



## 经济及社会理事会

Distr.: General  
19 December 2011  
Chinese  
Original: English

### 妇女地位委员会

#### 第五十六届会议

2012 年 2 月 27 日至 3 月 9 日

临时议程\* 项目 3

第四次妇女问题世界会议以及题为“2000 年  
妇女：二十一世纪性别平等、发展与和平”  
的大会第二十三届特别会议的后续行动

采取行动以加强联合国系统中各项方案、倡议和活动之间的  
相互联系，以促进性别平等、赋予妇女和女孩权力，保护她们  
的所有人权，消除可预防的孕产妇死亡和发病现象

#### 秘书长的报告

#### 摘要

根据妇女地位委员会第 54/5 号决议，本报告总结了就孕产妇死亡问题所采取的行动，重点关注的是努力加强联合国系统中各项方案、倡议和活动之间的相互联系，以促进性别平等、赋予妇女和女孩权力，保护她们的所有人权，消除可预防的孕产妇死亡和发病现象。本报告根据 13 个联合国实体、18 个会员国以及学术界研究人员提供的资料编写而成。报告认为，孕产妇死亡问题是一个人权问题，其根源是性别不平等和歧视，尽管解决这一问题的规范性框架得到加强，但是，要解决这些因素，尚需做出持久协调的努力。

\* E/CN.6/2012/1。

## 一. 背景

1. 妇女地位委员会 2010 年第五十四届会议通过了题为“通过赋予妇女权力消除孕产妇死亡和发病现象”的第 54/5 号决议(见 E/2010/27 和 Corr.1, 第一章 D)。委员会在该决议中除其他外请秘书长与会员国、国际组织和其他所有相关的利益攸关者协商,向妇女地位委员会 2012 年第五十六届会议提交一份报告,同时考虑到人权理事会 2009 年 6 月 17 日第 11/8 号决议和联合国其他相关的决议,内容是采取行动以加强联合国系统中各项方案、倡议和活动之间的相互联系,以促进性别平等、赋予妇女和女孩权力,保护她们的所有人权,消除可预防的孕产妇死亡和发病现象。本报告就是对这一要求所作回应。

2. 本报告总结了会员国、联合国系统以及民间社会组织为消除可预防的孕产妇死亡和发病现象所采取的举措和行动,并就今后行动提出了建议。

## 二. 居高不下的孕产妇死亡<sup>1</sup> 率和发病率

3. 2008 年,全球孕产妇死亡约为 342 000 至 358 000 例。<sup>2</sup> 全球孕产妇死亡率,即每 100 000 例活产的孕产妇死亡人数,1990 年为 400,2008 年降至 260。2008 年,发展中区域每 100 000 例活产的孕产妇死亡人数为 290,而较发达区域则为 14。

4. 发展中区域孕产妇死亡率差异相当大,撒哈拉以南非洲地区孕产妇死亡率最高,每 100 000 例活产的孕产妇死亡人数为 640,远远超过全球平均数的两倍。就单个国家而言,有四个国家(阿富汗、乍得、几内亚比绍和索马里)每 100 000 例活产的孕产妇死亡人数超过 1 000。

5. 从趋势上来看,情况也是有好有坏(见表)。自 1990 年以来,几乎所有区域孕产妇死亡率均有下降。<sup>3</sup> 在南亚、东亚和太平洋以及中欧和东欧/独立国家联合体,孕产妇死亡率大幅度下降(超过 50%)。尽管存在这一下降趋势,1990–2008 年期间,全球孕产妇死亡率平均每年下降 2.3%,低于实现千年发展目标 5 所需的 5.5%年均下降率,即 1990 至 2015 年期间,孕产妇死亡率降低 75%。

<sup>1</sup> 世界卫生组织(世卫组织)将孕产妇死亡定义为:“孕产妇死亡是指妇女从妊娠开始至妊娠终止后 42 天内,不论妊娠阶段和部位如何,由于任何与妊娠有关或因妊娠加重或诊治不当的原因造成的死亡,不包括意外或偶然原因致死者”。

<sup>2</sup> 2008 年估计数由联合国孕产妇死亡率估算机构间小组和美利坚合众国华盛顿西雅图华盛顿大学卫生计量和评估学院(the Institute for Health Metrics and Evaluation)分别编制。参见 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。

<sup>3</sup> 发达区域死亡率看来有所增加,但并不显著,只是在低水平上波动。

## 1990-2008 年孕产妇死亡率趋势

区域或国家集团	孕产妇死亡率估计数 <sup>a</sup>					1990 至 2008 年	1990 至 2008 年
	1990	1995	2000	2005	2008	期间百分比变化	期间年百分比变化
撒哈拉以南非洲	870	850	790	710	640	-26	-1.7
东部和南部非洲	750	760	720	630	550	-26	-1.7
西部和中部非洲	980	940	870	780	720	-27	-1.7
中东和北非	270	230	200	180	170	-37	-2.6
南亚	610	510	430	330	290	-53	-4.2
东亚和太平洋	200	160	130	100	88	-56	-4.5
拉丁美洲和加勒比	140	130	110	91	85	-41	-2.9
中欧和东欧/独立国家联合体	69	60	48	36	34	-52	-4.0
工业化国家	12	10	11	14	14	16	0.8
发展中国家	440	410	370	320	290	-34	-2.3
最不发达国家	900	840	750	650	590	-35	-2.4
世界	400	370	340	290	260	-34	-2.3

资料来源: 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.

<sup>a</sup> 每 100 000 例活产的孕产妇死亡人数。

6. 造成孕产妇死亡的直接原因包括出血、感染、高血压、不安全堕胎以及难产等。其他主要原因包括疟疾、贫血和艾滋病毒/艾滋病等。<sup>4</sup> 然而, 孕产妇死亡和发病的根本原因是侵犯人权所致, 如歧视、包括切割女性生殖器在内的基于性别的暴力以及在教育、基本卫生、营养和基本保健方面投资不足, 不能平等享有这些方面的服务。卫生系统缺乏投资和资源, 因而负担过重, 难以发挥作用。各种优先事项互相竞争, 加之国内资源不足, 往往致使妇女健康问题被排挤在政治议程之外, 从而使她们的各种权利遭到侵犯。

7. 这些因素造成了各国和各区域之间以及各国和各区域内部在孕产妇死亡方面的悬殊差异, 这些差异在城乡人口、文化和宗教群体以及各个社会和经济阶层等居民群体方面, 也很明显。例如, 在富裕和贫穷家庭之间, 在获得高质量保健方面存在着悬殊的差距。差距最为悬殊的是在南亚和撒哈拉以南非洲地区, 在这些地区, 最富有的妇女在分娩时由训练有素的保健人员照料的可能性要比最贫穷的妇女分别高出五倍和三倍。就整个发展中区域而言, 最富家庭的妇女在分娩时由专业人员照料的可能性是最贫穷妇女的三倍。<sup>5</sup>

<sup>4</sup> 见 [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/maternal_health/en/index.html) (2011 年 12 月 20 日获取)。

<sup>5</sup> 《2010 年千年发展目标报告》(联合国出版物, 出售品编号:E. 10. I. 7)。可查阅 <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf> (2011 年 12 月 11 日获取)。

8. 有几种疾病可单独或共同对孕妇产生影响，增加她们死亡和发病的风险。对于孕妇来说，艾滋病毒、疟疾和贫血尤为危险。尽管难以量化，但现已得知，艾滋病毒/艾滋病在许多情况下都会造成孕产妇高死亡率。据联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)报告，如果没有艾滋病毒，孕产妇死亡率可降低 20%。<sup>6</sup> 在全世界，仅在 2009 年因艾滋病毒而死亡的孕妇达 6 万人。<sup>7</sup> 然而，感染艾滋病毒的孕妇有近一半人不能获得至关重要的服务。<sup>8</sup> 艾滋病毒和艾滋病增加了诸如贫血、产后大出血以及产后败血症等并发症的风险。<sup>9</sup> 与性别规范、期待、陈规定型观念和角色相关的有害因素使得许多妇女和女孩无法就自己的性和生殖决策行使控制，从而使她们容易感染艾滋病毒/艾滋病和其他性传播疾病。感染艾滋病毒的孕妇往往受到保健人员和社区成员的强烈鄙视和歧视，很难获得有质量的医疗保健，对于青少年来说尤为如此。<sup>10</sup>

9. 疟疾是造成许多孕期死亡的原因，而且往往造成严重贫血。防治疟疾是世界卫生组织(世卫组织)“增强妊娠安全”举措的一个重要组成部分，该举措建议，在疟疾传播稳定的撒哈拉以南非洲国家，对所有有感染恶性疟原虫风险的孕妇进行间歇性预防治疗。<sup>11</sup> 长效驱虫蚊帐和室内滞留长效喷剂是降低疟疾传播的首选建议方法。在家庭内部，蚊帐的使用可能同文化上可接受的睡眠方式有密切关联。性别发挥很重要的作用，由于蚊帐有限，可能仅供家庭男性家长使用。<sup>12</sup> 在孕妇中消除疟疾感染可以拯救母婴的性命。

### 三. 将消除孕产妇死亡作为一项人权问题来抓

10. 1987 年国际安全孕产会议明确承认有必要改进妇女地位，对社区进行教育，加强产前护理、分娩护理和产后护理，但是这种对方案采取的方法并未总是得到

<sup>6</sup> 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，《全球报告：2010 年艾滋病署关于全球艾滋病流行的报告》(2010 年，日内瓦)。

<sup>7</sup> 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，《到 2015 年消除儿童中新增艾滋病毒感染和使他们的母亲继续存活的全球方案：2011-2015 年》(2011 年，日内瓦)。

<sup>8</sup> 世界卫生组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)和联合国儿童基金会(儿基会)，《普及防治：加强卫生部门艾滋病毒/艾滋病重点干预措施：2010 年进度报告》(世卫组织，2011 年，日内瓦)。

<sup>9</sup> James McIntyre, “Mothers infected with HIV: reducing maternal death and disability during pregnancy”, *British Medical Bulletin*, vol. 67(2003), pp. 127-135.

<sup>10</sup> Quarraisha Abdool-Karim and others, “HIV and maternal mortality: turning the tide”, *Lancet*, vol. 375, No. 9730(5 June 2010), pp. 1948-1949.

<sup>11</sup> 见 [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/9789241564403\\_eng.pdf](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf) (2011 年 12 月 20 日获取)。

<sup>12</sup> 见 [http://www.who.int/gender/documents/gender\\_health\\_malaria.pdf](http://www.who.int/gender/documents/gender_health_malaria.pdf) (2011 年 12 月 20 日获取)。

关键行为体的采用。许多捐助者注重的是对卫生部门的干预措施，以增加获得专业医疗照顾的机会。<sup>13</sup>

11. 《国际人口与发展会议行动纲领》<sup>14</sup> 提出的生殖健康定义是：“在与生殖系统及其功能及过程有关的一切事项上身心完全健康和充分享受社会福祉，而非仅仅没有疾病或病症”，<sup>15</sup> 从而将孕产妇死亡和发病问题纳入了关于人权的讨论。1995 年第四次妇女问题世界会议<sup>16</sup> 通过的《北京行动纲要》<sup>16</sup> 对这一基于权利的方法予以认同。2000 年千年峰会再次重申了降低孕产妇死亡率这一承诺，会上，将消除孕产妇死亡定为千年发展目标 5，具体目标是在 1990 年至 2015 年期间，将孕产妇死亡率降低 75%，并且到 2015 年实现普及生殖健康服务。

12. 人权理事会题为“可预防的孕产妇死亡率和发病率与人权”的第 11/8 号决议<sup>17</sup> 和题为“可预防的孕产妇死亡率和发病率与人权：理事会第 11/8 号决议的后续行动”的第 15/17 号决议<sup>18</sup> 特别值得注意的是再次发出呼吁，要求将消除孕产妇死亡作为一项人权问题来抓，加深了这项工作的规范基础。第 11/8 号决议申明解决孕产妇死亡率和发病率问题需要有效增进和保护妇女和少女的人权，特别是增进和保护她们的生命权、平等享有尊严和获得教育的权利、自由寻求、接受和传播信息的权利、享受科学进步成果的权利、免遭歧视的权利，以及享有最佳身心健康的权利，包括性健康和生殖健康的权利(第 2 段)；第 15/17 号决议鼓励各国在各级采取行动，消除导致孕产妇死亡和发病的相互关联的根源，如贫困、营养不良、有害习俗、缺乏方便适宜的保健服务、信息和教育不足以及两性不平等，特别要重视消除一切形式的暴力侵害妇女和女孩行为(第 7 段)。

13. 这些最近通过的各项决议是以《消除对妇女一切形式歧视公约》<sup>19</sup> 提供的规范基础为依据，该公约第 12 条呼吁缔约国“保证为妇女提供有关怀孕、分娩和产后期间的适当服务，于必要时给予免费服务，并保证在怀孕和哺乳期间得到充分营养”。

14. 至关重要的是要认识到民间社会在促使人们以强有力的人权观点来看待孕产妇死亡问题方面发挥的作用。在 2007 年妇女分娩会议期间，在民间社会的主

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

<sup>14</sup> 《国际人口与发展会议的报告，1994 年 9 月 5 日至 13 日，开罗》(联合国出版物，出售品编号：C.95.XIII.18)，第一章，决议 1，附件。

<sup>15</sup> 同上，第 7.2 段。

<sup>16</sup> 《第四次妇女问题世界会议的报告，1995 年 9 月 4 日至 15 日，北京》(联合国出版物，出售品编号：C.96.IV.13)，第一章，决议 1，附件二。

<sup>17</sup> 见《大会正式记录，第六十四届会议，补编第 53 号》(A/64/53)，第三章 A。

<sup>18</sup> 同上，《第六十五届会议，补编第 53 A 号》(A/65/53/Add.1)，第二章。

<sup>19</sup> 联合国，《条约汇编》，第 1249 卷，第 20378 号。

导下，讨论的重点从提供服务转到拟定人权方法。<sup>20</sup> 正是在民间社会的参与和推动下，人权理事会第 11/8 号决议获得通过。

15. 国际家庭护理组织、全球卫生理事会、孕产妇死亡率与人权国际倡议、安全孕产倡议和妇女分娩会议在民间社会的动员下积极开展活动，向保健专业人员和决策者进行宣传，使他们认识到有必要进一步了解孕产妇的健康权利，并改进这方面的知识。

16. 经济和社会权利中心与中美洲财政研究所(危地马拉)联合举办的一个项目是众多范例之一，反映了民间社会对政府工作施加的影响，使人权观点体现到有关孕产妇健康的决策过程之中。这个项目导致了一项国家孕产妇健康法的颁布。<sup>21</sup>

#### 四. 解决孕产妇死亡和发病问题的举措、方案和活动

17. 正如联合国人权事务高级专员办事处关于可预防的孕产妇死亡和发病及人权报告(A/HRC/14/39)所指出的，要一一说明应对可预防的孕产妇死亡和发病问题的现有一切全球性重大举措和活动，篇幅会极长(第 45 段)。因此，本节概要介绍会员国、联合国系统和民间社会的活动、方案和举措。

18. 上述联合国人权事务高级专员办事处关于可预防的孕产妇死亡和发病及人权报告和高级专员办事处关于采取立足人权的方针消除可预防的孕产妇死亡和发病方面做法的报告(A/HRC/18/27 以及 Corr. 1 和 Corr. 1/Rev. 1)提供一个有益的背景，从中可考虑旨在解决产妇死亡问题的举措和方案，这些报告阐述了人权理事会第 11/8 和 15/17 号决议发现的主要问题。特别是理事会在 A/HRC/18/27 号文件第 3 段中指出，有关采取立足人权的方针消除孕产妇死亡，国家义务的基础是 7 项具体人权原则：平等和不歧视、参与、赋权、透明、可持续、国际合作和问责。

19. 此外，A/HRC/18/27 号文件第 5 段确定了采取立足人权的方针消除孕产妇死亡和发病的 5 个共同特点：

(a) 开展广泛的社会和法律变革，通过促进两性平等和消除有害做法来提高妇女地位；

(b) 增加获取避孕手段和计划生育办法的机会，使妇女和少女能够就自己的性行为 and 生育问题做出决定，包括推迟和限制生育及预防艾滋病毒/艾滋病等性传播疾病；

<sup>20</sup> 见 <http://www.womendeliver.org/conferences/2007-conference/> (2011 年 12 月 20 日获取)。

<sup>21</sup> 见经济和社会权利中心，“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。

(c) 加强卫生系统和初级保健, 增加获得和利用熟练助产士和紧急产科并发症护理的机会;

(d) 解决妇女不安全堕胎的问题;

(e) 改善对国家义务的监测和评估, 确保追究所有行为者的责任并落实各项政策。

20. 虽然协助编写本报告的一些会员国阐述了涉及其中一些行动的举措, 但许多会员国则侧重于有关加强卫生系统的举措和活动, 以促进获得保健。会员国较少提及旨在推行广泛的法律改革的活动, 而这是消除孕产妇死亡和发病的根本原因所必须的。很少有报告提到旨在解决不安全堕胎的举措; 几乎没有提出监测国家对所有行为体问责的义务。

## A. 会员国的举措

21. 奥地利的母婴保健方案保证在怀孕期间提供医疗保健。妇女经过 6 次临床检查。2010 年以来, 在对孕妇进行的检测中, 增加了超声检查和艾滋病毒检测及口服葡萄糖检测。

22. 比利时将切割女性生殖器官视为对妇女和女孩权利的基本侵犯。比利时已批准了许多谴责侵犯生殖权利(包括切割女性生殖器官)的国际条约。2010-2014 年打击伴侣和家庭内暴力国家行动计划也涉及切割女性生殖器官问题, 并规定保护和支助移徙者生殖权利的手段。还设有各项方案来教育服务提供者和移徙者了解其保健和生殖权利。

23. 乍得促进妇女和女孩的生殖健康。《宪法》第 37 条承认健康权。切割女性生殖器受到谴责, 并实行措施保护艾滋病毒感染者或艾滋病患者。乍得还通过了加快降低孕产妇死亡率路线图。

24. 刚果侧重于控制结核病, 确保艾滋病毒/艾滋病患者的权利, 并治疗孕妇的疟疾。《国家发展与卫生计划》(2007-2011 年) 旨在加强卫生系统、降低孕产妇死亡率及发病率、改善卫生部门的人力资源以及促进社区更多的参与和建立卫生伙伴关系。刚果与联合国人口基金(人口基金)、世卫组织、联合国儿童基金(儿基会)和民间社会组织一道于 2010 年发起加快降低非洲孕产妇死亡率的运动。主要目的是改进为妇女提供优质的保健服务, 并促进利用这些服务, 以降低孕产妇死亡率。还注重数据收集程序, 以拓宽知识库, 并改进有关孕产妇死亡的干预策略。

25. 多米尼加共和国为保护妇女的健康和降低孕产妇死亡率而推出几项方案。这些方案旨在为妇女提供更好的产科保健, 提高对孕产妇死亡原因的认识。还落实各项政策, 以减少意外怀孕, 降低孕产妇死亡率, 减少暴力, 并减少妇女和青少年感染艾滋病毒/艾滋病。这些策略增强妇女在卫生和生殖保健方面发挥积极的作用。

26. 厄瓜多尔政府着力于扩大有关孕产妇死亡和发病原因的知识库，并注重为妇女和女孩提供更好的保健服务，以减少艾滋病毒、性传播疾病、子宫癌和家庭内暴力。

27. 芬兰 2011 年 5 月起生效的新卫生保健法责成市政当局为住宅区内的所有孕妇及其家属组织生育保健服务。服务包括后续跟进和促进孕妇的健康。正在努力扩大妇产医院和产后服务部门在怀孕期间进行专业和部门合作。男子和男孩的作用得到越来越多的考虑，并针对男孩和父亲制订性教育方案。

28. 新西兰的孕产妇服务是免费的，所有妇女均可在不受歧视的情况下获得一系列全方位的免费或费用低廉的卫生保健服务，其中包括所有孕产妇服务以及性健康和生殖健康服务、针对性暴力和人身暴力提供咨询和支持。

29. 葡萄牙对一些注重两性平等的项目进行投资，尤其是涉及家庭暴力及其对妇女身心健康影响的项目。全国卫生系统确保所有公民几乎免费获得初级保健中心和公立医院的服务。孕妇能够获得卫生设施和护理，这可能是促使 1980 年和 2008 年间孕产妇死亡率从 19% 下降至 3.8% 的原因。自 1984 年以来，18 岁以下的妇女可获得计划生育服务，同年，计划生育约诊和避孕成为免费的国家卫生服务。国家卫生计划对 13 岁以下所有女童推出人类乳头状瘤病毒疫苗接种。

30. 丹麦、意大利和日本主要报告对其他国家和方案的援助。丹麦支持联合国和若干国际组织以及处理孕产妇死亡问题的非政府组织。其中包括支持人口基金、世卫组织以及国际计划生育联合会和国际家庭护理组织。丹麦还与各合作伙伴合作，支持在助产方面的发展，包括审查和修改各种规章和做法，以增强执行救生程序的中层提供者。丹麦通过若干双边卫生部门方案处理性健康和生殖健康问题和权利。

31. 确保孕产妇健康是意大利卫生政策的优先事项，特别是在向其他会员国提供援助方面。意大利支持努力确保一些国家提供普及卫生保健和高效益、高效率的保健服务。自 2004 年以来，意大利特别关注切割女性生殖器官问题，提供更强有力的双边和多边财政援助，以便在有此做法的非洲各国中有需要的妇女可获得援助。就国内而言，卫生部已就分娩和生产期间的临床风险管理发出第 6/2008 号建议。2010 年 12 月，就促进和提高有关提供分娩护理的质量、安全和适当性以及减少剖腹产的指导准则签署一项协议。除其他问题外，该协议涉及意大利剖腹产次数居高的问题，这可能增加孕产妇死亡和发病的风险。

32. 日本支持在孟加拉国实施的安全孕产项目。该项目旨在通过加强卫生管理能力和改进设施方面提供的卫生服务，增进母亲、孕妇和新生儿的健康。该项目还协助设立母亲和孕妇社区支持小组，使妇女在怀孕和分娩期间患有并发症时接受紧急产科护理的比例显著增加。

33. 马来西亚对孕产妇死亡采取基础广泛的服务办法，确定了各个阶段。政府各机构与人口基金和民间社会组织合作，在改进生殖健康方面取得了进展。举办了

产科医生和护理人员关于性别和权利以及生殖保健和孕产妇保健的讲习班，以澄清对孕产妇保健采取的以权利为本和对性别问题敏感的办法。根据国家计划生育方案，提供自助餐式服务，确保客户在全国各地 56 个诊所中对一系列安全、有效、负担得起和可接受的避孕方法进行广泛的选择。利用流动诊所向边缘化地区和城市贫困妇女提供服务。

34. 纳米比亚政府制订了加快降低孕产妇和儿童发病率和死亡率的路线图。该路线图针对所有妇女，包括在怀孕、分娩、生产和产后期间处于高风险的妇女。加强卫生系统的努力包括在孕产妇、围产期和新生儿死亡审查方面卫生工作者的能力建设。此外，还向传统接生员提供培训，帮助其识别危险征兆，并加强妇女及时转诊到卫生保健设施。

35. 圣文森特和格林纳丁斯的孕产妇死亡主要是产科并发症如先兆子痫和产科创伤造成的。各项政策已到位，以便在地区和中央各级对胎儿期、产前和产后的客户服务进行有效的管理。提供负担得起的胎儿期服务，并免费提供初级卫生保健。鉴于教育、卫生和增强经济权能之间的关系，小学和中学教育在消除性别差异方面取得了重大进展。加强数据和知识的努力包括定期介绍和讨论围产期和孕产妇保健统计以及国家卫生信息系统的实施情况。

36. 瑞典承认妇女在涉及其自己身体的问题上有权自由和负责任地作出决定。2010 年 7 月，政府通过了一项新政策，其中强调性健康和生殖健康及权利方面孕产妇的保健。通过瑞典国际开发署，正在特别努力地以广泛的性健康和生殖健康权利的办法支持千年发展目标 5 的实现。瑞典还支持旨在改善获得综合生殖保健服务的各项举措，如紧急情况下生殖保健获取、资讯及服务，包括在冲突、冲突后和危机局势中提供紧急产科护理。

37. 在阿拉伯叙利亚共和国，据估计，2009 年，有专业人士协助的分娩所占比例从 1993 年的 76.8% 上升至 96.2%。每名产科医生接诊的育龄妇女人数从 1993 年的 966 人减少到 2008 年的 666 人。各种调查的证据显示，经济改善，消除贫困，女性教育程度提高，这会促进妇女接受和利用所提供的保健服务。有鉴于此，阿拉伯叙利亚共和国在消除贫困和赋予妇女权能方面进行投入，并在第十个五年计划(2005-2010 年)中优先安排这些目标。叙利亚社会对有关暴力侵害妇女的问题越来越关注。正在加紧努力应对这一问题，特别是家庭暴力问题。

38. 乌拉圭注重收集具体部门的孕产妇死亡率统计数据。乌拉圭 2006 年全国降低产科发病率委员会的工作重点是在努力降低产科发病率方面保持警惕，并进行数据收集，显示了在应对孕产妇死亡方面所作的努力。

## B. 联合国系统的举措

39. 联合国各实体由于各自任务不同，其实施的活动、方案和举措如第 19 段所述，包含一系列更广泛的人权办法的要素。各项举措包括：提高认识、教育和能

力建设(联合国教育、科学及文化组织(教科文组织)、人口基金、儿基会和世卫组织);促进参与和领导,并涉及孕产妇保健方面的社会、文化和经济决定因素(联合国开发计划署(开发署));涉及艾滋病毒/艾滋病(艾滋病规划署);涉及妇女在冲突和冲突后环境中的特殊需要(联合国难民事务高级专员办事处(难民署))。尽管关注更广泛,但对会员国来说,主要方向仍然是提供强有力的医疗护理/服务。

40. 人口基金在处理孕产妇死亡和发病这一范围广泛的问题时,其做法是支持在埃塞俄比亚实施的项目,为少女提供旨在帮助其推迟结婚的教育,提高人们对女孩权利的认识。2008年,人口基金与国际助产士联合会一道启动助产投入方案(包括培训、征聘、调配、保留和监督),作为卫生人力资源管理的切入点。非洲、亚洲和拉丁美洲参与这项方案的国家数目从11个增加到约30个。阿富汗、孟加拉国、苏丹和乌干达拟订了国家助产战略。人口基金在20多个国家支持政府进行国家产科急诊和新生儿护理需求评估。

41. 人口基金与合作伙伴一起发起全球根除瘰管病运动。它通过手术治疗和护理及提供重返社会服务,帮助20 000多名患瘰管病的妇女和女孩康复并重建生活。

42. 意识到意外怀孕和不安全堕胎是造成孕产妇死亡和发病的主要原因,人口基金通过其全球生殖健康商品安全方案,支持计划生育需求远未得到满足和避孕普及率低的国家实施计划生育方案。它向45个国家提供支持,从而促进这些国家的避孕普及率显著提高。

43. 开发署努力加强治理、机构和管理能力,并在汇集国家和地方各级众多合作伙伴和资源方面发挥协调和召集作用,以此注重建设强有力的卫生系统。作为其处理影响所有千年发展目标的共有两性平等问题的任务的一部分,开发署通过三大支柱来开展工作:(a)促进为孕产妇和生殖保健提供国家领导、可持续筹资、有效发展援助和援助协调;(b)处理孕产妇和生殖保健方面的社会、文化和经济决定因素;(c)应对影响卫生部门的治理、体制和管理能力瓶颈。

44. 开发署在各级进行参与。在突尼斯,开发署与儿基会和人口基金合作,编写第一份千年发展目标报告,这对于加大力度降低孕产妇死亡率是一个重要的宣传工具。在加纳,开发署通过支持加强和调整第二个增长和减贫战略,促进千年发展目标5的国家领导和可持续筹资。在印度,开发署支持建立创新的公私伙伴关系,以推广小型连锁医院——生命之春医院,为印度的低收入妇女提供孕产妇和儿童保健服务。在肯尼亚,开发署牵头执行一项机构间艾滋病毒举措“现在就向妇女和女孩提供普遍服务!”,帮助政府在卫生设施中扩大提供综合的强奸后护理服务。在乌干达实施的一个方案是针对存在的各种瓶颈,并加强目标5对策的协调。

45. 艾滋病署努力争取到2015年消除母婴艾滋病毒传播,并大幅减少与艾滋病有关的孕产妇死亡。2010年12月通过的《艾滋病署2011-2015年战略:实现零感染率》包括到2015年消除艾滋病毒垂直传播和与艾滋病有关的孕产妇死亡率

减半的目标。该战略将两性平等和人权优先列为其三大总支柱之一，以实现普及艾滋病预防、护理、治疗和支持并实现千年发展目标。

46. 与 80 多个国家的民间社会合作，通过艾滋病署《关于加速国家行动解决妇女、女孩、性别平等和艾滋病毒问题的议程》，实施艾滋病署战略的两性平等组成部分。<sup>22</sup> 妇女和女孩获得艾滋病毒服务以及性健康和生殖健康服务是《妇女和女童议程》的主要组成部分。艾滋病署与联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)和共同赞助方一道支持会员国推行处理基于性别的暴力行为的战略并促进男子和男孩参与 14 个国家的艾滋病毒战略计划。<sup>23</sup>

47. 在 2011 年 2 月妇女地位委员会第五十五届会议期间，艾滋病署与妇女署一道就性健康和生殖健康以及携带艾滋病毒的妇女和女孩的权利举行高级别磋商。磋商查明了阻碍妇女获得艾滋病毒服务、产前服务、性健康和生殖健康服务的各种因素。

48. 在 2011 年 6 月举行的艾滋病问题高级别会议期间，艾滋病署制订并启动《到 2015 年消除儿童中新艾滋病毒感染并使他们的母亲存活下去的全球计划:2011-2015 年》，<sup>24</sup> 为在中低收入国家由国家牵头采取行动消除垂直传播和降低孕产妇死亡率提供了基础。联合国艾滋病署的治疗平台“2.0 治疗方案”将促使提供系统进一步分散，并与卫生保健的其他领域如孕产妇和儿童保健以及结核病服务结合起来。

49. 促进教育和扫盲是教科文组织支持实现千年发展目标 5 的工作中心。通过多学科对策消除孕产妇死亡和发病，包括保证提供优质实用识字班；查明影响妇女和女孩生活的各种不同的社会和文化结构；研究妇女的健康状况及其与怀孕、分娩和新生儿护理的关系。还注意提高有关保护妇女和女孩权利(包括生殖权利和孕产妇保健)的认识和能力。

50. 据儿基会(向本报告提供的投入)，上过学的妇女在分娩期间死亡的可能性较小，也更有可能照顾好自己的孩子。因此，儿基会一直支持赋予女孩和妇女权能的项目，特别是确保女童在学。

51. 提高孕产妇健康和赋予妇女权能包括确保合作伙伴、社区和政府参与实现这一目标。在印度，儿基会支持政府查明孕产妇死亡的根本原因。孕产妇及围产期死亡调查和对策举措使用一种工具来确定造成这类死亡的个人、家庭、社会文化、经济和环境因素。

<sup>22</sup> 见在 2011 年 6 月 21 日至 23 日举行的艾滋病署方案协调委员会第二十八届会议上提交的议程执行情况报告(UNAIDS/PCB(28)/11.5)。

<sup>23</sup> 柬埔寨、科特迪瓦、海地、印度、牙买加、肯尼亚、利比里亚、巴基斯坦、巴布亚新几内亚、卢旺达、塞尔维亚、南非、苏丹和乌克兰。

<sup>24</sup> 《到 2015 年消除儿童中新艾滋病毒感染并使他们的母亲存活下去的全球计划:2011-2015 年》(2011, 日内瓦)。

52. 各实体通过教育、宣传、培训和研究，协助制订降低孕产妇死亡率和发病率的各项举措。还利用正式出版物(世卫组织)和国家一级的能力建设和宣传(国际劳工组织(劳工组织)和教科文组织)以及与媒体的联络和媒体外联(联合国秘书处新闻部)。

53. 世卫组织支持与政策有关的研究，提供大大有助于扩大提供必要的性健康和生殖健康干预措施的重要工具和证据，包括计划生育和孕产妇保健服务以及促进赋予妇女权能。艾滋病署支持在亚洲 6 个国家进行一项有关感染艾滋病毒的妇女获得生殖和孕产妇保健服务的研究。人口基金支持在全球一级进行千年发展目标 5 的宣传。

54. 难民署已加强其孕产妇保健方案，包括各级产科和新生儿急诊，涵盖社区、分娩室和转诊设施。为境内流离失所者、城市难民和返回者提供服务。难民署将继续促进和支持在新紧急情况的最初期实施最低初步成套服务，再扩大到提供全面综合的性健康和生殖健康方案，促进获得优质产科急诊护理，同时扩大为艾滋病毒/艾滋病等性传播感染者提供计划生育机会和服务。

### C. 主要的全球举措

55. 联合国秘书长根据《全球妇女和儿童健康战略》发出了“每个妇女每个儿童”倡议，以期到 2015 年拯救 1 600 万妇女儿童的生命。这项倡议直接针对孕产妇死亡率这一长期问题的根本原因，在最近出台的 global 举措中最有希望取得成功。

《全球战略》以其 400 亿美元的预算，成为动员和加强各国政府、多边组织、私营部门和民间社会行动以克服妇女儿童面临的巨大健康挑战而开展的一项空前的全球举措。《全球战略》为如何加大筹资力度、加强政策、改善针对最脆弱妇女儿童的服务设计了路线图。2011 年 5 月，16 个国家宣布对倡议作出承诺，主要是为产妇和产前护理增加预算。

56. “每个妇女每个儿童”倡议认识到千年发展目标 5 和 4 与其他目标的联系，确认增强妇女权能和性别平等能够通过随之而来的各种生殖选择的增加、童婚的减少和对歧视和性别暴力的打击来改善妇女儿童的健康。倡议出台后随即成立了信息和问责委员会，以确保高效益、高效率提供和使用所调集的资源。

57. 八国集团的“莫斯科卡倡议”旨在支持发展中国家加强由国家主导的全国卫生系统，以便在整个护理方面提供重要的干预措施。倡议强调加强卫生系统，扩大性健康和生殖健康服务，包括计划生育服务，解决性别不平等问题，增进女孩和妇女的人权。通过这项倡议，八国政府将在 2010 年至 2015 年期间提供 50 亿美元资金。荷兰、新西兰、挪威、大韩民国、西班牙、瑞士以及联合国基金会和比尔及梅琳达·盖茨基金会也将提供 23 亿美元的资金。

58. 为迅速推进拯救妇女和新生儿生命的工作，世卫组织、人口基金、儿基会和世界银行 2008 年发布了《孕产妇和新生儿健康联合宣言》，并承诺共同为此加倍

努力。艾滋病规划署随后参加了这项工作。这些通常称为 H4+ 的组织，已经开始为新生儿和孕产妇保健负担最重的 50 个国家展开一项重大的工作方案。

59. 美利坚合众国总统巴拉克·奥巴马发出的“全球健康倡议”，将在所有接受美国医疗援助的国家贯彻执行。孟加拉国、埃塞俄比亚、危地马拉、肯尼亚、马拉维、马里、尼泊尔和卢旺达将获得更多的技术、管理和财政资源，以迅速执行倡议提出的方法，包括对各种传染病、孕产妇和儿童健康、计划生育、卫生系统活动制定综合方案并进行投资。

60. 2009 年太平洋岛屿国家卫生部长双年度会议通过了《马当承诺》。2009 年《孕产妇保健紧急行动亚的斯呼吁》，敦促颁布和执行法律政策，规定 18 岁为最低结婚年龄，尊重女孩人权，预防童婚和少女怀孕带来的各种风险，确保卫生系统对性别和文化具有敏感认识并面向社区，并要求提供有效的服务和基础设施。关于国际人口与发展会议执行情况的第四次国际议员会议(2009 年 10 月 27 日和 28 日)通过了《亚的斯亚贝巴承诺声明》，坚定地认为促进性别平等、增强妇女权能是实现千年发展目标 5 的九个重点领域之一。<sup>25</sup>

61. 2007 年《孕产妇死亡与人权国际倡议》是民间社会首次发起的以降低孕产妇死亡率为目标的人权努力。这项由国际、区域和国家民间社会组织共同发出的倡议，旨在以全面的人权方法降低孕产妇死亡率，并呼吁各国政府和捐助方加强政治意愿，采取必要步骤降低孕产妇死亡率，并为此建立更多更好的问责机制，确保妇女实现孕产妇健康权。<sup>26</sup> 国际倡议在印度、肯尼亚和秘鲁开展项目，使人们更好地认识到如何才能把人权观念和方法纳入国家、地区和地方各级降低孕产妇死亡率的工作之中。倡议并寻求在人权、公共卫生和妇女权利团体之间建立桥梁。

## 五. 为增强有关孕产妇死亡的数据和知识而采取的措施

62. 一些发展中国家可能没有准确的医疗记录，妇女死亡之前的怀孕情况可能由于社会、文化或宗教等原因而不为人知或被隐瞒，死因数据可能缺失或不可靠，因此造成许多孕产妇死亡可能没有记录的情况。在缺乏可靠的民政登记系统的情况下，采用了间接估计方法。然而，按性别和年龄分列的可靠数据是以人权和性别平等方法解决孕产妇死亡问题的基本条件。

63. 多项倡议正在从基于单一的联合国实体或学术机构努力的方法逐步转变为更加全面协调的方法，确保这一领域中各项倡议之间的联系，并取得了进展。

<sup>25</sup> 其他领域包括提高认识和宣传；预算和监督责任；立法和政策责任；赋予年轻人权能；加强卫生系统；促进性健康和生殖健康服务的提供，包括计划生育；确保足够的资金；解决气候变化和正在出现的人口问题。

<sup>26</sup> 见 <http://righttomaternalhealth.org/>。

64. 由世卫组织、儿基会、人口基金、世界银行和一个独立技术咨询小组组成的孕产妇死亡率估算机构间小组，目前正在审查和编制孕产妇死亡率的估计数字。对于那些无可靠数据的国家，机构间小组采用了统计模型编制估计数字，并更新了现有估计数字。

65. 联合国统计司通过千年发展目标各项指标问题机构间专家组及其专题分组，继续维护和改进千年发展目标的指标数据库和网站。<sup>27</sup> 特别是，负责为监测目标5及两项具体指标而编制估计数字和汇编指标的各国际组织加强协作，在区域和国际两级开展了若干活动，包括为各国统计局和卫生部的专家举办估计方法和指标元数据培训讲习班；与各国对口单位就编制估计数字进行协商；并开展了数据分析传播工作。

66. 会员国还继续改善本国孕产妇死亡率和发病率的数据收集分析工作。在新西兰，围产期和孕产妇死亡率审查委员会收集本国围产期和孕产妇死亡的各项数据，并编写报告说明造成死亡的原因和可能避免的死亡。委员会同时收集孕产妇发病率数据。委员会为提供和监测孕产妇服务编制了孕产妇标准准则。这些数据定期提交世卫组织、经济合作与发展组织(经合组织)和欧洲统计局，以密切监测工作进展。

## 六. 妇女署的促进作用

67. 妇女署的任务是牵头和协调整个联合国系统的性别平等工作，支持实体之间建立强有力的联系，以促进各个工作领域的性别平等和妇女赋权。

68. 妇女署不谋求取代或复制在降低孕产妇死亡率领域具有明显比较优势的其他实体的工作，而是推动提高妇女的领导地位，扩大妇女的参与，确保各国得到最佳的知识和技术专长，以形成一种强大的性别平等和妇女赋权观念。妇女署强调妇女的经济权能，将加强国家一级的能力，确保以促进性别平等的方式执行降低孕产妇死亡率的各个方案和项目。

69. 妇女署的一项核心工作是努力克服并扭转性别不平等现象和性别方面的陈旧观念，这种现象和观念是目前孕产妇死亡率居高不下的根本原因。在这方面，妇女署的工作重点是辅助其他实体开展的工作，解决孕产妇死亡和发病的各种直接原因。妇女署支持会员国编制促进性别平等的预算，这将确保为发展活动中的性别平等事务分配充足资源。妇女署促进妇女参与各种决策，包括冲突后局势的决策；在冲突后局势中，生殖健康和妇女权利遭受的风险尤其巨大，性暴力和强奸成为孕产妇发病率和死亡率飙升的重要原因。妇女署强调增强妇女经济权能，将加强妇女就生殖健康，包括获得生殖健康服务和商品作出决定的能力。

<sup>27</sup> <http://mdgs.un.org>。

70. 妇女署提高妇女领导地位和扩大妇女参与的目标是消除孕产妇死亡的基础。妇女进行参与和担任领导职务是实现充分人权和性别平等以消除孕产妇死亡的必要条件，将确保出台的干预措施为妇女熟悉、为妇女全面所有、并始终做到适宜适用。没有妇女的参与，就无法为降低孕产妇死亡率和发病率制订有效的政策和方案。

71. 妇女署 2011 至 2013 年战略计划和发展成果框架阐述了妇女署的两个重要作用，就是要确保重申、加强和深化性别平等和妇女赋权的全球政策和规范框架，并确保性别平等和妇女赋权在各部门的全面政策和规范框架中得到更大程度的体现。为此，妇女署将与其他实体合作，共同确保在部门工作中形成和加强性别平等观念，为消除孕产妇死亡作出贡献。妇女署还将通过妇女地位委员会等机构并结合更广泛的政府间机构的工作，加强有关降低孕产妇死亡率的规范协定与业务工作的联系。

## 七. 结论和建议

72. 近年来形成了政府间规范，明确承认必须以人权和性别平等观念方法实现千年发展目标 5。人们从这一角度认识到，提供治疗和服务固然重要，但还不够，需要采取性别平等做法来消除孕产妇死亡的根本原因，确保人人都能获得并负担得起高质量服务。

73. 联合国人权事务高级专员办事处认为，解决孕产妇死亡问题最有效的办法是，在坚持不懈地克服孕产妇死亡根本原因的同时应加强政府的承诺，确保扩大提供高质量卫生保健的范围，并促进妇女赋权。

74. 本报告认为，尚未出现一种强调一整套促进人权以及性别平等和妇女赋权措施的一贯而持久的人权方法。现有的各项措施和方案对最近孕产妇死亡率降低无疑是有助益的；但是，并无证据证明这是采用这种持续做法的结果。

75. 会员国的各项举措和方案把孕产妇死亡率和发病率主要作为一个医疗问题，在一定程度上联合国系统也是如此。仍然缺乏针对疟疾等常见挑战的综合举措。一些国家通过法律废除了切割女性生殖器的做法，但并无充分证据证明在制止侵犯女孩和妇女权利行为以及消除针对妇女和女孩怀孕和生育的各种形式暴力方面采取了全球性的综合措施。

76. 持久的人权和性别平等方法应该包含人权理事会提出的作为这种方法基础的所有各种要素，但是这种方法的出现较为缓慢，其中的原因是多种多样的。

77. 会员国和联合国实体都报告，在其为消除孕产妇死亡的工作中，包括为解决高文盲率、文化和宗教障碍、医疗基础设施薄弱、保健人员培训不足以及高人口增长带来的挑战等各种问题而开展的工作中，存在着种种制约。

78. 地理位置的偏远增加了为散居人口，包括农村妇女提供服务的成本，致使部分会员国的工作进展受阻。报告的制约因素有转诊人员短缺，母婴保健方案资金不足，部分地区缺乏候产之家，熟练人员短缺以及熟练人员城乡分布不均。

79. 一些国家的孕产妇死亡率已经降低，但大量的弱势和贫困群体依然存在。在为农村妇女、感染艾滋病毒/艾滋病的妇女、青少年、残疾妇女、土著妇女等特别弱势群体提供充分的孕产妇护理和生殖健康服务方面存在着特殊挑战。这些群体的人权，特别是其怀孕和生育方面的权利常常遭到忽视。

80. 土著问题常设论坛因此多次建议，针对土著妇女的孕产妇保健措施应首先认识到提供文化上适宜的保健服务的必要性。提供服务必须尊重并依据她们的卫生和福祉传统，必须使用当地语言并要有适宜的文化环境。妇女应能参与设计自身的医疗保健，特别是产前和分娩护理。

81. 残疾妇女生殖健康服务方面的证据同样显示，残疾妇女往往被排除在计划生育和教育服务(包括性教育)之外。确实，服务提供方或许不正确地认为，残疾妇女不需要生殖健康服务，因为她们没有活跃的性生活，也不能怀孕。保健服务部门应在与残疾病人的工作中接受教育并取得经验，以确保在残疾妇女怀孕和产后期间的权利得到尊重。

82. 有鉴于消除孕产妇死亡和发病方面分散做法的明显证据，必须作出一致努力，加速形成明确和持久的人权方法。这种方法必须做到综合全面，并包含多种方案和服务。

83. 应实行广泛的社会变革，消除妇女和女孩遭受歧视、虐待和性别暴力，包括女性生殖器切割等方面的脆弱性。应针对生殖健康护理和服务开展教育并提供信息并为消除疟疾、贫血、艾滋病毒/艾滋病等威胁而采取措施。

84. 必须提供高质量的孕前、孕期和产后护理，必须满足妇女和女孩对适当营养、清洁水与卫生的要求，必须满足孕妇获得产前和产后护理的需求。必须提供资金，以提供综合性基本保健服务和充足的基础设施，包括产妇急诊所需要的运输和通信系统。

85. 鉴于各种根本原因具有很强的关联性，降低孕产妇死亡率的工作还必须注重同步实现千年发展目标 3、5 和 6，以全面实现促进性别平等和妇女赋权、改善孕产妇保健以及防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病的目标。在消除妇女和女孩新增艾滋病毒感染的同时，必须确保对感染艾滋病毒/艾滋病的孕妇进行保护，使其在服务和护理方面不受歧视，使她们及其子女的生命不受危害。必须确保为感染者提供抗逆转录病毒疗法。

86. 必须加大工作力度，消除针对妇女和女孩的各种形式的歧视，结束针对妇女和女孩的各种形式的暴力，包括切割女性生殖器。这项工作必须得到适当立法和执法的支持。

87. 提供经济适用和便利的护理，特别是产妇急诊护理，是以权利为基础消除孕产妇死亡的基本条件。在产妇急诊和孕产妇发病方面，必须提供有效的治疗并进行后续跟踪。

88. 最后，促进妇女和少女在社区中的性别平等和妇女赋权，使其能够参与生殖生活、生育、产后福祉以及性健康和生殖健康决策的各个方面，这必须成为各种以人权为基础的降低孕产妇死亡率和发病率举措的关键要素。

89. 为执行上述各项措施，我们应该再次作出承诺，划拨资源，并建立起坚实的问责系统。在这方面，每个妇女每个儿童倡议信息和问责委员会就是一个很好的模式。

#### 参考资料

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.