



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ, ШЕСТЬДЕСЯТ ШЕСТАЯ СЕССИЯ

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ



© Kuzma/Thinkstock



Рабочий документ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Европейский региональный комитет

Шестьдесят шестая сессия

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Пункт 5(h) предварительной повестки дня

EUR/RC66/14

+ EUR/RC66/Conf.Doc./10

1 августа 2016 г.

160519

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ

В основу проекта Стратегии в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ легли результаты обзора фактических данных, рекомендации Постоянного комитета Европейского регионального комитета ВОЗ, комментарии технических экспертов, результаты онлайн-консультации с государствами-членами и очных консультаций в странах, а также комментарии, полученные от сетей ВОЗ "Регионы за здоровье" и "Здоровые города".

Содержание

	Стр.
Введение.....	3
Фактические данные	4
Перспективное видение	8
Миссия.....	8
Руководящие принципы.....	8
Приоритеты и ключевые области действий.....	10
Укрепление стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия женщин: центральное место – женщинам	11
Ликвидация дискриминационных ценностей, норм и практик, которые влияют на здоровье и благополучие девочек и женщин.....	12
Противодействие негативному влиянию гендерных аспектов, а также социальных, экономических, культурных и экологических детерминант на здоровье и благополучие женщин	14
Улучшение реагирования системы здравоохранения на потребности женщин в области здоровья и благополучия.....	16
График, реализация и поддержка со стороны Регионального бюро	18
Контроль и подотчетность.....	19
Библиография.....	19

Введение

1. Хотя показатели здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ в целом выше, чем где-либо в мире, это не обязательно отражает ситуацию всех женщин. Неравенства в здоровье женщин остаются значительными и ничем не оправданными как внутри стран Региона, так и между ними. Это признается в докладе "От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья женщин в Европе" (1), который обсуждался на техническом брифинге по вопросам здоровья женщин, состоявшемся в рамках шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2015 г.

2. В основе Стратегии в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ лежат ценности Европейской политики в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020 (2), в которой признается, что гендер является детерминантой здоровья наряду с социальными и экологическими детерминантами, и в которой приоритизация гендерных вопросов рассматривается как механизм достижения гендерного равенства. Понятие "гендер" охватывает социальные роли, поведение и характеристики, которые конкретное общество рассматривает в качестве подходящих для мужчин и женщин. Гендерный подход означает необходимость укрепления понимания детерминант здоровья как мужчин, так и женщин в целях разработки мер политики и стратегий, в большей мере учитывающих потребности и мужчин, и женщин на всех этапах жизни. Анализ детерминант здоровья мужчин будет использован на практике в будущем. В центре внимания данной Стратегии – детерминанты здоровья женщин, и при этом женщины не обязательно будут сравниваться в вопросах здоровья с мужчинами.

3. В Стратегии определены приоритетные области действий в соответствии с положениями политики Здоровье-2020 и представлены методические рекомендации по оптимизации инвестиций в здоровье девочек и женщин, включая доработку существующих национальных мер политики и стратегий для того, чтобы сделать их более чуткими к потребностям женщин в отношении здоровья и благополучия на всех этапах жизни и привести их в соответствие с современными фактическими данными. Это потребует действий от министерств здравоохранения как отдельно, так и в сотрудничестве с другими секторами, включая департаменты по делам женщин, социальной защиты и/или социальных дел, образования, труда и занятости/условий труда. Стратегия также предусматривает применение подхода с участием всего общества, в рамках которого признается исключительный вклад женщин в жизнь общества, в семье и на рабочем месте, а также обеспечиваются их права и возможности путем поддержки их участия в принятии ключевых решений, касающихся их собственного здоровья на всех этапах жизни.

4. Глобальные инициативы по улучшению здоровья женщин были поддержаны государствами-членами в рамках принятия Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г. и сопровождающих ее Целей в области устойчивого развития (ЦУР), в частности Целей 3, 5 и 10 в отношении здоровья и благополучия, обеспечения гендерного равноправия и сокращения неравенств, соответственно. Эти инициативы были также укреплены благодаря Глобальной стратегии ВОЗ по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. (3) и плану по ее

реализации (4), утвержденными государствами-членами на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г.

5. Стратегия укрепит эти усилия на региональном и страновом уровнях, определив ключевые направления для действий с целью сокращения несправедливых различий в показателях здоровья женщин на всех этапах жизни. Важнейшие приоритетные аспекты сексуального и репродуктивного здоровья женщин, включая планирование семьи, образование по вопросам пола и сексуальности, сексуальные и репродуктивные права, а также профилактику и борьбу с раком шейки матки, представлены в Плане действий по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья – в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ: никого не оставить без внимания (EUR/RC66/13).

Фактические данные

6. Как женщины, так и мужчины имеют право на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья. Однако несмотря на огромный прогресс, которого удалось достичь в этом направлении, в Европейском регионе ВОЗ до сих пор нет ни одной страны, где бы женщины и мужчины имели равный доступ к ресурсам (5). Гендерные неравенства и неравенства в отношении социальных и экономических детерминант здоровья лежат в основе несправедливых различий в показателях здоровья, с которыми сталкиваются девочки и женщины в Регионе, и требуют ответных действий для того, чтобы выполнить стратегическую задачу политики Здоровье-2020 по сокращению неравенств в отношении здоровья.

7. С момента принятия в середине 1990-х гг. Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Пекинской платформы действий правительства предприняли ряд шагов по реализации взятых на себя обязательств (6). Несмотря на достигнутый прогресс, предстоит сделать еще очень многое. Это было подчеркнуто Комиссией Организации Объединенных Наций по положению женщин в связи с годовщиной Пекинской конференции в 2015 г. (7). В Плане действий по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья обсуждается как эта тема, так и рассматриваются общие потребности мужчин и женщин в области сексуального и репродуктивного здоровья с позиции прав человека.

8. С 2000 по 2012 годы ожидаемая продолжительность жизни женщин улучшилась во всех – за исключением одного – государствах-членах в Европейском регионе и оставалась на более высоком уровне, чем у мужчин, во всех 53 государствах-членах. Это называют преимуществом женщин по показателям смертности, но данное преимущество может нивелироваться меньшим количеством лет, прожитых без инвалидности или ограничения активности. Сами женщины считают себя менее здоровыми, чем мужчины, сообщают о большем числе заболеваний и чаще отказываются от лечения по финансовым причинам. Равноправный доступ к услугам здравоохранения не был достигнут для жительниц сельских районов, представительниц меньшинств, женщин-мигрантов, беженцев, ищущих убежища, а также женщин-заключенных (6).

9. Был проведен обзор данных по смертности, бремени болезней и благополучию на всех этапах жизни женщин в Европейском регионе ВОЗ (1). Нарушения физического здоровья доминируют на ранних этапах жизни, депрессивные и тревожные расстройства развиваются у молодых женщин на этапе перехода во взрослую жизнь, а в более старшем возрасте больше распространены боли в нижней части спины, ишемическая болезнь сердца и рак (1). Выводы международного доклада об исследовании "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" 2013–2014 гг. (8) демонстрируют заметное снижение уровня субъективного благополучия среди девочек в подростковом возрасте.
10. Также был проведен обзор данных с целью определить воздействие гендерного неравенства и таких основных социальных детерминант здоровья, как уровень дохода, доступ к финансовым ресурсам, доступ к образованию, занятость, условия труда, социальная защита и окружающая среда на ключевых этапах, для того чтобы позволить приоритизировать вмешательства, которые улучшают здоровье девочек и женщин на всех этапах их жизни.
11. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в таких сферах, как образование и привлечение к участию в различных процессах, гендерные неравенства в трудоустройстве, качестве предлагаемой работы и распределении профессий и должностей продолжают оказывать негативное влияние на ситуацию. Однако такой анализ данных представляет определенные трудности: тогда как усилия по совершенствованию сбора данных, дезагрегированных по возрасту и полу, расширились, сбор и анализ таких данных в сочетании с другими переменными, такими как доход, место жительства и образование, до сих пор не осуществляются (1).
12. Гендерные стереотипы¹ оказывают воздействие на здоровье женщин, отрицательно влияя на уверенность в себе и благополучие. В частности, обеспокоенность своей внешностью может вызывать развитие у девочек и молодых женщин нарушений питания и других психических нарушений, таких как депрессия и тревожные расстройства. Более того, стереотипы и сексизм создают условия для определенных форм угнетения, в частности сексуальных домогательств и гендерного насилия (10). Гендерные стереотипы влияют на ответные действия систем здравоохранения, обуславливая, например, недостаточную или излишнюю диагностику определенных патологических состояний (11).
13. Тот факт, что проблема насилия в отношении женщин существует во всех странах и среди всех групп населения, демонстрирует необходимость и далее рассматривать насилие как проблему общественного здравоохранения. По оценкам ВОЗ, в Европейском регионе каждая четвертая женщина в течение своей жизни подвергалась насилию со стороны интимного партнера. Девочки и женщины нуждаются в защите от гендерного насилия, в том числе со стороны интимных партнеров, от сексуального насилия, практики нанесения увечий

¹ Гендерное стереотипирование – это практика приписывания женщине или мужчине специфических атрибутов, характеристик или ролей по причине только лишь его или ее принадлежности к данной социальной группе, то есть к мужчинам или к женщинам (9).

женским гениталиям, ранних браков, эксплуатации, жестокого обращения и принудительной или нежелательной стерилизации. Согласно данным новейших исследований, социальные медиа также ассоциируются с серьезными негативными последствиями для здоровья для молодых женщин, связанными, в частности, с такими действиями, как виртуальное запугивание (кибербуллинг) (1). Работники здравоохранения зачастую плохо подготовлены для того, чтобы понимать и воздействовать на причины и проявления таких практик, как основанный на гендерных предубеждениях дородовой выбор пола ребенка и калечащие операции на женских половых органах, поэтому расширение их знаний, компетенции и навыков в распознавании и предупреждении этих практик без дальнейшей дискриминации и стигматизации женщин имеет важнейшее значение.

14. Растущая подверженность женщин факторам риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) повышает риск более раннего развития у них болезней или нетрудоспособности. Более 50% женщин в Европейском регионе имеют избыточную массу тела. Для женщин уровень распространенности ожирения в большей мере связан с более низким уровнем образования, чем для мужчин. Кроме того, девочки-подростки во многих странах догоняют своих сверстников мужского пола по уровню употребления табака и алкоголя, подстрекаемые активным, направленным на молодежь маркетингом со стороны табачной и алкогольной индустрий (1). Также для них часто бывает характерной недостаточная физическая активность.

15. Риски заболевания женщин НИЗ могут повышаться из-за предубеждений, распространенных в системах здравоохранения: хотя сердечно-сосудистые заболевания являются одной из важнейших причин смертности среди женщин в Европейском регионе, они все еще считаются проблемой здоровья главным образом для мужчин. Риск НИЗ для женщин часто недооценивается из-за представления о том, что женщины физиологически защищены от этих заболеваний. Действительно, в репродуктивном возрасте для женщин риск заболевания НИЗ ниже, однако имеющаяся у них физиологическая защита уменьшается с наступлением менопаузы, с одновременным повышением риска НИЗ. При оценке и ведении рисков сердечно-сосудистых заболеваний у женщин часто не учитываются такие особенно важные факторы, как диабет, ожирение, недостаточная физическая активность и курение.

16. Серьезные депрессивные расстройства являются важнейшей причиной заболеваний среди девушек-подростков и женщин в Регионе в целом, а деменция и болезнь Альцгеймера – важнейшими причинами нездоровья среди женщин пожилого возраста в западноевропейских странах (1). Социально-экономические неравенства оказывают значительное негативное воздействие на психическое здоровье женщин как в качестве пациентов, так и в качестве лиц, предоставляющих неформальный уход. Разрыв между числом нуждающихся в помощи и числом получающих помощь при депрессии и тревожных расстройствах среди молодых женщин после достижения ими взрослого возраста требует особого внимания, учитывая высокую распространенность этих патологических состояний.

17. Различия в чувствительности к токсическим субстанциям между женщинами и мужчинами в сочетании с гендерным разделением труда могут повысить подверженность и уязвимость девочек и женщин перед воздействием химикатов и загрязнения окружающей среды. Устоявшееся разделение труда в домашних хозяйствах в сочетании с отсутствием водопровода в домах в некоторых частях Европейского региона, особенно в сельских районах, означает, что женщины и девочки вынуждены тратить большую часть своего времени на то, чтобы ходить за питьевой водой. Это может стать причиной упущенных для девочек возможностей в области образования. Отсутствие или недостаток доступа к безопасной воде и надлежащим санитарно-гигиеническим условиям в учреждениях здравоохранения может стать причиной несвоевременного обращения женщин за медицинской помощью или повлиять на решение женщин вообще не обращаться за ней (12).

18. В районах, где для бытового отопления и приготовления пищи используется сжигание твердых видов топлива (дерево, древесный уголь, каменный уголь, компост и сельскохозяйственные отходы) на открытом огне или в традиционных печах, женщины и дети младшего возраста, которые проводят значительную часть своего времени в помещении, непропорционально подвергаются высоким уровням загрязнения воздуха внутри помещений, в том числе воздействию целого ряда опасных для здоровья загрязнителей, таких как мелкодисперсные частицы и оксид углерода (13). Согласно оценкам, в Европейском регионе загрязнением воздуха внутри жилых помещений вызваны 117 200 случаев смерти в год.

19. Несмотря на то, что все больше женщин участвуют в клинических испытаниях, особенно низким остается уровень их участия в исследованиях по определению безопасности, диапазона безопасной дозировки и побочных эффектов лекарственных средств. Это приводит к тому, что специалисты здравоохранения недостаточно осведомлены о важности обусловленных полом различий в проявлении болезней и в ответе на лечение на всех этапах жизни. Подобный недостаток осведомленности может приводить к проблемам в области диагностики и лечения болезней, например, к несвоевременной диагностике ишемической болезни у женщин в связи с тем, что наблюдаемые симптомы представляются атипичными. Кроме того, вероятность развития побочных реакций на рецептурные препараты у женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин (1).

20. Женщины преобладают не только в качестве поставщиков услуг как в официальном, так и в неформальном секторе здравоохранения, но и в качестве получателей услуг среди лиц в возрасте 65 лет и старше как в специализированных учреждениях, так и в домашних условиях. Интернационализация долгосрочного ухода обусловила растущую миграцию персонала, в основном – женщин. Во многих странах не существует достаточных формальных альтернатив неформальному уходу, и эти альтернативы могут быть физически или финансово недоступными и/или отличаться низким качеством. Это оказывает давление на женщин всех возрастов в связи с тем, что окружающие ожидают, что женщины возьмут на себя заботу о представителях младшего и старшего поколений (1).

21. Необходимо более тщательно изучить взаимосвязи между миграцией, домохозяйствами, возглавляемыми женщинами, феминизацией бедности в

сельских районах и доступом к медицинским услугам. Особые потребности в области здравоохранения женщин-мигрантов и женщин, оставшихся в местах постоянного проживания после того, как их партнеры мигрировали, должны рассматриваться в координации с положениями Стратегии и плана действий по вопросам здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC66/8), которые также будут представлены на обсуждение в рамках шестьдесят шестой сессии Регионального комитета в сентябре 2016 г.

Перспективное видение

22. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин базируется на перспективном видении, в соответствии с которым Европейский регион ВОЗ должен быть территорией, где для всех девочек и женщин созданы возможности и предоставляется поддержка для полной реализации потенциала здоровья и достижения благополучия, где уважаются, защищаются и реализуются их права человека и где страны по отдельности и сообща принимают меры к сокращению гендерных и социально-экономических неравенств в отношении здоровья как в масштабе Региона, так и за его пределами.

Миссия

23. Стратегия нацелена на то, чтобы вдохновить правительства и заинтересованные стороны на работу по улучшению здоровья и благополучия женщин и девочек, выходя за пределы охраны матерей и детей и обеспечивая, чтобы меры политики и системы здравоохранения были чуткими к гендерным вопросам и основывались на принципе охвата всех этапов жизни.

Руководящие принципы

24. Руководящие принципы Стратегии находятся в соответствии с согласованными принципами, лежащими в основе политики Здоровье-2020, Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Глобальной стратегии ВОЗ по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг.

25. Принятие **подхода, основанного на правах человека**, означает, что права женщин и право на здоровье являются неотъемлемой частью всех приоритетов и действий. Это включает прекращение дискриминации в отношении женщин и девочек в любой форме путем обеспечения равноправного доступа женщин к политической и общественной жизни, образованию, здравоохранению и экономическим ресурсам и предоставления им соответствующих равных возможностей. Страны могут опираться на уже предпринимаемые меры и принятые обязательства для стимулирования систематического применения стандартов прав человека, включая Конвенцию Организации Объединенных Наций по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенцию о правах ребенка. Использование соглашений и конвенций по правам человека, сторонами которых являются все государства-члены, в качестве основы для этой Стратегии, и действия на уровне стран, облегчат достижение цели

последовательной реализации права на здоровье каждой девочки и женщины в Регионе. Это окажет содействие в выполнении конкретных задач в рамках Цели 5, касающейся достижения гендерного равноправия, а именно задач по прекращению всех форм дискриминации, прекращению всех форм насилия и искоренению всех видов наносящей вред традиционной практики.

26. Руководствуясь соображениями **социальной справедливости**, Стратегия признает, что женщины не являются однородной группой. Их возможности и риски в отношении здоровья варьируют в зависимости от социальных, экономических, экологических и культурных воздействий на протяжении всей жизни. Необходимо учитывать то, как гендерные вопросы пересекаются с другими факторами социальных неравенств, такими как этническая принадлежность и место проживания, а также с неравномерным распределением таких социальных детерминант здоровья, как уровень дохода, образование и занятость. Необходимо также провести оценку влияния на уязвимость женщин перед болезнями со стороны таких процессов, как социальная изоляция и дискриминация, изменение климата, конфликты, экономические кризисы и ответные действия в связи с ними, миграция и торговля людьми.

27. **Принцип учета гендерной специфики** отражает необходимость принятия общегосударственных мер политики по содействию гендерному равноправию и стратегий здравоохранения, в которых учитываются гендерные нормы, ценности и неравенства, наряду с мерами, предпринимаемыми для эффективного сокращения их пагубного воздействия. Страны могут развивать уже предпринимаемые меры в рамках Целей в области устойчивого развития, Пекинской декларации и Платформы для действий, а также Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, в частности такие меры, как расширение равных возможностей для женщин на всех этапах жизни для получения образования, занятости и участия во властных структурах; обеспечение доступа женщин к надлежащей, финансово доступной и качественной медицинской помощи, к информации и соответствующим услугам; усиление программ профилактики, которые направлены на укрепление здоровья женщин; учитывающие гендерный аспект инициативы, которые направлены на профилактику и борьбу с инфекциями, передаваемыми половым путем, ВИЧ/СПИДом и на вопросы сексуального и репродуктивного здоровья; содействие исследованиям и распространению информации по вопросам здоровья женщин; увеличение ресурсов и проведение мониторинга в интересах здоровья женщин.

28. **Подход, охватывающий все этапы жизни** в отношении здоровья женщин, означает признание того, что пол и гендер в сочетании с социальными и экологическими детерминантами здоровья воздействуют на то, как риски и полезные эффекты для здоровья накапливаются на протяжении всей жизни. Подход, охватывающий все этапы жизни применительно к здоровью женщин, не только признает, что здоровье женщин важно для обеспечения лучшего старта в жизни для их детей и для обеспечения ухода и заботы об их семьях, но также нацелен на улучшение показателей здоровья самих девочек и женщин, независимо от их статуса как матерей, будущих матерей или лиц, осуществляющих уход за другими. В Стратегии используется подход, подразумевающий охват всех этапов жизни, в соответствии с Минской

декларацией (14), принятой Европейской министерской конференцией ВОЗ "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020", в которой заявлено: "Внедрение принципа охвата всех этапов жизни во всех сферах государственного управления будет способствовать улучшению здоровья и благополучия людей и социальной справедливости, а также устойчивому развитию и инклюзивному росту и благосостоянию населения во всех наших странах".

29. Важнейшее место в Стратегии отведено **межсекторальному взаимодействию**. Наряду с укреплением роли сектора здравоохранения в улучшении показателей здоровья женщин, в Стратегии определены ключевые области для сотрудничества с другими секторами – образования, социальной защиты, рынка труда, окружающей среды и гражданским обществом. Секторам образования, занятости, сельского хозяйства и социальных дел предстоит сыграть особо важную роль в ликвидации гендерных стереотипов и в улучшении социально-экономического статуса женщин посредством принятия мер социальной политики, учитывающих гендерные аспекты. Межсекторальный подход необходим для обеспечения равноправного доступа к экономическим ресурсам, а также для признания ценности и важности неоплачиваемого ухода, осуществляемого женщинами, путем предоставления государственных услуг и соответствующей инфраструктуры и реализации мер в области социальной защиты. Эти принципы четко закреплены в задаче 5.4 ЦУР. Общегосударственные действия и участие всего общества также необходимы для достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020.

30. Важнейшее значение имеет обеспечение **эффективного участия женщин**. Женщины являются мощными проводниками изменений, и эта Стратегия поддерживает их лидерскую роль и участие в процессах принятия решений. Опыт показывает, что участие девочек, женщин и сообществ имеет важнейшее значение для успешной разработки и реализации стратегий, политики и услуг, а также для обеспечения соответствующей подотчетности. В соответствии с руководящим принципом соблюдения прав человека, участие должно быть реальным, прозрачным и представительным и должно использовать механизмы обеспечения вовлеченности всех девочек и женщин, включая тех, кто находится в уязвимой социальной позиции, социально изолирован и/или принадлежит к группам меньшинств.

Приоритеты и ключевые области действий

31. Представленные ниже приоритеты были определены в рамках обзора существующих фактических данных, консультативного процесса с участием экспертов и текущего взаимодействия с государствами-членами и гражданским обществом. Для поддержки процесса установления приоритетов была использована адаптированная версия концептуальной модели, разработанной экспертами Сети знаний по проблематике женщин и гендерному равенству при Глобальной комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (15). Эта концептуальная модель определяет множественные и комплексные подходы, объясняющие то, каким образом гендерная принадлежность влияет на воздействие, оказываемое социально-экономическими детерминантами на

формирование несправедливых различий в итоговых показателях здоровья главным образом вследствие: дискриминирующих ценностей, норм, подходов и форм поведения; различной степени уязвимости и подверженности заболеваниям, инвалидности и травматизму; предубеждений в системах здравоохранения; предубеждений при проведении научных исследований в области здравоохранения. В дополнение к использованию этого механизма признается и постоянная необходимость в укреплении стратегического руководства в интересах здоровья женщин и социальной справедливости по показателям здоровья.

32. На основе данного механизма были определены приоритеты на всех этапах жизни, касающиеся вопросов, которым не уделяется должного внимания, а также ряд новых приоритетов. Они требуют действий по укреплению систем здравоохранения и расширению сотрудничества с другими секторами. Эти приоритеты также основаны на рекомендациях заключительного доклада "Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ" (16).

Укрепление стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия женщин: центральное место – женщинам

33. Для улучшения здоровья женщин требуются изменения в стратегическом руководстве в интересах здоровья с целью интеграции потребностей женщин на протяжении всей жизни в стратегии здравоохранения, подходы по учету интересов здоровья во всех стратегиях и в вопросы межсекторального взаимодействия. Определяющим фактором успеха является вовлеченность женщин в этот процесс, то есть обеспечение того, чтобы они находились в центре этих изменений. Применение подхода, основанного на правах человека, требует неотложного обеспечения политической приверженности и инвестиций в доказавшие свою действенность вмешательства и программы, а также устранения структурных, политических и социальных барьеров, которые препятствуют реализации женщинами в полной мере своего потенциала здоровья и благополучия.

34. Государства-члены и партнеры могут сделать так, чтобы лица, формирующие политику, совершенствовали стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия женщин путем внедрения следующих стимулов и вспомогательных механизмов:

- (а) сбор и использование дезагрегированных данных для обоснования политики и программ – разбивка по возрасту и полу должна дополняться разбивкой на основе статуса нетрудоспособности, этнического происхождения, места проживания, сексуальной ориентации и гендерной идентичности так, чтобы меры политики могли воздействовать на гендерные неравенства и неравенства среди женщин;
- (б) повышение гласности и подотчетности в процессах определения новых приоритетов, сбора данных и выделения финансирования на проведение научных исследований;

- (в) улучшение финансирования для работы по приоритетным вопросам здоровья женщин и интеграция гендерно-ориентированного бюджетирования во все меры политики и программы здравоохранения;
- (г) оценка воздействия на здоровье женщин национальных стратегий и планов действий внутри сектора здравоохранения и за его пределами для определения важнейших мероприятий;
- (д) включение гендерных аспектов в инициативы по воздействию на социальные, экономические, экологические и культурные детерминанты здоровья и по достижению социальной справедливости в здоровье;
- (е) укрепление возможностей и создание потенциала для участия женщин в качестве граждан, лиц, осуществляющих уход, пользователей услуг и пациентов в руководстве и управлении политикой здравоохранения и действиями системы здравоохранения;
- (ж) укрепление механизмов межсекторального взаимодействия между сектором здравоохранения и образования для устранения гендерных стереотипов в рамках начального, среднего и высшего образования и для интеграции гендерных вопросов в программы подготовки кадров здравоохранения;
- (з) укрепление сотрудничества и партнерства между сектором здравоохранения и гражданским обществом, в частности с организациями, активно работающими в области прав и здоровья женщин;
- (и) развитие существующих политических механизмов и межсекторальных обязательств, в частности тех, что были приняты государствами-членами в рамках Европейского процесса по окружающей среде и здоровью;
- (к) адаптация на уровне стран Глобального плана действий ВОЗ по усилению роли системы здравоохранения в рамках национальных межсекторальных ответных мер по борьбе с межличностным насилием, в частности в отношении женщин, девочек и детей (17), утвержденного на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA69.5;
- (л) укрепление на национальном, субнациональном и местном уровнях механизмов мониторинга показателей здоровья женщин, находящихся в соответствии с целевыми ориентирами и индикаторами европейских и глобальных механизмов.

Ликвидация дискриминационных ценностей, норм и практик, которые влияют на здоровье и благополучие девочек и женщин

35. Основанные на гендерных предрассудках ценности, а также социальные и культурные нормы и стереотипы, являющиеся дискриминационными и/или наносящими вред, трансформируются в практики, которые негативно сказываются на здоровье и благополучии девочек и женщин (1). К ним относятся, в частности, представление о том, что мальчики имеют большую ценность, чем девочки, убежденность в том, что у мужчины есть право контролировать женщин

и девочек, вредные традиционные практики², ограничения, налагаемые на возможности и альтернативы в области образования и занятости для женщин, гендерные стереотипы; институциональные предубеждения³, которые могут закреплять дискриминационные ценности, нормы и практики.

36. Государствам-членам и партнерам при реализации данной Стратегии рекомендуется учитывать следующие приоритеты в своих национальных стратегиях и планах действий, имеющих значение для здоровья женщин:

- (а) разработка и реализация многосекторальных мер политики в области гендерного равенства, в которых признается ценность девочек и искореняются вредные практики, в том числе укрепление таких мероприятий, как сбор данных по распространенности ранних браков и практики похищения невест, и изучение факторов, которые движут этими феноменами; предоставление девочкам и их семьям информации и возможностей для принятия осознанных решений; пропаганда значимости и ценности девочек в сообществах, где распространены эти проблемы;
- (б) расширение потенциала работников здравоохранения по искоренению практик, которые пагубно воздействуют на здоровье девочек и женщин и нарушают их права человека, принимая во внимание взаимодействие между возрастными и гендерными неравенствами и другими детерминантами социальной несправедливости, в частности, бедностью, миграцией и этнической принадлежностью, которые повышают уязвимость и стигматизацию девочек и женщин и затрудняют их доступ к услугам, а также ответные действия со стороны служб здравоохранения;
- (в) обеспечение вмешательств по укреплению здоровья, которые способствуют положительному самовосприятию у женщин и девочек вне зависимости от возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, этнической принадлежности, культуры и религии: важно искоренить гендерные стереотипы в образовании на всех уровнях, в программах обучения работников здравоохранения и в СМИ, в частности, признавая наличие и выступая против гендерных стереотипов, которые начинают проявляться в раннем детстве, укрепляются на всех этапах жизненного пути и толкают женщин к разрушающему здоровью поведению, становясь причинами таких проблем, как расстройства питания, депрессия, недостаток физической активности и самоубийства, и к решениям в области образования и

² Вредные виды традиционной практики включают нанесение увечий женским гениталиям, насильственное кормление женщин, ранние браки, различные табу и практики, которые не позволяют женщинам контролировать собственную фертильность, табу в отношении питания и традиционные практики родов, предпочтение, отдаваемое сыновьям и его воздействие на статус ребенка женского пола; убийство младенцев женского пола, ранние беременности и практики, касающиеся приданого (18).

³ Институциональные предрассудки – это тенденции в процедурах и практиках в определенных структурах и организациях, в результате которых определенная социальная группа получает преимущества и оценивается выше, а другая социальная группа находится в ущемленном положении и оценивается ниже. Они не обязательно являются результатом сознательных предубеждений или дискриминации – в реальности большинство людей просто следуют установившимся правилам и нормам. Институциональный расизм и институциональный сексизм являются наиболее распространенными примерами институциональных предрассудков (19).

занятости, которые ограничивают их качество жизни, финансовую безопасность и независимость;

- (г) разработка инновационных программ и укрепление комплексного образования по вопросам пола и сексуальности, нацеленных на трансформацию гендерных норм и ценностей, которые подталкивают мальчиков и мужчин к поведению высокого риска и к жестокости, и способствуют постоянной дискриминации и вредным практикам в отношении девочек и женщин;
- (д) выявление и борьба с институциональными предубеждениями, которые могут закреплять гендерную дискриминацию, намеренную и непреднамеренную, в таких областях, как образование, занятость, механизмы социальной защиты, схемы пенсионного обеспечения и программы медицинского страхования.

Противодействие негативному влиянию гендерных аспектов, а также социальных, экономических, культурных и экологических детерминант на здоровье и благополучие женщин

37. Риск бедности и социальной изоляции для женщин варьирует как внутри стран Европейского региона, так и между ними, но вероятность риска и уязвимости перед нездоровьем и недостаточным благополучием выше для тех женщин, у кого меньше лет формального образования, которые не имеют доступа или не принимают участия в программах непрерывного обучения, не имеют работы или работают на непрестижных и неквалифицированных должностях и неполный рабочий день, которые вышли замуж в юном возрасте, являются единственными добытчиками в домашнем хозяйстве, являются мигрантами, лесбиянками, бисексуалами, транс- и/или интерсексуалами, принадлежат к меньшинствам, например к народности рома, имеют инвалидность, а также для женщин более старшего возраста, для тех, кто проживает в сельских районах и/или находится в условиях чрезвычайной ситуации или гуманитарного кризиса.

38. Обусловленные гендерными факторами различия в заработной плате и пенсионном обеспечении, которые наблюдаются во всех странах Европейского региона, напрямую воздействуют на ситуации женщин в отношении здоровья и благополучия и на их возможностях для доступа к услугам на протяжении всей жизни, оказывая при этом большее воздействие на женщин более старшего возраста. Несмотря на усилия, предпринятые некоторыми странами для стимулирования инноваций в политике для содействия наделению женщин экономическими правами и возможностями, в целом среди женщин растет распространенность неполной и нестабильной занятости и уровня осуществляемого ими неоплачиваемого ухода.

39. Необходимо придать приоритетное значение перечисленным ниже мероприятиям по воздействию на характерные риски и уязвимость в отношении здоровья или негативного влияния на благополучие, вызванные взаимодействием между гендером и другими социальными и экологическими детерминантами здоровья:

- (а) привлечение внимания в политических повестках дня к проблемам женщин, сталкивающимся с множественными рисками и серьезной изоляцией. Это относится к женщинам-мигрантам, тем, кто не получил среднего образования, женщинам, проживающим в сельских и отдаленных районах, принадлежащим к меньшинствам, жертвам торговли людьми и работницам коммерческого секса, женщинам старшего возраста, женщинам, подвергающимся дискриминации в связи с их сексуальной или гендерной идентификацией и/или к тем, кто проживает в условиях гуманитарных кризисов и нестабильности;
- (б) улучшение обстоятельств, условий и среды, которые влияют на здоровье девочек и женщин, с особым вниманием к жилищным условиям, учреждениям здравоохранения, образования и местам работы, включая внимание к вопросам доступа к безопасной воде, санитарным и гигиеническим удобствам, а также к проблемам загрязнения воздуха в помещениях и подверженности воздействию химических и физических опасных факторов. Это позволит защитить здоровье самих женщин, а также свести к минимуму влияние экологических опасных факторов на этапах внутриутробного развития и раннего детства, что особо подчеркнуто в Минской декларации (14);
- (в) анализ и влияние на взаимодействие между биологией, гендером и социальными детерминантами психического здоровья и благополучия девочек и женщин, начиная с детства и до старости;
- (г) обеспечение того, чтобы национальные планы по профилактике и борьбе с НИЗ включали гендерный подход, нацеленный на противодействие росту распространенности факторов риска (потребление табака и алкоголя, низкий уровень физической активности) среди девушек-подростков и женщин в Европейском регионе, и совместные с другими секторами и заинтересованными сторонами мероприятия по воздействию на связи между этими видами рискованного поведения и их социальными и экономическими детерминантами;
- (д) укрепление механизмов межсекторального взаимодействия между секторами здравоохранения, социальной защиты и занятости для сокращения негативного воздействия на здоровье и благополучие со стороны нестабильной занятости и условий труда, с которыми сталкиваются многие женщины в Регионе;
- (е) обеспечение того, чтобы работа женщин не только ценилась, но и оценивалась так же, как и работа мужчин, и чтобы оплачиваемый и неоплачиваемый труд женщин в качестве лиц, осуществляющих уход, признавался, ценился и компенсировался. Это должно включать конкретные меры, такие как признание перерывов в работе для осуществления обязанностей по уходу в качестве эквивалента личному вкладу в

пенсионную систему, а также трансформационные мероприятия, направленные на привлечение мужчин к работе по уходу.

Улучшение реагирования системы здравоохранения на потребности женщин в области здоровья и благополучия

40. Системы здравоохранения, учитывающие гендерные аспекты, позволяют обеспечивать, чтобы связи между биологическими, гендерными и социальными детерминантами учитывались в рамках всех их функций. Хотя учитывающие гендерный аспект системы здравоохранения приносят пользу как женщинам, так и мужчинам, существующие предубеждения могут иметь негативное воздействие как на все население, так и на какую-то одну группу. Например, службы здравоохранения зачастую рассматривают девочек и женщин только в рамках их репродуктивной роли и слепы к более широким гендерным различиям в здоровье. Для того чтобы системы здравоохранения чутко относились к потребностям женщин в отношении здоровья, важно принимать во внимание механизмы стратегического руководства, стратегии, сбор и использование данных, планирование и структуру услуг, состав кадровых ресурсов, механизмы финансирования, охват услугами и освобождение от платежей, обязательные пакеты услуг, использование лекарственных препаратов и технологий, приоритеты и критерии в области научных исследований.

41. Система здравоохранения может, порой, оказаться неспособной достичь гендерного равенства с точки зрения женщин в качестве пользователей/пациентов и лиц, осуществляющих уход. Зачастую считается, что такие патологические состояния, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные болезни и диабет, протекают у женщин так же, как и у мужчин. Это представление может привести к неправильной постановке диагноза, неэффективному лечению, неравному качеству лечения и неравноправному доступу к нему, что демонстрируется фактическими данными в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (20).

42. Медицинские услуги и услуги по уходу в значительной степени зависят от женщин, осуществляющих неформальный/бесплатный уход (или обучение), в частности за детьми, больными членами семьи и пожилыми людьми. Доля женщин, работающих в секторах здравоохранения и социальных услуг, непропорционально высока, при этом женщины редко работают на руководящих должностях. Напротив, женщины в значительной степени сконцентрированы на низкооплачиваемых должностях, где они подвергаются большим профессиональным рискам для здоровья. Сектор здравоохранения мог бы подать другим секторам положительный пример в улучшении возможностей для женщин по получению оплачиваемой работы и укреплению гарантий занятости и финансовой безопасности путем решения проблемы гендерной несправедливости внутри кадров здравоохранения и в рамках неформального сектора здравоохранения. Это включает рассмотрение воздействия политики сектора здравоохранения в отношении кадровых ресурсов и занятости через призму того, как они способствуют гендерному неравенству и/или ухудшают положение женщин. Ключевые вопросы, на которые необходимо обратить внимание, включают гендерный баланс в руководстве академической медициной, а также в

области общественного здравоохранения и сестринского дела, предоставление отпуска по уходу за ребенком как женщинам, так и мужчинам, и возможности для осуществления ухода за детьми.

43. Гендерная необъективность в системе здравоохранения обычно воспроизводится и в научных исследованиях, хотя эта ситуация меняется благодаря улучшению знаний о социальных детерминантах здоровья и новым подходам к оценке воздействия различных мер политики в отношении семьи и социальных дел на здоровье и благополучие женщин. Тем не менее, другие предрассудки проявляются до сих пор – так, лекарства и схемы лечения по-прежнему разрабатываются с учетом особенностей мужской физиологии, не принимая во внимание особенности физиологии женщин. Недостаточное участие женщин в научных исследованиях снижает потенциальную ценность этих исследований и может негативно сказываться на здоровье женщин.

44. Системы здравоохранения должны обеспечить, чтобы специфические потребности женщин в отношении здоровья учитывались и отражались во всех национальных мерах политики и стратегиях здравоохранения путем:

- (а) обеспечения сбора и анализа данных с разбивкой по полу и возрасту и их перекрестного анализа с другими переменными показателями, такими как уровень дохода и образования и проживание в городских/сельских районах;
- (б) стимулирование предоставления услуг здравоохранения, ориентированных на нужды людей, которые удовлетворяли бы все потребности женщин по профилактике и лечению на всех этапах их жизни, а не только когда (или если) они становятся матерями: ориентированные на нужды людей системы здравоохранения занимают центральное место в политике Здоровье-2020, что отражено в рамочной основе действий, утвержденной Региональным комитетом в резолюции EUR/RC62/R4;
- (в) поддержка гендерно-преобразовательных мер политики⁴, которые гарантируют заботу о людях, осуществляющих уход, и обеспечивают устойчивые модели ухода, которые не увеличивают давление на женщин и не подвергают их риску социальной изоляции; в качестве примера могут быть приведены меры политики, которые расширяют участие мужчин в заботе за своими семьями благодаря предоставлению им отпуска по уходу за ребенком и другим мерам;
- (г) принятие таких гендерно-преобразовательных мер политики в отношении условий работы кадровых ресурсов сектора здравоохранения, которые демонстрировали бы лидерство со стороны системы здравоохранения в укреплении и поддержке гендерного равенства на рабочем месте;
- (д) укрепление знаний, навыков и компетенции кадров здравоохранения в работе над вопросами взаимодействия между биологическими и гендерными факторами и другими социальными детерминантами здоровья и их

⁴ В соответствии со Шкалой оценки учета гендерных аспектов ВОЗ, гендерно-преобразовательные мероприятия и меры политики воздействуют на причины обусловленных гендерными аспектами несправедливостей в здоровье путем преобразования наносящих вред гендерных норм, ролей и отношений. Целью таких программ часто является содействие гендерному равенству и поддержка прогрессивных изменений во властных отношениях между женщинами и мужчинами (21).

воздействия на здоровье и благополучие женщин, а также в борьбе с гендерными стереотипами, которые могут привести к прямой или косвенной дискриминации женщин в доступе к услугам здравоохранения;

- (е) стимулирование научных исследований и инноваций, которые устраняют связанную с полом и гендером необъективность при использовании лекарственных средств, предоставлении услуг и укреплении здоровья, а также определяют и популяризируют примеры передовой практики;
- (ж) поддержка учитывающей гендерные факторы медицины для улучшения выявления, диагностики и лечения наиболее распространенных НИЗ и их факторов риска с упором на специфические проблемы здоровья женщин (такие как эндометриоз), а также сердечно-сосудистые заболевания, нарушения психического здоровья, рак и хроническую обструктивную болезнь легких;
- (з) расширение участия женщин в клинических испытаниях, проведение гендерного анализа данных, повышение осведомленности женщин о сердечно-сосудистых заболеваниях и укрепление соответствующих профессиональных навыков и знаний работников здравоохранения;
- (и) обеспечение принятия таких ответных мер в области политики и предоставления услуг, которые положили бы конец терпимости и попустительству ко всем формам насилия в отношении женщин и девочек и укрепляли бы роль сектора здравоохранения и потенциал работников здравоохранения в распознавании случаев насилия в отношении женщин и принятии соответствующих мер, на основании руководящих принципов и протоколов ВОЗ;
- (к) улучшение грамотности в вопросах здоровья среди женщин, что предоставит им возможность принимать такие решения в отношении собственного здоровья, которые были бы информированными, основанными на фактических данных и самостоятельными, и отвечали бы интересам их здоровья.

График, реализация и поддержка со стороны Регионального бюро

45. Данная Стратегия будет служить ориентиром при осуществлении мер по улучшению показателей здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ при поддержке Европейского регионального бюро, которая будет предоставляться в рамках двухгодичных планов мероприятий регионального масштаба и стратегий сотрудничества со странами. Это может включать:

- (а) адвокацию в интересах здоровья женщин на субнациональном, национальном и международном уровнях;
- (б) предоставление ориентиров для действий и создание потенциала для широкого внедрения мероприятий, учитывающих гендерную специфику, в национальные и субнациональные меры политики и стратегии;
- (в) пересмотр, разработку и реализацию секторальных мер политики и стратегий, с особым вниманием к вопросам здоровья женщин;

- (г) содействие развитию межсекторального сотрудничества и структур;
- (д) поддержку лидерства на страновом и на местном уровне;
- (е) стимулирование участия женщин в принятии решений в качестве проводников перемен;
- (ж) оказание технической поддержки в области сбора и анализа данных;
- (з) совершенствование системы эпиднадзора, мониторинга и оценки;
- (и) укрепление подотчетности;
- (к) превращение Регионального бюро в модель для подражания в применении этого подхода.

Контроль и подотчетность

46. Мониторинг и отчетность будут осуществляться в увязке с механизмом для мониторинга политики Здоровье-2020, Глобальной стратегией по охране здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) и Целями в области устойчивого развития, чтобы избежать дублирования и облегчить подотчетность. Согласование механизмов отчетности на базе общей платформы имеет решающее значение для сведения к минимуму связанной с ней нагрузки на страны и обеспечения максимально эффективного использования результатов оценки для совершенствования будущих мероприятий.

47. Региональное бюро будет регулярно проводить мониторинг прогресса по разработке и реализации политики и в 2019 г. предоставит на шестьдесят девятой сессии Европейского регионального комитета пересмотренный вариант стратегии и среднесрочный обзор, основанные на новейших фактических данных.

Библиография⁵

1. От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья женщин в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
2. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (документ EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).

⁵ Все ссылки даны по состоянию на 10 июля 2016 г.

3. The global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>).
4. Оперативный план по дальнейшему осуществлению Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/16; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_16-ru.pdf).
5. The global gender gap report 2014. Женева: World Economic Forum; 2014 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/>).
6. Региональное совещание по обзору осуществления "Пекин+20": региональный обзор хода осуществления. Женева: Европейская экономическая комиссия; 2014 (ECE/AC.28/2014/3; <http://www.unecsc.org:8080/fileadmin/DAM/Gender/documents/Beijing%2B15/ECE.AC.28.2014.3.R.pdf>).
7. Политическая декларация по случаю двадцатой годовщины четвертой Всемирной конференции по положению женщин. Нью-Йорк: Женщины ООН; 2015 (E/2015/27; <http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/59/declaration-ru.pdf?v=1&d=20151208T214857>).
8. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al, editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
9. Gender stereotypes/stereotyping [website]. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2014 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx>).
10. Forum on the future of gender equality in the European Union: report. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/justice/events/future-of-gender-equality-2015/index_en.htm).
11. Govender K, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):90-103. doi:10.1080/17441690801892208.
12. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries and way forward. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/).

13. Burden of disease from household air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1).
14. Минская декларация: Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289966/03_WHO-LCA-Declaration-RUS-Web-Pages.pdf?ua=1).
15. Sen G, Ostlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):1–12. doi:10.1080/17441690801900795.
16. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf).
17. Глобальный план действий по усилению роли системы здравоохранения в рамках национальных межсекторальных ответных мер в целях решения проблемы межличностного насилия, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/9, Приложение 2; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-ru.pdf).
18. Fact sheet No. 23. Harmful traditional practices affecting the health of women and children. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 1995 (Fact sheet No. 23; <http://www.refworld.org/docid/479477410.html>).
19. Oxford reference [website]. Oxford: Oxford University Press; 2016 (<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100005347>).
20. Stramba-Badiale M. Red alert for women's hearts: women and cardiovascular research in Europe. Brussels: European Heart Network, jointly with the European Society of Cardiology; 2009 (https://www.escardio.org/static_file/Escardio/EU-Affairs/WomensHearts-RedAlert.pdf).
21. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Женева: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/).