



人权理事会

第三十三届会议

议程项目 2 和 3

联合国人权事务高级专员的年度报告以及  
高级专员办事处的报告和秘书长的报告

促进和保护所有人权——公民权利、政治权利、  
经济、社会及文化权利，包括发展权

执行关于采取立足人权的方针用于降低和消除 5 岁以下儿童  
可预防死亡率和发病率的政策和方案的技术指南

联合国人权事务高级专员的报告

概要

本报告系根据人权理事会第 27/14 号决议提交，概述了自技术指南通过以来为执行该指南所开展的活动。本报告分析了从人权角度来看需要更多关注的问题，包括与新生儿有关的问题、儿童卫生服务中的护理质量以及母乳代用品的销售问题。报告提出了若干建议，供理事会继续审议此事。



## 目录

	页次
一. 背景.....	3
二. 儿童生存状况的最新进展.....	3
三. 人权和防止儿童死亡：未完成的议程.....	4
四. 在国家一级执行技术指南.....	6
A. 传播 .....	6
B. 国家一级的活动.....	7
C. 民间社会伙伴的工作.....	9
五. 与其他倡议的协同作用.....	10
六. 重点问题.....	11
A. 死亡率预测.....	11
B. 新生儿 .....	12
C. 护理质量.....	14
D. 母乳代用品的不当销售.....	15
E. 袭击医疗设施对儿童的影响.....	16
七. 下一步行动.....	17

## 一. 背景

1. 关于采取立足人权的方针执行降低和消除 5 岁以下儿童可预防死亡率和发病率的政策和方案的技术指南(见 A/HRC/27/31)是应人权理事会第 24/11 号决议要求编写的,并于 2014 年 9 月提交理事会第二十七届会议。
2. 理事会在第 27/14 号决议中对技术指南表示欢迎,促请各国传播这一技术指南,并在设计、实施、评估和监督法律、政策、方案、预算以及补救和救济机制的工作中,酌情采用这一指南。理事会吁请联合国人权事务高级专员与世界卫生组织(卫生组织)及其它各方密切协作,继续就 5 岁以下儿童可预防的死亡和发病问题开展对话,并编写一份报告,介绍技术指南的实际应用情况,并将该报告提交人权理事会第三十三届会议。本报告根据上述请求提交。
3. 本报告是第一份关于预防儿童死亡和执行技术指南的后续行动报告。本报告与关于孕产妇死亡问题的第二份后续行动报告(A/HRC/33/24)同时提交,后者重点讨论可持续发展目标的落实情况。鉴于两份报告之间的紧密联系,应将它们结合起来一并解读。
4. 技术指南提出了具体的人权指南,按计划、预算编制、执行、监测和评估、审查、救济和国际合作这一政治周期编写。本报告综述联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和包括卫生组织在内的其他伙伴为执行技术指南所开展的活动。报告还着重指出了需要国际一级更多关注和支持的一些领域。

## 二. 儿童生存状况的最新进展

5. 每个儿童的生命都是独一无二的——这些生命的丧失是一场悲剧。如果这种丧失本可预防,则更具悲剧性。如果儿童无法生存,任何其它权利都没有意义。
6. 过去数十年里,在降低儿童死亡率方面已取得重大进展。全球儿童死亡人数已经从 1990 年的 1,270 万减少至 2015 年的 590 万。在国家一级,约三分之一的国家已经将儿童死亡率降低了三分之二或更多,其中包括柬埔寨、埃塞俄比亚、厄立特里亚、利比里亚、马达加斯加、马拉维、莫桑比克、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。还有 74 个国家将 5 岁以下儿童的死亡率降低了至少一半,另外 41 个国家降低了至少 30%。<sup>1</sup>
7. 这种总体进展是许多不同因素作用的结果,包括近几年重新作出的政治承诺和重大的新生儿与儿童健康倡议。其中的关键因素有:儿童传染病免疫和治疗方面的进步,卫生服务和医学技术的改进,对人权的整体尊重,包括受教育权、免

<sup>1</sup> 儿童死亡率估算机构间小组,“儿童死亡率的水平和趋势:2015 年报告”(2015 年),第 3 页。

遭暴力侵害权、享用水和清洁设施的权利，以及经济状况的整体改善。<sup>2</sup> 国际合作和支持也发挥了关键作用。

8. 然而，尽管取得了显著进展，在许多国家不平等仍持续存在，阻碍了特定儿童群体的儿童死亡率的进一步降低。2016 年拯救儿童联合会的报告《最后的每一个儿童》中就提到了这方面的一些例子，<sup>3</sup> 该报告揭示，一些国家的弱势区域进展缓慢。但报告显示，相反的情况也可能发生，并提到了尼日尔的例子，该国象 Zinder 和 Maradi 等落在后面的一些区域实现了比 Niamey 更快的进展速度(同上，第 23 页)。这些贫困地区的发展使存活机会小的儿童受益。有必要指出，不平等会损害进展，无论是在发达国家还是在中低收入国家。

9. 2030 年可持续发展议程承诺加快迄今在减少新生儿、儿童和孕产妇死亡率方面的进展，到 2030 年时将所有可以预防的上述死亡减至零，各国争取将新生儿中每 1,000 例活产儿的死亡率至少降至 12 例，5 岁以下儿童中每 1,000 例活产儿的死亡率至少降至 25 例。议程认识到人必须有自己的尊严，并希望实现为所有社会阶层制订的目标和具体目标，尽力帮助落在最后面的人。

10. 立足人权的政策和方案必须确保偏远地区的儿童能得到更多关注，并确保为落在后面的地区进行卫生保健方面的投资。此外，必须从儿童权利的角度看待对儿童生存的投资，而不是仅仅被发展和援助需求所左右。

### 三. 人权和防止儿童死亡：未完成的议程

11. 认识到 5 岁以下儿童的死亡率是一个人权问题，意味着理解儿童的死亡不是不可避免的事实，而往往是歧视性法律、习俗和观念以及加剧贫穷、被打压和不公正的体制安排的结果。立足人权方针的最终目的是改变一种社会权力动态，这种动态导致在获得保健服务方面存在不平等和歧视，也致使未能建立和维持一种可获取、无障碍、负担得起、可接受和优质的卫生系统。

12. 普遍采取立足人权的方针处理健康问题长久以来一直是讨论热点。特别是对孕产妇健康和更广泛的性健康和生殖健康问题已经从人权角度进行了多年的分析(见 A/HRC/27/20，第 5 段)。另一方面，尽管几十年来降低 5 岁以下儿童死亡率和发病率一直是全球卫生界的重点，但这个问题只是在最近才被确认为一项人权关切，并引起儿童权利机制和儿童权利专家的关注。多种原因造成了这种情况，其中包括：(a) 在很长一段时间里儿童权利界关注的是儿童保护问题，认为卫生体系只是儿童保护的一项要素；(b) 鉴于幼儿缺乏自主权，其权利往往与母亲联系在一起，从而往往被纳入有关性健康、生殖健康和孕产妇健康的讨论。连续护理至关重要，在分娩之前、期间和之后对母亲的关注对于改善儿童的存活机会必不可少。尽管如此，母亲和儿童之间的相互依存不应导致将他们的权利和需求合并。

<sup>2</sup> 见联合国儿童基金会(儿童基金会)，《对儿童生存作出承诺：重申的诺言》(2014 年)。

<sup>3</sup> Save the Children, *Every Last Child* (London, 2016).

13. 正如技术指南中所解释的那样，采用立足人权的方针降低儿童死亡率，要求确认相关的义务承担者和权利持有者，并进行能力建设，使前者能够履行义务，后者能够主张其与儿童健康及生存有关的权利。然而，对新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童而言，这变得非常复杂，因为他们没有自主权，而是依赖他人来实现他们的权利。通常新生儿和婴儿的权利没有被明确地纳入考虑，因为他们不被视为主动行为者。立足人权的方针要求认识到新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童不仅仅是护理的被动接受者，也是权利持有者，因此有权不受歧视地获得优质的卫生服务。

14. 从事权利和卫生工作的各行各业之间正在开始在儿童健康和预防死亡方面开展协作。明显的例子有，2013 年人权理事会关于儿童健康权的年度讨论日，随后人权高专办和卫生组织发布的若干报告，关于儿童死亡率和人权问题的专家会议，以及技术指南的编写。儿童权利委员会关于儿童享有可达到的最高标准健康的权利问题的第 15 号一般性意见(2013 年)，以及人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员最近关于儿童早期的报告(A/70/213)，表明联合国各人权机制对这一问题与日俱增的兴趣和关注。

15. 妇女和儿童健康问责制问题独立专家审查小组的工作将人权问题放在健康议程的首位，并呼吁建立一个妇女和儿童的健康与人权问题全球委员会，以拟订保护、增强和维持妇女儿童健康和福利的方法。独立问责制小组的建立和《全球妇女、儿童和青少年健康战略》(2016-2030 年)的制订是让这两个领域的工作联系更加紧密的关键因素。人权高专办在制订《全球战略》工作中领导一个关于人权问题的专题工作小组，再次强调必须不让任何人落在后面，并侧重于非歧视和问责制。

16. 从儿童权利的角度来看，至关重要的是，要按照《儿童权利公约》的规定，各种全球倡议都给予幼儿适当的空间，并围绕儿童开展讨论，包括通过面向儿童及其照顾者的参与性方针。

17. 过去两年中，人权领域之外的各方关于技术指南的讨论中所出现的一个关键问题是：立足人权的方针能否降低儿童死亡率？虽然对于这个问题并没有直截了当的答案，但正在出现的一些证据表明，采用立足人权的方针对儿童的健康有着积极影响，<sup>4</sup> 这支持了应将人权充分纳入改善儿童健康、生存机会和发展的工作的论点。

18. 此外，问题不在于立足人权的方针拯救了多少儿童，而是更具体而言国际人权法是否允许不将尊严、平等、参与和问责置于政策和方案制订的核心位置。鉴于各国是自愿批准《儿童权利公约》并承担对儿童的义务，在制订政策和方案时纳入人权原则并不是一种选择，而是一项义务：国家对其年龄最小的公民的法律和道德义务。<sup>5</sup>

<sup>4</sup> See Flavia Bustreo, Paul Hunt and others, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights* (Geneva, WHO, 2013).

<sup>5</sup> 人权事务高级专员在技术指南发布会上的讲话。

19. 技术指南定稿以来所开展的工作已经清楚表明，采用立足人权的方针处理新生儿、幼儿和 5 岁以下儿童健康问题这一领域除了预防儿童死亡之外还有许多层面，有必要开展有关儿童权利和儿童健康的具体对话。健康权问题特别报告员在其关于儿童早期的报告中(A/70/213)也表明了这一点。

20. 在关于技术指南的讨论中，不同的利益攸关方从人权的视角出发向人权高专办提出了一些亟需关注的儿童健康问题，其中包括：新生儿的疼痛治疗；儿童的缓和护理；有关手术的同意问题，包括双性儿童的手术；儿科药品；出生时具有严重缺陷和威胁生命的疾患的儿童，包括严重早产婴儿；对新生儿的遗弃；医务人员在评估暴力侵害儿童行为，包括摇晃婴儿综合症和性暴力方面的作用。利益攸关方还提出了婴儿和幼儿无法平等地获得艾滋病毒检测、治疗和护理的问题，尤其是在撒哈拉以南非洲，这导致与艾滋病有关的儿童死亡率过高。

21. 技术指南极大地促进了人权专家和机制与产科医生、新生儿学专家和儿科医生的对话，但仍有很长的路要走，才能实现该工作领域的全面发展。

## 四. 在国家一级执行技术指南

### A. 传播

22. 人权高专办和包括卫生组织在内的联合国系统各机构，以及民间社会合作伙伴、国家人权机构和其他利益攸关方都已经作出努力，以确保技术指南的传播。

23. 2014 年 9 月人权事务高级专员和卫生组织主管家庭、妇女和儿童健康的助理总干事发布技术指南之后，该指南得到了广泛传播。人权高专办、卫生组织和孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系，以及联合国新闻中心都对技术指南的发布作了报道，除此之外，还通过儿童权利信息网和非洲儿童信息中心对技术指南进行了传播。此外，还通过一些患者信息网站对技术指南进行了传播，包括国际患者组织联盟和住院儿童欧洲协会，以及一些国际性权益组织，例如国际婴儿食品行动网络。

24. 技术指南在若干会议上得到交流，包括马来西亚的“一个亚洲母乳喂养合作伙伴论坛”，并在并不同论坛上得到了与会者的关注，包括联合国预防和控制非传染性疾病机构间工作队、南非的非洲儿童政策论坛和关于药物获取问题的社会论坛。还在一次有关儿童早期健康权的专家会议上以及在意大利佛罗伦萨召开的第七届欧洲儿科会议上对技术指南作了介绍。孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系也在其有 500 多个成员的网络中对技术指南进行了宣传。在在印度和南非等地举行的一些促进妇女和儿童健康的利益攸关方会议上，与会者也对技术指南进行了讨论。

25. 作为“每个妇女、每个儿童”战略的内容之一，在人权高专办和卫生组织，以及秘书长办公室之间举行了关于技术指南的工作层面的讨论，联合国儿童基金

会(儿童基金会)纽约卫生部门的工作人员也对战略开展了工作层面的讨论。此外,人权事务高级专员与儿童基金会执行主任举行会谈,讨论技术指南在国家一级的执行工作。

26. 卫生组织和人权高专办编写了一份资料传单“世界最年幼儿童中可预防的死亡”,也得到广泛传播。卫生组织和孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系还开发了其他工具,包括一个关于在改善健康状况的工作中落实人权的知识概要。人权高专办与其他伙伴合作,为卫生政策制订者、卫生工作者、司法机关和国家人权机构编写了若干关于孕产妇和儿童健康的指南。卫生组织以技术指南为基础,将人权和儿童权利标准纳入了其当前为幼儿制订机构照料全球标准的工作中。

27. 在向常驻日内瓦各代表团散发技术指南之后,塞浦路斯报告称已将技术指南分发给卫生部所有参与为儿童提供服务的部门、参与为新生儿和儿童提供卫生保健的保健服务提供者、以及卫生部卫生监测股负责收集儿童死亡率相关数据的专业人员。该国还报告称在制订关于促进、保护和支持儿童有关健康权利的国家战略时对技术指南予以了考虑。莫桑比克告知人权高专办,技术指南已分发给卫生部、保健服务提供者和负责协调儿童权利相关问题的国家儿童委员会。技术指南正被用于制订卫生方案和确保卫生保健提供者和社区之间实现更好的协调。

28. 各人权机制通过向各成员国建议在国家一级执行技术指南,一直是推广使用技术指南的关键所在。因此,这些机制将发挥关键作用,在与各国的后续对话中确保对采用基于人权的方针预防儿童死亡的问责。

29. 儿童权利委员会已在关于下列国家的结论性意见中建议执行技术指南:贝宁、哥伦比亚、多米尼加共和国、厄立特里亚、埃塞俄比亚、冈比亚、加纳、海地、肯尼亚、墨西哥、秘鲁、塞内加尔、土库曼斯坦、坦桑尼亚联合共和国、委内瑞拉玻利瓦尔共和国、赞比亚和津巴布韦。同样,作为普遍定期审议的内容之一,已向下列国家建议在各级采取行动,处理5岁以下儿童可预防的死亡率和发病率相互关联的各种根本原因,并考虑应用技术指南:安哥拉、冈比亚、圭亚那、莱索托、利比里亚和马绍尔群岛。此外,健康权问题特别报告员在访问马来西亚和巴拉圭时均建议执行技术指南。

30. 人权高专办正在支持建立和加强对区域和国际人权机制(包括条约机构,特别程序任务负责人和普遍定期审议)的国家报告机制和这些机制建议的后续行动机制。

## B. 国家一级的活动

### 1. 多米尼加共和国

31. 继儿童基金会于2014年在多米尼加共和国发出一项倡议之后,人权高专办、卫生组织和泛美卫生组织应邀与联合国国家工作队及民间社会组织讨论立足人权的方针如何促进降低新生儿、婴儿和5岁以下儿童可预防死亡率和发病率的国家努力。与联合国国家工作队开展的人权讨论被用于拟订一项预防和降低儿

童、婴儿、新生儿和孕产妇死亡率的机构间倡议。这一过程和讨论显示了人权理事会内的举措如何可以补充在国家一级的努力，根据各国承担的人权义务，实现积极变化。

32. 健康权和享有全面保健的权利被载入《多米尼加共和国宪法》。此外，该国的 2030 年国家发展战略中描述了一种远景，即一个人人享有平等权利和机会的社会，在这个社会中，人人皆能不受歧视的获得基本服务和权利包括健康权的保障。战略指出，所有计划、方案、项目和公共政策都必须参照立足人权的方针。

33. 多米尼加共和国在推进儿童权利方面已取得重大进展，并表现出强有力的政治意愿来改善婴儿和 5 岁以下儿童的健康。卫生部已将小儿肠胃炎病毒和肺炎球菌的疫苗纳入国家免疫接种计划，这将对降低腹泻、肺炎和脑膜炎造成的婴儿死亡率产生有力效果。除了旨在降低儿童、婴儿、新生儿和孕产妇死亡率的具体项目，该国还制订了卫生部门的战略、计划和方案。尽管作了许多努力，但过去十年中新生儿死亡率一直没有改善，高于拉丁美洲和加勒比地区的区域平均值。

34. 在讨论中可以看出，存在影响保健服务使用者的复杂社会动态，同时迫切需要加强公立医院的能力，提供训练有素的卫生专业人员，包括重新开始使用助产士。还必须确保保健服务使用者得到符合人道和有尊严的对待，改变卫生工作者的态度并使患者能够主张自己的权利。讨论中还着重指出加强报告机制和民间社会监督的重要性。此外，有人提及在卫生设施中必须严格遵守预防和控制感染的标准，这对于控制败血症——多米尼加共和国新生儿死亡的主要原因——至关重要。讨论中还大力强调在新生儿和婴儿死亡案例中应确保问责制并加强医疗审计委员会的调查能力。

35. 在卫生部和儿童基金会的支持下，在广播中和电视上开展了宣传运动，以确保提高公立医院中儿童出生登记率。儿童基金会促进了关于将产科医院的新生儿出生登记作为“扩大的爱婴医院倡议”的一项新认证标准的对话。初级保健单位与卫生部建立的联盟使它们成为重要伙伴，将由它们告知母亲出生登记的重要性，并帮助她们申请身份证。

36. 机构间倡议是将立足人权的方针纳入降低新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童死亡率工作的一个清晰例子，并证明了联合国国家工作队在这方面的作用。

## 2. 坦桑尼亚联合共和国

37. 2015 年 6 月 29 日和 30 日，人权高专办与卫生组织、卫生部、人权和善政委员会和联合国国家工作队在达累斯萨拉姆组织了一次协商会议，讨论人权机制在改善新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童健康方面的作用。与会者来自卫生和人权领域，包括联合国各机构、政府和民间社会。其中有医院的代表，包括 Amana 医院、Bugando 医疗中心、乞力马扎罗基督教医疗中心、姆贝亚转诊医院、Mnazi Mmoja 医院、莫西比利国立医院和 Mwananyamala 医院。



38. 坦桑尼亚联合共和国在改善儿童生存方面已取得很大的进展，但新生儿死亡率降低的速度要慢得多，仍然占坦桑尼亚 5 岁以下儿童死亡数的 40%。许多进展是产前和产后护理、免疫接种、营养补充品和全面改进保健服务的结果。

39. 协商期间的讨论着重指出必须提高保健服务尤其是新生儿保健服务的质量，并确保受感染儿童能够获得药物，包括感染肺炎、腹泻、麻疹、疟疾和艾滋病毒/艾滋病的儿童。还提出了改善幼儿营养状况的要求，以确保落实儿童的生存权和发展权。特别强调了患白化病儿童和难民儿童的健康状况和权利。讨论中提到的其他内容包括卫生部门的能力和资金缺口、无法获得基本药品和改善卫生治理的必要性。讨论还建议在提供保健服务时纳入人权原则，强化伙伴关系和加强社会问责制，以及增加对弱势地区的投资。

40. 会议建议将人权原则纳入保健服务的提供和护理质量，尤其是对新生儿的保健服务和护理，随后，人权高专办与卫生组织磋商，委托在一些选定的医院进行新生儿健康状况评估。在编写本报告时，评估正在桑给巴尔进行。

41. 对于桑给巴尔而言，评估是在一个重要时刻到来，因为 2015 年桑给巴尔的《儿童法》获得了“未来政策奖”。这项法律因其对虐待儿童和暴力侵害儿童行为的平衡处理，以及对儿童权利的倡导而获奖。它为建立一项全面的国家儿童保护制度奠定了基础，以处理需要照顾和保护的儿童情况。该法规定，儿童有权享有医疗保健和免疫接种，不得出于宗教或其他信仰的理由拒绝为他们提供医疗护理。该法指出，每个儿童都应在出生时进行登记，卫生当局应予以配合，以确保出生的所有婴儿都得到登记。从事与儿童相关工作或公务的任何人，包括医生、医务人员或传统疗法术士，一旦有理由相信儿童的权利受到严重侵犯，都有报告的义务。该法的一个章节专门规定对医疗干预和外科手术以及艾滋病毒检测的同意事项。

### C. 民间社会伙伴的工作

42. 民间社会行为方在促进以立足人权的方针预防儿童死亡和执行技术指南方面可发挥关键作用。例如，世界展望组织的“儿童健康，立刻行动”运动，拯救儿童联合会的“每一个”运动，侧重于防止 5 岁以下儿童的死亡，并通过处理儿童健康的决定因素、社会和社区问责机制以及增强公民的权能来支持立足人权的方针。他们还开放了儿童和照料者参与影响儿童生存和健康的决策进程的空间。

43. 在尼日尔，世界展望组织发起并领导了一个联盟，以确保有效执行免费保健政策的问责制，该政策规定所有 5 岁以下儿童都可获得免费保健服务。通过津巴布韦的“有利于儿童的国家预算倡议”，拯救儿童联合会、全国非政府组织协会和儿童基金会支助 8 个省份的儿童主导团体参与预算前的磋商，从而增加了对儿童健康和教育的预算拨款。

44. 民间社会开展了许多工作来增强作为立足人权方针核心内容的社会和社区问责机制，以监督保健服务，并确保儿童参与决策进程。社会和社区问责机制的例子包括“公民的声音和行动”和“公民听证会”的方法。

45. “公民的声音和行动”是地方一级的宣传方法，旨在通过改善社区与政府的关系来推动保健等基本服务。这一方法已被世界展望国际组织和其他合作伙伴用于加强各国政府对儿童生存的承诺。例如，在亚美尼亚，作为对“公民的声音和行动”的答复，政府制订了新的激励措施，鼓励医生访问农村地区的最弱势人群。

46. 公民听证会是公开和建设性的对话，使社区可以与地方和国家领导人交流改进保健服务的建议。这种形式的社会问责制起到双重作用，既可增强公民权能，使他们了解自己的权利，也要求他们的领导人履行消除妇女和儿童可预防死亡案例的承诺。国际计划生育联合会、拯救儿童联合会、白丝带联盟和世界展望国际组织一直与地方和国家伙伴合作，在世界各地组织有关健康的公民听证会，包括：阿富汗、孟加拉国、布基纳法索、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、印度、印度尼西亚、肯尼亚、马拉维、马里、尼泊尔、尼日尔、尼日利亚、巴基斯坦、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和也门。<sup>6</sup>

47. 2015 年，一些民间社会组织在日内瓦世界卫生大会期间举行了全球公民对话。公民听证会运动的一个主要目标是加强全球进程与地方和国家的决策进程之间的反馈回路。

48. 让儿童参与这些形式的社会问责制对于让关键利益攸关方——包括社区、民间社会、记者和政府代表——注意到他们的意见，以及在地方、国家和国际各级为政策和执行优先事项提供参考至关重要。<sup>7</sup>

## 五. 与其他倡议的协同作用

49. 若干全球一级的重大举措旨在拯救和改善妇女和儿童的生命。“每个妇女，每个儿童”是一项全球运动，旨在动员和加强国际和国家行动，以应对世界各地的妇女、儿童和青少年面临的重大健康挑战。在初始阶段，该运动实施了“促进妇女儿童健康全球战略”(2010-2015)。基于该战略的成功，秘书长于 2015 年 9 月推出了一项最新的“促进妇女、儿童和青少年健康全球战略”(2016-2030)，该战略完全符合“可持续发展目标”。全球战略的关键战略优先事项之一是制订最新的问责框架，以确保有力落实可持续发展目标。为此，于 2015 年成立了独立的问责制小组，对进展和挑战提供独立的评估，以帮助加强国际卫生界和各国的应对举措。

<sup>6</sup> 见 [http://static1.squarespace.com/static/54d0f2c0e4b081a66404a5fb/t/560273e3e4b03fc4a33c4c80/1443001714114/FULL\\_REPORT\\_WEB.pdf](http://static1.squarespace.com/static/54d0f2c0e4b081a66404a5fb/t/560273e3e4b03fc4a33c4c80/1443001714114/FULL_REPORT_WEB.pdf).

<sup>7</sup> 同上。

50. 其他全球一级的重要举措对于拯救和改善儿童的生命及其健康权也很关键。例如，2014 年世界卫生大会通过了“每一个新生儿行动计划”，对于将关注点集中于对新生儿的健康干预发挥了关键作用，并重振了在这方面采取行动的决心。儿童基金会、卫生组织和其他伙伴合作设立的“全球母乳喂养宣传倡议”旨在加强对母乳喂养的政治承诺和投资，以母乳喂养作为儿童营养、健康和发展的基石。

51. 2012 年，“关于孕产妇、婴儿和幼儿营养的全面实施计划”呼吁加强法律、监管和/或其他措施，以控制母乳代用品的销售。在 2014 年第二届国际营养大会期间，各国部长和代表一致认为，各国政府应当保护消费者，特别是孕妇、母亲和儿童，不受食品销售和推广之扰，并呼吁执行《国际母乳代用品销售守则》和世界卫生大会各相关决议。2014 年，卫生组织与儿童基金会密切合作，建立了全球监测和支持执行《国际母乳代用品销售守则》及其后的世界卫生大会相关决议网络(NetCode)。NetCode 协助各国和民间社会加强能力，以监测《守则》和其后的世界卫生大会所有相关决议，并确保有效执行和监测关于《守则》的国家立法和条例。加入该网络的有主要的非政府组织，包括国际婴儿食品行动网，国际海伦 凯勒协会和拯救儿童联合会，以及各学术中心和一些国家。

52. 正在努力确保技术指南和人权原则被纳入各项现行举措。

## 六. 重点问题

### A. 死亡率预测

53. 估算儿童死亡率对大多数发展中国家而言都具有挑战性。全世界只有约 60 个国家具备全面运作和完整的民事登记系统，可据以作为编制可靠死亡率估算数的单一来源。如果没有运作良好的民事登记系统，通常需要进行建模工作以产生可靠的儿童死亡率估算数。在冲突和人道主义危机环境中，这种挑战便更加严重。

54. 儿童死亡率估算机构间小组注意到欧洲国家对婴儿死亡率的定义差异很大，这是由于出生和死亡登记的做法有异——即，“在可接受的重量或估算的妊娠期方面可以被记录为生产并随后被记录为死亡的截断点存在差异”。<sup>8</sup> 一些东欧国家便属于这种情况。<sup>9</sup> 儿童权利委员会在其关于乌兹别克斯坦的结论性意见(CRC/C/OPSC/UZB/CO/1)中提出了这一问题，并指出，缔约国关于活产的定义与国际公认的卫生组织定义不相符，因此，阻碍了对新生婴儿实际死亡率的客观评估，并妨碍切实采取各项举措解决此问题(CRC/C/UZB/CO/3-4)。

<sup>8</sup> 儿童死亡率估算机构间小组，“2015 年报告”，第 13 页。

<sup>9</sup> 同上，第 14 页。

55. 卫生组织的情景模拟预测显示，如果各国的死亡率保持在 2015 年的水平不变，2016 至 2030 年期间预计将有 9,440 万儿童在 5 岁前死亡，如果各国继续按照 2000 至 2015 年估计的速度降低其死亡率，将有 6,880 万儿童在 5 岁前死亡。如果所有国家均能实现可持续发展目标的相关具体目标，到 2030 年预计将有 5,600 万儿童在 5 岁前死亡。<sup>10</sup>

56. 撒哈拉以南非洲在减少儿童死亡人数方面将面临特殊挑战。如果目前的趋势继续下去，今后 15 年内撒哈拉以南非洲将有 3,700 万儿童死亡。<sup>11</sup> 必须开展广泛努力来提供必要的服务和干预措施，以满足该地区日益增长的活产数和儿童人数产生的额外需求。有 95% 的概率，5 岁以下儿童人数将额外增加 2,600 万至 5,700 万，从 2015 年的 1.57 亿人增加至 2030 年的 1.83 亿至 2.14 亿人。<sup>12</sup> 在南亚，也必须紧急加速降低儿童死亡率。该区域 8 个国家中的两个，即阿富汗和巴基斯坦，必须加快进展速度，以实现可持续发展目标中的具体目标。应当向这些国家提供更多支助，以确保与其他区域平等地落实儿童的生存权得到与。

57. 为了有效监测儿童死亡人数，有必要建立民事登记系统，以收集准确、及时、按性别分列的数据，以供决策、方案编制和规划参考。在这方面，运作良好的民事登记系统对于实现对执行 2030 年可持续发展议程的问责制至关重要，因为它们提供了最可靠依据来监测可持续发展目标的多重具体目标，包括那些需要关于死亡率及其原因的准确、分类数据的目标。

## B. 新生儿

58. 新生儿期，即儿童生命的头 28 天，是儿童最脆弱的时期。尽管在降低儿童死亡率方面取得了实质性进展，但新生儿死亡数的下降速度低于发生在童年其他时期死亡数的下降速度。据儿童死亡率估算机构间小组称，如果目前的趋势继续下去，新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡的比例预计将从 2015 年的 45% 增加到 2030 年的 52%。<sup>13</sup>

59. 一些国家在减少新生儿死亡方面已取得巨大进展。例如，1990 年至 2012 年间，中国的新生儿死亡数减少超过 80%，柬埔寨则减少超过 60%，这表明取得进展是可能的。但是，除非在全球范围内作出进一步努力解决新生儿死亡的难题，否则儿童死亡率仍有可能停滞不降。<sup>14</sup>

<sup>10</sup> “1990 至 2015 年全球、区域和国家各级 5 岁以下儿童死亡率的水平和趋势，附有对 2030 年的情景模拟预测：儿童死亡率估算机构间小组的系统性分析”（卫生组织，2015 年）。

<sup>11</sup> 同上。

<sup>12</sup> 同上。

<sup>13</sup> 儿童死亡率估算机构间小组，“2015 年报告”，第 7 页。

<sup>14</sup> Save the Children, *Ending Newborn Deaths: Ensuring Every Baby Survives* (London, 2014).

60. 从医疗和人权的观点来看，当务之急都是要侧重于新生儿。虽然包括儿童权利委员会在内的各人权机制，均给予新生儿一定的关注，包括委员会编写了关于在幼儿期落实儿童权利的第7号一般性意见(2005年)，但在国际一级就《儿童权利公约》对新生儿的适用进行一次重点讨论可加速形成政治意愿并确保进展。考虑到新生儿的脆弱性、缺乏自主以及完全依赖其照料者，这一点非常关键。迫切需要在各级实现转变，使新生儿及其权利得到应有的重视。必须进一步讨论、理解和说明《儿童权利公约》对新生儿的使用，还应当在卫生和人权论坛启动这方面的对话。

61. 由一群产科医生、新生儿学专家和儿科医生编写的关于新生儿问题的文章特别令人鼓舞。<sup>15</sup> 其中，撰写人确认没有人有权基于种族、地理或文化背景或性别歧视而危及新生儿的健康或人身安全，每一活产新生儿都有权在分娩期间获得适当援助。文章重点指出，考虑到新生儿可预见的保健需求，特别是如果她或他患有或有可能患有疾病，以及新生儿与父母在一起的权利，每个新生儿均有权出生在最合适的地方。该文还提出了身染疾患的新生儿的复杂处境。

62. 分娩并发症可对新生儿及其发育有着重大影响。每个国家约有10%的新生儿需要协助才能开始呼吸。<sup>16</sup> 如果没有提供这种协助，新生儿可能死于窒息或遭受大脑性麻痹和发育迟缓等后遗症。然而，在发展中国家，许多卫生设施都没有复苏新生儿的设备。儿童基金会报告说，新生儿护理工作的质量严重不足，而且在新生儿死亡率最高的地区，产后护理的获得率低得可怜。<sup>17</sup> 这再次反映了在不同地区出生的儿童之间的不平等危机，以及国家内部的巨大差别：穷人和处于边缘地位的群体只能获得质量最差的护理。

63. 特别令人关切的是一些早产和重病的新生儿以及出生便有着严重缺陷和/或威胁生命疾患的儿童处境。虽然这方面的数据严重缺乏，立足人权的方针必须确保这些新生儿获得他们所需要的优质护理，包括为家庭提供社会心理支助和医疗服务的充分补充。

64. 新生儿护理方面的培训对于改善儿童的生存机会必不可少。在这方面，执行促进获得新生儿护理的法律和政策是以立足人权的方针预防新生儿死亡的一项关键内容。

65. 在寨卡病毒爆发的背景下，受该病毒影响的儿童状况值得特别关注。人权事务高级专员呼吁针对寨卡病毒的所有公共卫生对策充分纳入人权，重申必须把重点放在妇女的健康权、性权利和生殖权上，同时敦促各国准备好为因寨卡病毒而身体有所损伤的儿童提供适当的支助和护理。媒体对受寨卡病毒影响儿童的

<sup>15</sup> 见 [www.uenps.com](http://www.uenps.com)。

<sup>16</sup> Save the Children, *Ending Newborn Deaths*.

<sup>17</sup> 儿童基金会，《对儿童生存作出承诺》，第7页。



关注以图像为主，有时采用具有贬低性的描述性语言，将他们当作怪人来对待，有损其尊严。这种形象强化并可能加剧对残疾儿童的污名化和歧视。报告显示，患有小头畸形的儿童遭父母遗弃的风险较高，并指出弃婴率在今后几年可能迅速上升。<sup>18</sup> 至关重要的是，将足够的资源分配给各方案，使因寨卡病毒而身患残疾的儿童的家庭有能力照顾子女并尽可能降低遗弃他们的风险。

### C. 护理质量

66. 所有儿童保健服务和方案必须符合可获取、无障碍、可接受和优质的标准，这些是儿童健康权的重要组成部分。质量要求包括熟练的卫生专业人员、经科学验证且没有过期的药品以及医院设备。<sup>19</sup> 就新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童的健康而言，这意味着卫生专业人员必须获得产科以及新生儿和儿科护理方面的培训，而儿童应该有机会获得适合他们的儿科药物和医院设备。这还意味着应开展支持性的监督、监测和数据分析，以改进质量。

67. 儿童权利委员会已鼓励各国在童年的各个不同时期始终采用体恤儿童的卫生方针，例如保护、促进和支持母婴同室和母乳喂养的“扩大的爱婴医院倡议”，以及注重训练卫生工作人员如何提供优质服务、尽量减少儿童及其家属的疼痛、恐惧、焦虑和痛苦的儿童友好型卫生政策。<sup>20</sup>

68. 在关于技术指南的讨论期间，出现了关于在分娩中虐待妇女的指控，包括掌掴、大声吼叫、侮辱和拒绝提供止痛药。这种态度是不可接受的，并导致妇女不愿在生产时或不愿为子女返回保健设施寻求关注。因此，必须重新界定质量，使病人的尊严和价值成为其核心。<sup>21</sup> 必须消除那些导致保健服务丧失人性的因素，包括人员不足和保健设施的退化。<sup>22</sup> 卫生工作人员必须得到支持，以确保他们有适当的工作条件来为病人提供符合人权原则的适当护理。针对卫生工作人员的关于人权和儿童权利原则的培训和能力建设在这方面可产生积极影响。

69. 人们现在广泛认识到，保健必须围绕人们包括幼儿的需要和期望进行。在涉及儿童的情形中，这需要落实儿童在影响自身的所有事项上表达自身意见和使自己的意见得到倾听的权利，并且从最早的阶段开始，以与儿童的能力、最大利

<sup>18</sup> Women Enabled International, “Talking Points: Zika, Microcephaly, Women’s Rights, and Disability Rights”. Available from [womenenabled.org/publications.html](http://womenenabled.org/publications.html).

<sup>19</sup> 经济、社会及文化权利委员会，关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 号一般性意见 (2000 年)。

<sup>20</sup> 儿童权利委员会，关于儿童享有可达到的最高标准健康的权利问题的第 15 号一般性意见 (2013 年)。

<sup>21</sup> Tarek Meguid, “(Re)Humanising Health Care-Placing Dignity and Agency of the Patient at the Center”, *Nordic Journal of Human Rights*, vol. 34, No. 1 (2016).).

<sup>22</sup> 同上。

益和受到保护免遭伤害的权利相适应的方式得到落实。作为权利持有人，即便是最年幼的儿童也有权表达意见。卫生组织在这一领域正在开展的工作，包括制订和通过一项卫生组织以人为本的综合保健服务全球战略的努力，以及编制立足人权的孕产妇及新生儿健康护理和儿童健康护理质量全球框架，都证明了这种日益增强的认识。这些框架同时涉及护理的提供和护理体验，并要求将人权和儿童权利原则和标准系统性纳入关于如何组织、实施、监测和评价保健的指南。参与和问责制是这些框架的重要组成部分。

#### D. 母乳代用品的不当销售

70. 母乳喂养是降低新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童死亡率和发病率的一种重要方法。根据 2016 年《柳叶刀》杂志中发表的研究，<sup>23</sup> 将母乳喂养程度提升至近乎普遍的程度便可以每年拯救超过 82 万名 5 岁以下的儿童。此外，提高 6 个月以下婴儿的纯母乳喂养率将显著减少治疗肺炎、腹泻和哮喘等儿童疾病的费用。

71. 尽管有这些好处，全球近三分之二的 6 个月以下的婴儿没有得到纯母乳喂养，并且这一比率在二十年的时间里一直没有改善。在高收入国家，少于五分之一的婴儿得到母乳喂养 12 个月，而在低收入和中等收入国家，6 个月至 2 岁的婴儿中仅有三分之二接受过母乳喂养。<sup>24</sup>

72. 在许多国家，母乳替代品的过度销售仍然是提高母乳喂养率的一项重大障碍。全球母乳代用品销售总额达 448 亿美元，预计到 2019 年将增加到 706 亿美元。<sup>25</sup> 母乳代用品和其他与母乳喂养竞争的食品的过度销售和不当销售继续破坏提高母乳喂养率的努力。这种销售做法往往对于母亲选择母乳喂养婴儿的最佳方式及其能力产生负面影响。《国际母乳代用品销售守则》和其后的世界卫生大会相关决议对于规范和减少不当销售行为至关重要。此外，《工商业与人权指导原则》规定，所有工商企业在运转时应该尊重人权。在母乳代用品销售方面，尊重人权的责任要求企业开展有效的人权尽职调查，以查明母乳代用品销售可能对人权包括儿童健康权造成不利影响的任何风险，并采取一切必要步骤，防止和减轻这种风险。

73. 2016 年国际守则国家执行情况报告显示，只有很少的国家已经通过了强有力的立法，以减少和消除母乳代用品的不当销售，并且只有少数几个国家制定了法律措施并建立了实际运作的监测和强制执行机制。

<sup>23</sup> 卫生组织，《母乳代用品销售：国际守则的国家执行情况—2016 年情况报告》。

<sup>24</sup> 同上。

<sup>25</sup> 同上。

74. 该报告直接提及技术指南和其中所载建议，要求各国监管私营部门，如制药公司、商品和设备制造商、母乳替代产品的生产商和经销商，以防止侵犯与儿童健康有关的人权，如果出现侵权行为，则确保问责，包括采取补救和矫正措施。儿童权利委员会还进一步指出，各国必须实施和执行《国际母乳代用品国际销售守则》并将其引入国内法。

75. 自 2011 年以来，一些国家已通过或修正了强有力的法律措施，纳入了《守则》的所有规定。越南和亚美尼亚分别于 2012 年和 2014 年成功修订其条例，以确保充分遵守《守则》。

76. 2016 年 5 月世界卫生大会欢迎卫生组织关于终止 6 个月至 3 岁婴幼儿食品的不当促销形式的指导和建议。建议中指出所有特别针对 6 至 36 个月的儿童销售的牛奶产品都是事实上的母乳代用品，因此必须受《国际守则》的规范。

## E. 袭击医疗设施对儿童的影响

77. 冲突中对医院和医务人员的袭击在许多层面上危及儿童的健康权。2016 年 6 月，医师无国界协会所支持的阿勒颇省的圣城医院遭到摧毁，平民、儿童和医务人员均遭到杀害，包括该区域仅存的最后一名儿科医生，这便是一个清楚的例证。对医院的袭击限制了获得医疗护理的途径，并可能抵消降低儿童死亡率、改善孕产妇健康和防治疾病的长期努力。<sup>26</sup>

78. 对医院和医务人员的袭击是武装冲突期间六种严重侵害儿童的行为之一。安全理事会在其第 1998(2011)号决议中强调了武装冲突期间袭击医院给儿童造成的影响，并请秘书长把参与这类侵犯儿童权利行为的武装冲突当事方列入其关于儿童与武装冲突问题的报告。在其第 2286(2016)号决议中，安全理事会强烈谴责冲突局势中对医护人员的袭击，要求杜绝对那些应对此负责的人的有罪不罚现象。袭击医院违反了既定的规范国际人道主义法，包括习惯规范，并可能构成战争罪和危害人类罪。

79. 袭击卫生工作人员，特别是那些开展免疫接种运动的工作人员，可能直接影响儿童死亡率，因为免疫仍然是确保儿童存活的最佳途径之一。联合国人权事务高级专员关于儿童享有可达到的最高健康标准的权利的报告(A/HRC/22/31 和 Corr.1)中指出，确保依照卫生组织建议的完整时间表获得儿童免疫接种对于预防更多儿童疾病以及可能在晚些时候发作的疾病至关重要。

<sup>26</sup> 见 [www.un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm](http://www.un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm)。



80. 联合国阿富汗援助团称，在 2015 年 12 月阿富汗的地方免疫日活动中共有 89,873 名儿童无法获得免疫接种。<sup>27</sup> 过去的十年里，塔利班发表了若干声明，支持根除脊髓灰质炎方案。例如，2013 年 5 月 13 日，塔利班发布公开声明，表示支持脊髓灰质炎免疫运动，但告诫说，运动必须由阿富汗人员领导，并需尊重伊斯兰教价值观。然而，2015 年，联合国阿富汗援助团、卫生组织和儿童基金会记录了 22 起直接影响免疫接种运动的事件，主要肇事者均为反政府分子，包括塔利班。报告的事件包括杀害、残害和绑架疫苗接种员，对他们进行威胁和恫吓，以及毁坏疫苗接种包的行为。对脊灰疫苗接种员的袭击在巴基斯坦和尼日利亚也有记录。全球消除脊髓灰质炎行动警告说，针对脊灰疫苗接种员的持续袭击给终止传播率的努力造成的重大压力。

## 七. 下一步行动

81 虽然每个新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童死亡案例都可以归于医疗原因，但儿童死亡的根本原因不能仅仅从医疗角度来解释。许多因素增加了儿童死亡的风险，包括边缘化、贫穷、歧视、不平等和照顾者缺乏教育和保健知识。儿童死亡的原因还包括未能维持无障碍、可获取、负担得起、可接受和优质的卫生系统以及暴力、冲突和不安全的状况。

82. 只有解决导致不平等的根本原因才能消除儿童死亡。这是立足人权的方针的重要性和附加值所在。技术指南对于使有关新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童健康的公共卫生讨论以人权视角为中心作出了重大贡献。然而，执行立足人权的方针需要广泛和持续的参与、承诺和充足的资源。立法、政策和方案改革，改变责任承担者的行为以及赋予权利持有者以权能都是长期的进程。

83. 与不同利益攸关方在预防儿童死亡方面的对话和能力建设已启动，但需要进一步加强并得到更多资源。应在一项谅解的基础上与会员国合作继续这项工作，即实现儿童的健康权是发达国家和不发达国家的共同责任。接下来的行动包括记录技术指南在制订法律和政策以及为 5 岁以下儿童提供优质护理中的实际应用的良好做法，以及为各种利益攸关方(从卫生政策制定者到卫生从业人员)提供关于人权价值及其适用的业务指导。鉴于人权高专办用于儿童权利的资源受到严重限制，这些工作只有在会员国的充分支持下才能开展。

84. 铭记 5 岁以下儿童死亡中约有 40% 涉及新生儿，因此必须给予这个时期的儿童更多关注。一场关于人权文书特别是《儿童权利公约》如何适用于新生儿的专家对话，可引起高层关注，并有助于加快形成和深化实现可持续发展目标的政治意愿，尤其以具体目标 3.2 为重点，即将新生儿每 1,000 例活产的死亡率至少

<sup>27</sup> 联合国阿富汗援助团，“处于危险中的教育和保健”，2016 年 4 月。见 <http://unama.unmissions.org/un-chief-afghanistan-do-more-now-protect-civilians-unama-releases-civilian-n-casualty-data-first>。

降至 12 例。这可为独立问责小组的工作以及可持续发展问题高级别政治论坛上可持续发展目标的后续行动和审查工作提供参考。这类专家讨论可以一群产科医生、新生儿学专家和儿科医生已经开展的工作为基础(见上文第 62 段)，并让一些人权机制参与进来，如健康权问题特别报告员、儿童权利委员会、残疾人权利委员会和负责暴力侵害儿童问题的秘书长特别代表。专家讨论的结果可提交人权理事会，作为技术指南执行工作后续进程的一部分。

85. 对儿童生存问题的投入仍然是确保所有儿童，无论出生在哪个国家，都能拥有未来的最重要的步骤。各国、国际社会和其他利益攸关方必须尽一切努力捍卫儿童的生存权。会员国应通过现有的国际人权机制，在可持续发展目标的监测和问责制框架内报告技术指南的执行工作。

---