



人权理事会

第十八届会议

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
增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会和文化权利，包括发展权

采取立足人权的方针消除可预防的孕产妇死亡率和发病率 方面的做法与人权

联合国人权事务高级专员办事处的报告

摘要

本研究报告系根据人权理事会第 15/17 号决议提交，分析汇编了采取立足人权的方针消除可预防的孕产妇死亡率和发病率方面的良好和有效做法。报告指出此类做法的共同特点，分析它们如何体现立足人权的方针，并介绍在降低孕产妇死亡率和发病率方面取得成效的一些良好做法。

目录

	段次	页次
一. 导言.....	1	3
二. 立足人权解决孕产妇死亡率和发病率的方针.....	2-4	3
三. 采取立足人权的方针消除可预防的孕产妇死亡率的 良好和有效做法的共同特点	5-34	4
A. 清除妨碍有效采取立足人权的方针消除孕产妇 死亡率和发病率的各种障碍，提高妇女地位	6-16	5
B. 性健康和生殖健康权	17-20	7
C. 加强卫生制度，增加获得和利用熟练护理的机会	21-24	8
D. 应对不安全堕胎	25-30	9
E. 改善监测与评估	31-34	10
四. 实例.....	35-74	11
A. 非洲	36-50	11
B. 亚洲	51-58	14
C. 东欧.....	59-62	16
D. 拉丁美洲	63-74	16
五. 结论	75	19

一. 导言

1. 人权理事会在第 15/17 号决议中请联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)编写一份采取立足人权的方针消除可预防的孕产妇死亡率和发病率的良好和有效做法的分析汇编材料,内容包括 (a) 查明这些举措如何体现立足人权的方针; (b) 这些成功通过立足人权的方针降低孕产妇死亡率和发病率的举措的内容; (c) 类似举措如何能够更充分地落实立足人权的方针。为了编写本报告,2011 年 1 月高专办将一份普通照会发送至各国、各联合国机构和世界银行、国家人权机构、联合国所有特别程序、消除对妇女一切形式歧视委员会和民间社会组织。收到的书面材料¹来自 54 个国家、² 3 个联合国机构(联合国儿童基金会(儿童基金会)、联合国人口基金(人口基金)和世界卫生组织(世卫组织))、5 个国家人权机构、³ 暴力侵害妇女、其原因及后果问题特别报告员和 14 个民间社会组织。⁴

二. 立足人权解决孕产妇死亡率和发病率的方针

2. 人权理事会在第 11/8 号决议中请各国将人权观纳入降低孕产妇死亡率和发病率的举措。过去一年中请各国采取这种方针解决孕产妇死亡率和发病率问题的其他文书包括: 妇女地位委员会关于消除可预防的孕产妇死亡率和发病率及女性赋权的第 24/5 号决议; 标题为《履行诺言: 促进到 2015 年实现千年发展目标商定行动议程的前瞻性审查》的秘书长报告(A/64/665); 和《促进妇女儿童健康全球战略》。

3. 各条约机构、其他国际专家和区域机构充分阐述了适用于可预防的孕产妇死亡率和发病率的实质性人权框架, 人权高专办《关于可预防的孕产妇死亡率和发

¹ 所收到的材料, 均可在人权高专办的网站上查阅 <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/>。

² 阿尔及利亚、澳大利亚、阿根廷、巴林、白俄罗斯、比利时、巴西、保加利亚、布基纳法索、加拿大、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加、古巴、塞浦路斯、多米尼加共和国、埃及、萨尔瓦多、爱沙尼亚、埃塞俄比亚、芬兰、德国、危地马拉、匈牙利、印度尼西亚、伊朗(伊斯兰共和国)、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、拉脱维亚、立陶宛、马达加斯加、墨西哥、缅甸、新西兰、尼加拉瓜、挪威、阿曼、巴基斯坦、秘鲁、菲律宾、葡萄牙、卡塔尔、俄罗斯联邦、沙特阿拉伯、塞内加尔、塞尔维亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国、东帝汶、多哥和乌克兰。

³ 阿塞拜疆监察员、尼加拉瓜国家人权委员会、尼日利亚国家人权委员会、新西兰人权委员会和南非人权委员会。

⁴ 塞拉利昂救援行动会和塞拉利昂玛丽·斯特普斯国际社、孟加拉国农村促进委员会、促进经济和文化权利中心、生殖权利中心、世界儿童组织、孟加拉国计划生育协会、国际妇女联盟、国际计划生育联合会、国际项目援助方案社巴西分社、国际项目援助方案社美国分社、医疗合作委员会、乌干达国家妇女组织协会和开拓者国际。

病率与人权问题的报告》(A/HRC/14/39)也对此进行了概括。国家义务的基础是 7 项具体人权原则：平等和不歧视、参与、赋权、透明、可持续、国际合作和问责。要采取立足人权的方针消除孕产妇死亡率和发病率，实现关于孕产妇保健的千年发展目标 5，核心问题就是落实这些原则。

4. 国际人权条约以及人权机构对这些条约的解释都清楚表明，各国为预防孕产妇死亡和发病必须承担的许多义务都不属于逐步兑现之义务，而是立即生效的义务。⁵《经济、社会、文化权利国际公约》承认该《公约》也规定了某些核心义务；经济、社会和文化权利委员会在其第 14 号一般性意见中强调，缔约国无论在什么情况下都不能为其没有履行核心义务辩护，这些义务是不可减损的。在同一份意见中，委员会指出，提供孕产保健服务是一项核心义务：各国有直接义务采取审慎、具体和有针对性的措施实现在妊娠和分娩时享有健康的权利。消除对妇女歧视委员会在一般性建议中强调，缔约国必须确保孕产妇保健服务和平等获得保健服务：拒绝提供只有妇女需要的服务就是一种形式的歧视。此外，生命权、其他公民和政治权利以及免受歧视的权利，都不属逐步实现的权利。⁶

三. 采取立足人权的方针降低孕产妇死亡率和发病率的良好和有效做法的共同特点

5. 目前全球孕产妇死亡率下降的速度不足，无法实现千年发展目标规定的在 1990 年至 2015 年期间将其减少四分之三的目标。⁷ 采取立足人权的方针消除孕产妇死亡率和发病率的良好和有效做法也许比较复杂而又具有地方特点，但是分析了对人权高专办普通照会的所有答复后，可以看出它们拥有 5 项共同特征：

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

(b) 增加获取避孕手段和计划生育办法的机会，使妇女和少女能够就自己的性行为 and 生育问题做出决定，包括推迟和限制生育及预防艾滋病毒/艾滋病等性传播疾病，同时助其获得性教育和性健康及生殖健康教育；

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

(d) 解决妇女不安全堕胎的问题；

⁵ 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议(第十二条)，第 11 段。

⁶ 见人权事务委员会关于生命权的第 6 号一般性意见(第六条)，第 5 段；和经济、社会、文化权利委员会第 20 号一般性意见(第二条第 2 款)，第 7 段。

⁷ A/64/665，第 30 段。

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

A. 清除妨碍有效采取立足人权的方针消除孕产妇死亡率和发病率的各种障碍，提高妇女地位

6. 孕产妇死亡率和发病率是因两性不平等、歧视、卫生不平等及未能保障妇女人权而造成的。千年发展目标 5 的进展缓慢，这就说明了对妇女和女童生命的轻视，及其她们在确定公共优先事项时有限的发言权。正式的法律、政策和有害的社会规范和做法使妇女终身长期遭受不平等和歧视。妇女，尤其是年轻妇女、生活在贫困中的妇女和/或被社会边缘化的妇女，往往因有害的、侮辱性或歧视性的法律和惯例而无法获得照顾。因此，许多妇女和少女无法得到其有权获得的全方位的性健康和生殖健康服务和信息。⁸

7. 贫穷和教育程度较低的妇女和女童及居住在农村地区的妇女和女童，更不大可能获得卫生服务，或是在熟练卫生工作者的陪伴下分娩，原因包括住地偏远、助产设施昂贵、堕胎服务有限、家庭中由男性做主的决策过程、质量差和或缺乏尊重的护理，包括卫生保健提供者对携带艾滋病毒的孕妇的恶劣态度。

8. 面临基于年龄、婚姻状况、残疾、艾滋病毒/艾滋病状况等多重歧视的妇女和居住在农村地区或贫民窟的妇女，或身为土著、少数族裔、移民、流离失所者或难民的妇女，其承担的风险又进一步增加。立足人权的方针要求采取措施，查明特定类别的妇女更难获得适当、及时的保健干预和服务的原因，并加以解决。

9. 立足人权解决孕产妇死亡率和发病率的综合方针必须通过立法、政策和行动措施等一系列干预手段，确保妇女在决策中的平等地位。需要通过政治承诺、扶持政策及促进各部门之间的联系，来减少贫困，提高妇女的教育程度和改善其营养状况，并改善水和卫生、基础设施和交通，增强妇女权利，处理基于性别的暴力问题和有害做法。

1. 早婚

10. 早婚使少女在孕产期死亡和发病面临更大的风险。根据世卫组织的资料，虽然并非所有生育都发生于婚内，但是由于文化规范和期望的影响，也由于生育头胎前避孕的做法不像其后避孕以推迟生育那样普遍，结婚年龄与头胎生育联系密切。⁹

⁸ 儿童基金会、人口基金、世卫组织，《解决预防孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题：提交人权理事会的联合报告》，儿童基金会提交的材料，第 1 页。

⁹ 1998 年世界卫生日，母亲安全。推迟生育，见 www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98_04.html。

11. 妊娠并发症是年轻妇女死亡的主要原因，少女因生育而死亡的概率是 20 岁以上妇女的两倍。¹⁰ 产科瘕患者的平均年龄是 25 岁以下，许多患者只有 13 或 14 岁。¹¹

12. 婚姻常常带来生儿育女的期望。妇女选择是否结婚、何时结婚和与谁结婚的权利是受到若干国际人权文书保障的一项基本人权。根据消除对妇女歧视委员会的意见，最低结婚年龄应为 18 岁，其他条约机构也赞同这一意见。¹² 然而，虽然大多数国家声称国家法律符合这一标准，但是现实中的习俗和传统并不符合标准，关于最低结婚年龄的法律也没有得到实施。

13. 考虑到早孕和风险之间的关联，立足人权的方针应促进中等教育，规定实施 18 岁以上的最低结婚年龄标准以防止早婚，通过推迟性生活开始年龄及使用有效的避孕方法来推迟头胎生育。

2. 营养不足

14. 营养不足可极大地增加可预防的孕产妇死亡和发病的风险。¹³ 许多国家的妇女和女童都受到食物匮乏的严重影响，家庭用餐方式常常使妇女和女童最后进食。营养不良阻碍了其骨盆增长，导致难产，造成孕产妇死亡和产科瘕。立足人权的方针要求各国处理任何不许妇女在男子吃饱前进食的传统做法，¹⁴ 并要求各国尊重、保护和促进妇女和女童得到营养健康的权利。¹⁵

3. 暴力侵害妇女行为

15. 暴力侵害妇女行为一直妨碍取得良好的孕产妇健康结果。孕期暴力可增加流产、死胎、人工流产和出生时体重低的风险。¹⁶ 立足人权的方针要求各国消除此类暴力，并提供培训，使用适当的治疗和咨询方法识别暴力行为的迹象，并使社区参与其事。

¹⁰ 世界银行，“Maternal mortality at a glance: why address maternal mortality?”（《孕产妇死亡率一瞥：为什么要解决孕产妇死亡率？》），2006 年 5 月。见 <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMatMort06.pdf>。

¹¹ 医疗合作委员会提交的材料。

¹² 见消除对妇女歧视委员会第 21 号一般性建议，第 36 段；经济、社会、文化权利委员会第 16 号一般性意见；人权事务委员会第 28 号一般性意见，第 23 段；儿童权利委员会第 4 号一般性意见，第 9 段。

¹³ A/HRC/14/39，第 18 段。

¹⁴ 见经济、社会、文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 28 段；和人权事务委员会第 6 号一般性意见。

¹⁵ 消除对妇女歧视委员会第 24 号一般性建议，第 7 段。

¹⁶ 世界卫生组织(世卫组织)，Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals”（《应对暴力侵害妇女行为，实现千年发展目标》）；见 www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/index6.html。

4. 女性外阴残割

16. 女性外阴残割是对妇女的一种暴力形式和对妇女和女童权利的侵犯。接受这种切割的女童和妇女罹患感染、心理和性心理创伤、不孕不育和产科并发症的几率更高，¹⁷ 这就需要更多紧急产科护理。立足人权的方针主张在国际和区域人权条约和协商一致文件的强有力支持下，消除这种有害的做法。¹⁸

B. 性健康和生殖健康权

17. 国际人口与发展会议确认生殖权利为基本人权，认为避孕信息和服务对于确保生殖健康和权利至关重要。¹⁹ 这些权利的基础是生命权、享有能达到最高健康标准的权利、²⁰ 决定子女数目和生育间隔的权利、²¹ 隐私权、²² 信息权²³ 和平等及不歧视权。²⁴ 保障妇女不受胁迫、歧视和暴力地获取可得到的、可接受的和高质量的避孕信息和服务，对于实现两性平等及确保妇女能够作为正式成员参与社会至为关键。

18. 为了实现两性平等和没有性别歧视，各国义务确保其法律、政策和做法有针对性地满足妇女的特殊需要，包括有义务确保妇女获得性健康和生殖健康信息与服务。²⁵

¹⁷ 世卫组织，Estimating the obstetric cost of female genital mutilation in six African countries (6 个非洲国家女性生殖器切割的产科代价评估)，世卫组织简报 88:281-288，儿童基金会提交材料中引述，第 1 页。

¹⁸ 世卫组织，“Eliminating female genital mutilation: an interagency statement” (《消除女性外阴残割：机构间声明》)，2008 年，第 8 页。见 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf。

¹⁹ A/CONF.171/13/Rev.1。

²⁰ 人权事务委员会，第 6 号一般性意见，第 5 段。

²¹ 见《消除对妇女一切形式歧视公约》第十六条第 1 款(e)项；《残疾人权利公约》第二十三条第 1 款(b)项；《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》(马普托议定书)，第 14 条，第 1 段。

²² 见消除对妇女歧视委员会第 21 号一般性建议，第 22 段；人权事务委员会，第 28 号一般性意见，第 20 段；和 A/CONF.177/20，第 96 段。

²³ 儿童权利委员会，第 4 号一般性意见，第 28 段；A/65/162，第 19 段和第 24 至 37 段；经济、社会、文化权利委员会，第 14 号一般性意见，注解 27。

²⁴ 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议；人权事务委员会，第 28 号一般性意见；经济、社会、文化权利委员会，第 16 号一般性意见；大会正式记录：第五十三届会议，补编第 38 号(A/53/38/Rev.1)，第 228 至 229 段；同上，第五十二届会议(A/52/38/Rev.1)第 140 段。

²⁵ 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议，第 27 段；经济、社会、文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 14 段。

19. 各国政府有义务采取积极步骤，确保排除法律、资金、信息和其他障碍，确保妇女可以全方位获得各种避孕方法。²⁶ 限制妇女获得某些避孕方法的规定和强制性的计划生育政策，损及妇女做出明智、自主决定的能力，以及确定生育子女的人数、间隔和时机的能力。

20. 有许多障碍妨碍已婚和未婚青年获得避孕和预防艾滋病毒等各项服务。否认年轻人性行为活跃、需经父母或配偶同意、服务的费用和地点、缺乏隐私和保密性，皆在此列。儿童权利委员会在第 4 号一般性意见中指出，实现青少年健康权取决于发展考虑青少年特点的、尊重保密和隐私的保健服务，包括适当的性健康和生殖健康服务。

C. 加强卫生制度，增加获得和利用熟练护理的机会

21. 虽然有许多因素导致产妇死亡和致残，最有效的防范手段之一是加强卫生制度和初级卫生保健，确保各级都有熟练的助产人员，24 小时都可获得紧急产科护理。如果产妇得到了拥有必要技能、设备和药品，可以预防和处理并发症的专业保健人员的协助，大多数产妇死亡和致残事件原本都可以避免。

22. 长久以来，各国只注重提供更多的熟练助产人员，而忽视了干预措施。然而，立足人权的降低孕产妇死亡率和发病率方针认为，仅提供服务还不够，服务必须做到所有人皆可获得并负担得起，质量过硬，而且还应以文化上可以接受、照顾妇女需求的方式来提供这些服务。要克服这些障碍，需要采取立足人权的方针，因为必须创造一个有利环境，使妇女拥有要求享有这些权利的能力。出现并发症时，家庭和社区应有能力发现并采取行动。

23. 运转良好的卫生系统需要充足的供应、设备和基础设施，以及高效的交流、转诊和运输系统。无论巩固这些系统耗资如何巨大，它都会造福全体公民，而不仅仅是妇女，进而说明发展、人权和公众健康之间的相互关系。

24. 根据人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员的说法，健康权使发达国家有责任进行国际援助和合作，帮助发展中国家实现健康权。发达国家应当支持发展中国家降低孕产妇死亡率的工作。这一责任体现在千年发展目标 8 中，该目标是对全球合作促进发展的一个承诺，²⁷《促进妇女儿童健康全球战略》也进一步阐明了此项责任。因此问责始于国家义务，但是国际社会也有责任提供国际合作和援助，加强卫生系统。

²⁶ 见大会正式记录：第五十四届会议，补编第 38 号(A/54/38/Rev.1)，第 186 和 207 段；同上，第五十七届会议(A/57/38)，第 400 段；消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议，第 17 段；和经济、社会、文化权利委员会，第 14 号一般性建议，第 27 段。

²⁷ A/61/338，第 19 段。

D. 应对不安全堕胎

25. 秘书长在《促进妇女儿童健康全球战略》中指出，不安全堕胎在孕产妇死亡原因中占八分之一；高级专员在 2010 年 6 月 14 日的讲话中宣布，各国负有义务应对不安全堕胎问题。不安全堕胎是孕产妇死亡的 5 大原因之一。²⁸ 每年造成约 47,000 名妇女死亡，并发症并造成 500 万至 850 万妇女的暂时或永久的残疾或伤害。²⁹

26. 数个人权机构已经在现行国际法的基础上呼吁各国政府审查和修订限制堕胎的法律。³⁰ 消除对妇女歧视委员会在第 24 号一般性建议中强调，妨碍妇女获得适当医疗保健的障碍包括规定唯有妇女需要的医疗程序为非法的法律和规定对接受这些程序的妇女进行惩罚的法律。委员会还建议修订规定堕胎为非法的立法，以便废除对堕胎妇女进行惩罚的规定。同样，其他人权条约机构也已宣布，限制堕胎的法律及无法确保堕胎机会依法均不符合国际人权法；拒绝提供安全、合法的堕胎机会和堕胎后照顾构成了对生命权、健康权、不歧视原则等权利的侵犯，限制堕胎的法律对贫困妇女和农村妇女造成不成比例的歧视性影响。³¹ 在某些情况下，拒绝提供安全堕胎方式及将堕胎非法化也被视为侵犯了免遭酷刑和残忍、不人道和有辱人格待遇的权利。³²

27. 根据世卫组织的资料，合法堕胎途径的多少和其他因素共同决定了不安全堕胎的频率和相关死亡率。证据还显示，无论是否有法律限制，那些寻求堕胎的妇女都会那么做。在几乎不限制安全堕胎的地方，死亡和患病人数大幅减少。

28. 根据暴力侵害妇女、其原因及后果问题特别报告员的报告，绝对禁止堕胎就是一个例子，说明了国家行为如何能够导致暴力侵害妇女，并对孕产妇死亡率和发病率以及青少年自杀现象产生直接影响。被迫继续意外怀孕的妇女和少女普遍面临家庭和社会的再次伤害。在因强奸或乱伦导致怀孕的情况下，妇女和少女往往进行不安全的非法堕胎，有时甚至会致命。某些情况下，流产妇女或因难产造成胎儿死亡的妇女自动被控犯有故意杀人罪，并受到刑法的处罚。³³

²⁸ 世卫组织，“Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008”（《不安全堕胎：2008 年全球和区域不安全堕胎和相关死亡率发生情况估测》），第六版，第 1 页和第 5 页。见 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf。

²⁹ 同上，第 14 页。

³⁰ 见 E/C.12/1/Add.66、E/C.12/PRY/CO/3 和 CRC/C/15/Add.107。

³¹ 见 CCPR/CO/70/ARG。

³² 见 CCPR/C/79/Add.72，第 15 段；CCPR/CO/70/PER，第 20 段；CCPR/CO/82/MAR，第 29 段。还见 CCPR/CO/79/LKA，第 12 段和 CAT/C/CR/32/5，第 6 (j) 段。

³³ A/HRC/17/26/Add.2，第 65 至 68 段。

29. 堕胎若由熟练医务人员在安全的环境中操作，对于妇女的生命和健康风险极小。国家义务包括确保少女和妇女不会被迫进行不安全堕胎。³⁴ 保证避孕及确保可获得安全堕胎和堕胎后照料将减少妇女寻求不安全堕胎的需要。尤其是获得避孕商品和服务及全面、可靠的避孕信息，对于避免意外怀孕至为重要，但是无法免去提供安全堕胎服务的需要。据估计，每年因避孕方法失败而发生 3,300 万起意外怀孕。例如，避孕失败的妇女就需要获得安全的堕胎服务。根据世卫组织的资料，除非落实和加强保证妇女获得安全堕胎和避孕服务的措施，否则不安全堕胎的数量有可能继续增加。³⁵ 无论堕胎合法与否，必须提供人性化的堕胎后服务，包括避孕方法指导，以避免意外怀孕。

30. 立足人权的方针意味着各国必须采取步骤，消除妨碍提供堕胎服务和导致妇女求助于不安全堕胎的各种障碍，包括提供医疗照顾时难以接受的延误、要求医务人员上报堕胎妇女的法律、及堕胎妇女必须经第三方同意的规定，甚至在生命危急时刻也必须这样做。各国必须组织卫生保健服务，以免专业保健人员因良心而拒绝堕胎的做法妨碍妇女获得保健服务。

E. 改善监测与评估

31. 问责是享有所有人权的关键所在，它包括两大部分：(a) 解决过去的冤情；(b) 修正系统性失误，以防止今后再出现侵权行为。问责决定哪些做法有效(所以可以效仿)、哪些做法无效(所以可以调整)。³⁶ 缺少立足人权的问责机制来调查因卫生制度失效、社会经济不平等和歧视性社会做法而造成的孕产期死亡和致残事件，是影响降低孕产期死亡率和发病率的一个主要障碍。

32. 国家在实施一项国家公共卫生战略和行动计划时，还应当制订适当的指标，以监测取得的进展，突出需要作出政策调整的地方。³⁷ 监测有助于各国更好地理解在实现这些权利时遇到的问题和不足，为其提供能制订出更为适当的政策的框架。³⁸ 各国应建立国家一级的可行、有效、独立和透明的问责机制，在公共和私营部门运作，不断改善现有的方案和政策，确保在出现侵犯妊娠相关权利的行为时做出补救和补偿。

³⁴ 方法包括确保计划生育、产前和产后护理、熟练助产和紧急产科救护。见经济、社会、文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 14 段；消除对妇女歧视委员会第 24 号一般性建议，第 27 段；《马普托议定书》第 14 条，第 2 款。还见 A/HRC/14/39，第 25 段。

³⁵ 世卫组织，“Unsafe abortion”(《不安全堕胎》)(见脚注 28)，第 1 页。

³⁶ A/HRC/4/28，第 46 段。

³⁷ 同上，第 28 (e) 段。

³⁸ 经济、社会、文化权利委员会，第 1 号一般性意见，第 8 段。

33. 健康权问题特别报告员强烈建议，所有国家作为紧急事项引入一套全面有效的登记系统，以及一套孕产妇死亡审核系统，以便查明死亡原因。这种孕产妇死亡审核应当是一种超出了医学范畴的非司法性审查，以确定导致或促成死亡的社会、经济和文化原因。³⁹

34. 问责是《促进妇女儿童健康全球战略》的基石，该战略呼吁所有利害关系方支持改善监测和评估工作，确保所有行为者对结果负责。为监督该战略而设立的委员会提出了一个“监测—审查—行动”问责框架。⁴⁰ 要履行在千年发展目标高级别全体会议上所做的承诺，⁴¹ 各国必须确保其国家问责机制符合其人权条约义务。普遍定期审议、条约机构和区域机制等人权机制对于全面问责框架具有关键重要性。

四. 实例

35. 收效最佳的例子是一方面持续努力解决孕产期死亡率和发病率的根本原因，另一方面加强政府努力，确保妇女更好地获得优质保健服务及推动妇女赋权。下述各例中，通过不同程度、不同方式地落实立足人权的方针的某些原则：平等和不歧视、参与、透明、赋权、可持续性、问责性和国际合作，成功降低了孕产妇死亡率和发病率。这些实例没有审查各国的整体人权状况，特别是关于妇女和女童的人权状况，也没有对降低孕产妇死亡率的方案进行综合人权评估，或是试图评估这些方案的所有方面是否都符合立足人权的方针。如上文所述，国际人权机构制定了严密的标准，各国均可以加强努力落实这些规范和标准，并采用立足人权的综合方针，处理可预防的孕产妇死亡率和发病率问题。下列实例中实施了这种方针的某些原则，但并不是降低孕产妇死亡率和发病率的全面综合方针。如何运用可持续性和透明性这两项人权原则的实例很少，这一事实说明仍有许多工作要做。虽然简要列举了一些优秀机制的范例，但是它们也说明如果以立足人权方针为标准来衡量，仍需要通过持续、系统的努力进一步将其他人权原则纳入战略。

A. 非洲

1. 废除女性外阴残割的努力

36. 儿童基金会和人口基金一直在整个非洲范围内与各国政府和各方伙伴共同努力处理女性外阴残割的问题，它们采用的方针并不针对个体行为，而是支持就

³⁹ A/HRC/7/11/Add.4, 第 16 段。

⁴⁰ 妇女和女童健康信息和问责委员会, *Keeping Promises, Measuring Results: Final Report*, 2011 (《2011 年最后报告：保持承诺，衡量结果》)。

⁴¹ 见大会第 65/1 号决议。

这一问题和人权原则开展讨论和辩论；例如，苏丹的 Saleema 运动利用大众传媒广泛传播信息，动员社区、宗教领袖和家庭参与其事。这一立足人权的方针迫使若干国家内有一定比例的人口放弃了切割做法，这些国家包括布基纳法索、吉布提、埃及、厄立特里亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、肯尼亚、塞内加尔和乌干达。

37. 这一方针认识到，母亲让女儿接受切割，并不是出于伤害的目的，而是为了确保她们可以结婚和保护家誉。它还认识到，这种做法之所以持续存在，是因为一种社会准则，在这种准则之下，人们的行为受到他人行为的影响；它鼓励社区自行决定停止这一做法。它还提出了包括两性不平等在内的一些根本问题，在妇女地位方面取得了其他积极成果。通过类似举措可以更充分地实施立足人权的方针，关键要理解和领悟有害做法背后的社会动因，使人们能够自行放弃此类做法，而不是对坚持这些做法的个人和社区进行消极评判。

2. 使男性成为健康性关系伙伴的方案

38. 国际计划生育联合会实施各项方案，确认男子可以促进更安全的性行为并协助其伙伴健康妊娠和安全分娩，从而使男青年也参与增进两性平等的努力。此类方案对孕产妇健康结果产生了强烈影响：能够与伙伴商量使用安全套的年轻女性能够更好地保护自己免遭意外怀孕、性传播感染和艾滋病毒。了解这些事情的男性伙伴在孕产期常常能够提供更好的支持，而且对怀孕妇女施加暴力的可能性更小。

3. 孕产妇死亡审查

39. 2003 年以来，人口基金、儿童基金会、世卫组织和其他发展伙伴一直在协助非洲各国卫生部门将孕产妇死亡审查制度化。为此共采取了 5 种办法：文字分析、驻院审查、重大疾病险发审查、孕产妇死亡秘密调查和标准化临床审计。⁴²

40. 总体看来，孕产妇死亡审查国家政策和准则的制定取得了显著改善，特别是在科摩罗、莱索托、马拉维、纳米比亚、卢旺达和乌干达。到 2010 年，65% 的非洲国家报告称，已对孕产妇死亡情况进行审查和分析。⁴³

41. 与孕产妇死亡审查制度化类似的举措可以更充分地实施立足人权的方针，方法包括：让社区参与规划、设计、执行、监测和评估，以提供信息并确保设计的所有权；将覆盖面由试点扩展至区一级直至全国，确保省区两级的准则传播和方案支持；在国家一级设立积极倡导小组，确保民间社会参与并进行能力建设。在卫生部门设置专门的审查预算，有助于确保其不会湮没于其他优先事项之中。

⁴² 世卫组织, *Beyond the Numbers*(《数字之外》), 日内瓦, 2004 年。

⁴³ 人口基金提交的材料。

42. 埃及已经纳入儿童保健和计划生育方案，升级设施以加强安全孕产方案，将口服补液方案与扩大供水和卫生系统相结合，并培训卫生保健工作者，同时开展社区外联方案，以便按预订计划实现千年发展目标 4 和目标 5。

43. 肯尼亚国家人权委员会体现了准司法机构在确保政府对孕产妇健康负责方面可以发挥的作用。委员会发起了生殖保健民意调查，为生殖健康服务讨论提供了一个论坛；查找服务质量差和服务不足的根源；确定产妇死亡率高的原因并找到切实可行的解决方案；为受害者提供表达意见的机会；提高公众认识，促进公开辩论；并提出建议。⁴⁴

44. 马拉维政府及其伙伴拥有一个涵盖整个部门的筹资机制，通过这一机制与所有利害关系方进行年度规划，避免重复并减少对单一捐助方的依赖，在这一机制的协助下，1990 至 2008 年间孕产妇死亡率下降了 44%。

45. 经卫生部聘用和培训的常驻社区的健康监察助理，在社区进行宣传、登记孕妇、进行孕产妇保健审计和书面分析，并处理青少年的性健康和生殖健康问题。社区一级的干预重点放在通过设立审计委员会和宣传地方管理部门(召集社区领袖和首领开会并举行群众文艺表演)，监测孕产妇死亡情况和促进社区参与。

46. 改善问责在卢旺达发挥了重要作用。2008 年，卢旺达政府在人口基金的支持下采纳了一项战略，其中包括以驻院死亡审计、孕产妇死亡秘密调查和文字分析等方式进行孕产妇死亡审查。由地方社区领袖代表团开展调查，然后由政府进行监测。包括计划生育在内的生殖健康成为优先事项，各政府部门受命制定以妇女为中心的行动计划并将两性平等观点纳入预算编制。实施新颖的方案，培训和留住新的卫生工作者，加上国际援助，这些都巩固了卫生系统。儿童基金会/人口基金/世卫组织的联合支助加强了对本地资源的调动，改善了社区一级的计划生育服务，提供了救护车，而且试行了快速短信服务。该服务为一个区的社区卫生工作者配备了电话，使其能够做出快速反应。⁴⁵

47. 在塞拉利昂，主要由英国国际开发部资助的免费保健服务计划的目的在于取消使用费并逐步改善服务质量，从而增加 23 万名孕妇获得保健照料的机会。⁴⁶ 粮食署在一些诊所为孕妇提供食物，卫生部在各区派遣了营养师，为孕妇和哺乳期妇女提供咨询。

⁴⁴ 肯尼亚女律师联合会和生殖权利中心，*Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (《未能履行义务：肯尼亚保健机构中侵犯妇女人权的行为》)(2007 年)(生殖权利中心提交的材料)。

⁴⁵ 人口基金提交的材料。

⁴⁶ 见 <http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=201853>。

48. 儿童基金会和利物浦热带医学院正在实施一项新颖的保健人员能力培训方案，利用人体模型培训专业保健人员，耗时仅用 4 天(而不是通常的 10 天)。有些国家迫切需要解决卫生工作者缺乏技能的问题，而且病例数量和整体人力资源都不足以进行能力训练。对于这些国家而言，这种方法十分理想。

49. 救援行动会和玛丽·斯特普斯国际社实施了一项针对农村妇女的立足人权的方案，内容包括：使其了解其性权利和生殖权利；将传统接生婆培训为社区保健工作者并支持开办移动诊所；利用媒体提高对政府免费保健计划的了解程度；在本地社区设立妇女论坛，积极监测妇女获取保健服务的情况和暴力侵害妇女的案件。

50. 在坦桑尼亚联合共和国偏远的西部，开拓者国际和妇女难民委员会努力减少境内流离失所者和难民中因产后出血造成的孕产妇死亡现象。他们制定了一个新颖的模式，指导国家、医院和社区各级利害关系方解决造成这一问题的根本原因。该模式结合了社区参与、临床干预和政府宣传。开拓者国际还试行了挽救生命的新技术，例如无空气抗休克服可以将妇女平稳安放并长途运送，从而将基本服务也提供给缺医少药的贫困和农村地区的妇女。

B. 亚洲

51. 1990 年，孟加拉国将妇女地位和孕产妇死亡率和发病率作为人权问题纳入国家政策并作为优先事项；⁴⁷ 自那时起即认为丈夫、家庭和社区的作用对于改善孕产妇健康至为关键，并因此制定了提高社区参与的战略。⁴⁸ “社区支助制度”倡议通过教育妇女及其家人开展动员和赋权工作。他们确定了几种办法，减少不能及时获得紧急产科护理服务的状况。产前检查、由熟练助产士协助分娩和并发症转诊的情况有所增加。

52. 在印度南部的泰米尔纳德邦，识字率上升，早婚率、早孕率和多次怀孕率下降，公众对计划生育和良好营养的认识增强，在实现千年发展目标 5 方面取得了重大进展。取得这些进步的原因还包括改善孕产妇和新生儿健康及制定妇女保健政策的社会改革和政治承诺。⁴⁹

⁴⁷ 儿童基金会提交的材料。

⁴⁸ 同上。

⁴⁹ 世卫组织, *Safer Pregnancy in Tamil Nadu: from vision to reality*(《在泰米尔纳德邦更安全怀孕：从愿景到现实》)，新德里，世卫组织东南亚区域办事处，2009 年；印度注册总署。2004-2006 年印度孕产妇死亡率特别公告：抽样注册系统。

53. 孕产妇死亡率的降低是通过三管齐下的战略实现的：(a) 预防和终止意外怀孕；(b) 可获得高品质的产前保健和医院分娩服务，在基层提供常规基本产科护理和紧急产科急救护理；(c) 一级转诊后可获得高品质的紧急产科护理。⁵⁰

54. 实施各种举措创造更友好的环境，以解决服务质量的问题。这些举措包括：实地参观医院；在分娩时对妇女进行鼓励支持的陪伴分娩服务；在基层保健中心举行 Valaikappus 仪式，在提供的服务中融入传统和文化。社区领袖和村庄官员被召集到一起，参与保健方案的规划与实施。最后，在街头进行戏剧表演，探讨陪嫁、早婚、暴力侵害妇女、孕产妇死亡率和发病率及决策中的两性平等问题。

55. 确保问责是印度使用的另一重要策略。国内法庭的律师已成功援引宪法和人权法，指出国家未履行其预防孕产妇死亡和发病的法律义务。⁵¹ 例如，2010 年 Laxmi Mandal 诉 Deen Dayal Hari Nager 医院及其他人一案的裁决中，德里高等法院承认孕产妇保健护理权受到宪法保护，并命令对两位因分娩死亡的贫困妇女的人权遭到侵犯的行为进行赔偿。高等法院指出，国家未能落实降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率的各项方案，并要求国家弥补公共卫生方案中的缺陷，改善方案的监测工作。

56. Snehelata “Salenta” Singh 诉北方邦及其他人一案是已知的首例向高等法院递交的与孕产期死亡有关的公共利益案件。Salenta Singh 在北方邦一家公立医院分娩的过程中无人照料，其后她罹患了致残性产伤。由于护理质量差，她患上了产科瘘。因长达数月未得到诊断和治疗，其病情进一步恶化。诉讼称，因医疗疏忽而造成的与孕产有关的伤害和疾病侵犯了妇女有尊严生活的权利和健康权——这些权利得到了《宪法》和印度已经批准的国际人权条约的承认。⁵² 上述两例说明，法律补救有助于确保对与孕产妇死亡率和发病率有关的侵犯人权行为追究责任。

57. 尽管付出了诸多努力，但是老挝人民民主共和国的孕产妇死亡率仍然居高不下，⁵³ 少数族裔的婴儿和孕产妇死亡率高于全国平均值。2007 年，人口基金支助他们进行了一次定性研究，采用的是参与式人类学评估和研究法(PEER)，这种方法尤其适于从难以接触到的文盲那里收集数据。本次研究调查了弱势族裔群体的生殖健康情况，提供了详细的定性数据，说明了关于孕产妇健康的风险因素及获得服务方面的障碍。最后，其他举措还包括由社区代表负责向服务提供方进行反馈并协助化解语言和文化误解。

⁵⁰ 世卫组织提交的材料。

⁵¹ 生殖权利中心与印度非政府组织人权法律网络合作，制定了一项关于印度孕产妇死亡和发病的诉讼策略。

⁵² 见 http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Salenta_v_UP.pdf。

⁵³ 2005 年每 10 万例活产婴儿中 405 例孕产妇死亡(人口基金提交的材料)。

58. 越南计划生育协会在 100 多所中学开展了宣传计划，为所有有需要的学生提供方便青少年的服务。他们提供关于性、性健康和生殖健康的信息、咨询、避孕、性传播感染监测和转诊服务。协会还培训青少年对同龄人进行宣传。青少年可以获得各项服务或向同龄人进行宣传，因而提高了能力和知识水平。协会与其他合作组织分享了经验，帮助它们改善方便青少年的服务和宣传举措。

C. 东欧

59. 在亚美尼亚，性健康和生殖健康教育是 8 年级和 9 年级健康生活方式课程中的内容；自 2010 年起，在人口基金的支助下，还将性健康和生殖健康教育内容纳入了 10 年级和 11 年级的课程。2005 年以来，从未出现过因不安全堕胎造成的孕产妇死亡现象。

60. 人口基金帮助组建了偏远贫困地区的流动妇产科医生和紧急产科救护队，⁵⁴ 因为获得保健护理的障碍主要包括贫困和地理原因，许多妇女面临着与费用和交通不便有关的困难。

61. 摩尔多瓦共和国的“数字之外”方案重点放在转诊医院的险发病例审查和全国范围的孕产妇死亡秘密调查。该方案与进行中的孕产妇死亡审计一起，协助查明了孕产妇死亡和发病的原因，包括流动的生活方式和居住在农村等社会经济因素。

62. 2005 年，避孕和流产护理政策及服务质量战略性评估显示了各机构和服务提供方之间的差异。自 2009 年起，为无力承担避孕服务的妇女支付费用，还制定了安全堕胎国家标准。2000 年已将流产药物纳入国家基本药物清单。

D. 拉丁美洲

63. 多民族玻利维亚国已经制定了孕产妇和新生儿护理文化方案，并于 2008 年 7 月创建了一种模式，旨在重新焕发农村土著医药的活力，确保其与西医的联系和互补。该模式目的在于通过接受、尊重、评价和阐明农村土著人的生物医学和传统保健知识，提供兼顾个人、家庭和社区的保健服务。该模式的关键要求是与本地行为者合作并与社区代表进行交流。⁵⁵

64. 巴西专门设立了一个立法调查委员会调查孕产妇死亡的问题。它明确提到各项人权原则和规范、国际公约和人权条约。⁵⁶ 委员会承认，妇女社会地位下降、贫穷和妇女缺乏获得教育和诉诸司法的机会，是孕产妇死亡率高的关键因

⁵⁴ 人口基金提交的材料。

⁵⁵ 同上。

⁵⁶ 国际项目援助方案社巴西分社提交的材料。

素。委员会提出了诸多建议，包括建议卫生部设立孕产妇死亡问题委员会及优先实行计划生育方案以预防不安全堕胎行为。

65. 提交消除对妇女歧视委员会审议的 *Alyne da Silva Pimental* 诉巴西一案力求加强法律问责。⁵⁷ 提交人指控巴西未能提供孕产妇保健护理，违反了数项国际义务。提交人要求委员会命令巴西作为优先事项，降低孕产妇死亡率，方式包括培训服务提供者、制定和执行各项方案及改善弱势群体中的护理服务。此案尚未做出裁决，这是向联合国条约机构提交的首份关于孕产妇死亡的个人来文，而且属于一项确保权利持有人在国内补救失败后可诉诸国际机制的战略。

66. 在智利，儿童基金会与本地利害关系方合作编制了《共同成长》指南，帮助在获得保健护理时面临不平等和歧视的马普切土著孕妇和产妇。⁵⁸ 该指南重点列举了与孕产妇保健有关的马普切习俗，还载有孕妇及其家人日常行为的相关资料。

67. 2008 年和 2009 年，两个非政府组织与健康权活动家合作制定了一个立足权利的框架，追究政府对高孕产妇死亡率和未能运用资源逐步实现生殖健康权所负的责任。⁵⁹ 该战略的目的是，(a) 阐明应在预防产妇死亡的工作中发挥指导作用的人权义务；(b) 说明这些义务如何未能在国家的孕产妇保健干预和财政政策中得到履行；(c) 争取通过具体措施，在正在进行的政府卫生改革和 2010 年预算过程中，使卫生、预算和税收政策符合人权标准。该战略勾勒出一幅引入注目的未履行义务的场景，并向政府提出详细建议，需要增加并公平使用孕产妇保健开支。提出的建议还包括具体的预算和税收改革，以及提高公民在决策过程中的参与。

68. 该项目命令危地马拉的机构在政策制定和监管中采取立足人权的方针。它成功地将财政政策和可预防的孕产妇死亡率和发病率联系起来，并吸引了包括消除对妇女歧视委员会、儿童权利委员会和人权事务委员会等联合国条约机构的注意。它促使政府承诺增加孕产妇保健的社会开支并为此实施必要的财政改革。它还制定了国会和民间社会联合问责机制，在国家和地方两级发挥政策监测作用时采用立足人权的方针。在千年发展目标 5 进展监测的背景下，该监测框架还受到了捐助方和联合国专门机构的欢迎。

69. 海地政府发起的一个项目得到了加拿大国际开发署、泛美卫生组织、欧共体/非加太/世卫组织伙伴关系（欧洲共同体、非洲、加勒比及太平洋岛屿国家和世卫组织及包括海地在内的 8 个国家的部委为支持千年发展目标 5 而签署的三方

⁵⁷ 生殖权利中心和公民人权宣传组织。

⁵⁸ 儿童基金会提交的材料。

⁵⁹ 经济和社会权利中心和中美洲财政研究所，*Rights or Privileges? Fiscal commitment to the rights to health, food and education in Guatemala*（《权利还是特权？危地马拉对健康权、食物权和受教育权的财政义务》），2009 年。

协议)的支助,资助 50 个保健机构提供孕产期和产后/出生后护理。还为妇女报销路费,并向传统的接生婆支付报酬。该制度也用于监测服务情况。该项目支持保健机构的翻建、购买设备、培训服务提供者、供应补给和基本药物。一些地区还聘用和培训为妇女提供帮助的社区成员。这些社区工作者还加入孕产妇死亡监察委员会,为有可能出现并发症的妇女安排转诊并向医院提供反馈。据报告,上述措施的结果是孕产妇死亡率降低,产前护理使用率上升了 6 倍,在医院分娩的比率上升了 62%。

70. 2007 年,墨西哥城联邦区改革了《刑法典》,允许在怀孕的头三个月内合法堕胎。此前,本区的少女和成年妇女求助于昂贵的非法堕胎服务,而如今公立医院和诊所为居住在本区的妇女提供免费、安全的合法堕胎护理;国内其他地区的妇女也可以根据一个浮动收费标准获得服务。⁶⁰

71. 2009 年 Xákmok Kásek 土著社区诉巴拉圭一案中,美洲人权法院裁定,因缺乏保护孕妇的特别措施而造成土著妇女与妊娠有关的死亡,是对人权的侵犯。法院斥责巴拉圭未能落实各项政策,培训技术熟练的接生员,提供孕期护理及为孕产妇死亡事件提供文件证明。它命令国家立即制定措施为孕妇提供医疗保健,并要求其在社区的参与下进行研究,查明使孕产妇保健适应社会需要的手段。法院授权广泛的利害关系方参与制定应对孕产妇死亡问题的政策。

72. 在秘鲁,由儿童基金会支助的立式分娩护理/分娩项目旨在增加土著孕妇获得医院服务的机会。项目制定了一项综合战略,以解决历来限制农村和土著社区获得医疗保健的资金、地理和文化上的障碍。⁶¹ 该项目创造了一项健康保险策略,为未满 18 岁者、孕妇和成年人中的目标群体提供补贴,以解决资金障碍。为解决距离遥远的问题修建了产妇待产中心,还调整了各项服务以适应用户的生育文化偏好。

73. 类似举措可以更充分地实施立足人权的方针,包括关注最具风险的妇女和女童,推动本地土著领袖、传统保健提供者和社区妇女组织参与查明提高保健服务使用率所需的干预措施,以及确保为土著社区提供文化上适宜的保健服务,寻找替代办法和更易于接受的方式。

74. 秘鲁监察员办公室还专门设有一个妇女权利股,调查和记录对保健中心和医院违法行为提出的申诉;例如,它对侵犯不受胁迫地获得避孕服务权的行为进行了调查。⁶²

⁶⁰ 国际项目援助方案社美国分社提交的材料。

⁶¹ 儿童基金会提交的材料。

⁶² 生殖权利中心提交的材料。

五. 结论

75. 本报告确定了已知的降低孕产妇死亡率和发病率的关键性干预措施。实例表明，当利害关系方运用立足人权的方针处理社会中最贫困和最边缘化群体的需求时，干预措施效果更佳。它们还表明，需要通过一致、系统的行动，将涵盖全部 7 项原则的更加全面综合的立足人权的方针纳入降低孕产妇死亡率和发病率的综合战略。以社区为基础的强大努力使政府和其他行为者为履行自己的承诺负责，并确保以透明、可持续的方式使用孕产妇保健部门的经费。
