического лечения. Поэтому необходимо создать ряд механизмов, обеспечивающих женщинам доступ к пользованию услугами адвокатов. Требуется также наличие официальных и легко доступных возможностей для подачи жалобы и использования правовой помощи в рамках независимой системы.

63. Необходимо, чтобы все меры, предусматриваемые в стратегиях контроля и оценки, включали в себя гендерные аспекты. Это позволит медицинским учреждениям определять различную степень влияния политики на женщин и мужчин в их качестве пациентов и медицинских работников. Затем эти результаты станут основой для планирования любых изменений, необходимых для обеспечения большего равенства женщин и мужчин и объективности в отношении оценки их здоровья. Накопленный опыт может быть более широко распространен для оказания помощи тем, кто находится на более раннем этапе внедрения новых методов работы. Эти стратегии контроля и оценки должны учитывать все культурные особенности и должны быть направлены на отражение и изменение существующих моделей гендерных отношений. Тем не менее и в настоящее время уже существует целый ряд практических методов, разработанных в разных странах, которые можно использовать для начала этой работы.

VI. МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВЕНСТВА ПОЛОВ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

64. Хотя межсекторальное сотрудничество является важным, поскольку существует неравенство полов при принятии решений как внутри отдельных секторов, так и между секторами системы здравоохранения, а также при выделении финансовых средств, тем не менее оно само по себе не решает проблем здоровья женщин. Весьма важно наличие надлежащего руководства для обеспечения участия женщин в процессе принятия решений в системе здравоохранения. Первый принцип состоит в том, что здоровье является правом человека и что сюда входят права человека женщин. Второй принцип предусматривает наличие демократии для обоих полов, или демократии паритета, обеспечивающей равное политическое участие женщин. Учет и открытость также имеют важное значение.

65. Рамки для межсекторальной координации деятельности должны основываться на соглашениях, предусмотренных в Пекинской платформе действий, в которой были определены 12 важнейших проблемных областей. Этот документ вместе с Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и другими международными договорами по правам человека обеспечивает стратегии и рекомендации по улучшению политического, экономического, социального и культурного благополучия женщин. Однако их необходимо более систематически объединять и увязывать по секторам системы здравоохранения с проблемами охраны здоровья женщин.

66. Обеспечение медицинского обслуживания является лишь одним из факторов, влияющих на состояние здоровья населения. Поэтому для успешного решения вопросов неравенства полов в системе здравоохранения необходимо также включать в стратегию целый ряд других направлений государственной политики в таких различных областях, как образование, правопорядок, сельское хозяйство, промышленность, транспорт, социальное обеспечение и правовая система. В каждой из этих областей необходимо, чтобы равенство полов стало конкретной целью, и кроме того, должно быть предусмотрено принятие целенаправленных мер для изменения традиционной модели неравенства полов. Только в этом случае можно будет бороться с основными причинами неравенства полов в системе здравоохранения.

67. Например, при разработке макроэкономической политики следует уделять внимание неформальному сектору, неоплачиваемой работе и “экономике заботы и ухода”, с тем чтобы последствиям любых принятых решений в отношении работы женщин также было уделено соответствующее внимание. Аналогичным образом необходимо разработать законодательство для создания определенных условий с помощью установления контроля за проявлениями гендерной дискриминации в области доступа к социальным и экономическим ресурсам. Рассматривая более специфические области государственной политики, целенаправленные меры, которые могут уменьшить неравенство полов в системе здравоохранения, включают в себя разработку комплексной политики для удовлетворения практических потребностей женщин в энергии, программы повышения грамотности женщин, выделение специальных субсидий для удовлетворения потребностей сельских женщин в транспорте, стратегии улучшения использования женщинами агрохимикатов и водных ресурсов и предоставление кредитов женщинам, особенно в сельскохозяйственном секторе.

68. Необходимо, чтобы все лица, ответственные за проведение политики, признали наличие неравенства полов по всем решающим для состояния здоровья факторам, таким как класс, этническая группа и социально-экономическое положение. При разработке мер по улучшению состояния здоровья женщин и мужчин также следует учитывать все эти факторы.

69. Кроме того, межсекторальная координация деятельности различных участников должна осуществляться по секторам на всех уровнях, начиная с местного и кончая глобальным.

70. Признавая, что страны различаются между собой по своим инфраструктурам, потенциалу и развитию планирования межсекторального сотрудничества, следует уделить основное внимание учету гендерной проблематики во всех направлениях политики и программах.

71. Приводимые ниже примеры являются иллюстрацией существующих проблем и в некотором роде самой лучшей практики межсекторальной координации деятельности, в которой учитываются гендерные аспекты.

a) Насилие на сексуальной почве, торговля женщинами и детская проституция. Панамериканская организация здравоохранения координирует осуществление программы по предупреждению насилия на сексуальной почве в семи центральноамериканских и трех андских странах, к этому процессу привлекаются уголовное судопроизводство, система правоприменения, здравоохранение, система занятости и широкая группа участников, включая женские неправительственные организации.

b) Санитарное состояние окружающей среды. Швеция приняла Повестку дня на XXI век и применяет ее на национальном и муниципальном уровнях с участием

омбудсменов для включения вопросов равенства полов в программы охраны окружающей среды. Примерами в Азии являются программы по вопросам водоснабжения и санитарии, в которых участие женщин в сочетании с хорошей межсекторальной координацией деятельности имело ключевое значение для достижения успеха.

с) Гигиена труда и доступ работающих женщин к медицинскому обслуживанию. В 70-х годах женские организации Гонконга содействовали улучшению гигиены труда в свободных торговых зонах путем просвещения женщин по вопросам трудового законодательства. Это касалось не только отпусков по беременности и родам, но и соответствующей техники безопасности и экологических условий. В Ботсване, на Кубе и в Нидерландах на национальном уровне прилагаются усилия, направленные на обеспечение всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию; это способствует тому, чтобы и женщины, выполняющие неоплачиваемую работу в домашних хозяйствах и работающие в неформальном секторе, имели доступ к медицинскому обслуживанию.

д) Поддержка усилий и профилактика болезней. В Зимбабве в проводимой программе по предупреждению ВИЧ/СПИД используется широкий межсекторальный подход, предусматривающий участие женских неправительственных организаций, средств массовой информации, школ и различных правительственных учреждений. Некоторые программы борьбы с табакокурением в Соединенных Штатах Америки, включая и программы для молодых женщин, были успешными в сокращении числа курильщиков в результате межсекторального сотрудничества.

е) Здоровье населения общин. В Сан-Паулу в рамках проводимой женской программы всеобщего медицинского обслуживания женщины и их организации сыграли решающую роль в создании общинных систем медицинского обслуживания, учитывающих гендерный фактор. В сотрудничестве с Управлением по вопросам здоровья женщин муниципального правительства и его местными медицинскими центрами женщины принимали участие в разработке и проведении эпидемиологических обследований на основе учета их потребностей, определении первоочередных задач и контроле за их выполнением. Результаты этой программы включают в себя обеспечение свободного доступа к службам планирования семьи, в том числе применение противозачаточных средств в чрезвычайных случаях, аборты и консультирование женщин в особых случаях, а также создание комитетов по предупреждению материнской смертности и проведению обследований.

ф) Сексуальное и репродуктивное здоровье. Инициатива, направленная на ликвидацию традиции, связанной с нанесением повреждений женским половым органам, в общине Сабини в Уганде является примером эффективного горизонтального сотрудничества на местном уровне. В этих усилиях принимают участие медицинские работники, неправительственные организации, общинные организации и традиционные лидеры (вожди), которые обеспечивают общую информацию, просвещение и сообщения об опасностях, связанных с этим обычаем. Эти усилия поддерживают женщины—члены парламента, преподаватели и просветители, активисты средств массовой информации и системы здравоохранения, которые проводят серьезную пропагандистскую работу на политическом уровне.

г) Тропические болезни. Положительную роль частного сектора наряду с участием женщин общин иллюстрируют партнерские отношения в рамках Африканской программы по борьбе с онхоцеркозом, в соответствии с которой фармацевтическая компания предоставляет бесплатные лекарства (ивермектин) для профилактики этой болезни во многих странах Африки и Северной и Южной Америки.
