

**Экономический и Социальный
Совет**

Distr.: General
19 December 2011
Russian
Original: English

Комиссия по положению женщин**Пятьдесят шестая сессия**

27 февраля — 9 марта 2012 года

Пункт 3 предварительной повестки дня*

**Последующая деятельность по итогам четвертой Всемирной
конференции по положению женщин и двадцать третьей
специальной сессии Генеральной Ассамблеи под названием
«Женщины в 2000 году: равенство между мужчинами
и женщинами, развитие и мир в XXI веке»**

**Меры по укреплению связей между программами
в рамках системы Организации Объединенных Наций
в целях обеспечения гендерного равенства, расширения
прав и возможностей женщин и девочек, защиты всех
их прав человека и ликвидации предотвратимой
материнской смертности и заболеваемости**

Доклад Генерального секретаря*Резюме*

В соответствии с резолюцией 54/5 Комиссии по положению женщин в настоящем докладе кратко излагаются меры, принимаемые для решения проблемы материнской смертности, с уделением особого внимания усилиям, направленным на укрепление связей между программами, инициативами и мероприятиями в рамках системы Организации Объединенных Наций в целях обеспечения гендерного равенства, расширения прав и возможностей женщин и девочек, защиты всех их прав человека и ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. В докладе, основанном на материалах, представленных 13 подразделениями Организации Объединенных Наций, 18 государствами-членами и учеными-исследователями, отмечается, что в борьбе с материнской смертностью, которая рассматривается в контексте прав человека с учетом того, что ее первопричинами являются неравенство между мужчинами и женщинами и дискриминация, несмотря на укрепление нормативной базы, говорить о существовании последовательных и скоординированных усилий для противодействия этим факторам преждевременно.

* E/CN.6/2012/1.



I. История вопроса

1. На своей пятьдесят четвертой сессии в 2010 году Комиссия по положению женщин приняла резолюцию 54/5, озаглавленную «Ликвидация материнской смертности и заболеваемости посредством расширения прав и возможностей женщин» (см. E/2010/27 и Согг.1, глава I.D). В этой резолюции Комиссия, в частности, просила Генерального секретаря представить Комиссии по положению женщин на ее пятьдесят шестой сессии в 2012 году доклад, подготовленный в консультации с государствами-членами, международными организациями и всеми другими соответствующими заинтересованными сторонами, с учетом резолюции 11/8 Совета по правам человека от 17 июня 2009 года и других соответствующих резолюций Организации Объединенных Наций о мерах по укреплению связей между программами в рамках системы Организации Объединенных Наций в целях обеспечения гендерного равенства, расширения прав и возможностей женщин и девочек, защиты всех их прав человека и ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Настоящий доклад представляется в ответ на эту просьбу.

2. В докладе кратко излагаются инициативы и меры, принимаемые государствами-членами, системой Организации Объединенных Наций и организациями гражданского общества для ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, и предлагаются рекомендации в отношении дальнейших мер.

II. Сохраняющийся высокий уровень материнской смертности¹ и заболеваемости

3. В 2008 году во всем мире было зарегистрировано примерно от 342 000 до 358 000 случаев материнской смертности². Общемировой показатель материнской смертности, или количество случаев смерти на каждые 100 000 живорождений, составлял 260 случаев в 2008 году, снизившись с 400 в 1990 году. В развивающихся регионах в 2008 году это соотношение составило 290 случаев материнской смертности на 100 000, в то время как в наиболее развитых регионах оно равнялось лишь 14 на 100 000.

¹ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет материнскую смертность как «смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

² Отдельные расчеты по 2008 году были подготовлены Межучрежденческой группой Организации Объединенных Наций по оценке материнской смертности и Институтом оценки и измерения показателей здоровья Вашингтонского университета, Сиэтл, штат Вашингтон, Соединенные Штаты Америки. См. Rafael Lozano and others, "Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis", *Lancet*, vol. 378, No. 9797 (24 September 2011), pp. 1139–1165.

4. Существенная разница в уровне материнской смертности наблюдалась в развивающихся регионах, причем самый высокий показатель материнской смертности — 640 случаев на 100 000 живорождений — приходился на страны Африки к югу от Сахары и более чем в два раза превышал средний общемировой уровень. Что касается отдельных стран, то в четырех из них (Афганистан, Гвинея-Бисау, Сомали и Чад) коэффициент материнской смертности превысил 1000 случаев на 100 000 живорождений.

5. Что касается тенденций, то картина здесь также является неоднозначной (см. таблицу). С 1990 года уровень материнской смертности снижался практически во всех регионах³. Значительное снижение показателя (более чем на 50 процентов) произошло в Южной Азии, Восточной Азии и Тихоокеанском регионе, Центральной и Восточной Европе/Содружестве Независимых Государств. Несмотря на тенденцию к понижению, в среднем годовое процентное снижение общемирового коэффициента материнской смертности, составлявшее 2,3 процента в период 1990–2008 годов, оказалось меньше показателя в 5,5 процента, необходимого для достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, которая заключается в снижении коэффициента материнской смертности на 75 процентов в период с 1990 по 2015 год.

Тенденции в области коэффициента материнской смертности, 1990–2008 годы

Регион или страновая группа	Расчетный коэффициент материнской смертности ^a					Процентное изменение в период с 1990 по 2008 годы	Годовое процентное изменение в период с 1990 по 2008 годы
	1990 год	1995 год	2000 год	2005 год	2008 год		
Страны Африки к югу от Сахары	870	850	790	710	640	-26	-1,7
Восточная Африка и Юг Африки	750	760	720	630	550	-26	-1,7
Западная и Центральная Африка	980	940	870	780	720	-27	-1,7
Ближний Восток и Северная Африка	270	230	200	180	170	-37	-2,6
Южная Азия	610	510	430	330	290	-53	-4,2
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	200	160	130	100	88	-56	-4,5
Латинская Америка и Карибский бассейн	140	130	110	91	85	-41	-2,9
Центральная и Восточная Европа/Содружество Независимых Государств	69	60	48	36	34	-52	-4,0
Промышленно развитые страны	12	10	11	14	14	16	0,8

³ Повышение, наблюдаемое в развитых регионах, несущественно, поскольку показатель варьировался в пределах низкого уровня.

Регион или страновая группа	Расчетный коэффициент материнской смертности ^a					Процентное изменение в период с 1990 по 2008 годы	Годовое процентное изменение в период с 1990 по 2008 годы
	1990 год	1995 год	2000 год	2005 год	2008 год		
Развивающиеся страны	440	410	370	320	290	-34	-2,3
Наименее развитые страны	900	840	750	650	590	-35	-2,4
Весь мир	400	370	340	290	260	-34	-2,3

Источник: Ann Paxton and Tessa Wardlaw, "Are we making progress in maternal mortality?", *New England Journal of Medicine*, vol. 364, No. 21 (26 May 2011), p. 1991.

^a Число случаев материнской смертности на 100 000 живорождений.

6. Основными непосредственными причинами материнской смертности являются кровотечение, заражение крови, высокое кровяное давление, небезопасные аборт и сложные роды. Среди других немаловажных причин — малярия, анемия и ВИЧ/СПИД⁴. Вместе с тем, первопричинами материнской смертности и заболеваемости являются нарушения прав человека, в частности дискриминация, гендерное насилие, в том числе калечащие операции на женских половых органах, и недостаточные инвестиции в образование, первичное медицинское обслуживание, питание и элементарные средства охраны здоровья и/или отсутствие равного доступа к ним. Системы здравоохранения перегружены, и их работа осложняется из-за отсутствия инвестиций и ресурсов. Зачастую несовпадающие приоритеты и недостаток национальных ресурсов вкуче вытесняют вопрос о женском здоровье из политической повестки дня, что приводит к нарушению прав женщин.

7. Этими факторами обуславливаются значительные различия в показателях материнской смертности между различными странами и регионами и внутри них, которые также заметны среди различных групп населения, в том числе городского/сельского населения, культурных и религиозных групп и различных социальных и экономических слоев. Между обеспеченными и малоимущими семьями, например, наблюдаются существенные различия в плане доступа к качественному уходу. Максимальный разрыв наблюдается в странах Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары, где квалифицированное родовспоможение наиболее обеспеченных женщин регистрируется, соответственно, в пять и в три раза чаще, чем акушерская помощь роженицам из беднейших семей. В целом в развивающихся странах шансы получить помощь медработника при родах у женщин из обеспеченных семей в три раза выше, чем у представительниц беднейших слоев населения⁵.

8. Некоторые заболевания, либо по отдельности, либо в сочетании друг с другом, предрасполагают беременных женщин к более высокому риску смертности и заболеваемости. Особо опасны для беременных женщин ВИЧ, малярия

⁴ См. веб-сайт http://www.who.int/topics/maternal_health/en/index.html (данные по состоянию на 20 декабря 2011 года).

⁵ Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, за 2010 год (Издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.10.I.7). Размещен на сайте <http://www.un.org/russian/millenniumgoals/mdgreport2010.pdf> (данные по состоянию на 11 декабря 2011 года).

и анемия. Роль ВИЧ/СПИДа сложно выразить в количественной форме, но, несмотря на это, известно, что ВИЧ/СПИД во многих ситуациях приводит к высокой материнской смертности. По данным Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), показатель материнской смертности мог бы быть ниже на 20 процентов, если бы не ВИЧ⁶. Во всем мире только в одном лишь 2009 году от ВИЧ умерло 60 000 беременных женщин⁷. Между тем, почти половине ВИЧ-инфицированных беременных женщин не оказываются столь необходимые им услуги⁸. ВИЧ и СПИД повышают риск таких осложнений, как анемия, послеродовое кровотечение и послеродовой сепсис⁹. Негативное воздействие гендерных норм, ожидаемых результатов, стереотипов и ролей приводит к тому, что многие женщины и девочки не способны осуществлять контроль над принятием решений сексуального и репродуктивного характера, что делает их уязвимыми перед ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями, передающимися половым путем. ВИЧ-инфицированные беременные женщины зачастую не имеют достаточного доступа к здравоохранению или получают медицинские услуги низкого качества из-за того, что сталкиваются с серьезными проблемами осуждения и дискриминации со стороны медицинских работников и членов общества. Этой проблеме особенно подвержены подростки¹⁰.

9. Существенным фактором, влияющим на смертность во время беременности, является малярия, которая зачастую приводит к тяжелой форме анемии. Борьбе с малярией уделяется основное внимание в рамках инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «За безопасную беременность», в рамках которой рекомендуется периодически проводить профилактическое лечение всех беременных женщин, находящихся в группе риска заражения инфекцией *Plasmodium falciparum*, в странах к югу от Сахары со стабильными показателями заражения малярией¹¹. Использование обработанных инсектицидом противомоскитных сеток длительного пользования и опрыскивание жилых помещений являются наиболее рекомендуемыми мерами, необходимыми для снижения вероятности заражения малярией. В семьях использование пологов может быть тесно связано с принятыми в культуре спальными обычаями. Важную роль играет гендерный аспект, поскольку, если полог не хватает, то они, вероятно, будут приберегаться для главы семьи, которым является мужчина¹².

⁶ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), *Глобальный доклад: доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа 2010* (Женева, 2010).

⁷ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), *Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых: 2011–2015* (Женева, 2011).

⁸ World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations Children's Fund (UNICEF), *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report 2010* (Geneva, WHO, 2010).

⁹ James McIntyre, "Mothers infected with HIV: reducing maternal death and disability during pregnancy", *British Medical Bulletin*, vol. 67 (2003), pp. 127–135.

¹⁰ Quarraisha Abdool-Karim and others, "HIV and maternal mortality: turning the tide", *Lancet*, vol. 375, No. 9730 (5 June 2010), pp. 1948–1949.

¹¹ См. веб-сайт: http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf (данные по состоянию на 20 декабря 2011 года).

¹² См. веб-сайт: http://www.who.int/gender/documents/gender_health_malaria.pdf (данные по состоянию на 20 декабря 2011 года).

Благодаря усилиям, направленным на сведение к нулю случаев заражения малярией среди беременных женщин, спасается жизнь не только матери, но и малыша.

III. Решение проблемы материнской смертности в контексте прав человека

10. На Конференции по безопасному материнству, состоявшейся в 1987 году в Найроби, была четко обозначена необходимость улучшения положения женщин, проведения просветительской работы в общинах, а также совершенствования и расширения услуг в области предродового, родового и послеродового ухода, но несмотря на это, такой подход к осуществлению программы применялся основными сторонами не всегда. Вместо этого многие доноры сосредоточились на мерах, принимаемых в сфере здравоохранения для расширения доступа к профессиональному медицинскому уходу¹³.

11. С определением репродуктивного здоровья в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию¹⁴ как «состояния полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов»¹⁵, проблема материнской смертности и заболеваемости стала рассматриваться в контексте прав человека. Этот правозащитный подход был отражен в Пекинской платформе действий¹⁶, принятой четвертой Всемирной конференцией по положению женщин в 1995 году. Приверженность цели снижения уровня материнской смертности была вновь подтверждена в 2000 году на Саммите тысячелетия, где ликвидация материнской смертности была провозглашена целью 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, и в связи с ней были поставлены задачи снижения коэффициента материнской смертности на 75 процентов за период с 1990 по 2015 год и предоставления всеобщего доступа к охране репродуктивного здоровья к 2015 году.

12. Стоит особо упомянуть резолюцию 11/8 Совета по правам человека, озаглавленную «Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека»¹⁷, и резолюцию 15/17, озаглавленную «Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость и права человека: последующие меры в связи с резолюцией 11/8 Совета»¹⁸, поскольку в них был вновь сделан призыв к рассмотрению проблемы материнской смертности в контексте прав человека и в этой связи была укреплена нормативная база. В резолюции 11/8 было под-

¹³ Ann M. Starr, "Safe motherhood initiative: 20 years and counting", *Lancet*, vol. 368, No. 9542 (30 September 2006), pp. 1130–1132.

¹⁴ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение.

¹⁵ Там же, пункт 7.2.

¹⁶ Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4–15 сентября 1995 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № 96.IV.13), глава I, резолюция 1, приложение II.

¹⁷ См. Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, шестьдесят четвертая сессия, Дополнение № 53 (A/64/53), глава III.A.

¹⁸ Там же, шестьдесят пятая сессия, Дополнение № 53A (A/65/53/Add.1), глава II.

тверждено, что решение проблемы материнской смертности и заболеваемости требует эффективного поощрения и защиты прав человека женщин и девочек, в частности их прав на жизнь, на равенство в достоинстве, на образование, на свободу искать, получать и передавать информацию, пользоваться благами научного прогресса, на свободу от дискриминации, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье (пункт 2); а в резолюции 15/17 государствам предлагалось принять на всех уровнях меры для искоренения таких взаимосвязанных коренных причин материнской смертности и заболеваемости, как нищета, недоедание, вредная практика, отсутствие доступных и надлежащих медицинских услуг, информации и просвещения и гендерное неравенство, и уделять особое внимание ликвидации всех форм насилия в отношении женщин и девочек (пункт 7).

13. Эти недавно принятые резолюции опирались на нормативную базу, созданную Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин¹⁹, в статье 12 которой к государствам-участникам обращается призыв обеспечить «женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления».

14. Важно признавать ту роль, которую играет гражданское общество в деле актуализации проблемы материнской смертности в контексте прав человека. В ходе Конференции по проблемам репродуктивного здоровья женщин 2007 года усилиями гражданского общества акцент в дискуссии был смещен с вопроса об оказании услуг на вопрос о выработке правозащитного подхода²⁰. Резолюция 11/8 Совета по правам человека была принята во многом благодаря приверженности гражданского общества этому вопросу и его агитационной деятельности.

15. Международная организация поддержки семей, Всемирный совет здравоохранения, Международная инициатива по вопросам материнской смертности и прав человека, Инициатива в области безопасного материнства и организация «Уимен деливер» были задействованы гражданским обществом для активного привлечения внимания к необходимости совершенствования понимания и знаний в области прав на охрану материнского здоровья среди медицинских работников и представителей директивных органов.

16. Совместный проект Центра по экономическим и социальным правам и Центральноамериканского института исследования налогово-бюджетной политики (Гватемала) является одним из многих примеров того, как гражданское общество влияет на усилия правительства, прилагаемые для разработки политики в области охраны материнского здоровья на основе правозащитного подхода. В результате этого проекта был принят государственный закон об охране материнского здоровья²¹.

¹⁹ United Nations, *Treaty Series*, vol. 1249, No. 20378.

²⁰ См. веб-сайт: <http://www.womendeliver.org/conferences/2007-conference/> (по состоянию на 20 декабря 2011 года).

²¹ См. Center for Economic and Social Rights, “Best practices in addressing maternal mortality from a human rights perspective: a framework for monitoring policies and resources for MMM prevention in Guatemala”, p. 1.

IV. Инициативы, программы и мероприятия, направленные на решение проблемы материнской смертности и заболеваемости

17. Как отмечалось в докладе Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека (A/HRC/14/39), всеобъемлющий обзор всех основных существующих глобальных инициатив и видов деятельности по рассмотрению проблемы предотвратимой материнской смертности и заболеваемости имел бы колоссальный объем (пункт 45). В связи с этим в данном разделе дается краткий обзор мероприятий, программ и инициатив государств-членов, системы Организации Объединенных Наций и гражданского общества.

18. Вышеупомянутый доклад Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека и доклад Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о практике использования правозащитного подхода к ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека (A/HRC/18/27 и Corr.1/Rev.1) создают тот полезный контекст, в рамках которого следует рассматривать инициативы и программы, разработанные для борьбы с материнской смертностью, поскольку в этих докладах подробно рассматриваются ключевые вопросы, указанные в резолюциях 11/8 и 15/17 Совета по правам человека. В частности, в пункте 3 документа A/HRC/18/27, касающемся борьбы с материнской смертностью на основе правозащитного подхода, Совет отметил, что обязательства государств подкрепляются семью конкретными правозащитными принципами: равенство и недискриминация, участие, расширение прав и возможностей, транспарентность, устойчивость, международное сотрудничество и подотчетность.

19. Далее в пункте 5 документа A/HRC/18/27 было определено пять общих особенностей борьбы с материнской смертностью и заболеваемостью на основе правозащитного подхода:

- а) широкомасштабные социальные и законодательные изменения для повышения статуса женщин путем поощрения гендерного равенства и ликвидации пагубной практики;
- б) расширение доступа к методам контрацепции и планирования семьи, с тем чтобы предоставить женщинам и девочкам-подросткам возможность принимать решения в отношении их половой жизни и фертильности, включая отсрочку и ограничение деторождения и предотвращение инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ и СПИД;
- в) укрепление систем здравоохранения и первичной медицинской помощи для улучшения доступа к квалифицированным акушеркам и экстренной акушерской помощи при осложнениях и использования этих услуг;
- г) недопущение небезопасного прерывания беременности;

е) совершенствование мониторинга и оценки государственных обязательств по обеспечению подотчетности всех субъектов и осуществлению политики.

20. В то время, как некоторые государства-члены, представившие материалы для настоящего доклада, сообщили об инициативах, охватывающих некоторые из указанных направлений, многие государства сосредоточили внимание на инициативах и мероприятиях, проводимых для укрепления систем здравоохранения, с тем чтобы расширить доступ к услугам по уходу. Реже упоминались мероприятия, направленные на проведение глубоких изменений на законодательном уровне, что необходимо для устранения первопричин материнской смертности и заболеваемости. В незначительном количестве случаев сообщалось о инициативах, созданных для борьбы с незаконными абортами; также содержалось мало указаний на проведение контроля за соблюдением государствами обязательств, касающихся обеспечения подотчетности со стороны всех субъектов.

А. Инициативы государств-членов

21. Австрийская программа охраны здоровья матери и ребенка гарантирует оказание медицинского ухода в течение беременности. Женщины должны пройти шесть клинических обследований. С 2010 года к анализам, которые сдают беременные женщины, были добавлены дополнительное ультразвуковое обследование, анализ на ВИЧ, а также оральный тест на толерантность к глюкозе.

22. В Бельгии калечащие операции на женских половых органах считаются грубым нарушением прав женщин и девочек. Бельгия ратифицировала многие международные договоры, осуждающие нарушения репродуктивных прав, в том числе калечащие операции на женских половых органах. В национальном плане действий на 2010–2014 годы по борьбе с насилием над партнерами и членами семьи также рассматривается проблема калечащих операций на женских половых органах и предлагаются средства защиты и поощрения репродуктивных прав мигрантов. Действуют программы по проведению разъяснительной работы среди поставщиков услуг и мигрантов в области охраны здоровья и репродуктивных прав последних.

23. В Чаде пропагандируется охрана репродуктивного здоровья женщин и девочек. Право на здоровье признано в статье 37 Конституции. Осуждаются калечащие операции на женских половых органах, а также принимаются меры по защите ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом. Кроме того, Чад принял «дорожную карту» для ускорения темпов снижения уровня материнской смертности.

24. В Конго основное внимание уделяется борьбе с туберкулезом, обеспечению прав лиц, больных ВИЧ/СПИДом, а также лечению беременных женщин от малярии. Национальный план в области развития и здравоохранения (2007–2011 годы) направлен на укрепление системы здравоохранения, снижение уровня материнской смертности и заболеваемости, повышение квалификации кадров в сфере здравоохранения, а также более активное участие общин и партнерство для охраны здоровья. В 2010 году вместе с Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), ВОЗ, Детским

фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и организациями гражданского общества Конго инициировало кампанию, направленную на ускорение темпов снижения уровня материнской смертности в Африке. Главная цель состоит в том, чтобы расширить возможность доступа женщин к качественным медицинским услугам и пользованию такими услугами в целях снижения уровня материнской смертности. Кроме того, упор делается на процедуре сбора данных, с тем чтобы расширить основы знаний и усовершенствовать стратегии мероприятий, направленных на снижение уровня материнской смертности.

25. Доминиканская Республика приступила к осуществлению ряда программ, разработанных для охраны здоровья женщин и снижения уровня материнской смертности. Цель этих программ состоит в том, чтобы обеспечить более качественный акушерский уход за женщинами и повысить осведомленность о причинах материнской смертности. Также действуют стратегии для уменьшения числа случаев нежелательной беременности, материнской смертности, насилия и ВИЧ/СПИДа среди женщин и девочек. Эти стратегии дают женщинам возможность играть активную роль в деле охраны физического и репродуктивного здоровья.

26. В Эквадоре усилия правительства были в первую очередь направлены на расширение базы знаний о причинах материнской смертности и заболеваемости и на оказание более качественных медицинских услуг женщинам и девочкам, с тем чтобы снизить число случаев заражения ВИЧ, заболеваний, передающихся половым путем, рака шейки матки и насилия над членами семьи.

27. Новый закон в области здравоохранения Финляндии, действующий с мая 2011 года, обязует муниципалитеты предоставлять услуги по охране материнского здоровья всем беременным женщинам и их семьям в районе их проживания. В эти услуги входят врачебное наблюдение и улучшение состояния здоровья беременных женщин. Принимаются усилия для расширения взаимодействия между специалистами и секторами при ведении беременности, как в родильных домах, так и при оказании услуг после родов. Повышенное внимание уделяется роли мужчин и мальчиков, в связи с чем программа полового воспитания рассчитана также на мальчиков и отцов.

28. В Новой Зеландии услуги по охране материнского здоровья являются бесплатными, и у всех женщин есть доступ, без какой-либо дискриминации, к полному комплексу бесплатных или недорогостоящих услуг в области здравоохранения, в том числе ко всем услугам по охране здоровья матери, а также услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, консультациям и поддержке в борьбе с сексуальным и физическим насилием.

29. Португалия инвестирует в проекты, ориентированные на гендерное равенство, особенно в те, которые занимаются проблемами бытового насилия и его влияния на физическое и психическое здоровье женщин. Государственная система здравоохранения гарантирует всем гражданам практически бесплатный доступ к центрам первичного медико-санитарного обслуживания и государственным больницам. У беременных женщин есть доступ к медицинским учреждениям и услугам по уходу, что, возможно, повлияло на резкое снижение уровня материнской смертности с 19 до 3,8 процента в период с 1980 по 2008 год. Начиная с 1984 года женщинам старше 18 лет стал предоставляться доступ к услугам в области планирования семьи, и в тот же самый год консультации по планированию семьи и противозачаточные средства в рамках госу-

дарственной системы здравоохранения стали бесплатными. В национальный медицинский план вакцинации была включена вакцинация против папиллома-вируса человека (ПВЧ) для всех девочек в возрасте до 13 лет.

30. Дания, Италия и Япония в основном сообщили об оказании помощи другим странам и программам. Дания поддерживает ряд организаций системы Организации Объединенных Наций и международных организаций, а также неправительственные организации, занимающиеся вопросами материнской смертности. В частности, Дания поддерживает ЮНФПА, ВОЗ, а также Международную федерацию планируемого родительства и Международную организацию поддержки семей. Кроме того, Дания сотрудничает с партнерами для содействия развитию акушерства, в частности, в том что касается пересмотра и изменения нормативных указаний и практических методов, что должно предоставить больше полномочий работникам среднего звена, которые проводят процедуры, спасающие пациентам жизнь. В рамках двусторонних программ в сфере здравоохранения Дания занимается вопросами сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав.

31. В Италии охрана материнского здоровья является приоритетной задачей политики в области здравоохранения, особенно в том, что касается оказания помощи другим государствам-членам. В ряде стран Италия поддерживает усилия, направленные на предоставление всеобщего доступа к здравоохранению и эффективным и действенным медицинским услугам. С 2004 года страна уделяет внимание проблеме калечащих операций на половых органах, более активно оказывая двустороннюю и многостороннюю финансовую помощь так, чтобы ее ощутили на себе нуждающиеся женщины в африканских странах, где существует эта практика. На внутригосударственном уровне министерство здравоохранения вынесло рекомендацию № 6/2008 для устранения клинических рисков, возникающих в предродовой период и при родах. В декабре 2010 года было подписано соглашение о руководящих принципах для обеспечения качества, безопасности и надлежащего ухода при родах, а также для повышения уровня этих услуг и снижения числа операций кесарева сечения. В этом соглашении, среди прочих вопросов, рассматривается проблема высокого числа операций кесарева сечения в Италии, которые могут привести к увеличению риска материнской смертности и заболеваемости.

32. Япония оказывает поддержку проекту в области безопасного материнства в Бангладеш. Этот проект направлен на улучшение охраны здоровья матерей, беременных женщин и новорожденных посредством укрепления потенциала в области здравоохранения и повышения качества медицинских услуг, оказываемых в соответствующих учреждениях. В ходе проекта, который стимулирует также создание общинных групп поддержки матерей и беременных женщин, было зафиксировано существенное увеличение доли женщин, получивших неотложную акушерскую помощь при осложнениях, возникших у них во время беременности и родов.

33. Малайзия определила различные стадии формирования универсального подхода к решению проблемы материнской смертности, основанного на оказании услуг. Государственные учреждения, сотрудничая с ЮНФПА, и организации гражданского общества добились успехов в улучшении охраны репродуктивного здоровья. В целях разъяснения сути подхода к материнскому здоровью, основанного на правах и гендерном аспекте, были проведены семинары

для акушеров и фельдшеров на тему гендерной проблематики и прав, а также репродуктивного и материнского здоровья. В рамках национальной программы по планированию семьи в 56 клиниках страны предлагаются гибкие услуги, с тем чтобы предоставить клиентам широкий выбор безопасных, эффективных, доступных и недорогих методов контрацепции. Для охвата женщин, проживающих в отдаленных районах, и малоимущих женщин в городах используются передвижные клиники.

34. Правительство Намибии разработало «дорожную карту» для ускорения темпов снижения уровня материнской и детской смертности и заболеваемости. «Дорожная карта» ориентирована на всех женщин, в том числе находящихся в группе высокого риска во время беременности, непосредственно в предродовой период, во время и после родов. Усилия, направленные на укрепление системы здравоохранения, включают наращивание потенциала среди медицинских работников в изучении случаев материнской, перинатальной и неонатальной смертности. Кроме того, была организована учебная подготовка традиционных повитух, чтобы научить их определять признаки опасности и своевременно направлять женщин в медицинские учреждения.

35. В Сент-Винсенте и Гренадинах материнская смертность в основном связана с родовыми осложнениями, такими как эклампсия и родовые травмы. На окружном и центральном уровнях принимаются меры для эффективного оказания услуг клиентам до родов, перед родами и после них. Предродовые услуги доступны по приемлемым ценам, а первичный медицинский уход осуществляется бесплатно. С учетом взаимосвязи между образованием, здравоохранением и расширением экономических прав и возможностей, были предприняты существенные шаги для ликвидации гендерного неравенства на этапе начального и среднего школьного образования. В рамках усилий по совершенствованию данных и знаний на регулярной основе публикуются и обсуждаются статистические данные в области охраны перинатального и материнского здоровья, а также внедряется национальная информационная система в области здравоохранения.

36. Швеция признает право женщин принимать самостоятельные и ответственные решения по вопросам, касающимся их организма. В июле 2010 года правительство приняло новую стратегию, в которой материнское здоровье рассматривается в контексте сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав. Через Шведское агентство международного развития прилагаются особые усилия по поддержке достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, с использованием широкого правозащитного подхода к сексуальному и репродуктивному здоровью. Кроме того, Швеция поддерживает такие инициативы, как Инициатива по обеспечению доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, информации и услугам в чрезвычайных ситуациях, разработанная для расширения доступа к комплексному уходу за репродуктивным здоровьем, в том числе к неотложному акушерскому уходу в конфликтных, постконфликтных и кризисных ситуациях.

37. В Сирийской Арабской Республике, согласно представленным данным, в 2009 году доля рождений с помощью специалистов выросла до 96,2 процента с 76,8 процента в 1993 году. Количество женщин репродуктивного возраста на одного акушера снизилось с 966 в 1993 году до 666 в 2008 году. Основываясь на данных, полученных в результате различных исследований и свидетельство-

вавших о том, что улучшение экономики, искоренение нищеты и повышение уровня образования женщин приводят к тому, что все большее число женщин соглашаются на оказываемые медицинские услуги и прибегают к ним, Сирийская Арабская Республика вложила средства в искоренение нищеты и расширение экономических прав и возможностей женщин, а в десятом пятилетнем плане (2005–2010 годы) определяет эти цели как первоочередные. В сирийском обществе растет обеспокоенность по поводу вопросов, связанных с насилием в отношении женщин. В настоящее время активизируются усилия, направленные на борьбу с этой проблемой, в том числе с бытовым насилием.

38. В Уругвае особый упор был сделан на сборе статистических данных в области материнской смертности применительно к различным секторам. Усилия по борьбе с материнской смертностью очевидны в работе созданной в 2006 году Национальной комиссии Уругвая по снижению уровня материнской заболеваемости, которая в своих усилиях по снижению уровня заболеваемости, связанной с родовспоможением, уделяет основное внимание проявлению бдительности и сбору данных.

В. Инициативы в рамках системы Организации Объединенных Наций

39. Подразделения Организации Объединенных Наций в силу своих различных мандатов осуществляли мероприятия, программы и инициативы, охватывающие широкий круг элементов правозащитного подхода, определенного в пункте 19. Инициативы касались повышения осведомленности, образования и наращивания потенциала (Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ); поощрения участия и лидерства, а также учета социальных, культурных и экономических факторов, определяющих материнское здоровье (Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН)); учета проблемы ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС); а также удовлетворения особых нужд женщин в конфликтных и постконфликтных ситуациях (Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ)). Несмотря на то, что внимание уделяется более широкому кругу вопросов, как в случае государств-членов, сохраняется четкая ориентация на медицинский уход/оказание медицинских услуг.

40. ЮНФПА занимался проблемой материнской смертности и заболеваемости в широком контексте, повышая осведомленность о правах девочек путем оказания поддержки проекту в Эфиопии, в рамках которого девочки подросткового возраста получают образование, что помогает им отсрочить вступление в брак. В 2008 году ЮНФПА вместе с Международной конфедерацией акушеров начал программу инвестирования в акушерство в качестве отправной точки для управления кадрами в сфере здравоохранения (в том числе учебная подготовка, найм, распределение, удержание персонала и руководство его работой). Количество участников этой программы выросло с 11 до 30 стран Азии, Африки и Латинской Америки. В Афганистане, Бангладеш, Судане и Уганде были разработаны стратегии развития акушерства. ЮНФПА оказал поддержку правительствам более 20 стран в проведении на национальном уровне оценки потребностей, связанных с родовспоможением и уходом за новорожденными.

41. Вместе с партнерами ЮНФПА приступил к осуществлению Глобальной кампании за ликвидацию проблемы фистулы. Благодаря этой кампании порядка 20 000 женщин и девочек, получив доступ к хирургической помощи и уходу, а также услугам по социальной реинтеграции, смогли излечиться от фистулы и вернуться к нормальной жизни.

42. Зная о том, что незапланированная беременность и небезопасные аборт являются основными причинами материнской смертности и заболеваемости, ЮНФПА через Глобальную программу в области повышения обеспеченности средствами охраны репродуктивного здоровья поддерживает программы по планированию семьи в странах, где в значительной степени не удовлетворяются нужды в области планирования семьи и зафиксирован низкий процент использования контрацептивов. Фонд оказал поддержку 45 странам, благодаря чему в них существенно увеличилась доля населения, использующего противозачаточные средства.

43. ПРООН сосредоточилась на создании устойчивых систем здравоохранения посредством усилий, направленных на укрепление потенциала управления, институциональной работы и руководства, а также посредством своей координирующей и организаторской роли в объединении различных партнеров и ресурсов на национальном и местном уровнях. В рамках своего мандата на решение сквозных вопросов в области гендерного равенства, влияющих на все цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, ПРООН работает по трем основным направлениям: а) содействие руководящей роли государств, устойчивому финансированию, эффективной помощи в целях развития и координации помощи в области материнского и репродуктивного здоровья; б) учет социальных, культурных и экономических факторов, влияющих на материнское и репродуктивное здоровье; а также с) устранение влияющих на сферу здравоохранения проблем в области потенциала управления, институциональной работы и руководства.

44. ПРООН принимала меры на различных уровнях. В Тунисе она в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и ЮНФПА проводила работу по подготовке первого доклада о целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, который стал чрезвычайно важным информационно-пропагандистским средством активизации усилий, направленных на снижение уровня материнской смертности. В Гане ПРООН содействовала обеспечению руководящей роли государства и устойчивому финансированию для достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, поддержав укрепление и корректировку второй Стратегии экономического роста и сокращения масштабов нищеты. В Индии ПРООН поддерживает креативное государственно-частное партнерство для расширения сети небольших госпиталей «ЛайфСпринг», в которых индийским женщинам с низким уровнем дохода предоставляется доступ к услугам по охране здоровья матери и ребенка. В Кении ПРООН руководит межведомственной инициативой в области ВИЧ под названием «Всеобщий доступ для женщин и девочек — сейчас же!», с тем чтобы помочь правительству расширить услуги медицинских учреждений по комплексному уходу за жертвами изнасилования. В Уганде действует программа по решению проблем, связанных с достижением цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, и усилению взаимодействия в этой связи.

45. ЮНЭЙДС прилагала усилия, направленные на ликвидацию проблемы передачи ВИЧ от матери к ребенку к 2015 году и на значительное снижение количества случаев материнской смертности в связи со СПИДом. Стратегия ЮНЭЙДС на 2011–2015 годы «Выход на нулевой уровень», принятая в декабре 2010 года, содержит цель ликвидации проблемы вертикальной передачи ВИЧ и снижения к 2015 году количества случаев материнской смертности в связи со СПИДом в два раза. Первоочередное внимание в Стратегии уделяется гендерному равенству и правам человека как одному из трех основных направлений для обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, поддержке ВИЧ-инфицированных и уходу за ними, а также для реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

46. Компонент гендерного равенства Стратегии ЮНЭЙДС осуществляется в сотрудничестве с гражданским обществом более чем в 80 странах посредством Программы ЮНЭЙДС по ускорению страновых мероприятий в интересах женщин, девочек, равенства полов и борьбы с ВИЧ²². Доступ женщин и девочек к услугам в сфере ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья является ключевым компонентом Программы для женщин и девочек. Вместе со Структурой Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины») и спонсорами ЮНЭЙДС оказывает поддержку государствам-членам в продвижении стратегий, направленных на борьбу с гендерным насилием и в деле учета в стратегических планах 14 стран по ВИЧ проблематики мужчин и мальчиков²³.

47. Вместе со Структурой «ООН-женщины» в феврале 2011 года в рамках пятьдесят пятой сессии Комиссии по положению женщин ЮНЭЙДС организовала консультации на высоком уровне по вопросу сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав ВИЧ-инфицированных женщин и девочек. В ходе консультаций были выявлены факторы, препятствующие получению женщинами доступа к услугам в сфере ВИЧ, услугам, оказываемым в дородовой период, и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

48. На совещании высокого уровня по СПИДу, состоявшемся в июне 2011 года, ЮНЭЙДС разработала и ввела в действие Глобальный план по предотвращению новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых: 2011–2015 годы²⁴, в котором закладывается основа для принимаемых странами мер, направленных на предотвращение появления новых случаев вертикальной передачи ВИЧ и снижение уровня материнской смертности и заболеваемости в странах с низким и средним уровнями дохода. При помощи платформы ЮНЭЙДС под названием «Лечение 2.0» системы оказания услуг в этой области станут еще бо-

²² См. доклад об осуществлении Программы (UNAIDS/PCB(28)/11.5), представленный Программному координационному совету ЮНЭЙДС на его двадцать восьмой сессии, состоявшейся с 21–23 июня 2011 года.

²³ Гаити, Индия, Камбоджа, Кения, Кот-д'Ивуар, Либерия, Пакистан, Папуа — Новая Гвинея, Руанда, Сербия, Судан, Украина, Южная Африка и Ямайка.

²⁴ *Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых: 2011–2015 годы* (Женева, 2011 год).

лее децентрализованными и будут объединены с другими сферами здравоохранения, в том числе с услугами по охране здоровья матери и ребенка и по лечению и профилактике туберкулеза.

49. Поощрение образования и грамотности лежит в основе работы ЮНЕСКО, проводимой в поддержку достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. Для предотвращения материнской смертности и заболеваемости принимаются междисциплинарные меры, в том числе проведение качественных функциональных занятий по обучению грамоте; определение различных социальных и культурных структур, влияющих на жизни женщин и девочек; а также анализ здоровья и положения женщин и их связи с беременностью, деторождением и послеродовым уходом. Кроме того, уделялось внимание повышению осведомленности о правах женщин и девочек и наращиванию потенциала по защите этих прав, в том числе репродуктивных прав и охраны материнского здоровья.

50. По данным ЮНИСЕФ (из материалов для настоящего доклада), у женщин, получивших школьное образование, вероятность смерти при родах ниже, а вероятность того, что они обеспечат своим детям должный уход, выше. С учетом этого, ЮНИСЕФ оказывал поддержку проектам, направленным на расширение прав и возможностей девочек и женщин, в частности обеспечивая посещаемость девочками школы.

51. Для достижения цели улучшения материнского здоровья и расширения прав и возможностей женщин необходимо вовлечь в этот процесс партнеров, общины и правительства. В Индии ЮНИСЕФ поддержал правительство в деле определения первопричин материнской смертности. В рамках инициативы по установлению фактов о случаях материнской и перинатальной смерти и ответным мерам в этой связи был применен инструмент определения личностных, семейных, социокультурных, экономических и природных факторов, повышающих вероятность такой смерти.

52. Различные учреждения внесли свой вклад в инициативы по снижению уровня материнской смертности и заболеваемости посредством образовательной и информационно-пропагандистской деятельности, учебной подготовки и исследований. Для этого использовались официальные публикации (ВОЗ), наращивание потенциала и повышение осведомленности на страновом уровне (Международная организация труда (МОТ) и ЮНЕСКО), а также связь и взаимодействие со средствами массовой информации (Департамент общественной информации Секретариата Организации Объединенных Наций).

53. ВОЗ поддержала стратегические исследования, предоставив важные средства и данные, значительным образом способствовавшие расширению доступа к крайне важным мерам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе планированию семьи и услугам по охране материнского здоровья, а также расширению прав и возможностей женщин. ЮНЭЙДС поддержала исследование о доступе ВИЧ-инфицированных женщин к услугам по охране репродуктивного и материнского здоровья в шести странах Азии. ЮНФПА поддерживает пропаганду цели 5 в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, на глобальном уровне.

54. УВКБ предприняло шаги для укрепления своей программы по охране материнского здоровья, в том числе системы неотложной акушерской и послеродовой помощи на всех уровнях, включающей медицинское обслуживание местного населения и оказание услуг пациентам в родовых отделениях и лечебно-консультационных пунктах. Услуги предоставлялись внутренне перемещенным лицам, городским беженцам и возвращенцам. УВКБ продолжает поощрять и поддерживать идею предоставления минимального базового пакета услуг при непосредственном возникновении новых критических случаев, что способствует расширению комплексной и всеохватной программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в рамках которой расширяется доступ к качественной неотложной акушерской помощи наряду с ростом возможности планирования семьи и услуг по лечению и профилактике инфекций, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа.

С. Основные глобальные инициативы

55. Из недавно принятых глобальных инициатив наиболее многообещающей в плане решения ряда проблем, которыми объясняется сохраняющийся уровень материнской смертности, является инициатива под названием «Каждая женщина, каждый ребенок», начатая Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций в рамках Глобальной стратегии охраны здоровья матери и ребенка и созданная для спасения жизни 16 миллионов женщин и детей к 2015 году. Глобальная стратегия с бюджетом в 40 млрд. долл. США представляет собой беспрецедентные глобальные усилия, направленные на мобилизацию и активизацию международных и национальных действий со стороны правительств, многосторонних организаций, частного сектора и гражданского общества для устранения основных проблем, возникающих у женщин и детей со здоровьем. В рамках Глобальной стратегии была разработана «дорожная карта» для более эффективного финансирования, укрепления стратегий и совершенствования услуг на местах для наиболее уязвимых женщин и детей. В мае 2011 года 16 стран заявили о своей приверженности этой инициативе, выразившейся в основном в увеличении доли бюджетных средств, выделяемых на охрану материнства и дородовый уход.

56. В рамках инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок» учитывается взаимосвязь между целями 5 и 4 в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия, и всеми остальными целями, а также признается, что посредством результативного увеличения спектра методов охраны репродуктивного здоровья, снижения числа детских браков и борьбы с дискриминацией и гендерным насилием, расширение прав и возможностей женщин и гендерное равенство способствуют улучшению охраны здоровья женщин и детей. В связи с началом действия этой инициативы была создана Комиссия по информации и подотчетности, цель работы которой состоит в том, чтобы обеспечить эффективное и действенное предоставление услуг и освоение собранных средств.

57. В рамках Маскокской инициативы Группы 8 усилиями стран поддерживается укрепление национальных систем здравоохранения в развивающихся странах, с тем чтобы наряду с непрерывным характером ухода проводились и ключевые мероприятия. В этой инициативе упор делается на укреплении систем здравоохранения, расширении спектра услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе планирования семьи, на борьбе с гендер-

ным неравенством и поощрении прав человека девочек и женщин. Посредством этой инициативы правительства стран Группы 8 выделяют в период с 2010 по 2015 год 5 млрд. долл. США. Дополнительные 2,3 млрд. долл. США будут выделены другими государствами — Испанией, Нидерландами, Новой Зеландией, Норвегией, Республикой Корея и Швейцарией, — а также Фондом Организации Объединенных Наций и Фондом Билла и Мелинды Гейтс.

58. Для активизации усилий по спасению жизней женщин и новорожденных ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и Всемирный банк выпустили в 2008 году Совместное заявление об охране здоровья матерей и новорожденных и обязались преумножить в этой связи совместные усилия. Позже к ним присоединилась ЮНЭЙДС. Известные как «группа четырех по вопросам здравоохранения», эти организации приступили к осуществлению основной программы работы для оказания помощи 50 странам в решении самых серьезных проблем в области охраны здоровья матерей и новорожденных.

59. Глобальная инициатива в области здравоохранения, начатая президентом Соединенных Штатов Бараком Обамой, будет проводиться во всех странах, получающих от Соединенных Штатов помощь в сфере здравоохранения. Восемь стран — Бангладеш, Гватемала, Кения, Малави, Мали, Непал, Руанда и Эфиопия — получают дополнительные технические, организационные и финансовые ресурсы, с тем чтобы они могли оперативно применять указанный в Инициативе подход, в том числе осуществлять комплексные программы и инвестиции в отношении полного спектра инфекционных заболеваний, здоровья матери и ребенка, планирования семьи и мероприятий, проводимых в системе здравоохранения.

60. В 2009 году по итогам проводимого раз в два года совещания министров здравоохранения островных государств Тихоокеанского региона было принято Мандангское обязательство. В документе «Аддис-абесский призыв к безотлагательным действиям по охране материнского здоровья», вступившем в силу в 2009 году, содержался призыв к введению в действие и исполнению законов и положений о минимальном 18-летнем возрасте вступления в брак, о соблюдении прав человека девочек и о предотвращении рисков, связанных с детскими браками и подростковой беременностью, а также об учете гендерных и культурных аспектов в системах здравоохранения и их ориентированности на общины, благодаря чему возник спрос на оказание эффективных услуг и соответствующую инфраструктуру. В Аддис-абесском заявлении о приверженности, принятом на четвертой международной конференции парламентариев по осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (27 и 28 октября 2009 года), гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин были твердо признаны в качестве одного из девяти основных направлений, необходимых для достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия²⁵.

²⁵ Оставшиеся включают в себя повышение осведомленности и информационно-просветительскую деятельность; функции, связанные с бюджетом и надзорной деятельностью; законодательные функции и функции по осуществлению политики; расширение прав и возможностей молодежи; укрепление систем здравоохранения; поощрение доступа к охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам по планированию семьи; обеспечение надлежащего финансирования; а также решение проблем, связанных с изменением климата, и возникающих демографических проблем.

61. Международная инициатива по проблемам материнской смертности и прав человека получила свое начало в 2007 году как первая правозащитная мера, принятая гражданским обществом для снижения уровня материнской смертности. Инициатива была начата при партнерстве международных, региональных и национальных организаций гражданского общества, приверженных борьбе с материнской смертностью на основе всеобъемлющего правозащитного подхода, в том числе призыва к проявлению большей политической воли со стороны правительств и доноров для предпринятия шагов, необходимых для снижения уровня материнской смертности, а также увеличения числа более совершенных механизмов подотчетности, с тем чтобы право женщин на материнское здоровье стало реальностью²⁶. Осуществляя проекты в Индии, Кении и Перу, Международная инициатива стремится к углублению понимания того, каким образом учесть правозащитные концепции и подходы в работе, проводимой в области снижения уровня материнской смертности на национальном, субнациональном и местном уровнях. В рамках этой инициативы предпринимаются попытки налаживания отношений между группами, занимающимися вопросами прав человека, здравоохранения и прав женщин.

V. Инициативы в области накопления информации и знаний о материнской смертности

62. В развивающихся странах, где медицинская документация может вестись небезошибочно, где о беременности женщины до ее смерти могло быть неизвестно, или беременность скрывалась по причинам социального, культурного или религиозного характера, и где данные о причине смерти могут отсутствовать или быть недостоверными, есть вероятность того, что многие случаи материнской смертности останутся без учета. В отсутствие надежных систем регистрации актов гражданского состояния использовались косвенные методы расчетов. В то же время для решения проблемы материнской смертности с точки зрения прав человека и гендерного равенства крайне важны достоверные данные с разбивкой по поло-возрастному признаку.

63. Достигнут определенный прогресс в установлении в этой области взаимосвязи между инициативами, которые постепенно перешли от подхода, основанного на мерах, проводимых отдельными учреждениями Организации Объединенных Наций или научными кругами, к более комплексному и согласованному подходу.

64. Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности, в которую входят ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирный банк, а также независимая техническая консультативная группа, в настоящий момент работает над пересмотром и расчетом коэффициента материнской смертности. Группа провела расчет коэффициента материнской смертности с использованием статистического моделирования для стран, не располагающих достоверными данными, и обновила существующие расчеты.

²⁶ См. веб-сайт: <http://righttomaternalhealth.org/>.

65. Статистический отдел Организации Объединенных Наций продолжал обслуживать и совершенствовать базу данных и веб-сайт показателей достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия²⁷, проводя в этой связи работу через Межучрежденческую группу экспертов по показателям достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и ее тематические подгруппы. В частности, международные организации, отвечающие за проведение расчетов и сбор данных о показателях для контроля за достижением цели 5 и двух задач, связанных с ней, укрепили сотрудничество между собой и осуществили ряд инициатив на региональном и международном уровнях, в том числе организовали для экспертов из национальных статистических ведомств и министерств здравоохранения учебные семинары по расчетным методам и метаданным о показателях; провели консультации с национальными коллегами по вопросам проведения расчетов; а также приняли меры по анализу и распространению данных.

66. Кроме того, государства-члены продолжают работать над совершенствованием сбора и анализа национальных данных в области материнской смертности и заболеваемости. В Новой Зеландии Комитет по обзору положения в области перинатальной и материнской смертности осуществляет сбор данных о всех случаях перинатальной и материнской смертности и выпускает отчет о сопутствующих факторах и случаях летального исхода, которых можно было избежать. Также осуществляется сбор данных о материнской заболеваемости. В контексте оказания услуг по охране материнства и соответствующего контроля было создано руководство по стандартам в области материнства. Эти данные регулярно предоставляются ВОЗ, Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Евростату, что позволяет внимательно отслеживать прогресс.

VI. Каталитическая роль Структуры «ООН-женщины»

67. Уполномоченная руководить работой в сфере гендерного равенства и координировать ее в рамках системы Организации Объединенных Наций, Структура «ООН-женщины» содействует установлению тесной взаимосвязи между учреждениями, с тем чтобы поощрять гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин по всем направлениям работы.

68. Не стремясь заменить собой другие учреждения или дублировать их работу, поскольку они имеют явное сравнительное преимущество в вопросах материнской смертности, Структура «ООН-женщины» будет помогать продвигать лидерство и участие женщин, добиваясь того, чтобы у стран был доступ к передовым знаниям и техническому опыту, необходимый для выработки четкого подхода, основанного на гендерном равенстве и расширении прав и возможностей женщин. Делая упор на расширении экономических прав и возможностей женщин, Структура «ООН-женщины» будет наращивать потенциал на страновом уровне, чтобы обеспечить осуществление основанных на гендерном равенстве программ и проектов по проблеме материнской смертности.

²⁷ <http://mdgs.un.org>.

69. Ключевой аспект работы Структуры «ООН-женщины» состоит в приложении усилий, направленных на борьбу с гендерным неравенством и гендерными стереотипами, которыми объясняется сохраняющийся высокий уровень материнской смертности. В этом отношении усилия, прилагаемые Структурой «ООН-женщины», дополняют работу других учреждений, занимающихся устранением непосредственных причин материнской смертности и заболеваемости. Поддержка, оказываемая Структурой «ООН-женщины» государствам-членам в деле учета гендерных аспектов при верстке бюджетов, также поможет обеспечить выделение достаточных ресурсов на гендерное равенство в мероприятиях, проводимых в целях развития. Структура «ООН-женщины» содействует участию женщин в процессах принятия решений во всех контекстах, в том числе в постконфликтных ситуациях, где репродуктивное здоровье и соответствующие права женщин подвергаются особому риску и где сексуальное насилие и изнасилования ведут к чрезвычайно высоким уровням материнской заболеваемости и смертности. Уделяя особое внимание расширению экономических прав и возможностей женщин, Структура «ООН-женщины» будет укреплять потенциал женщин относительно принятия решений, касающихся их репродуктивного здоровья, в том числе получения доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья и соответствующим средствам.

70. Цель Структуры «ООН-женщины» — повышение уровня лидерства и участия женщин — имеет исключительно важное значение для усилий по ликвидации проблемы материнской смертности. Участие и лидерство женщин крайне важно для полноценного учета прав человека и гендерного равенства, что необходимо для решения проблемы материнской смертности. Таким образом, принимаемые меры будут понятны женщинам, будут разрабатываться при их участии и не утратят своей значимости. Без участия женщин не может быть создано эффективных стратегий и программ для борьбы с материнской смертностью и заболеваемостью.

71. Два важных направления деятельности Структуры «ООН-женщины» согласно ее стратегическому плану на 2011–2013 годы и рамкам для оценки результатов в области развития состоят в том, чтобы, во-первых, обеспечить утверждение, укрепление и доработку глобальных стратегических и нормативных рамок для гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин, а во-вторых, в том, чтобы повысить степень учета гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин в глобальных стратегических и нормативных рамках, разработанных для отдельных секторов. В этих целях Структура «ООН-женщины» будет сотрудничать с другими учреждениями для выработки подхода, основанного на гендерном равенстве, и его закрепления в работе по секторам, которая проводится в поддержку ликвидации проблемы материнской смертности. Структура «ООН-женщины» также будет поощрять взаимосвязь между соответствующими нормативными соглашениями в области борьбы с материнской смертностью и оперативными мероприятиями, в том числе через Комиссию по положению женщин, и в работе более широкого межправительственного механизма.

VII. Выводы и рекомендации

72. В последние годы в межправительственных нормативных документах был признан и закреплён подход к достижению цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, основанный на правах человека и гендерном равенстве. С этой точки зрения признаётся, что и медицинского подхода, и доступности услуг, хотя они и чрезвычайно важны, недостаточно и что для устранения первопричин материнской смертности и оказания всем доступных и недорогих услуг высокого качества необходим подход, основанный на гендерном равенстве.

73. По данным Управления Верховного комиссара Организации Объединённых Наций по правам человека, самыми эффективными примерами борьбы с материнской смертностью с использованием правозащитного подхода являются совокупность непрерывных усилий, направленных на устранение первопричин материнской смертности, и укрепление обязательств, принятых государствами в отношении расширения доступа к высококачественным услугам в области здравоохранения и содействия расширению прав и возможностей женщин.

74. В настоящем докладе высказывается предположение о том, что согласованный и последовательный правозащитный подход, в котором упор делается на всеобъемлющем комплексе мер, учитывающих права человека, гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин, сформировался пока не полностью. Существующие инициативы и программы, несомненно, содействовали недавно зафиксированному снижению уровня материнской смертности, однако нет оснований заявлять о применении здесь этого последовательного подхода.

75. В инициативах и программах, осуществляемых государствами-членами и в меньшей степени системой Организации Объединённых Наций, материнская смертность и заболеваемость рассматриваются, в первую очередь, в качестве вопросов, связанных с медициной. Отсутствуют комплексные инициативы для борьбы с такими известными проблемами, как малярия. В некоторых странах были приняты законы, запрещающие проведение калечащих операций на женских половых органах, однако нет оснований утверждать о наличии единого глобального подхода к борьбе с этим нарушением прав девочек и женщин, а также к ликвидации всех форм насилия в отношении женщин и девочек в контексте беременности и деторождения.

76. Затяжной процесс выработки последовательного подхода на основе прав человека и гендерного равенства, который учитывает все элементы, определённые Советом по правам человека в качестве чрезвычайно важных для этого подхода, можно объяснять многими факторами.

77. Сами государства-члены и подразделения Организации Объединённых Наций сообщали о различных сложностях, возникавших у них при попытках справиться с проблемой материнской смертности, в том числе высокий уровень неграмотности, препятствия культурного и религиозного характера, недостаточная инфраструктура в сфере здравоохранения, низкий уровень подготовки медицинского персонала и проблемы, связанные со значительным приростом населения.

78. В ряде государств-членов прогрессу препятствовала географическая изоляция, которая приводит к высокой стоимости обслуживания рассредоточенного населения, в том числе сельских женщин. Сообщалось о нехватке лечебно-консультационного персонала, недостаточном финансировании программ по охране здоровья матери и ребенка, отсутствии центров дородового ухода в некоторых регионах, помимо отсутствия квалифицированного персонала и неравного распределения сотрудников между городскими и сельскими районами.

79. Хотя ряд стран и достиг низких уровней материнской смертности, до сих пор имеются значительные очаговые проявления уязвимости и неблагополучия групп населения. Особые сложности существуют с оказанием надлежащих услуг в области материнского ухода и охраны репродуктивного здоровья наиболее уязвимым группам, в частности сельским женщинам; женщинам с ВИЧ/СПИДом; подросткам; женщинам с инвалидностью; а также женщинам коренных народов. Зачастую права человека этих групп не соблюдаются, особенно когда речь идет о беременности и деторождении.

80. В связи с этим Постоянный форум по вопросам коренных народов неоднократно рекомендовал, чтобы меры, разработанные для охраны материнского здоровья женщин коренных народов, в первую очередь предусматривали необходимость приемлемости медицинских услуг с точки зрения культуры таких женщин. Услуги должны предоставляться на основе соблюдения традиционного отношения этих народов к здоровью и самочувствию и оказываться на родном для них языке и в приемлемой для их культуры обстановке. Женщины должны принимать участие в процессе охраны их здоровья, в частности в том, что касается дородового ухода и родов.

81. Подобным образом данные об услугах в области репродуктивного здоровья, доступных женщинам с инвалидностью, свидетельствуют о том, что эти женщины часто исключаются из услуг по планированию семьи и образовательных услуг (в том числе полового воспитания). Поставщики услуг действительно могут ошибочно полагать, что женщины-инвалиды не нуждаются в услугах по охране репродуктивного здоровья, поскольку они либо не живут половой жизнью, либо не способны забеременеть. Медицинским работникам необходимо пройти подготовку и приобрести опыт в работе с пациентами-инвалидами, с тем чтобы во время беременности и после родов обеспечивать соблюдение прав женщин-инвалидов.

82. С учетом наглядных свидетельств о раздробленности подхода к борьбе с материнской смертностью и заболеваемостью для возникновения в скором времени четкого и последовательного правозащитного подхода необходимы согласованные усилия. Этот подход должен быть комплексным и целостным и включать разнообразные программы и услуги.

83. Для устранения проблемы уязвимости женщин и девочек перед лицом дискриминации, грубого обращения и гендерного насилия, в том числе калечащих операций на половых органах, необходимы значительные социальные преобразования. Необходим доступ к образованию и информации в сфере ухода и услуг, связанных с охраной репродуктивного здоровья, а также меры, направленные на борьбу с угрозой, в частности, малярии, анемии и ВИЧ/СПИДа.

84. Необходим качественный уход до, во время и после беременности. Также следует удовлетворять потребности женщин и девочек в надлежащем питании, чистой воде и санитарии и потребность в доступе беременных женщин к дородовому и послеродовому уходу. Кроме того, нужно предусмотреть доступ к комплексным первичным медицинским услугам и надлежащей инфраструктуре, в том числе системам транспорта и связи, необходимым для реагирования на неотложные случаи родовспоможения.

85. С учетом тесной взаимосвязи между первопричинами усилия, направляемые на борьбу с материнской смертностью, также должны концентрироваться на комплексном достижении целей 3, 5 и 6 в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, что позволит объединить преимущества, полученные в результате поощрения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин; улучшения охраны материнского здоровья; а также борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями. В попытках свести к нулю новые случаи заражения ВИЧ среди женщин и девочек важно обеспечить защиту беременных женщин с ВИЧ/СПИДом от дискриминации при оказании услуг и уходе, которая может поставить под угрозу жизнь этих женщин и их детей. Инфицированным необходимо предоставить доступ к лечению антиретровирусными препаратами.

86. Необходимо укреплять усилия по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и девочек и прекратить все формы насилия в отношении женщин и девочек, в том числе калечащие операции на женских половых органах. Эти усилия должны подкрепляться соответствующими мерами на законодательном и практическом уровнях.

87. Доступное и недорогое обслуживание, особенно неотложная акушерская помощь, является важнейшей составляющей правозащитного подхода к борьбе с материнской смертностью. В случае неотложных состояний при родовспоможении и материнской заболеваемости необходимо проведение эффективного лечения и последующего наблюдения.

88. Наконец, ключевыми элементами всех правозащитных инициатив, направленных на борьбу с материнской смертностью и заболеваемостью, должны стать поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин и девочек подросткового возраста на уровне их общин в целях предоставления им возможности участвовать во всех аспектах принятия решений, касающихся их репродуктивной жизни, материнства, послеродового восстановления и сексуального и репродуктивного здоровья.

89. Принятие этих мер потребует подтверждения приверженности и обязательств относительно предоставления ресурсов, а также надежной системы подотчетности. Комиссия по информации и подотчетности Инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок» является в этом отношении хорошим примером для подражания.

Справочные документы

AbuZahr, Carla (2011). New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reproductive Health Matters*, vol. 19, No. 37, pp. 117–128.

Graham, Wendy, and others (2008). Measuring progress in reducing maternal mortality. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 22, No. 3 (June), pp. 425–445.

Lozano, Rafael, and others (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*, vol. 378, No. 9797 (24 September), pp. 1139–1165.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 — Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* Geneva: WHO.

Ronsmans, C., and others (2006). Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet*, vol. 368, No. 9542 (30 September), pp. 1189–1200.

Starr, Ann M. (2006). Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*, vol. 368, No. 9542 (30 September), pp. 1130–1132.