



Совет по правам человека

Четырнадцатая сессия

Пункты 2 и 3 повестки дня

**Ежегодный доклад Верховного комиссара Организации
Объединенных Наций по правам человека и доклады
Управления Верховного комиссара и Генерального секретаря**

**Поощрение и защита всех прав человека, гражданских,
политических, экономических, социальных и культурных
прав, включая право на развитие**

**Доклад Управления Верховного комиссара
Организации Объединенных Наций по правам
человека о предотвратимой материнской смертности
и заболеваемости и правах человека***

Резюме

Настоящее исследование представляется в соответствии с резолюцией 11/8 Совета по правам человека. В нем определяются правозащитные аспекты предотвратимой материнской смертности и заболеваемости в существующих международных правовых рамках. Оно также содержит обзор инициатив и деятельности в системе Организации Объединенных Наций по устранению причин предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, а также определение того, каким образом Совет может повысить ценность существующих инициатив посредством анализа положения в области прав человека.

* Представлено с опозданием.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–3	3
II. Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость: определение и масштабы	4–7	4
III. Правозащитные аспекты предотвращаемой материнской смертности и заболеваемости и существующие международно-правовые рамки	8–44	6
A. Равенство и недискриминация	14–21	9
B. Права, находящиеся в центре внимания: право на жизнь, право на здоровье и право на образование и информацию	22–31	12
C. Подход к материнской смертности и заболеваемости на основе прав человека	32–44	16
IV. Обзор инициатив и деятельности в рамках системы Организации Объединенных Наций и за ее пределами по рассмотрению всех причин предотвратимой материнской смертности и заболеваемости	45–57	20
A. Разработка нормативной основы и политики	46–49	20
B. Услуги	50–56	21
C. Подотчетность	57	24
V. Выводы и рекомендации	58–65	24

I. Введение

1. Настоящий доклад представляется Совету по правам человека в соответствии с резолюцией 11/8, в которой Совет просил Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) подготовить тематическое исследование по вопросу о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека в консультации с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирным банком и всеми другими соответствующими заинтересованными сторонами. С целью информирования о содержании доклада 1 октября 2009 года государствам, учреждениям Организации Объединенных Наций и неправительственным организациям была направлена вербальная нота с просьбой о предоставлении информации и замечаний. Письменные вклады были получены от 28 государств¹, одного государства-наблюдателя², девяти учреждений Организации Объединенных Наций и межправительственных агентств³, а также 22 неправительственных организаций, коалиций и других групп⁴. Со всеми представлениями можно ознакомиться на вебсайте УВКПЧ⁵.

¹ Австралия, Азербайджан, Бахрейн, Беларусь, Болгария, Венгрия, Германия, Египет, Испания, Казахстан, Канада, Коста-Рика, Латвия, Мадагаскар, Новая Зеландия, Норвегия, Пакистан, Сальвадор, Саудовская Аравия, Сербия, Сирийская Арабская Республика, Словакия, Украина, Филиппины, Финляндия, Чили, Швейцария и Эстония.

² Святой Престол.

³ Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО), Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ), Международная организация труда (МОТ), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

⁴ Канадская организация по вопросам народонаселения и развития; Американская ассоциация акушеров и гинекологов против абортов; Международная амнистия; Институт католической семьи и прав человека; Центр по правам на репродуктивное здоровье; Общество по изучению прав и обязанностей человека; Дохийский международный институт по исследованию проблем семьи и развития; Египетская инициатива за личные права; Федерация женщин и планирования семьи (Польша); Хьюман райтс уотч; Международная комиссия юристов; Международный союз инвалидов и его Форум Конвенции о правах инвалидов; Международная инициатива по вопросам материнской смертности и прав человека (охватывающая 13 организаций гражданского общества: Программа по предотвращению материнской смертности и инвалидности при Колумбийской университете (Соединенные Штаты Америки), Организация CARE (global), Центр за справедливость и международное право (Соединенные Штаты и Латинская Америка), Центр за репродуктивные права (Соединенные Штаты), Региональная сеть "Эквинет" по вопросам справедливости в области здравоохранения в южной части Африки (Южная Африка), Международная организация "Забота о семье" (Соединенные Штаты Америки), Группа "Справедливость в охране здоровья" (Танзания), Центр по правам человека при Эссекском университете (Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии), Международное бюджетное партнерство (Мексика), Фонд "Квинна тилл квинна" (Швеция), Лихаан (Филиппины), Врачи за права человека (Соединенные Штаты Америки) и САХАЙОГ (Индия); Международная федерация планирования семьи; ИПАС; ИПАС-Бразилия; Граждане Миннесоты, озабоченные глобальной пропагандой жизни; Национальная сеть "Женщины за сохранение здоровья",

2. В главе II доклада УВКПЧ дает краткое введение к определению и масштабам материнской смертности и заболеваемости. В главе III содержатся определения правозащитных элементов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, при этом дается ссылка на соответствующую существующую международную и региональную правовую систему, включая судебную практику, замечания общего порядка и общие рекомендации, а также заключительные замечания органов по мониторингу договоров по правам человека и судебных и квазисудебных органов. В главе IV УВКПЧ делает обзор инициатив и деятельности в рамках системы Организации Объединенных Наций по решению вопросов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. И наконец, в главе V оно определяет то, каким образом Совет может сделать более значимыми существующие инициативы посредством проведения анализа положения в области прав человека, включая усилия по достижению цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия и касающейся улучшения материнского здоровья, и рекомендует варианты для более эффективного рассмотрения правозащитных элементов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости в рамках системы Организации Объединенных Наций.

3. В докладах, подготовленных перед предстоящим обзором на пленарном заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи в сентябре 2010 года (Саммит по целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия), указывается, что самой далекой от достижения из всех целей является Цель 5 по улучшению охраны материнства и связанные с ней задачи по снижению на три четверти к 2015 году коэффициента материнской смертности и достижению всеобщего доступа к репродуктивному здоровью⁶. В этой связи Совет по правам человека не мог с еще большей своевременностью признать в своей резолюции 11/8, что предотвратимая материнская смертность и заболеваемость является вопросом и проблемой прав человека, которая требует повышенного внимания.

II. Предотвратимая материнская смертность и заболеваемость: определение и масштабы

4. ВОЗ определяет материнскую смертность следующим образом: "... смерть женщины, 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 слу-

Сексуальные и репродуктивные права; Нидерландская сеть по проблемам сексуального и репродуктивного здоровья и СПИДа (совместная сеть); Общество защиты неродившихся детей; Центр против абортот при Школе права Университета Святого Томаса (Миннесота); Молодежная коалиция за сексуальные и репродуктивные права.

⁵ <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/documentation.htm>.

⁶ Thoraya Ahmed Obaid (UNFPA), "Successful strategies for women's health and rights: achieving MDG 5", основное обращение к Шведскому агентству международного сотрудничества в области развития, 22 мая 2008 года; Margaret Chan (WHO), "Opening remarks at the roundtable with women leaders on MDG 5", 25 сентября 2008 года, имеется по адресу www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/speech/en/index.html. См. также *Доклад об осуществлении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, за 2009 год* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под номером R.09.I.12), стр. 27.

чайно возникшей причины"⁷. В свою очередь материнская заболеваемость определяется как "условие, не связанное с нормальной беременностью, родами и рождением ребенка, которое отрицательно влияет на здоровье женщины в эти периоды"⁸.

5. Несмотря на существование стандартизованных определений материнской смертности и ее причин, уровни материнской смертности трудно точно измерить в силу трех главных причин: а) проблематичным является определение случаев материнской смертности; б) состояние беременности женщины может быть неизвестно; и с) в условиях страны, в которой не существует медицинского заключения о причине смерти, трудным является точное определение случаев смерти женщин в качестве случаев смерти матери⁹. Хотя обновление статистических данных требует значительного времени, в настоящее время ведется подготовка новых и глобальных статистических данных в контексте предстоящего Саммита по целям в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, для оценки международных усилий по достижению этих целей, включая улучшение охраны здоровья матерей. До получения этих результатов известно, согласно самым последним официальным оценкам, что ежегодно во всем мире насчитывается более полумиллиона случаев смерти матерей. Это означает, что одна из 92 женщин во всем мире подвергается риску материнской смертности в течение срока жизни взрослого лица (вероятность того, что 15-летняя женщина может умереть по причине, связанной с материнством)¹⁰. В некоторых странах коэффициент риска материнской смертности составляет 1 к 7¹¹. В то же время на каждый случай смерти матери приблизительно 20 женщин страдают от связанных с беременностью повреждением, инфекцией или болезнью, т.е. приблизительно 10 млн. женщин. В некоторых случаях результатом этого может стать длительная инвалидность (например, пролапс, бесплодность, акушерская фистула или недержание)¹². По нескольким причинам беременность и роды предполагают более высокие риски для подростков. В развивающихся странах осложнения в результате беременности и рождения ребенка являются главными причинами смертности среди девушек и женщин в возрасте от 15 до 19 лет, при этом на долю подростков приходится 15% от общего числа случаев смерти матерей во всем мире¹³.

6. Большинство случаев смерти матерей связаны с пятью типами родовых осложнений: кровотечение (25%); инфекция/сепсис (15%), неквалифицированный аборт (13%); приэклампсия и эклампсия (12%); и длительные или осложненные роды (8%)¹⁴. Согласно данным ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирного банка и других заинтересованных сторон, большинство случаев смерти и инвалидности матерей можно предотвратить благодаря обеспечению доступа к необходимому уходу во время беременности и родов, а также эффективного медицинского вмешательства. Это утверждение подтверждается тем фактом, что в некоторых

⁷ ВОЗ, *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, том 2, Сборник инструкций*, второе издание (Женева, 2004 год), стр. 151.

⁸ S.A. Orshan, *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life Span* (Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2008), p. 15.

⁹ WHO, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* (Geneva, 2007), p. 5; см. также pp. 1–2.

¹⁰ Ibid., p. 16.

¹¹ Ibid., p. 1.

¹² G. Naanda, K. Switlick and E. Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A Collection of Promising Approaches* (Washington, DC, World Bank, 2005), p. 4.

¹³ WHO, *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda* (Geneva, 2009), p. 31.

¹⁴ ЮНФПА, ответ на вербальную ноту, стр. 2.

странах материнская смертность фактически ликвидирована. Лишь в 15% случаев беременности и родов требуется срочная акушерское вмешательство, вызванное осложнениями, которые трудно предсказать¹⁵. Согласно оценкам ВОЗ, можно предотвратить от 78 до 98% случаев смерти матерей¹⁶. Совсем недавно ЮНИСЕФ подтвердил, что приблизительно 80% случаев смерти матерей можно предупредить, если у женщин имеется доступ к основным услугам по охране материнства и базовым медицинским услугам¹⁷. Оценки Всемирного банка показывают, что 74% случаев смерти матерей можно предупредить посредством более широкого охвата услугами медицинских специалистов, особенно доступа к основному акушерскому обслуживанию, доступа к безопасным услугам по проведению аборта, скорее активных, а не выжидательных действий на третьем этапе родов, а также применению противосудорожных средств у женщин, страдающих приэклампсией¹⁸. В то же время в период 1990–2005 годов коэффициент материнской смертности (число случаев смерти матери на 100 000 живорождений) снижался в глобальном масштабе темпами, составляющими менее 1% в год¹⁹. В период 1990–2005 годов лишь незначительно сократилась ежегодная оценочная общая численность женщин, умирающих в период беременности или при родах (с 576 000 смертей в 1990 году до 536 000 смертей в 2005 году)²⁰.

7. Наблюдаются существенные различия в показателях материнской смертности разных государств и в самих государствах. Хотя большая часть случаев смерти матерей приходится на развивающиеся государства, главным образом в Африке и Южной Азии²¹, при дезагрегировании данных о материнской смертности и заболеваемости в развитых государствах они дают показатели, которые резко отличаются друг от друга применительно к разным этническим и социально-экономическим сообществам. Правительства в развитых государствах несут подлежащие исполнению обязательства в области прав человека, связанные с принятием мер по урегулированию этой фактической дискриминации. Уже в 2001 году в докладе ВОЗ признавалось, что "нерешение проблемы предотвратимой инвалидности и смерти матерей является одной из величайших социальных несправедливостей нашего времени"²² и что "риски, связанные с репродуктивным здоровьем женщин, не являются лишь простым несчастием и неизбежным естественным ущербом в результате беременности, а скорее той несправедливостью, которую общество способно и обязано устранить"²³.

III. Правозащитные аспекты предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и существующие международно-правовые рамки

8. На международном и региональном уровнях все больше понимают, что сокращение материнской смертности и заболеваемости – это не только вопрос

¹⁵ www.unicef.org/mdg/maternal.html.

¹⁶ WHO, "Maternal mortality: helping women off the road to death", *WHO Chronicle*, vol. 40 (1986), pp. 175–183.

¹⁷ UNICEF, *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health* (United Nations publication, Sales No. E.09.XX.1), p. 2.

¹⁸ A. Wagstaff and M. Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington, DC, World Bank, 2004), pp. xi, 6, 51 and 52.

¹⁹ WHO, *Maternal Mortality in 2005*, p. 2.

²⁰ *Ibid.*, p. 17.

²¹ *Ibid.*, p. 15.

²² R.J. Cook, B.M. Dickens and others, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* (Geneva, WHO, 2001), p. 5.

²³ *Ibid.*, p. 69.

развития, но и прав человека²⁴. В своей резолюции 11/1 (пункт 2) Совет по правам человека определяет ряд прав человека, непосредственно связанных с материнской смертностью и заболеваемостью, а именно: "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". В международных договорах о правах человека и замечаниях общего порядка, общих рекомендациях и заключительных замечаниях нескольких договорных органов было признано, что материнская смертность органически связана с более широким перечнем прав человека, и было рекомендовано государствам-участникам принять эффективные меры для снижения показателей материнской смертности и улучшения охраны здоровья матерей²⁵, при этом ссылка делалась, в частности, на право быть свободным от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинства обращения, право на неприкосновенность частной жизни и право на эффективные средства судебной защиты. Эти права закреплены в разных международных и региональных договорах о правах человека, включая Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП); Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) и Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

9. В подавляющем числе случаев материнская смертность объясняется рядом взаимосвязанных причин или тех задержек, которые в конечном итоге мешают беременным женщинам получить доступ к необходимому им медицинскому обслуживанию²⁶. Высказывалось мнение о том, что эти задержки, часто

²⁴ См., например, резолюцию Африканской комиссии по правам человека и народов о материнской смертности в Африке, ACHPR/Res.135 (XXXVIII) (2008); и резолюцию Европейского парламента о материнской смертности, принятую перед Мероприятием высокого уровня Организации Объединенных Наций 25 сентября, посвященным рассмотрению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (2008 год).

²⁵ См., например: заключительные замечания Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин: Алжир (A/60/38), пункт 131; Чешская Республика (A/57/38), пункт 85; Индия (CEDAW/C/IND/CO/3), пункт 40; Сен-Китс и Невис (A/57/38), пункт 88; Шри-Ланка (A/57/38), пункт 217; Турция (CEDAW/C/TUR/CC/4-5), пункт 38; заключительные замечания Комитета по правам человека: Боливия (CCPR/C/79/Add.74), пункт 22; Ливийская Арабская Джамахирия (CCPR/C/79/Add.101), пункт 9; Монголия (CCPR/C/79/Add.120), пункт 8 b); Парагвай (A/51/38), пункт 123; Сенегал (CCPR/C/79/Add.82), пункт 12; заключительные замечания Комитета по ликвидации расовой дискриминации (КЛРД): Бенин (E/C.12/BEN/CO/2), пункт 25; Бразилия (E/C.12/1/Add.87), пункт 27; Китай (E/C.12/1/Add.107), пункт 36; Корейская Народно-Демократическая Республика (E/C.12/1/Add.95), пункт 23; Мексика (E/C.12/MEX/CO/4), пункт 25; Марокко (E/C.12/MAR/CO/3), пункт 13 f); Парагвай (E/C.12/PRY/CO/3), пункт 21; Польша (E/C.12/1/Add.82), пункт 29; Сенегал (E/C.12/1/Add.62), пункт 26; заключительные замечания Комитета по правам ребенка: Аргентина (CRC/C/15/Add.187), пункт 46; Азербайджан (CRC/C/AZE/CO/2), пункт 49 b); Бенин (CRC/C/BEN/CO/2), пункт 51; Ботсвана (CRC/C/15/Add.242), пункт 48; Колумбия (CRC/C/COL/CO/3), пункт 68 b); Филиппины (CRC/C/PHL/CO/3-4), пункт 55; Йемен (CRC/C/15/Add.128), пункт 55 c). Всеобъемлющий обзор заключительных замечаний и замечаний общего порядка и общих рекомендаций договорных органов по вопросу о материнской смертности см.: Центр по правам на репродуктивное здоровье, "Bringing rights to bear: preventing maternal mortality and ensuring safe pregnancy", 2008 год.

²⁶ D. Maine, *Safe Motherhood Programs: Options and Issues* (New York, Columbia University, 1991); ЮНФПА, ответ на вербальную ноту, стр. 2; доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (A/61/338), пункт 21.

именуемые "тремя задержками", включают: а) задержку с принятием решений об обращении за необходимой медицинской помощью в ситуациях, требующих немедленного внимания со стороны акушерского персонала, по причине стоимости, непонимания чрезвычайного характера ситуации, низкого уровня образования, отсутствия доступа к информации и гендерного неравенства; б) задержку с доставкой в соответствующее медицинское учреждение по причинам расстояния, инфраструктуры и транспорта, и с) задержку с получением необходимых услуг после доставки в медицинское учреждение по причине нехватки персонала или отсутствия энергоснабжения, водоснабжения или медицинских средств²⁷. При рассмотрении элементов этих трех задержек с точки зрения прав человека речь идет о ряде прав и соответственно соблюдении целого спектра обязанностей государств в области прав человека.

10. В тех случаях, когда женщины умирают в период беременности или при родах из-за того, что правительство не использует имеющиеся у него ресурсы для принятия необходимых мер для ликвидации предотвратимых причин материнской смертности и обеспечения наличия, доступности, приемлемости и хорошего качества услуг, может быть поставлен вопрос об ответственности государства за нарушение права женщин на жизнь. Предотвратимая материнская смертность и повреждения могут также повлечь за собой нарушения права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, прав на равенство и недискриминацию и прав на информацию, образование и пользование благами научного прогресса. Эти права нельзя рассматривать в качестве абсолютно отличных друг от друга, а только в качестве "неделимых, взаимозависимых, взаимосвязанных и равнозначных для достоинства человека"²⁸.

11. В соответствии с международным правом прав человека государства обязаны соблюдать, защищать и осуществлять права человека в том, что касается выживания женщины в период беременности и при родах. Эти обязательства в области прав человека являются действительными не только сами по себе, т.е. проводимый на их основе анализ также способствует выявлению препятствий для более эффективного вмешательства в сферу общественного здравоохранения с целью ликвидации материнской смертности и заболеваемости.

12. В контексте предотвратимой материнской смертности и заболеваемости эти обязанности требуют от государств а) воздерживаться от принятия мер, которые будут препятствовать доступу женщин к медицинскому обслуживанию, которое необходимо им, или подрывать детерминанты здоровья²⁹ (обязанность соблюдать); б) принимать меры для предотвращения смерти женщин при родах или в период беременности (обязанность защищать); и с) принимать законодательные, административные и судебные меры, в том числе путем выделения максимальных имеющихся ресурсов для предотвращения материнской смертности и заболеваемости (обязанность действовать). В этой связи обязанности государств в области прав человека включают как негативные обязательства воздерживаться от действий, так и позитивные обязательства действовать конструктивно для предотвращения материнской смертности и заболеваемости, в том числе посредством принятия мер по обеспечению женщин возможностью доступа к охране материнского здоровья и другим соответствующим службам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

²⁷ ЮНФПА, ответ на вербальную ноту, стр. 2; A/61/338, пункт 21.

²⁸ Маастрихтские руководящие принципы, касающиеся нарушений экономических, социальных и культурных прав (1997 год), пункт 4. См. также Всеобщую декларацию прав человека; Венскую декларацию и Программу действий (1993 год), пункт 5.

²⁹ По вопросу о "главных детерминантах здоровья" см. A/61/338, пункт 18.

13. Международные договоры о правах человека и их толкование органами по правам человека дают ясно понять, что многие обязательства, которые государства должны взять на себя для предупреждения материнской смертности и заболеваемости, вступают в силу незамедлительно. В то время как МПЭСКП признает, что многие права, которые он гарантирует, подлежат постепенному осуществлению и требуют от государств принимать меры для выполнения этих прав с максимальным использованием имеющихся у них ресурсов, Пакт также налагает некоторые основные обязательства, которые безотлагательно вступают в силу. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) подчеркнул, что "... ни при каких обстоятельствах государство-участник не может оправдывать невыполнение основных обязательств... которые не допускают отступления"³⁰. КЭСКП заявил, что обеспечение обслуживания по охране здоровья матерей сопоставимо с основным обязательством и что государства несут безотлагательное обязательство принимать "преднамеренные, конкретные и направленные меры" по осуществлению права на здоровье в связи с беременностью и рождением ребенка³¹. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин также устанавливает, что обязанности государств заниматься проблемами материнской смертности и заболеваемости являются безотлагательными. Она требует от государств-участников обеспечивать услуги по охране здоровья матерей и равенство доступа к медицинскому обслуживанию (статья 12), поскольку непредоставление услуг, в которых нуждаются только женщины, является формой дискриминации³². Кроме того, право на жизнь и другие гражданские и политические права, а также право на недискриминацию не подлежат прогрессивному осуществлению³³.

А. Равенство и недискриминация

14. Масштабы материнской смертности и заболеваемости во всем мире отражают ситуацию неравенства и дискриминации³⁴, от которых страдают женщины в течение всей своей жизни и которые укоренились благодаря официальным законам, политике и пагубным социальным нормам и практике. Подход к предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, в котором применяются правозащитные принципы равенства и недискриминации, предоставит в распоряжение заинтересованных сторон, включая государства, международные организации и членов как правозащитных сообществ, так и сообществ общественного здравоохранения, действенный механизм для осуществления их текущих усилий по решению данной проблемы. Он может способствовать выявлению групп высокого риска, проведению анализа сложных пробелов в области защиты, участия и подотчетности, с которыми они сталкиваются, а также содействовать нахождению всеобъемлющих и устойчивых решений.

1. Обязательства по международному праву прав человека

15. В международном праве прав человека конкретно указывается, что все люди должны иметь возможность пользоваться своими правами на основе ра-

³⁰ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12) (2000 год), пункт 47.

³¹ Там же, пункт 30, 43 и 44 а).

³² Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), Общая рекомендация № 24: Женщины и здоровье, статья 12 (1999 год), пункт 11.

³³ Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 6: Статья 6 (Право на жизнь) (1982 год), пункт 5; КЭСКП, Замечание общего порядка № 20: Недискриминация экономических, социальных и культурных прав (пункт 2 статьи 2) (2009 год), пункт 7.

³⁴ A/61/338, пункт 10; Европейский парламент, резолюция о материнской смертности.

венства между женщинами и мужчинами и осуществлять эти права³⁵ без дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства³⁶. Среди прочего, эти основополагающие правовые требования обязывают государства воздерживаться от дискриминационных действий³⁷, принимать позитивные и активные меры для гарантирования равенства³⁸ (не только по закону, но и в политике и практике)³⁹, обеспечивать, что якобы нейтральные меры и подходы не оказывали дискриминационного воздействия в реальном выражении⁴⁰, и в определенных контекстах активно признавать и учитывать различие⁴¹.

2. Применение в контексте предотвратимой материнской смертности и заболеваемости

16. Существует множество способов, при помощи которых обязательства по недискриминации и обеспечению равенства начинают действовать в контексте усилий по предотвращению смерти и инвалидности женщин по причинам, связанным с беременностью.

Обеспечение гендерного равенства и недискриминации по признаку пола

17. Как свидетельствуют результаты исследования, предотвратимая материнская смертность и заболеваемость связаны с непредоставлением и несоблюдением очередности медицинского обслуживания⁴², в котором нуждаются только женщины в силу того факта, что процесс воспроизводства происходит в их телах. Хотя все люди в значительной мере затронуты предотвратимой материнской смертностью и заболеваемостью, по определению именно жизни и здоровье женщин и девушек-подростков являются объектом прямых и немедленных последствий. Однако несмотря на то, что медицинское вмешательство и услуги, необходимые для борьбы с материнской смертью, все же существуют, "у мужчин в возрасте от 15 до 44 лет нет ни одной причины смертности и инвалидности, которая была бы по своим масштабам сопоставима с материнской смертностью"⁴³. Для обеспечения гендерного равенства и недискриминации по признаку пола государства должны решить эту проблему. Конкретно государства обязаны обеспечивать, чтобы их законы, политика и практика значимым образом удовлетворяли конкретные потребности женщин, связанные с их способностью становиться беременными и давать рождение ребенку⁴⁴. Это включает, среди

³⁵ МПКПП, статья 3; МПЭСКОП, статья 3; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статьи 1 и 2; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 28; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 16: Равное для мужчин и женщин право пользования экономическими, социальными и культурными правами (статья 3) (2005 год); КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20.
³⁶ МПКПП, статья 2, пункт 1; МПЭСКОП, статья 2, пункт 2; Конвенция о правах ребенка, статья 2, пункт 1; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 18: Недискриминация (1989 год); КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20.
³⁷ КЭСКОП, Замечание общего порядка № 16, пункт 18.
³⁸ Там же, пункт 21; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20, пункт 8 b); КЛДЖ, Общая рекомендация № 25: Временные специальные меры (статья 4, пункт 1) (2004 год), пункты 7–8.
³⁹ КЭСКОП, Замечание общего порядка № 16, пункты 6–8; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20, пункт 8; КЛДЖ, Общая рекомендация № 25, пункты 4–10.
⁴⁰ КЛДЖ, Общая рекомендация № 25, пункт 7; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 16, пункты 5, 12–13; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20, пункт 10.
⁴¹ КЛДЖ, Общая рекомендация № 25, пункт 8.
⁴² ЮНИСЕФ, *State of the World's Children 2009*, p. 2.
⁴³ A/61/338, пункт 9.
⁴⁴ МПЭСКОП, статья 12, пункт 2 а); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в

прочего, обязанность обеспечивать женщинам доступ к экстренной акушерской помощи и другим видам информации и услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, таких как семейное планирование⁴⁵.

18. Обязательства, связанные с обеспечением равенства и недискриминации по признаку пола также однозначно требуют от государств противодействовать ряду причинных факторов, которые способствуют предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Например, государствам следует принимать меры для эффективного сокращения масштабов и в конечном итоге ликвидации гендерного насилия и других видов вредной практики в отношении женщин и девочек⁴⁶, которые усугубляют риски смерти или инвалидности женщины по причинам, связанным с беременностью⁴⁷. Требуется также принятие мер для ликвидации других форм дискриминации по признаку пола, которые могут иметь место на практике на местном уровне и в частной сфере⁴⁸, например ограничения доступа женщин к питанию и продовольствию, чистой питьевой воде и санитарным условиям, а также образованию, т.е. ограничения, которые в свою очередь могут повысить риск предотвратимой материнской смертности и заболеваемости⁴⁹.

Недискриминация по другим признакам: решение проблемы межсекторальной и множественной дискриминации

19. Определенные группы женщин сталкиваются с более высокими уровнями риска предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Риск смерти или повреждения по причинам, связанным с беременностью, может зависеть от разных факторов, включая расу, цвет кожи, язык, религию, политические или иные убеждения, национальное или социальное происхождение, имущественное положение, рождение или иное обстоятельство⁵⁰. В тех случаях, когда лицо сталкивается с дискриминацией по нескольким запрещенным признакам, т.е. по признаку пола и другому основанию, оно сталкивается с кумулятивной, множе-

отношении женщин, статья 12, пункт 2; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 14, пункты 14, 21 и 44 а); КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, пункты 26–27.

⁴⁵ КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, пункт 27; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 14, пункт 14.

⁴⁶ Резолюция 48/104 Генеральной Ассамблеи о Декларации об искоренении насилия в отношении женщин, статья 4 с); КЛДЖ, Общая рекомендация № 19: Насилие в отношении женщин (1992 год); КЭСКОП, Замечание общего порядка № 14, пункт 21. См. также: Межамериканская конвенция о предупреждении и искоренении насилия в отношении женщин и наказании за него (Конвенция Белем-ду-Пара), статья 7; Межамериканский суд по правам человека, *Дело Гонсалеса и других (Campo Algodonero) против Мексики*, 16 ноября 2009 года; Европейский суд по правам человека, *Дело Опуза против Турции*, судебное постановление от 9 июня 2009 года, заявление № 33401/02.

⁴⁷ UN Millennium Project 2005, *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women* (London, Task Force on Education and Gender Equality, 2005), chapter 9. См. также: WHO, *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO)* (Geneva, 2008), p. 11.

⁴⁸ Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 2 d); КЭСКОП, Замечание общего порядка № 20, пункт 11; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 31: Характер общего юридического обязательства, налагаемого на государства-участники Пакта (2004 год), пункт 8.

⁴⁹ UN Millennium Project 2005, *Taking Action*, p. 56.

⁵⁰ Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 18, пункт 1, и Замечание общего порядка № 28, пункт 30; КЭСКОП, Замечание общего порядка № 16, пункт 5, и Замечание общего порядка № 20, пункты 18–35; КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, пункт 26, и Общая рекомендация № 25, пункт 12.

ственной или межсекторальной дискриминацией, которая может иметь гораздо более существенные последствия для его способности осуществлять свои права человека и пользоваться ими⁵¹.

20. Повышенный риск, с которым женщина может столкнуться вследствие множественной дискриминации, зачастую связан с невозможностью получить доступ к адекватным системам здравоохранения и своевременным медицинским вмешательствам и услугам, хотя причины этой неспособности могут быть различными. Например, законы или социальная практика могут ввести возрастные ограничения или ограничения, связанные с брачным статусом, в отношении доступа к сексуальному или репродуктивному здравоохранению, услугам и информации. В то же время по причинам, связанным с расстоянием, стоимостью и отсутствием информации или отсутствием культурного просвещения, женщины, живущие в сельских районах, женщины из числа коренных народов⁵², перемещенные лица/беженцы, девочки или женщины более низкого социально-экономического положения могут не иметь достаточного доступа к предродовому обслуживанию, экстренной акушерской помощи или услугам квалифицированных акушерок. Кроме того, они могут с неохотой пользоваться доступом к медицинскому обслуживанию из-за языковых барьеров или неуважительного отношения к практике и традициям коренных народов. Риск смерти или инвалидности по причинам, связанным с беременностью, еще более возрастает у женщин, которые входят в несколько подобных категорий.

21. Требования в области прав человека, касающиеся вопросов равенства и недискриминации, обязывают государства обеспечивать, чтобы шаги, которые они предпринимают для введения в действие прав человека женщин и решения конкретных потребностей женщин, были значимыми для всех женщин в обществе. Эти права человека предусматривают также меры, которые дают возможность соответствующим заинтересованным лицам выявлять и рассматривать причины, объясняющие явную неспособность некоторых женщин получить доступ к адекватному и своевременному медицинскому вмешательству и услугам. Подобные меры включают мониторинг и оценку на основе дезагрегированных данных, оценку и обзор политики, а в случае необходимости – правовую реформу.

В. Права, находящиеся в центре внимания: право на жизнь, право на здоровье и право на образование и информацию

1. Право на жизнь

22. Международные и региональные гарантии права на жизнь обязывают государства принимать меры по защите отдельных лиц от произвольной и предотвратимой потери жизни⁵³. Ряд предотвратимых случаев материнской смертно-

⁵¹ КЛДЖ, Общая рекомендация № 25, пункт 12; КЭСКП, Замечание общего порядка № 16, пункт 5, и замечание общего порядка № 20, пункт 17; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 28, пункт 30; КЛРД, Замечание общего порядка № 25: Гендерные аспекты расовой дискриминации (2000 год), пункт 1; Дурбанская декларация (преамбула, пункт 69) и Программа действий (пункты 18, 31, 50, 54 а), 176), принятые на Всемирной конференции против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости, 2001 год.

⁵² Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье (A/59/422), пункт 55; A/61/338, пункт 7; *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2006 год, Дополнение № 23* (E/2006/43-E/C.19/2006/11), пункты 48–49.

⁵³ Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 6, пункт 5. См. также: Европейская комиссия по правам человека, *Таварес против Франции*, решение от 12 сентября 1991 год, заявление № 16593/90, в котором Комиссия постановила, что

сти свидетельствует о систематическом непредоставлении услуг, необходимых женщинам для того, чтобы выжить при рождении ребенка, что может являться нарушением права на жизнь. Разные органы по правам человека признали обязательство государств защищать право женщин на жизнь в контексте беременности и родов, при этом Комитет по правам человека, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) и Африканская комиссия по правам человека и народов характеризуют предотвратимую материнскую смертность в качестве нарушения права женщин на жизнь⁵⁴. Несколько договорных органов более конкретно подчеркнули наличие связи между опасным абортom и высокими показателями материнской смертности и просили государства обеспечивать, чтобы женщины не были вынуждены совершать подпольные аборты, которые угрожают их жизни⁵⁵.

23. В контексте предотвратимой материнской смертности и заболеваемости право на жизнь является тесно связано с правами человека на здоровье, образование и информацию, а также равенство при осуществлении всех прав человека и пользовании ими. Способность женщин выживать в процессе беременности и родов зависит от наличия у них доступа к качественным услугам в области репродуктивного здоровья и охране материнства, свободы от социальной, культурной, экономической и правовой дискриминации, а также принятия независимых решений, касающихся их репродуктивной жизни.

2. Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

24. Право на здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, включает как свободу контролировать свое собственное здоровье и тело, так и право пользоваться целым рядом медицинских учреждений, товаров, услуг и условий, необходимых для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья⁵⁶.

25. В конкретном плане право на здоровье требует принятия особых мер в связи с беременностью и родами, включая обеспечение репродуктивного здравоохранения и охраны материнства. В МПЭСКП говорится, что "особая охрана должна предоставляться матерям в течение разумного периода до и после ро-

статья 2 Европейской конвенции о правах человека означает не только то, что государство должно воздерживаться от умышленного убийства, но также что оно должно принимать все необходимые меры для защиты жизни.

⁵⁴ Африканская комиссия по правам человека и народов, резолюция о материнской смертности в Африке; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 28, пункт 10. См. также, например: заключительные замечания Комитета по правам человека: Венгрия (CCPR/CO/74/HUN), пункт 11; Мали (CCPR/CO/77/MLI), пункт 14; Замбия (CCPR/C/ZMB/CO/3), пункт 18; заключительные замечания КЛДЖ: Мадагаскар (A/49/38), пункт 244.

⁵⁵ См., например: заключительные замечания Комитета по правам человека: Чили (CCPR/C/79/Add.104), пункт 15; Гватемала (CCPR/CO/72/GTM), пункт 19; Ирландия (CCPR/C/IRL/CO/3), пункт 13; Мадагаскар (CCPR/C/MDG/CO/3), пункт 14; Мали (CCPR/CO/77/MLI), пункт 14; Перу (CCPR/CO/70/PER), пункт 20; Польша (CCPR/C/79/Add.110), пункт 11; Замбия (CCPR/C/ZMB/CO/3), пункт 18; заключительные замечания КЛДЖ: Белиз (A/54/38), пункт 56; Колумбия (A/54/38), пункт 393; Доминиканская Республика (A/53/38), пункт 337; Мьянма (A/55/38), пункт 129; заключительные замечания Комитета против пыток (КПП): Чили (CAT/CR/32/5), пункт 4 h); Никарагуа (CAT/C/NIC/CO/1), пункт 16. См. также: Протокол к Африканской хартии прав человека и народов, касающийся прав женщин в Африке (Мапутский протокол), статья 14, пункт 2 с), принятый на второй очередной сессии Ассамблеи Союза, 2003 год.

⁵⁶ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, пункты 8 и 12.

дов" (статья 10, пункт 2), а в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин устанавливается, что "государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и в послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления" (статья 12, пункт 2)⁵⁷. МПЭСКП также требует обеспечения репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей (в предродовой и послеродовой периоды)⁵⁸. Целый ряд других международных и региональных договоров и органов по правам человека разработали обязательства государств в отношении обеспечения доступа к планированию семьи, дородовому и послеродовому уходу, квалифицированному приему родов, экстренным родовспомогательным услугам и доступу к безопасному аборту и уходу после совершения абортов⁵⁹.

26. Свидетельства подтверждают, что наличие доступа к добровольному планированию семьи может снизить материнскую смертность на 25–40%⁶⁰. Например, контрацепция способствует снижению показателей беременности среди подростков⁶¹. КЛДЖ настоятельно призвал правительства принимать меры для обеспечения доступа к контрацепции и услугам по планированию семьи⁶².

27. Опасный аборт является одной из пяти главных непосредственных причин смертей матерей, а его результатом могут быть постоянные повреждения и смерть вследствие осложнений⁶³. На долю рискованных абортов приходится 13% смертей матерей и 20% общей смертности и инвалидности вследствие беременности и родов⁶⁴. Ежегодно результатом рискованного аборта являются 65 000–70 000 смертных случаев и почти 5 млн. женщин страдают временной или постоянной инвалидностью⁶⁵. Согласно данным ВОЗ, степень законного доступа к аборту совместно определяет частоту и соответствующую смертность в результате опасного аборта. Свидетельства показывают также, что женщины, которые желают сделать аборт, сделают это невзирая на правовые ограничения. В случае малого числа ограничений в отношении доступности безопасного аборта показатели смертей и болезней являются гораздо меньшими⁶⁶. Договор-

⁵⁷ См. также Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), (A/CON.17/13), пункт 7.3.

⁵⁸ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, пункт 44 а).

⁵⁹ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, пункт 14; КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, пункт 27; Мапутский протокол (статья 14, пункт 2). См. также, например: заключительные замечания КЛДЖ: Кабо-Верде (CEDAW/C/CPV/CO/6), пункт 30; Индонезия (CEDAW/C/IDN/CO/5), пункт 37; Того (CEDAW/C/TOG/CO/5), пункт 29; заключительные замечания КЭСКП: Кения (E/C.12/KEN/CO/1), пункт 33; Непал (E/C.12/NPL/CO/2), пункт 46; заключительные замечания КПП: Камбоджа (CRC/C/15/Add.128), пункт 52; Казахстан (CRC/C/KAZ/CO/3), пункт 52 б); Мальдивы (CRC/C/15/Add.91), пункт 19.

⁶⁰ Всемирный банк, "World's progress on maternal health and family planning is insufficient", июль 2009 года, имеется по адресу <http://go.worldbank.org/70P0CCPUF0>.

См. также ЮНФПА по адресу www.unfpa.org/public/mothers/pid/4382.

⁶¹ См., например, ответ Новой Зеландии на вербальную ноту, в которой цитируются технические службы Тихоокеанского субрегионального бюро ЮНФПА, *Документ № 001/2008*, в котором сообщается, что самыми высокими в мире являются показатели подростковой беременности на Кирибати, Маршалловых Островах, Науру, в Папуа-Новой Гвинее, на Соломоновых Островах и Вануату.

⁶² КЛДЖ, Общая рекомендация № 24, пункты 2, 17, 23, 28 и 31 с); заключительные замечания КЛДЖ: Белиз (A/54/38), пункты 56–57; Филиппины (CEDAW/C/PHI/CO/6), пункт 27.

⁶³ См. пункт 6 настоящего исследования.

⁶⁴ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5th ed. (Geneva, 2007), p. 5.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ WHO, *Women and Health*, pp. 42–43.

ные органы выразили обеспокоенность по поводу последствий случаев смерти и инвалидности, связанных с опасными абортными, не только для права женщин на жизнь, но также и их права на здоровье⁶⁷.

28. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья утверждает, что женщины имеют право на услуги, товары и обслуживание в медицинских учреждениях в связи с репродуктивным здоровьем, которые: а) имеются в надлежащем количестве; б) являются доступными в физическом и экономическом отношении; с) доступны без какой-либо дискриминации; и d) характеризуются высоким качеством⁶⁸. Другие ключевые критерии включают приемлемость и доступность информации⁶⁹. Обеспечение наличия связано с расширением масштабов обслуживания и совершенствованием стратегий в области людских ресурсов, включая повышение числа и качества специалистов в области здравоохранения. Физический доступ к услугам по охране здоровья и их стоимость часто влияют на способность женщин обращаться за медицинским обслуживанием. Обеспечение доступа женщин к услугам по охране материнства и другим услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья может потребовать решения вопроса о дискриминационных законах, политике, практике и гендерного неравенства в области здравоохранения и в обществе. Законы или политика, которые ограничивают доступ женщин к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, оказывают непосредственное воздействие на материнскую смертность. Меры по предупреждению материнской смертности включают расширение масштабов технического вмешательства и обеспечение его доступности, а также обеспечение того, чтобы при оказании услуг учитывались права, культура и потребности беременных женщин, в том числе из числа коренных народов и других групп меньшинств. Услуги по охране материнства должны быть соответствующими в медицинском плане, поскольку качество обслуживания часто влияет на исход медицинского вмешательства и принятие женщиной решения об обращении за помощью.

29. Однако право на здоровье выходит за пределы доступа к услугам здравоохранения, и на материнскую смертность и заболеваемость воздействует ряд основополагающих социальных, экономических, культурных и политических составляющих здоровья и структурных барьеров⁷⁰. К числу этих составляющих относятся питание, вода и санитарные условия, информация о сексуальном и репродуктивном здоровье, экономическая изоляция и дискриминация, недискриминация и равенство полов.

3. Право на образование и информацию

30. Реализация права на образование является существенной для способности женщин пользоваться всем спектром прав человека. Кроме того, всестороннее понимание сексуального и репродуктивного здоровья является обязательным для обеспечения способности отдельных лиц охранять свое здоровье и принимать осознанные решения по вопросам сексуальности и воспроизводства. Низкие показатели грамотности и образования женщин во всем мире тесно

⁶⁷ См., например: заключительные замечания КЛДЖ: Камерун (CEDAW/C/CMR/CO/3), пункт 40; заключительные замечания КЭСКП: Кения (E/C.12/KEN/CO/1), пункт 33; Тринидад и Тобаго (E/C.12/1/Add.80), 2002 год, пункт 23; заключительные замечания КПП: Корейская Народно-Демократическая Республика (CRC/C/15/Add.239), пункт 50; Украина (CRC/C/15/Add.151), пункт 57.

⁶⁸ A/61/338, пункт 17.

⁶⁹ P. Hunt and J. Bueno de Mesquita, *Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (University of Essex, n.d.), p. 6.

⁷⁰ A/61/338, пункт 18.

взаимосвязаны с высокими показателями материнской смертности и отрицательно сказываются на других показателях охраны здоровья матерей, включая показатели рождаемости, пользование дородовым уходом, удовлетворение потребностей в противозачаточных средствах и более высокий возраст первого деторождения. Отсутствие образования отрицательно сказывается на здоровье женщин в результате их ограниченных знаний о питании, сроках между беременностями и контрацепции. Кроме того, в некоторых странах образование может выступать в качестве ключевой детерминанты качества ухода, при этом менее образованные женщины более часто сталкиваются с дискриминацией в медицинских учреждениях.

31. Право на информацию и пользование благами научного прогресса прочно укоренились в большинстве основных прав человека, включая право на жизнь, здоровье, образование и недискриминацию. Доступ к информации является необходимым элементом способности женщин делать осознанные выборы в отношении их сексуальной и репродуктивной жизни, а также доступа к медицинским услугам, необходимым для обеспечения здорового протекания беременности и родов. В пункте 1 е) статьи 16 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин предусматривается, что государства обязаны обеспечивать "доступ к информации, образованию, а также средствам", с тем чтобы дать возможность женщинам свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рожденьями. Комитет по правам ребенка подчеркнул, что государства "должны обеспечить подросткам доступ к информации о сексуальном и репродуктивном поведении, включающей вопросы планирования семьи и использования контрацептивов, опасность ранней беременности, профилактику ВИЧ/СПИДа, а также профилактику и лечение болезней, передающихся половым путем"⁷¹. Право на пользование благами научного прогресса, которое однозначно признается в МПЭСКП (статья 15, пункт 1), является особенно существенным в контексте материнской смертности и заболеваемости, поскольку многочисленные недорогие мероприятия по охране здоровья, на доступ к которым женщины имеют право, могли бы в значительной мере снизить показатели смерти и инвалидности матерей⁷².

С. Подход к материнской смертности и заболеваемости на основе прав человека

32. Результатом практического воздействия таких правозащитных ценностей, как достоинство и недискриминация, является свод рабочих принципов, которые составляют основу правозащитного подхода. Договорные органы и эксперты Организации Объединенных Наций разъяснили важное значение семи таких принципов, как: подотчетность, участие, транспарентность, расширение прав и возможностей, устойчивость, международное сотрудничество и недискриминация⁷³. Эти принципы имеют конкретное применение при рассмотрении правозащитного подхода применительно к проблемам материнской смертности и заболеваемости, которые обсуждаются в настоящем разделе.

⁷¹ Комитет по правам ребенка, Замечание общего порядка № 4: Здоровье и развитие подростков в контексте Конвенции о правах ребенка (2003 год), пункт 28.

⁷² Кроме того, в своей резолюции 11/8 Совет по правам человека признал, что предотвратимая материнская смертность требует эффективного поощрения и защиты, среди других прав, прав женщин и девочек на пользование благами научного прогресса.

⁷³ Вопрос о недискриминации рассматривается в разделе А настоящей главы; поэтому мы изложим только шесть других принципов.

1. Подотчетность

33. Подотчетность является основополагающим элементом пользования всеми правами человека и включает два основных компонента: рассмотрение прошлых жалоб и исправление систематического непредотвращения будущего ущерба. Подотчетность иногда узко понимается в значении обвинения и наказания, тогда как более точным было бы считать это процессом определения того, какие методы работают (и могут быть использованы в дальнейшем), а какие нет (и поэтому требуют корректировки)⁷⁴.

34. Комитет по правам человека сформулировал обязательства государства в отношении подотчетности в контексте права на жизнь в форме обязательства государства предупреждать, расследовать или компенсировать вред, причиненный действиями со стороны частных лиц или негосударственных образований⁷⁵. В этой связи Комитет подчеркнул необходимость административных механизмов для выполнения обязательства по скорейшему, тщательному, эффективному и беспристрастному расследованию утверждений о нарушениях прав⁷⁶.

35. КЭСКО разъяснил, что государства должны создавать механизмы и учреждения, которые могут принимать эффективные меры в отношении как индивидуального, так и структурного характера вреда, причиняемого дискриминацией в области обеспечения прав⁷⁷. Также уточняется, что важными элементами для обеспечения права на здоровье являются укрепление независимых правозащитных структур и участие правозащитников⁷⁸. Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье определил подотчетность следующим образом: "обеспечивать совершенствование систем здравоохранения, постепенное осуществление права на наивысший достижимый уровень здоровья для всех, включая находящиеся в неблагоприятном положении общины, слои населения и отдельных лиц"⁷⁹.

36. Жизненно важным компонентом подотчетности являются регулярный мониторинг системы здравоохранения и основополагающие физические и социально-экономические детерминанты здоровья, которые влияют на здоровье женщин и их способность осуществлять свои права. Без мониторинга невозможно исправлять систематические сбои со снижением материнской смертности и заболеваемости. В тех случаях когда государства принимают и осуществляют общенациональную государственную стратегию по охране здоровья и план действий⁸⁰, они должны также разработать "соответствующие показатели контроля за достигнутым прогрессом и выявления сфер, в которых необходима корректировка политики"⁸¹. Мониторинг позволяет государству-участнику лучше понять "проблемы и недостатки, встречаемые" при осуществлении прав, позволяя им заложить "основу для разработки более подходящих мер"⁸². Данные, основанные на соответствующих индикаторах, следует дезагрегировать по запрещенным основаниям для дискриминации в целях мониторинга ликвидации

⁷⁴ Доклад Специального докладчика о праве на здоровье (A/HRC/4/28), пункт 46.

⁷⁵ Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 31, пункт 8.

⁷⁶ Там же, пункт 15.

⁷⁷ КЭСКО, Замечание общего порядка № 20, пункт 40.

⁷⁸ КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, пункты 59–62.

⁷⁹ Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье (A/63/263), пункт 12.

⁸⁰ КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, пункт 43 f).

⁸¹ A/61/338, пункт 28 e).

⁸² КЭСКО, Замечание общего порядка № 1: представление докладов государствами-участниками (1989 год), пункт 8.

дискриминации⁸³, а также обеспечения того, чтобы уязвимые общины воспользовались планами в области здравоохранения.

37. В отношении меры по обеспечению подотчетности, предназначенной для снижения материнской смертности, Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье настоятельно рекомендовал всем государствам ввести в действие в срочном порядке всеобъемлющую эффективную систему регистрации, а также систему проверок случаев смерти матерей, с тем чтобы выявлять причины подобных случаев. Специальный докладчик отмечает, что подобные проверки случаев смерти матерей должны представлять собой внесудебный анализ, выходящий за пределы медицинских причин, с тем чтобы определить социальные, экономические и культурные причины, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению⁸⁴.

38. Принцип подотчетности тесно связан с правом жертв на доступ к средствам правовой защиты, включая возмещение ущерба⁸⁵. Эффективный доступ к средствам правовой защиты и возмещению ущерба способствует конструктивной системе подотчетности благодаря концентрации внимания на недостатках системы и поощрению возмещения ущерба. Компоненты средств правовой защиты и возмещения ущерба были изложены в принятом Генеральной Ассамблеей в 2005 году документе под названием "Основные принципы и руководящие положения, касающиеся права на правовую защиту и возмещение ущерба для жертв грубых нарушений международных норм в области прав человека и серьезных нарушений международного гуманитарного права"⁸⁶.

2. Участие

39. Участие является оперативным принципом правозащитного подхода, который стал признаваться в качестве права как такового. На Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате в 1978 году, 134 правительства и 67 международных организаций согласились в том, что "люди имеют право и обязанность участвовать на индивидуальной и коллективной основе в планировании и осуществлении их медико-санитарного обслуживания"⁸⁷. Участие в контексте материнской смертности и заболеваемости означает предоставление женщинам доступа к соответствующей информации и их включение в процессы принятия решений, которые затрагивают их беременность и роды. Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье отметил в контексте снижения материнской смертности и заболеваемости, что "право на охрану здоровья включает право на участие в разработке политики в области здравоохранения... [поскольку это] будет способствовать разработке более эффективных и устойчивых программ, уменьшению степени изоляции и повышению ответственности"⁸⁸.

3. Транспарентность

40. Без транспарентности не может быть значимой подотчетности или участия. Государство обязано обеспечивать транспарентные процессы подотчетности, с тем чтобы дать возможность гражданам в полной мере участвовать в пересмотре и переориентировании государственной политики⁸⁹. КЭСКО указал,

⁸³ КЭСКО, Замечание общего порядка № 20, пункт 41.

⁸⁴ Доклад Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье (A/HRC/7/11/Add.4), пункт 16.

⁸⁵ КЭСКО, Замечание общего порядка № 14, пункт 59.

⁸⁶ Резолюция 60/147 Генеральной Ассамблеи, приложение.

⁸⁷ Алма-Атинская декларация, глава IV.

⁸⁸ A/61/338, пункт 28 с).

⁸⁹ См., например, КЭСКО, Замечание общего порядка № 20, пункт 40.

что стратегии по охране здоровья и планы действий должны быть разработаны и должны пересматриваться "при соблюдении принципа участия населения и принципа транспарентности"⁹⁰. Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье подчеркнул, что, хотя государства обладают определенными полномочиями при выборе надлежащих механизмов мониторинга и подотчетности, "все механизмы должны быть эффективными, доступными и прозрачными"⁹¹.

4. Расширение прав и возможностей

41. Как упоминалось в разделе, посвященном вопросам равенства и недискриминации, предотвратимая смертность и заболеваемость тесно связаны с неравноправным доступом к ресурсам здравоохранения, информации и другим правам человека. В свою очередь гендерное равенство и расширение прав и возможностей играют ключевую роль в предотвращении материнской смертности, поскольку они ведут к повышению спроса со стороны женщин на услуги по планированию семьи, послеродовой уход и безопасные роды⁹². Кроме того, эффективность механизмов подотчетности, которые в свою очередь повышают эффективность политики в области здравоохранения, зависит от того, каким образом эти механизмы используются. В этой связи КЭСКП призвал к предоставлению, при возможности, правовой помощи жертвам потенциальных нарушений прав человека, с тем чтобы обеспечить эффективность механизмов подотчетности⁹³. В контексте материнской смертности и заболеваемости доступ к информации и обучению умению воспользоваться этой информацией имеет жизненно важное значение для того, чтобы женщины и девочки смогли воспользоваться существующими планами по снижению смертности. Расширение прав и возможностей становится поэтому предпосылкой для эффективной политики.

5. Устойчивость

42. Снижение предотвратимой материнской смертности и заболеваемости требует долгосрочного инвестирования в политику и программы в области здравоохранения, с тем чтобы расширить права и возможности тех женщин, которые в первую очередь подвергаются риску. Подобная устойчивость отмечалась в качестве ключевого элемента успешных инициатив, направленных на гарантирование как основополагающих физических составляющих здоровья, таких как вода, так и самого доступа к медицинскому обслуживанию⁹⁴.

6. Международная помощь

43. Хотя предупреждение материнской смертности и заболеваемости в некоторых случаях зависит от обеспечения относительно экономичных и простых вмешательств, смертные случаи невозможно полностью предотвратить без комплексного функционирования системы здравоохранения и стабильной инфраструктуры для перевозки приборов и пациентов, а также системы, обеспечивающей просвещение, предоставление информации и подотчетность⁹⁵. Укрепление этих систем является полезным для всех граждан, а не только для жен-

⁹⁰ КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, пункт 43 f).

⁹¹ A/61/338, пункт 65.

⁹² Hunt and Bueno de Mesquita, *Reducing Maternal Mortality*, p. 7.

⁹³ См., например, КЭСКП, Замечание общего порядка № 7: Право на достаточное жилище (пункт 1 статьи 11 Пакта): принудительные выселения (1997 год), пункт 15.

⁹⁴ A/61/338, в частности пункты 28 с), 84 и 95. См. также КЭСКП, Замечание общего порядка № 15: Право на воду (статьи 11 и 12 Пакта) (2002 год), пункт 11.

⁹⁵ A/61/338, пункт 19.

шин. Однако это является дорогостоящим делом и четко показывает взаимосвязи между развитием, правами человека и здоровьем населения.

44. В этой связи Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье подчеркнул следующее: "Право на охрану здоровья обуславливает ответственность развитых государств за обеспечение международной помощи и взаимодействия в целях оказания развивающимся государствам содействия в реализации права на охрану здоровья. Развитые государства должны поддерживать усилия развивающихся государств по сокращению материнской смертности. Эта ответственность отражена в Цели 8 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, – обязательстве развивать глобальные партнерские связи в целях развития"⁹⁶. Таким образом, на странах-донорах лежит ответственность за обеспечение международного сотрудничества и помощи.

IV. Обзор инициатив и деятельности в рамках системы Организации Объединенных Наций и за ее пределами по рассмотрению всех причин предотвратимой материнской смертности и заболеваемости

45. Всеобъемлющий обзор всех основных существующих глобальных инициатив и видов деятельности по рассмотрению проблемы предотвратимой материнской смертности и заболеваемости имел бы колоссальный объем. Предварительный анализ видов деятельности, условно разделенных на категории разработки нормативной основы и политики, предоставления услуг и подотчетности, подтверждает значительное число существующих инициатив, однако выявляет также необходимость в последовательных и расширенных действиях в конкретных областях.

A. Разработка нормативной основы и политики

46. Конкретизация права прав человека правозащитными механизмами, о которой много говорится в настоящем докладе, проводилась в соответствии с обязательствами, принятыми государствами на международных конференциях и в рамках глобальных инициатив, а не в отрыве от них. Проведенная в Каире в 1994 году Международная конференция по народонаселению и развитию приняла Программу действий, в которой в качестве целей устанавливается, среди прочего, поощрение здоровья женщин и безопасного материнства, достижение быстрого и существенного снижения материнской смертности и заболеваемости, сокращение различий, наблюдаемых между развитыми и развивающимися странами и в самих этих странах. Признавая последствия опасного аборта в качестве "главной проблемы общественного здравоохранения", Программа действий настоятельно призывает правительства не жалеть никаких усилий для предотвращения сопровождаемых высоким риском беременностей и родов, особенно среди подростков, а также нежелательных беременностей и "сокращать прибежание к аборту путем расширения и совершенствования услуг в области планирования семьи"⁹⁷. Кроме того, в пункте 8.25 Программы действий говорится следующее: "В случаях, в которых аборт не противоречит закону, его следует производить в адекватных условиях. Во всех случаях женщинам следует обеспечить доступ к качественным услугам для устранения осложнений, свя-

⁹⁶ Там же, пункт 20.

⁹⁷ Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), пункт 8.25.

занных с абортom". В пятилетнем обзоре Программы действий, подготовленном Организацией Объединенных Наций, говорится о том, что "... в тех случаях, когда аборт не противоречит закону, системы здравоохранения должны заниматься подготовкой медицинских работников, предоставлять в их распоряжение все необходимое и принимать другие меры с целью обеспечить безопасность и доступность таких абортов"⁹⁸.

47. В Пекинской декларации и Платформе действий (1995 год) государства постановили укреплять и переориентировать службы здравоохранения, с тем чтобы обеспечить всеобщий доступ к качественному медицинскому обслуживанию для женщин и девочек, снизить показатели плохого здоровья и материнской смертности и достигнуть во всемирном масштабе согласованную цель по снижению материнской смертности к 2000 году по меньшей мере на 50% от уровней 1990 года и еще наполовину к 2015 году. Были приняты обязательства по обеспечению того, чтобы необходимые услуги имелись на каждом уровне системы здравоохранения, и сделать репродуктивное здравоохранение доступным всем лицам соответствующих возрастов на всех уровнях системы здравоохранения (пункт 107 i)). В Пекинской декларации и Платформе действий признавались также последствия рискованного аборта для здоровья, которые являлись главной проблемой общественного здравоохранения (пункт 107 j)), при этом подтверждалась позиция, занятая Международной конференцией по народонаселению и развитию, а правительства согласились рассмотреть вопрос об изменении законов, содержащих меры наказания в отношении женщин, которые сделали незаконный аборт (пункт 107 k)).

48. На Саммите тысячелетия в 2000 году государства постановили снизить материнскую смертность на три четверти к 2015 году. Это обязательство изложено в целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые вытекают из обязательств, принятых на Саммите тысячелетия, и которые стали играть определяющую роль в международной деятельности в области развития. Конкретно Цель 5 касается улучшения охраны материнства и обеспечения всеобщего доступа к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья.

49. Всемирная ассамблея здравоохранения подтвердила глобальный консенсус в отношении основополагающих мероприятий, а именно: планирование семьи, квалифицированное принятие родов, оказание экстренной акушерской помощи и уход за новорожденными⁹⁹. В настоящее время ВОЗ готовит новую редакцию своей публикации *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* и выпускает новые руководящие указания по клинической практике для медицинских работников, с тем чтобы оказать дальнейшую помощь странам по обеспечению безопасных абортов.

В. Услуги

50. ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и ВОЗ недавно объединили свои усилия для ускорения прогресса в области снижения материнской смертности и заболеваемости с соблюдением права на здоровье в качестве центрального принципа и применением правозащитного подхода при составлении страновых программ Организации Объединенных Наций. Это совместная инициатива известна под общим названием "Здоровье 4" или "Н4". В ближайший год эти че-

⁹⁸ Доклад Специального комитета полного состава "Основные направления деятельности по дальнейшему осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (A/S-21/5/Add.1), пункт 63 iii).

⁹⁹ Совместный ответ ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ на вербальную ноту.

тыре учреждения расширят свою поддержку странам с самой высокой материнской смертностью и начнут сначала с 6 стран, а затем охватят до 25 стран с последующим увеличением этого числа до 60 стран¹⁰⁰. В соответствии с инициативой "Н4" эти организации, действуя совместно с другими заинтересованными лицами, делают, в частности, следующее: определяют стоимость национальных планов и быстро мобилизуют требуемые ресурсы; расширяют масштабы качественного медицинского обслуживания для обеспечения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью, особенно в том, что касается планирования семьи, оказания квалифицированной помощи при родах и экстренной акушерской помощи, а также ухода за новорожденными; обеспечивают связи с мероприятиями по предотвращению и лечению ВИЧ; и удовлетворяют срочные потребности в квалифицированных медицинских работниках, особенно акушерках.

51. К числу других совместных инициатив относятся: инициатива Международной федерации планирования семьи (Восточная и Юго-Восточная Азия и Океания) под названием "СПРИНТ", целью которой является расширение доступа к информации и услугам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем, для групп населения, переживающих кризис и живущих в посткризисных ситуациях¹⁰¹; и совместная Глобальная программа по акушерству Международной конфедерации акушеров/ЮНФПА по поощрению профессионализации занятия акушерством в 12 африканских странах, оказанию поддержки национальным усилиям по повышению национальных стандартов акушерства и оказанию помощи странам в расширении масштабов практики акушерства на основе общин¹⁰².

52. Программы и учреждения Организации Объединенных Наций также продолжают оказание помощи странам в этой области. ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ поддерживают выдвинутые на национальном уровне инициативы по охране материнства в более чем 90 странах. По просьбе правительств ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ поддерживают эти страны и руководят деятельностью по укреплению их систем медицинского обслуживания и расширению масштабов усилий по достижению лучших результатов в области здравоохранения, особенно для лиц, живущих в нищете или находящихся в уязвимых ситуациях. ЮНФПА и ВОЗ работают со странами с целью обеспечения того, чтобы вопросы сексуального и репродуктивного здоровья в полной мере включались в национальные системы и рамки и им уделялось первостепенное значение, а также предоставлялись соответствующие ресурсы. ЮНФПА и ВОЗ включают охрану материнства в качестве части пакета мероприятий в области сексуального и репродуктивного здоровья наряду с планированием семьи. В 2008 году ЮНФПА учредил Тематический фонд по охране материнства, цель которого заключается в увеличении имеющегося финансирования для содействия возможностям систем здравоохранения по предоставлению широкого спектра качественных услуг в области охраны материнства, уменьшения неравенства в вопросах здоровья и расширения прав и возможностей женщин для осуществления их права на охрану материнства. Помощь в рамках этой инициативы включала техническую и финансовую поддержку стран с высокой материнской смертностью, с тем чтобы ускорить достижение цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия.

53. Другие связанные с предоставлением услуг инициативы непосредственно касаются таких факторов риска, как ранние браки, калечение/вырезание жен-

¹⁰⁰ Ответ ЮНФПА на вербальную ноту, стр. 12.

¹⁰¹ Инициатива "СПРИНТ" осуществляется совместно с правительством Австралии, ЮНФПА, Австралийским союзом репродуктивного здоровья и Университетом Нового Южного Уэльса.

¹⁰² Ответ ЮНФПА на вербальную ноту, стр. 13.

ских половых органов или ВИЧ. Программа Берхана Хевана в регионе Амхара в Эфиопии, где показатели детских браков и материнской смертности относятся к числу самых высоких в мире, повторяет условную модель перевода наличных средств путем поощрения семей к тому, чтобы их девочкам разрешили участвовать в данной программе вместо того, чтобы выдавать их замуж. Как замужние, так и незамужние девочки, участвующие в этой программе, обретают функциональную грамотность, жизненные навыки, умение добывать средства к существованию и знания в области репродуктивного здоровья. После успешного завершения этой программы девочки и семьи получают скромные награды. В Гватемале спонсируемая ЮНФПА программа по *Abriendo Oportunidades* также ведет работу с маргинализированными девочками, которым грозит опасность детского брака. Благодаря этой программе девочки обретают руководящие, предпринимательские и жизненные навыки, а также получают информацию о гендерном равенстве и репродуктивном здоровье.

54. В контексте своей программы "Здоровье и развитие детей и подростков" ВОЗ ведет работу по усилению ответной реакции программ по репродуктивному здоровью на потребности подростков, с тем чтобы осуществлять дополнительный комплекс мер, направленных на предупреждение слишком ранней и часто нежелательной беременности, опасных аборт и смертности в результате таких абортов, а также смертности при родах и в послеродовой период. С этой целью организация готовит фактические данные, разрабатывает методы и инструменты, наращивает потенциал и создает общее мнение, а также активизирует сотрудничество.

55. В 2007 году ЮНИСЕФ и ЮНФПА приступили к реализации совместной программы под названием "Калечение/вырезание женских половых органов: ускорение перемен", целью которой является содействие 40-процентному уменьшению случаев подобной практики среди девочек с рождения до 15 лет, а также достижение того, чтобы к 2012 году по меньшей мере одна страна была объявлена свободной от калечения/вырезания женских половых органов. Оба этих учреждения работают также с ВОЗ, особенно в том, что касается предотвращения тенденции медиализации этой вредной практики¹⁰³. Благодаря подходу, учитывающему особенности местной культуры, эта совместная программа укрепляет партнерские отношения с государственными властями как на децентрализованном, так и на национальном уровнях, религиозными властями и местными религиозными лидерами, средствами массовой информации, организациями гражданского общества, а также секторами образования и репродуктивного здоровья.

56. ЮНЭЙД, ЮНФПА, ВОЗ и другие организации оказывают техническую поддержку расширению масштабов всеобъемлющей профилактики перинатальной передачи ВИЧ, которая охватывает а) включение консультирования и тестирования в связи с ВИЧ, а также других услуг, таких как безопасные роды и кормление младенца, в пакет услуг по охране материнства; б) адвокатскую деятельность по защите сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав женщин, живущих с ВИЧ (включая информацию о их праве определять число их детей и промежутки между их рождениями); и с) доступ к планированию семьи и другим услугам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем¹⁰⁴.

¹⁰³ По линии этой совместной программы в настоящее время оказывается поддержка мероприятиям, которые проводят 12 стран Африки, а именно: Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эфиопия, Замбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Кения, Сенегал, Сомали, Судан и Уганда. См. ответ ЮНФПА на вербальную ноту, стр. 13.

¹⁰⁴ Ответ ЮНФПА на вербальную ноту, стр. 11.

С. Подотчетность

57. Правозащитные механизмы представляют собой развитую систему для обеспечения подотчетности на международном уровне, в том числе посредством механизмов по рассмотрению жалоб, созданных согласно факультативным протоколам к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и МПЭСКП. В контексте определения степени соблюдения государством международных, региональных и национальных норм в области прав человека ВОЗ и Программа по международным правам на здоровье и правам человека Гарвардской школы общественного здравоохранения разработали механизм, который предоставляет в распоряжение стран метод использования правозащитной системы для выявления и устранения правовых, политических и нормативных барьеров на пути доступа людей к услугам по охране материнства и пользованию ими, а также к обеспечению качественного обслуживания. Этот механизм прошел испытания на местах и используется более чем в 10 странах¹⁰⁵.

V. Выводы и рекомендации

58. В своей резолюции 11/8 Совет по правам человека конкретно запрашивает рекомендации о том, каким образом Совет может внести свой вклад в существующие инициативы путем анализа положения в области прав человека, включая усилия, направленные на достижение сформулированной в Декларации тысячелетия Цели 5 относительно улучшения охраны здоровья матерей, и варианты решения, направленные на более полный учет правозащитных аспектов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости во всей системе Организации Объединенных Наций. В результате принятия этой резолюции Совет по правам человека обратился с однозначной просьбой к государствам "удвоить их усилия в целях обеспечения полного и эффективного осуществления своих обязательств в области прав человека" (пункт 3) в контексте искоренения предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Несмотря на постепенную конкретизацию работы правозащитных механизмов Организации Объединенных Наций, а также международных и региональных субъектов по правозащитным аспектам материнской смертности и по нарушениям прав человека, которые необходимо рассматривать, предупреждать или искоренять в этой области, невозможно переоценить ценность коллективного обязательства в отношении правозащитного подхода. В частности, существование материнской смертности и заболеваемости прочно связано с нарушениями прав человека "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"¹⁰⁶ и "требует эффективного поощрения и защиты прав человека женщин и девочек"¹⁰⁷, о чем подробно говорилось договорными органами и о чем кратко сообщается в настоящем исследовании.

59. Очевидно, что права человека должны играть важную роль в разработке эффективных подходов к решению этой глобальной проблемы посредством планов общественного здравоохранения. Многие меры, являю-

¹⁰⁵ Hunt and Bueno de Mesquita, *Reducing Maternal Mortality*, p. 10.

¹⁰⁶ Резолюция 11/8 Совета по правам человека, пункт 2.

¹⁰⁷ Там же.

щиеся существенными для эффективного решения проблемы материнской смертности и заболеваемости, были определены в качестве части правозащитных стандартов, включая создание доступных, транспарентных и эффективных механизмов мониторинга и подотчетности, а также обеспечения прав женщин на участие в процессах принятия решений, касающихся вопросов беременности и родов. Соответствующие обязательства государств, которые также включают процедурные ограничения, подкрепляются несколькими конкретными правозащитными принципами, а именно: подотчетность, участие, транспарентность, расширение прав и возможностей, устойчивость, международное сотрудничество и недискриминация. Реализация этих принципов является основой правозащитного подхода к искоренению предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Хотя проблема материнской смертности и заболеваемости является глобальной по своей природе, государствам и другим заинтересованным сторонам, оказывающим международную помощь и участвующим в техническом сотрудничестве, необходимо вести свою работу по искоренению материнской смертности и заболеваемости с учетом правозащитной перспективы.

60. Совет призвал учитывать правозащитные аспекты предотвратимой материнской смертности и заболеваемости в его механизмах, в частности универсального периодического обзора и специальных процедур, посредством поощрения государств и других заинтересованных сторон к уделению большего внимания этому вопросу при их взаимодействии с правозащитной системой Организации Объединенных Наций¹⁰⁸. В качестве ответа на этот призыв со стороны Совета государства-члены и государства-наблюдатели могли бы уделять дополнительное внимание систематическому рассмотрению правозащитных аспектов материнской смертности и заболеваемости в своих докладах, представляемых в ходе универсального периодического обзора, а также рассмотрению этой проблемы при проведении обзоров положения в других государствах. Совет мог бы также просить государства сообщать в ходе универсального периодического обзора об определенных правозащитных аспектах решения проблемы предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Другой важной частью этой работы было бы предложение Совета учреждениям, фондам и программам Организации Объединенных Наций предпринять инициативы и действия в связи с материнской смертностью и заболеваемостью, с тем чтобы систематически представлять информацию для рассмотрения в ходе универсального периодического обзора. Как показывает вышеизложенное обсуждение, проблема материнской смертности и заболеваемости касается не только права на здоровье, но и затрагивает ряд прав и тематических вопросов в области прав человека. Таким образом, Совет мог бы также призвать специальные процедуры включить в рамки их соответствующих мандатов рассмотрение правозащитных аспектов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости.

61. Вопрос о том, каким образом основная правозащитная система применяется в контексте предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, тщательно рассматривался в рамках работы договорных органов, а также других международных экспертов и региональных органов. В то же время можно говорить о проблемах в практическом применении правозащитного подхода к проблеме материнской смертности и заболеваемости. Иными словами, многие вопросы остаются без ответа, как, например: В чем заключаются конкретные шаги, которые могут быть сделаны

¹⁰⁸ Там же, пункт 5.

для осуществления/принятия правозащитного подхода к искоренению предотвратимой материнской смертности и заболеваемости? Каким образом государства могут обеспечить соответствие правозащитным принципам созданных конструктивных механизмов подотчетности? Каковы рамки действий конструктивных механизмов подотчетности, которые могут использоваться для обеспечения эффективного снижения материнской смертности и заболеваемости? Что необходимо для обеспечения того, чтобы конструктивный механизм подотчетности был представительным, эффективным и транспарентным?

62. Практическое осуществление неизбежно является широкомасштабным процессом, который требует систематизации и в настоящее время проходит без четкого руководства со стороны системы Организации Объединенных Наций. Безусловно, существует обширная эффективная практика, информацией о которой могут делиться государства и другие заинтересованные стороны, обеспечивая при этом конкретную увязку такой эффективной практики с применением правозащитного подхода к проблеме материнской смертности и заболеваемости. В то время как универсальный периодический обзор является одним из форумов для обмена подобной практикой, в настоящее время имеются широкие возможности для сбора информации об этой эффективной практике систематическим и тщательным образом. Кроме того, требуется осуществление и мониторинг такой оперативной основы; в то же время они не являлись приоритетной задачей на международном уровне. Совет мог бы сосредоточить усилия на продвижении вперед в области подобной деятельности по осуществлению и мониторингу.

63. Как отмечалось выше, из всех целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, Цель 5 является самой далекой от ее достижения. Несмотря на усилия по снижению материнской смертности в глобальном масштабе, за последние 20 лет к настоящему времени был достигнут весьма незначительный прогресс. В этой связи перед Советом открывается, безусловно, широкое поле деятельности для внесения конструктивного и эффективного вклада в глобальные усилия по искоренению материнской смертности и заболеваемости, действуя при этом в рамках его мандата по поощрению и защите прав человека. Имеется ряд рекомендованных вариантов для рассмотрения Советом, касающихся поощрения правозащитного подхода к решению проблемы предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Представленные ниже варианты являются не взаимоисключающими, а усиливающими друг друга. В краткосрочной перспективе подобные шаги могли бы включать подготовку материалов по правозащитным аспектам материнской смертности и заболеваемости для пленарного заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи в сентябре 2010 года, содержащих анализ прогресса в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, а также направление настоящего исследования на рассмотрение шестьдесят четвертой Всемирной ассамблеи здравоохранения. Подобные шаги соответствовали бы мандату Совета по актуализации прав человека в рамках системы Организации Объединенных Наций.

64. Следующим шагом, который мог бы быть предпринят Советом, стало бы дальнейшее практическое применение правозащитного подхода к проблеме материнской смертности и заболеваемости. Он мог бы включать в качестве первоначального этапа сбор информации среди государств и других заинтересованных сторон об эффективной практике решения проблемы материнской смертности и заболеваемости с учетом правозащитного аспекта. Подобный сбор информации о позитивной и эффективной прак-

тике явился бы важным и необходимым вкладом или основой для совместного проведения консультаций экспертов с соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций, которое проанализировало бы более тщательным образом оперативные аспекты правозащитного подхода к проблеме материнской смертности и заболеваемости. Итоги подобной широкомасштабной консультации могли бы быть представлены на рассмотрение Совета.

65. И заключительным шагом, несмотря на уже давно идущий межучрежденский диалог и сотрудничество в рамках систем Организации Объединенных Наций (и Бреттон-Вуда) по проблеме материнской смертности и заболеваемости, существуют дополнительные возможности для активизации работы по правозащитным аспектам этой темы благодаря участию в этом диалоге и сотрудничестве Управления Верховного комиссара по правам человека (УВКПЧ), в частности с ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Всемирным банком. Подобное участие позволило бы УВКПЧ содействовать этому сотрудничеству посредством оказания экспертной помощи по правам человека и в то же время позволило бы расширить возможности УВКПЧ в этой области благодаря взаимодействию с учреждениями, обладающими большим специализированным техническим опытом в вопросах материнской смертности и заболеваемости.
