



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
1 July 2016
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Тридцать третья 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**

Осуществление технического руководства по вопросам применения правозащитного подхода к политике и программам сокращения и исключения предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет

**Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных
Наций по правам человека**

Резюме

В настоящем докладе, представленном в соответствии с резолюцией 27/14 Совета по правам человека, приводится обзор мероприятий, проведенных в целях осуществления технического руководства с момента его принятия. В нем содержится анализ вопросов, которые требуют дополнительного внимания с точки зрения прав человека, в том числе в отношении новорожденных детей, качества предоставляемых для детей медицинских услуг и сбыта заменителей грудного молока. В нем содержится ряд рекомендаций, с тем чтобы Совет мог продолжать заниматься этим вопросом.

GE.16-11320 (R) 210716 210716



* 1 6 1 1 3 2 0 *

Просьба отправить на вторичную переработку 



Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Справочная информация	3
II. Последние достижения в области выживания детей	3
III. Права человека и предупреждение детской смертности: незавершенная повестка дня	5
IV. Осуществление технического руководства на страновом уровне	7
A. Распространение	7
B. Мероприятия на страновом уровне	9
C. Работа партнеров, представляющих гражданское общество	11
V. Синергизм с другими инициативами	13
VI. Вопросы, находящиеся в центре внимания	14
A. Прогнозы смертности	14
B. Новорожденные дети	15
C. Качество медицинской помощи	17
D. Сбыт заменителей грудного молока	19
E. Последствия нападений на медицинские учреждения для детей	20
VII. Последующие шаги	21

I. Справочная информация

1. Техническое руководство по применению правозащитного подхода к осуществлению политики и программ сокращения и исключения предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет (см. A/HRC/27/31) было запрошено Советом по правам человека в его резолюции 24/11 и представлено Совету на его двадцать седьмой сессии в сентябре 2014 года.

2. В своей резолюции 27/14 Совет приветствовал техническое руководство и настоятельно призвал государства распространять и применять его, по мере необходимости, при разработке, реализации, осуществлении мониторинга и оценке законов, политики, программ, бюджетов и механизмов правовой защиты и устранения несправедливости. Он призвал Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, в тесном сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими, продолжить диалог по вопросу о предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет и подготовить доклад о практическом применении технического руководства и его воздействии и представить его Совету по правам человека на его тридцать третьей сессии. Настоящий доклад представляется во исполнение этой просьбы.

3. Настоящий доклад представляет собой первый доклад о последующей деятельности по предупреждению детской смертности и применению технического руководства. Он представляется одновременно со вторым докладом о последующей деятельности по вопросу о материнской смертности, в котором основное внимание уделяется осуществлению Целей в области устойчивого развития (A/HRC/33/24). С учетом их тесных связей, эти доклады следует рассматривать в сочетании друг с другом.

4. В техническом руководстве представлено конкретное руководство в области прав человека, структура которого соответствует циклу реализации мер политики, связанных с планированием, составлением бюджета, осуществлением, мониторингом и оценкой, обзором, возмещением ущерба и международным сотрудничеством. В настоящем докладе содержится обзор деятельности, проведенной Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) и другими партнерами, включая ВОЗ, в целях осуществления технического руководства. В нем также освещаются некоторые области, которые требуют дальнейшего внимания и поддержки на международном уровне.

II. Последние достижения в области выживания детей

5. Жизнь каждого ребенка уникальна, и ее потеря является трагедией. Если эту потерю можно предотвратить, то такая трагедия еще страшнее, так как потерянная безвозвратно жизнь могла быть спасена. Если ребенок не выживает, все остальные права теряют смысл.

6. В последние десятилетия в деле сокращения детской смертности был достигнут существенный прогресс. Глобальный показатель детской смертности сократился с 12,7 млн. человек в 1990 году до 5,9 млн. человек в 2015 году. На страновом уровне примерно треть всех стран сократили детскую смертность на две трети или более, включая Камбоджу, Либерию, Мадагаскар, Малави, Мозамбик, Непал, Нигер, Объединенную Республику Танзания, Руанду, Уганду,

Эритрею и Эфиопию. Еще 74 страны сократили смертность детей в возрасте до пяти лет по меньшей мере вдвое, а еще 41 страна – по крайней мере на 30%¹.

7. Этот общий прогресс является результатом действия многочисленных факторов, включая подтверждение политической воли и крупные инициативы последних лет по охране здоровья детей, в том числе новорожденных. Достижения в области вакцинации и лечения детских инфекционных заболеваний, улучшение медицинского обслуживания и совершенствование медицинских технологий, а также общее соблюдение прав человека, включая право на образование, право на свободу от насилия, право на воду и санитарию и общее улучшение экономической ситуации, сыграли ключевую роль². Важнейшую роль сыграли международное сотрудничество и поддержка.

8. Тем не менее, несмотря на значительный прогресс, неравенство сохраняется во многих странах, затрудняя дальнейшее сокращение детской смертности среди некоторых групп детей. Примеры в этой связи упоминались в докладе 2016 года «Every Last Child»³ организации «Спасите детей» (Save the Children), который проливает свет на тот факт, что в неблагополучных районах ряда стран прогресс запаздывает. Этот доклад показывает, однако, что возможно и обратное, и ссылается на пример Нигера, где отстающие районы, такие как Зиндер и Маради, добились прогресса быстрее, чем Ниамей (там же, стр. 23). Благодаря прогрессу в этих бедных районах была оказана помощь детям, чьи шансы на выживание были невелики. Важно отметить, что неравенство подрывает прогресс в развитых странах, а также в странах с низким и средним уровнем дохода.

9. В рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года взято обязательство ускорить достигнутый к настоящему времени прогресс в деле сокращения младенческой, детской и материнской смертности, положив конец всем подобным случаям предотвратимой смертности до 2030 года, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1 000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет до не более 25 случаев на 1 000 живорождений. В данной Повестке дня признается основополагающее значение достоинства человеческой личности, а также то, что эти цели и задачи должны быть достигнуты в интересах всех слоев общества, стремясь охватить в первую очередь самых отстающих.

10. Основанные на правах человека стратегии и программы должны обеспечивать дополнительное внимание к детям в труднодоступных районах, а также инвестиции в здравоохранение в отстающих регионах. Кроме того, инвестиции в обеспечение выживания детей следует рассматривать через призму прав ребенка, а не исходя лишь из соображений развития и необходимой помощи.

¹ Межучрежденческая группа по оценке детской смертности, “Levels and trends in child mortality: report 2015” (2015), p. 3.

² См. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), *Committing to Child Survival: A Promise Renewed* (2014).

³ Save the Children, *Every Last Child* (London, 2016).

III. Права человека и предупреждение детской смертности: незавершенная повестка дня

11. Признание смертности детей в возрасте до пяти лет в качестве правозащитной проблемы предполагает понимание того, что смерть ребенка – это не неизбежный жизненный факт, а зачастую следствие существования дискриминационных законов, видов практики и стереотипов, а также институциональных механизмов, которые усугубляют нищету, отсутствие прав и возможностей и несправедливость. Конечная цель правозащитного подхода состоит в том, чтобы изменить социальные векторы сил, которые приводят к неравенству и дискриминации в плане доступа к медицинским услугам и невозможности обеспечения и поддержания готовых, физически и финансово доступных, приемлемых и высококачественных систем здравоохранения.

12. Вопрос о различных правозащитных подходах к здравоохранению в целом обсуждается уже давно. В частности, вопрос охраны материнского здоровья и более широкие вопросы сексуального и репродуктивного здоровья уже много лет анализируются с точки зрения прав человека (см. A/HRC/27/20, пункт 5). С другой стороны, в то время как вопрос снижения смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет уже несколько десятков лет находится в центре внимания международной системы здравоохранения, он лишь недавно был признан в качестве проблемы в области прав человека и доведен до сведения механизмов по защите прав ребенка и экспертов по правам ребенка. Это объясняется рядом причин, в том числе: а) уже очень давно сообщество, защищающее права детей, уделяет повышенное внимание вопросам защиты детей и считает систему здравоохранения лишь одним из элементов защиты детей; и б) учитывая несамостоятельность маленьких детей, их права, как правило, ассоциируются с правами матери и обычно включаются в обсуждение сексуального, репродуктивного и материнского здоровья. Для повышения шансов на выживание ребенка решающее значение имеет постоянный уход и забота о матери до, во время и после родов. Тем не менее взаимозависимость между матерью и ребенком не должна вести к отождествлению их прав и потребностей.

13. Как объясняется в техническом руководстве, правозащитный подход к сокращению смертности среди детей в возрасте до пяти лет требует выявления соответствующих носителей обязанностей и правообладателей и мер по расширению потенциала первых для выполнения их обязанностей и вторых – для защиты их прав, связанных со здоровьем и выживанием детей. Однако в случае новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет этот вопрос весьма осложняется, поскольку маленький ребенок несамостоятелен, и осуществление его прав зависит от других людей. Зачастую права новорожденных и младенцев не учитываются как таковые, поскольку они не рассматриваются в качестве активных субъектов. Правозащитный подход требует признания того, что новорожденные, младенцы и дети в возрасте до пяти лет не просто пассивно получают помощь, а обладают правами и, соответственно, имеют право на качественные медицинские услуги без какой-либо дискриминации.

14. Устанавливается сотрудничество между правозащитным и медицинским сообществами в области охраны здоровья детей и предотвращения их смертности. Наглядными примерами являются ежегодный день обсуждения Советом по правам человека вопроса о праве ребенка на здоровье в 2013 году, за которым последовал ряд докладов УВКПЧ и ВОЗ, совещания экспертов по вопросам детской смертности и прав человека, а также разработка технического руковод-

ства. Замечание общего порядка № 15 (2013) Комитета по правам ребенка о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, а также недавний доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, посвященный раннему детству (A/70/213), демонстрируют все больший интерес и внимание правозащитных механизмов Организации Объединенных Наций к этим вопросам.

15. Благодаря работе независимой Группы экспертов по обзору в области подотчетности в интересах охраны здоровья женщин и детей вопрос о правах человека был помещен на первое место в повестке дня в области здравоохранения, и ее члены призвали к созданию глобальной комиссии по вопросам здоровья и прав человека женщин и детей, с тем чтобы предложить способы защиты, укрепления и поддержания их здоровья и благополучия. Создание Независимой группы по вопросам подотчетности и разработка Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (на 2016–2030 годы) будут играть ключевую роль в сближении этих двух сфер деятельности. При руководстве рабочей подгруппой по вопросам прав человека в контексте разработки Глобальной стратегии УВКПЧ вновь подчеркнуло необходимость учета интересов всех лиц с уделением особого внимания недискриминации и подотчетности.

16. С точки зрения прав ребенка крайне важно, чтобы во всех различных глобальных инициативах надлежащее внимание уделялось детям младшего возраста и чтобы они находились в центре обсуждения, в том числе с помощью подходов, предусматривающих совместное участие детей и их опекунов, в соответствии с Конвенцией о правах ребенка.

17. В течение последних двух лет теми, кто не занимается правозащитной деятельностью, при обсуждении технического руководства затрагивался следующий ключевой вопрос: способствует ли правозащитный подход сокращению детской смертности? Несмотря на отсутствие прямого ответа на этот вопрос, появляются доказательства того, что использование правозащитного подхода оказывает позитивное воздействие на здоровье детей⁴, что говорит в пользу полной интеграции прав человека в деятельность по улучшению здоровья, выживания и развития детей.

18. Кроме того, вопрос не столько в том, сколько детских жизней позволяет спасти правозащитный подход, а конкретнее в том, допускают ли нормы международного права прав человека то, чтобы человеческое достоинство, равенство, участие и подотчетность не занимали центральное место при разработке политики и программ. С учетом того, что государства ратифицировали Конвенцию о правах ребенка и добровольно взяли на себя обязательства по отношению к детям, включение правозащитных принципов в разработку стратегий и программ – это не вопрос выбора, а скорее обязательство: юридическое и моральное обязательство государства перед своими самыми маленькими гражданами⁵.

19. Работа, проделанная после завершения подготовки технического руководства, показала, что различные правозащитные подходы к охране здоровья новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет содержат множество аспектов помимо предупреждения детской смертности и что необходим кон-

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

⁵ Заявление Верховного комиссара по правам человека по случаю презентации технического руководства.

кретный диалог по поводу прав ребенка и охраны здоровья детей. Это также подчеркнул Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье в своем докладе о раннем детстве (A/70/213).

20. В контексте обсуждения технического руководства к УВКПЧ обратились различные заинтересованные стороны, занимающиеся вопросами охраны здоровья детей, требующими безотлагательного внимания с точки зрения защиты прав, включая: болеутоляющие средства для новорожденных; паллиативный уход за детьми; вопросы согласия, касающиеся хирургических операций, в том числе для детей-интерсексуалов; лекарственные средства для детей; дети, родившиеся с тяжелыми формами нарушений и угрожающими жизни заболеваниями, включая сильно недоношенных детей; оставление новорожденных; и роль медицинского персонала в оценке насилия в отношении детей, в том числе синдрома детского сотрясения и сексуального насилия. Заинтересованные стороны также подняли вопрос неравного доступа младенцев и малолетних детей к тестированию и лечению ВИЧ и уходу за ВИЧ-инфицированными, особенно в странах Африки к югу от Сахары, что приводит к непропорционально высокому уровню связанной со СПИДом смертности среди детей.

21. Техническое руководство внесло большой вклад в поощрение диалога между экспертами и механизмами по защите прав человека с акушерами, неонатологами и педиатрами, но предстоит еще пройти долгий путь, прежде чем эта сфера деятельности будет полностью проработана.

IV. Осуществление технического руководства на страновом уровне

A. Распространение

22. Были предприняты усилия для обеспечения распространения технического руководства силами УВКПЧ и учреждениями системы Организации Объединенных Наций, включая ВОЗ, а также партнерами, представляющими гражданское общество, национальными правозащитными учреждениями и другими заинтересованными сторонами.

23. После презентации технического руководства в сентябре 2014 года в присутствии Верховного комиссара по правам человека и помощника Генерального директора ВОЗ по вопросам охраны здоровья семьи, женщин и детей оно получило широкое распространение. Помимо информационной поддержки презентации технического руководства силами УВКПЧ, ВОЗ и Партнерства в интересах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, а также информационных центров Организации Объединенных Наций, его распространение было осуществлено посредством Информационной сети по вопросам прав ребенка и Африканского информационного центра по вопросам детей. Кроме того, оно было распространено через веб-сайты для пациентов, в том числе веб-сайты Международного альянса организаций пациентов и Европейской ассоциации детей в больницах, а также международными правозащитными группами, такими как Международная система действий в области детского питания.

24. Техническое руководство было представлено на различных совещаниях, включая Азиатский форум партнеров грудного вскармливания в Малайзии, и было доведено до сведения участников различных форумов, в том числе Межучрежденческой целевой группы Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Африканского

форума по вопросам политики в отношении детей в Южной Африке и Социального форума по проблеме доступа к лекарственным препаратам. Оно было также представлено на совещании экспертов по вопросу о праве на здоровье в раннем возрасте, а также на седьмой Европейской конференции по педиатрии во Флоренции, Италия. Пропагандой технического руководства также занималось Партнерство в интересах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, в состав которого входят более 500 членов. Оно также обсуждалось на ряде совещаний заинтересованных сторон по вопросам охраны здоровья женщин и детей, в том числе в Индии и Южной Африке.

25. Рабочие обсуждения технического руководства были проведены с участием УВКПЧ, ВОЗ, а также Канцелярии Генерального секретаря в рамках инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок» и секции здравоохранения Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в Нью-Йорке. Кроме того, Верховный комиссар по правам человека встретился с Исполнительным директором ЮНИСЕФ для обсуждения вопроса о применении технического руководства на страновом уровне.

26. ВОЗ и УВКПЧ выпустили информационную брошюру по теме «Предотвратимая смертность детей младшего возраста во всем мире», которая также получила широкое распространение. ВОЗ и Партнерством в интересах охраны здоровья матерей, новорожденных и детей были разработаны и другие инструменты, включая сводку новых знаний о практической реализации прав человека в рамках усилий в области здравоохранения. УВКПЧ совместно с другими партнерами подготовило ряд руководств по вопросам охраны здоровья матери и ребенка для директивных органов здравоохранения, медицинских работников, судебных органов и национальных правозащитных учреждений. ВОЗ использует техническое руководство в качестве основы для интеграции стандартов в области прав человека и прав ребенка в своей текущей работе по разработке глобальных стандартов стационарного ухода за маленькими детьми.

27. После распространения технического руководства среди постоянных представительств в Женеве Кипр сообщил, что техническое руководство было распространено среди всех департаментов министерства здравоохранения, занимающихся оказанием услуг детям, медицинских учреждений, участвующих в оказании медицинской помощи новорожденным и детям, и специалистов отдела по мониторингу здоровья министерства здравоохранения, занимающихся сбором данных по детской смертности. Кроме того, он сообщил о том, что техническое руководство рассматривается при разработке национальной стратегии в области поощрения, защиты и поддержки прав детей, касающихся здоровья. Мозамбик информировал УВКПЧ о том, что техническое руководство было направлено Министерству здравоохранения, медицинским учреждениям и Национальному совету по делам детей, который занимается координацией вопросов, связанных с правами детей. Техническое руководство используется для создания программ в области здравоохранения и улучшения координации работы медицинских учреждений на местах.

28. Правозащитные механизмы играют ключевую роль в поощрении использования технического руководства путем вынесения рекомендаций государствам-членам в отношении его осуществления на национальном уровне. Таким образом, эти механизмы сыграют ключевую роль в обеспечении подотчетности в отношении правозащитных подходов к предупреждению детской смертности в их последующем диалоге с государствами.

29. Комитет по правам ребенка рекомендовал осуществлять техническое руководство в своих заключительных замечаниях для Бенина, Боливарианской Республики Венесуэла, Гамбии, Ганы, Гаити, Доминиканской Республики, Замбии, Зимбабве, Кении, Колумбии, Мексики, Объединенной Республики Танзания, Перу, Сенегала, Туркменистана, Эритреи и Эфиопии. Кроме того, в рамках универсального периодического обзора различные государства рекомендовали принять меры на всех уровнях для устранения взаимосвязанных первоочередных предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет и рассмотреть возможность применения технического руководства в Анголе, Гайане, Гамбии, Лесото, Либерии и на Маршалловых Островах. Кроме того, Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье рекомендовал его осуществление в рамках своих визитов в Малайзию и Парагвай.

30. УВКПЧ оказывает поддержку в создании и укреплении национальных механизмов представления отчетности региональным и международным правозащитным механизмам, включая договорные органы, мандатариев специальных процедур и универсальный периодический обзор, и выполнения их рекомендаций.

В. Мероприятия на страновом уровне

1. Доминиканская Республика

31. По инициативе ЮНИСЕФ в Доминиканской Республике в 2014 году УВКПЧ, ВОЗ и Панамериканской организации здравоохранения было предложено обсудить со страновой группой Организации Объединенных Наций и организациями гражданского общества, каким образом правозащитный подход может содействовать национальным усилиям по сокращению предотвратимой смертности новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет. Результаты обсуждения вопросов прав человека со страновой группой Организации Объединенных Наций были использованы при разработке межучрежденческой инициативы по предотвращению и сокращению детской, младенческой, неонатальной и материнской смертности. Этот процесс и соответствующие обсуждения показывают, каким образом инициативы в рамках Совета по правам человека могут дополнять усилия, прилагаемые на национальном уровне для того, чтобы добиться позитивных изменений в соответствии с обязательствами в области прав человека, взятых на себя государством.

32. Право на здоровье и комплексное медицинское обслуживание закреплено в Конституции Доминиканской Республики. Кроме того, в Национальной стратегии развития страны до 2030 года заложена идея общества с равными правами и возможностями для всех, где базовые услуги и права, включая право на здоровье, гарантируются всем без какой-либо дискриминации. В этой стратегии говорится, что все планы, программы, проекты и государственные стратегии должны опираться на подход, основанный на соблюдении прав человека.

33. Доминиканская Республика добилась значительного прогресса в деле защиты прав детей и продемонстрировала твердую политическую волю к улучшению здоровья младенцев и детей в возрасте до пяти лет. Министерство здравоохранения включило в национальный календарный план вакцинации прививки от ротавируса и пневмококковой инфекции, что окажет сильное воздействие на сокращение младенческой смертности от диареи, пневмонии и менингита. Помимо конкретных проектов, направленных на сокращение детской, младенческой, неонатальной и материнской смертности, в этой стране предусмотрены стратегии, планы и программы в области здравоохранения. Несмотря на много-

численные усилия, в течение последнего десятилетия не произошло каких-либо улучшений показателей неонатальной смертности, которые превышают среднюю величину по странам Латинской Америки и Карибского бассейна.

34. В ходе обсуждений стало ясно, что существуют сложные социальные процессы, которые влияют на пользователей медицинских услуг, и что есть настоятельная потребность в укреплении потенциала государственных больниц при помощи надлежащим образом подготовленных медицинских работников, в том числе путем восстановления функции акушерок. Необходимо также обеспечить гуманное и достойное обращение с пользователями медицинских услуг, изменить привычное поведение медицинских работников и расширять возможности пациентов по отстаиванию своих прав. Также была подчеркнута важность укрепления механизмов отчетности и надзора со стороны гражданского общества. Кроме того, была сделана ссылка на необходимость строгого соблюдения стандартов в области профилактики инфекционных заболеваний и борьбы с ними в медицинских учреждениях, которые имеют первостепенное значение в борьбе с сепсисом – главной причиной неонатальной смертности в Доминиканской Республике. Особо была подчеркнута важность обеспечения подотчетности и укрепления следственного потенциала Комитета медицинской ревизии в случаях неонатальной и младенческой смертности.

35. При поддержке министерства здравоохранения и ЮНИСЕФ на радио и телевидении проводятся кампании по обеспечению увеличения количества зарегистрированных новорожденных в государственных больницах. ЮНИСЕФ способствовал развитию диалога в целях включения регистрации новорожденных в родильных домах в качестве одного из новых критериев сертификации больниц в рамках расширенной инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку». Альянс с Министерством здравоохранения позволил центрам первичной медицинской помощи стать ключевыми партнерами, поскольку они информируют матерей о важности регистрации и оказывают им помощь в подаче документов на получение удостоверения личности.

36. Эта межучрежденческая инициатива является наглядным примером интеграции различных правозащитных подходов в области сокращения смертности новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет и свидетельствует о важной роли страновой группы Организации Объединенных Наций в этом отношении.

2. Объединенная Республика Танзания

37. 29 и 30 июня 2015 года УВКПЧ совместно с ВОЗ, Министерством здравоохранения, Комиссией по правам человека и благому управлению и страновой группой Организации Объединенных Наций в Дар-эс-Саламе организовало консультации по вопросу о роли правозащитных механизмов в деле улучшения охраны здоровья новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет. Участники представляли медицинскую и правозащитную сферу, включая учреждения Организации Объединенных Наций, правительство и гражданское общество. Присутствовали представители больниц, в том числе больницы «Амана», медицинского центра «Бугандо», христианского медицинского центра «Килиманджаро», лечебно-диагностической больницы «Мбея», больницы «Мнази Ммоджа», национальной больницы «Мухимбили» и больницы «Мвананьямала».

38. Объединенная Республика Танзания добилась значительного прогресса в улучшении показателей выживания детей, однако сокращение неонатальной смертности идет гораздо более медленными темпами, поскольку на нее по-прежнему приходится 40% случаев смерти детей в возрасте до пяти лет в Тан-

зании. В основном прогресс был достигнут благодаря родовому и послеродовому уходу, вакцинации, питательным добавкам и общему улучшению медицинских услуг.

39. В ходе обсуждений, проведенных в рамках этих консультаций, была подчеркнута важность повышения качества медицинских услуг, особенно для новорожденных, и обеспечения доступа к медицинским препаратам для детей, пострадавших от инфекций, в том числе пневмонии, диареи, кори, малярии и ВИЧ/СПИДа. Вопрос улучшения качества питания маленьких детей также поднимался в качестве одного из требований для обеспечения осуществления прав ребенка на выживание и развитие. Особый упор был сделан на состоянии здоровья и правах детей-альбиносов и детей-беженцев. Другие элементы дискуссии касались пробелов в области потенциала и финансирования сектора здравоохранения, отсутствия жизненно важных лекарственных средств и необходимости совершенствования руководства здравоохранением. Были даны рекомендации по интеграции правозащитных принципов в процесс оказания медицинских услуг, укреплению партнерских связей и усилению социальной подотчетности, а также дальнейшим инвестициям в неблагополучные районы.

40. После вынесенной на совещании рекомендации об интеграции правозащитных принципов в процесс оказания медицинских услуг и качественной медицинской помощи, особенно для новорожденных, УВКПЧ в консультации с ВОЗ поручило провести оценку состояния здоровья новорожденных в ряде выбранных больниц. На момент подготовки настоящего доклада оценка проводилась в Занзибаре.

41. Эта оценка проводится в важный для Занзибара момент, поскольку в 2015 году его Закон о детях был удостоен награды «Политика будущего». Этот законодательный акт заслужил награду за сбалансированный охват вопросов жестокого обращения с детьми и насилия в отношении детей и за поощрение прав детей. Он заложил основу для создания комплексной национальной системы защиты детей для рассмотрения дел, связанных с детьми, которым требуется помощь и защита. В этом Законе предусматривается, что ребенок имеет право на медицинскую помощь и вакцинацию и что ему не может быть отказано в предоставлении медицинской помощи на основании его религиозных или иных убеждений. В нем говорится, что каждый ребенок должен быть зарегистрирован при рождении и что органы здравоохранения должны сотрудничать для обеспечения регистрации всех новорожденных. Любое лицо, работающее с детьми в профессиональном или служебном качестве, включая врачей, медицинских сотрудников или традиционных практикующих врачей, которое имеет разумные основания полагать, что права какого-либо ребенка существенно нарушаются, обязано сообщать об этом. Одна из глав этого Закона посвящена получению согласия на медицинское вмешательство и хирургические операции, а также тестирование на ВИЧ.

С. Работа партнеров, представляющих гражданское общество

42. Субъекты гражданского общества играют ключевую роль в поощрении различных правозащитных подходов к предупреждению детской смертности и в осуществлении технического руководства. Так, например, кампания «Здоровье детей сегодня» организации «Уорлд вижн» и кампания «Каждый человек» организации «Спасите детей» были направлены на предотвращение случаев смерти детей в возрасте до пяти лет и оказали поддержку различным правозащитным подходам посредством факторов, определяющих здоровье детей, социаль-

ных и общинных механизмов подотчетности и расширения прав и возможностей граждан. Кроме этого, они обеспечили детям и их опекунам возможность участвовать в процессах принятия решений, затрагивающих вопросы выживания и здоровья детей.

43. В Нигере по инициативе и под руководством организации «Уорлд вижн» была создана коалиция по обеспечению подотчетности за эффективное осуществление политики бесплатного медицинского обслуживания, в соответствии с которой все дети в возрасте до пяти лет получают доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию. Благодаря Национальной бюджетной инициативе, учитывающей интересы детей, в Зимбабве организация «Спасите детей», Национальная ассоциация неправительственных организаций и ЮНИСЕФ оказали поддержку группам под руководством детей в восьми провинциях страны для участия в предварительных бюджетных консультациях, что привело к увеличению бюджетных ассигнований на нужды здоровья и образования детей.

44. Гражданским обществом была проделана большая работа по укреплению социальных и общинных механизмов подотчетности – одного из основных элементов правозащитного подхода – для контроля за оказанием медицинских услуг и обеспечения участия детей в процессах принятия решений. В число примеров социальных и общинных механизмов подотчетности входят методологии «Голос и действия граждан» и «Гражданские слушания».

45. «Голос и действия граждан» представляет собой методологию информационно-пропагандистской работы на местном уровне, направленную на продвижение основных услуг, таких как здравоохранение, путем улучшения взаимоотношений между общинами и правительством. Эту методологию используют «Уорлд вижн» и другие партнеры в целях укрепления правительствами своих обязательств по обеспечению выживания детей. Например, в Армении правительство отреагировало на деятельность методологии «Голос и действия граждан» путем создания новых стимулов для того, чтобы врачи посещали наиболее уязвимые группы населения в сельских районах.

46. Гражданские слушания представляют собой открытый и конструктивный диалог, который дает общинам возможность обмениваться рекомендациями по улучшению медицинского обслуживания с местными и национальными лидерами. Эта форма социальной подотчетности служит двойной цели расширения прав и возможностей граждан в области понимания своих прав и обеспечения подотчетности их лидеров в отношении обязательств, принятых с целью положить конец предотвратимой смертности женщин и детей. Международная федерация по планированию семьи, организация «Спасите детей», альянс «Белая лента» и организация «Уорлд вижн интернэшнл» работают с местными и национальными партнерами в целях организации гражданских слушаний по вопросам здравоохранения по всему миру, в том числе в Афганистане, Бангладеш, Буркина-Фасо, Демократической Республике Конго, Индии, Индонезии, Йемене, Кении, Малави, Мали, Непале, Нигере, Нигерии, Объединенной Республике Танзания, Пакистане, Уганде и Эфиопии⁶.

47. В 2015 году ряд организаций гражданского общества провели в Женеве Глобальный гражданский диалог в рамках Всемирной ассамблеи здравоохранения. Одна из ключевых целей движения гражданских слушаний заключается в

⁶ См. http://static1.squarespace.com/static/54d0f2c0e4b081a66404a5fb/t/560273e3e4b03fc4a33c4c80/1443001714114/FULL_REPORT_WEB.pdf.

укреплении механизма обратной связи между глобальными процессами и местными и национальными процессами принятия решений.

48. Приобщение детей к этим формам социальной подотчетности имеет решающее значение для того, чтобы их голос был услышан основными заинтересованными сторонами, включая общины, гражданское общество, журналистов и представителей правительства, и учтен при разработке политики и определении приоритетов в области практической деятельности на местном, национальном и международном уровнях⁷.

V. Синергизм с другими инициативами

49. Ряд крупных инициатив на глобальном уровне направлены на спасение и улучшение жизни женщин и детей. «Каждая женщина, каждый ребенок» – это глобальное движение, направленное на мобилизацию и активизацию международных и национальных действий по решению серьезных проблем в области здравоохранения, с которыми сталкиваются женщины, дети и подростки во всем мире. Одновременно с созданием этого движения начала действовать Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей (2010–2015 годы). Опираясь на ее успех, в сентябре 2015 года Генеральным секретарем было объявлено начало действия обновленной Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 годы), полностью соответствующей Целям в области устойчивого развития. Ключевым стратегическим приоритетом данной Глобальной стратегии является разработка обновленных рамок подотчетности для обеспечения уверенной реализации Целей в области устойчивого развития. С этой целью в 2015 году была создана Независимая группа по вопросам подотчетности для проведения независимой оценки достигнутого прогресса и проблем, с тем чтобы содействовать укреплению мер реагирования со стороны международного медицинского сообщества и различных стран.

50. Есть и другие важные инициативы на глобальном уровне, которые также имеют ключевое значение для спасения и улучшения жизни детей и их права на здоровье. Например, принятие плана действий «За жизнь каждого новорожденного» в 2014 году на Всемирной ассамблее здравоохранения сыграло важнейшую роль в привлечении внимания к медицинскому уходу за новорожденными и укрепило решимость для принятия мер в этом отношении. Глобальная инициатива пропаганды грудного вскармливания, созданная ЮНИСЕФ, ВОЗ и другими партнерами, направлена на укрепление политической воли в отношении грудного вскармливания и увеличение инвестиций в грудное вскармливание как краеугольный камень детского питания, здоровья и развития.

51. В 2012 году Комплексный план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста призвал к укреплению законодательных, нормативных и/или иных мер для регулирования сбыта заменителей грудного молока. В ходе второй Международной конференции по вопросам питания в 2014 году министры и представители стран согласились с тем, что правительства должны защищать потребителей, особенно беременных женщин, матерей и детей, от маркетинга и рекламы продуктов питания, и призвали к осуществлению Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения. В 2014 году ВОЗ, в тесном сотрудничестве с ЮНИСЕФ, создала Сеть глобального мониторинга и поддержки для осуществления Международ-

⁷ Там же.

ного свода правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующих последующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения (NetCode). NetCode помогает странам и гражданскому обществу в укреплении потенциала для мониторинга этого свода правил и всех соответствующих последующих резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения и в обеспечении эффективного осуществления и мониторинга национального законодательства и нормативных положений, касающихся этого свода правил. К этой сети присоединились ключевые неправительственные организации, в том числе Международная система действий в области детского питания, организация «Хелен Келлер Интернешнл» и организация «Спасите детей», а также научные центры и отдельные страны.

52. В настоящее время предпринимаются усилия по обеспечению интеграции технического руководства и правозащитных принципов в различные существующие инициативы.

VI. Вопросы, находящиеся в центре внимания

A. Прогнозы смертности

53. Оценка детской смертности является трудной задачей для большинства развивающихся стран. Лишь около 60 стран внедрили налаженные и полноценные системы регистрации актов гражданского состояния, которые могут быть использованы в качестве единого источника для получения надежных оценок смертности. В тех случаях, когда отсутствуют полностью налаженные системы регистрации актов гражданского состояния, для получения надежных оценок детской смертности, как правило, требуется проводить моделирование. Существующие проблемы лишь усугубляются в контексте конфликтов и гуманитарных кризисов.

54. Межучрежденческая группа по оценке уровней детской смертности отметила значительные расхождения в том, как европейские страны определяют детскую смертность, в связи с различиями в практике регистрации рождения и смерти, т.е. «различиями в установлении контрольных точек в отношении допустимого веса или примерного срока беременности для регистрации рождения и последующей смерти»⁸. Это имеет место в некоторых странах Восточной Европы⁹. Комитет по правам ребенка в своих заключительных замечаниях по Узбекистану (CRC/C/OPSC/UZB/CO/1) поднял этот вопрос и указал на то, что применяемое в государстве-участнике определение понятия «живорождение» не соответствует международно признанному определению ВОЗ, что препятствует объективной оценке фактических уровней младенческой смертности и эффективному применению мер по решению этой проблемы (CRC/C/UZB/CO/3-4).

55. Прогнозы ВОЗ, предусматривающие различные сценарии, указывают на то, что, как ожидается, в период 2016–2030 годов 94,4 млн. детей не доживут до возраста пяти лет, если уровень смертности 2015 года останется неизменным в каждой стране, и 68,8 млн. детей умрут в том случае, если каждая страна продолжит сокращать уровень смертности такими же темпами, какие, по оценкам, наблюдались в период с 2000 по 2015 год. Если все страны достигнут соответ-

⁸ Межучрежденческая группа по оценке уровней детской смертности, «Report 2015», стр. 13.

⁹ Там же, стр. 14.

ствующего показателя, установленного Целями в области устойчивого развития, прогнозы смертности составят 56 млн. человек к 2030 году¹⁰.

56. Страны Африки к югу от Сахары столкнутся с особыми проблемами в плане уменьшения детской смертности. Если нынешние тенденции сохранятся, 37 млн. детей в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, умрут в течение следующих 15 лет¹¹. Услуги и мероприятия, необходимые для удовлетворения дополнительных потребностей в результате растущего числа живорождений и увеличения детского населения в этом регионе, потребуют обширных усилий. С вероятностью 95% число детей в возрасте до пяти лет вырастет еще на 26–57 млн. человек, увеличившись со 157 млн. человек в 2015 году до 183–214 млн. человек в 2030 году¹². В Южной Азии снижение детской смертности также необходимо в срочном порядке ускорить. Двум из восьми стран в этом регионе, а именно Афганистану и Пакистану, потребуется ускорить прогресс для достижения показателей, установленных Целями в области устойчивого развития. Этим странам необходима дальнейшая поддержка для обеспечения того, чтобы право ребенка на выживание осуществлялось на равной основе с другими регионами.

57. В целях эффективного отслеживания числа умирающих детей требуется разработка систем регистрации актов гражданского состояния для сбора точных, своевременных и дезагрегированных данных, которые могут служить источником информации для принятия решений, разработки программ и планирования. В этой связи эффективно функционирующие системы регистрации актов гражданского состояния имеют важнейшее значение для обеспечения подотчетности в связи с осуществлением Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, поскольку они являются самой надежной основой для контроля за выполнением многочисленных показателей, установленных Целями в области устойчивого развития, в том числе тех, которые требуют точных и дезагрегированных данных об уровнях смертности и ее причинах.

В. Новорожденные дети

58. Неонатальный период, т.е. первые 28 дней жизни, является наиболее уязвимым периодом для ребенка. Несмотря на существенный прогресс в области сокращения детской смертности, число умерших новорожденных снижается медленнее, чем число детей, умерших в другие периоды детства. Согласно данным Межучрежденческой группы по оценке уровней детской смертности, при сохранении нынешних тенденций ожидается увеличение доли неонатальной смертности с 45% от общего числа детей, умерших в возрасте до пяти лет, в 2015 году до 52% в 2030 году¹³.

59. Некоторые страны добились огромного прогресса в деле сокращения младенческой смертности. В частности, в период с 1990 по 2012 год Китай смог сократить ее более чем на 80%, а Камбоджа – более чем на 60%, что свидетельствует о том, что прогресс возможен. Но если на глобальном уровне не будет

¹⁰ “Global, regional and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation” (WHO, 2015).

¹¹ Там же.

¹² Там же.

¹³ Межучрежденческая группа по оценке уровней детской смертности, «Report 2015», стр. 7.

предпринято дальнейших усилий для решения проблемы смертности новорожденных, существует опасность того, что снижение показателей детской смертности застопорится¹⁴.

60. Сосредоточение внимания на новорожденных является безотлагательным вопросом как с медицинской, так и с правозащитной точки зрения. В то время как правозащитные механизмы, включая Комитет по правам ребенка, посвятили определенное внимание новорожденным, в том числе путем разработки этим Комитетом замечания общего порядка № 7 (2005) об осуществлении прав ребенка в раннем детстве, целенаправленное обсуждение на международном уровне вопросов применения положений Конвенции о правах ребенка к новорожденным может активизировать политическую волю и обеспечить прогресс. Это имеет чрезвычайно важное значение с учетом уязвимости, несамостоятельности и полной зависимости новорожденного от его опекунов. Для того чтобы уделить новорожденным и их правам должное внимание, необходимы срочные подвижки на всех уровнях. Необходимы дальнейшее обсуждение, понимание и конкретизация применения Конвенции о правах ребенка к новорожденным, а диалог по этому вопросу следует начать в рамках медицинских и правозащитных форумов.

61. Особенно воодушевляет посвященный новорожденным текст, разработанный группой акушеров, неонатологов и педиатров¹⁵. Его авторы признают, что никто не вправе ставить под угрозу здоровье или физическую неприкосновенность новорожденного независимо от его расового, географического или культурного происхождения или сексуальной дискриминации и что каждый живой плод имеет право на соответствующую помощь во время родов. В этом тексте делается упор на праве каждого новорожденного родиться в наиболее подходящем месте, учитывая его ожидаемые потребности в помощи, особенно в том случае, если у этого ребенка диагностировано заболевание или если он находится в соответствующей группе риска, и на праве новорожденного находиться со своими родителями. В нем также поднят вопрос сложного положения больных новорожденных детей.

62. Осложнения, связанные с родами, могут оказывать существенное воздействие на новорожденных и их развитие. Примерно 10% всех новорожденных в каждой стране нуждаются в помощи, с тем чтобы начать дышать¹⁶. В отсутствие этой помощи новорожденный может умереть от асфиксии или пострадать от таких последствий, как церебральный паралич и задержки в развитии. Несмотря на это, в развивающихся странах многие медицинские учреждения не располагают оборудованием для оказания экстренной помощи новорожденным. ЮНИСЕФ сообщил о том, что качественный уход за новорожденными в значительной мере отсутствует, а в регионах с самым высоким уровнем младенческой смертности доступ к послеродовому уходу является крайне низким¹⁷. Это вновь свидетельствует о кризисе неравенства между детьми, рожденными в разных регионах, и об огромном разрыве внутри стран, где бедное и маргинализированное население получает медицинскую помощь наихудшего качества.

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

¹⁵ См. <http://www.uenps.com>.

¹⁶ Save the Children, *Ending Newborn Deaths*.

¹⁷ ЮНИСЕФ, *Committing to Child Survival*, стр. 7.

63. Особую обеспокоенность вызывает положение недоношенных и тяжело больных новорожденных и детей, родившихся с тяжелыми формами нарушений и/или угрожающими жизни заболеваниями. Несмотря на нехватку данных по этому вопросу, правозащитный подход призван обеспечить этим новорожденным доступ к необходимой им качественной медицинской помощи, включая психосоциальную поддержку для их семей и полный набор медицинских услуг.

64. Профессиональная подготовка в области ухода за новорожденными имеет важнейшее значение для повышения шансов ребенка на выживание. В этой связи обеспечение соблюдения законов и стратегий, которые позволяют обеспечить доступ к медицинской помощи для новорожденных, является ключевым компонентом правозащитного подхода к предотвращению неонатальной смертности.

65. В контексте вспышки вируса Зика положение детей, пострадавших от этого вируса, заслуживает особого внимания. Верховный комиссар по правам человека призвал к тому, чтобы все меры реагирования на вирус Зика со стороны органов общественного здравоохранения в полной мере учитывали права человека, вновь подчеркивая важность сосредоточения внимания на правах женщин на здоровье и на сексуальных и репродуктивных правах и в то же время настоятельно призывая государства подготовиться к оказанию надлежащей поддержки детям, родившимся с нарушениями, вызванными вирусом Зика, и предоставлению им надлежащего ухода. Внимание средств массовой информации было сосредоточено на изображениях и порой уничижительных описательных формулировках в отношении детей, затронутых вирусом Зика, выставляя их в качестве аномалии и попирая их достоинство. Такие изображения усиливают и могут усугубить стигматизацию и дискриминацию детей-инвалидов. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что дети с микроцефалией подвержены большому риску остаться без попечения со стороны своих родителей и что число брошенных детей может быстро вырасти в ближайшие годы¹⁸. Крайне важно выделить достаточные ресурсы для программ по расширению прав и возможностей семей, где родились дети с нарушениями, вызванными вирусом Зика, с тем чтобы обеспечить уход за детьми и свести к минимуму риск их оставления.

С. Качество медицинской помощи

66. Все медицинские услуги и программы для детей должны соответствовать критериям наличия, доступности, приемлемости и качества, которые являются важнейшими компонентами права ребенка на здоровье. В число требований к качеству входит наличие квалифицированных медицинских работников, лекарственных средств с доказанной эффективностью и неистекшим сроком годности, а также медицинского оборудования¹⁹. В контексте охраны здоровья новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет это означает, что медицинские работники должны пройти подготовку в области акушерства, неонатологии и педиатрии, а детям должен предоставляться доступ к детским лекарственным средствам и адаптированному медицинскому оборудованию. Кроме того, эти требования предполагают наблюдение, контроль и анализ данных в целях повышения качества.

¹⁸ Women Enabled International, “Talking Points: Zika, Microcephaly, Women’s Rights, and Disability Rights”. Доступно на веб-сайте womenenabled.org/publications.html.

¹⁹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья.

67. Комитет по правам ребенка рекомендовал государствам в течение различных периодов детства применять методы с учетом прав детей в области здравоохранения, такие как инициатива «больница, доброжелательная к ребенку», которая предусматривает охрану, стимулирование и поддержку совместного пребывания матери и новорожденного в палате и грудное вскармливание; а также доброжелательные к ребенку стратегии здравоохранения, нацеленные на профессиональную подготовку медицинских работников по предоставлению качественных услуг таким способом, при котором сводятся к минимуму страхи, тревоги и страдания детей и их семей²⁰.

68. В ходе обсуждения технического руководства поступили заявления о жестоком обращении с женщинами во время родов, в том числе о пощечинах, повышении голоса, оскорблениях и отказе в обезболивании. Такое отношение является неприемлемым и способствует тому, что женщины избегают повторного обращения в медицинские учреждения за помощью во время родов или помощью для детей. Следовательно, понятие качества должно быть пересмотрено таким образом, чтобы ключевое значение имели достоинство и ценность личности пациента²¹. Факторы, способствующие дегуманизации медицинской помощи, включая нехватку персонала и ухудшение условий в медицинских учреждениях, необходимо устранить²². Медицинские работники должны получать поддержку для обеспечения надлежащих условий труда, позволяющих оказывать пациентам необходимую медицинскую помощь в соответствии с правозащитными принципами. Положительное воздействие в этом отношении может оказать профессиональная подготовка медицинских работников и укрепление их потенциала в области принципов, касающихся прав человека и прав ребенка.

69. В настоящее время широко признан тот факт, что медицинские услуги должны быть ориентированы на потребности и чаяния людей, в том числе малолетних детей. Для достижения этой цели применительно к детям требуется осуществление прав ребенка на свободное выражение своих взглядов и на учет его мнений по затрагивающим его вопросам, причем осуществляться эти права должны с самого раннего возраста в соответствии со способностями ребенка, его наилучшими интересами и правами на защиту от пагубного воздействия. В качестве правообладателей дети даже самого раннего возраста имеют право выражать свои взгляды. Свидетельством такого растущего признания является текущая деятельность ВОЗ в данной области, включая разработку и принятие Глобальной стратегии ВОЗ по ориентированному на потребности людей комплексному медико-санитарному обслуживанию, а также подготовку глобальных правозащитных рамочных программ по обеспечению качества медицинской помощи соответственно матерям, новорожденным и детям. Эти рамочные программы относятся как к предоставлению, так и к получению медицинской помощи; для их выполнения требуется систематический учет принципов и норм, относящихся к правам человека и правам ребенка, в деятельности по организации, осуществлению, контролю и оценке медико-санитарного обслуживания. Ключевыми компонентами рамочных программ являются принципы участия и ответственности.

²⁰ Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 15 (2013 год) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения.

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

²² Ibid.

D. Ненадлежащий сбыт заменителей грудного молока

70. Одним из основных способов сократить заболеваемость и смертность новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет является грудное вскармливание. По данным исследования, опубликованного в журнале «Ланцет» в 2016 году²³, повышение показателей грудного вскармливания до уровня, близкого к 100%, могло бы ежегодно спасать жизни более 820 000 детей в возрасте до пяти лет. Кроме того, содействие повышению показателей исключительно грудного вскармливания младенцев в возрасте до шести месяцев позволило бы значительно сократить расходы на лечение детских болезней, таких как пневмония, диарея и астма.

71. Несмотря на преимущества грудного вскармливания, во всем мире почти две трети младенцев в возрасте до шести месяцев питаются не исключительно грудным молоком, причем за последние два десятилетия этот показатель не улучшился. В странах с высоким уровнем дохода на грудном вскармливании в течение первого года жизни находятся менее одной пятой младенцев, а в странах с низким и средним уровнем дохода всего две трети детей в возрасте от шести месяцев до двух лет вообще получают грудное молоко²⁴.

72. Во многих странах серьезным препятствием на пути к повышению показателей грудного вскармливания по-прежнему является агрессивный сбыт заменителей грудного молока. Общемировой объем продаж заменителей грудного молока составляет 44,8 млрд. долл. США, а к 2019 году, по прогнозам, достигнет 70,6 млрд. долл. США²⁵. Агрессивный и ненадлежащий сбыт заменителей грудного молока и других конкурирующих с грудным молоком продуктов питания по-прежнему сводит на нет усилия, направленные на улучшение показателей грудного вскармливания. Такие маркетинговые методы зачастую подрывают желание и возможность матерей кормить младенцев грудью в оптимальном режиме. В регулировании и сокращении такого ненадлежащего сбыта крайне важную роль играет Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и соответствующие последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения. Кроме того, в Руководящих принципах предпринимательской деятельности в аспекте прав человека указано, что все предприятия в своей деятельности должны соблюдать права человека. В контексте сбыта заменителей грудного молока ответственность за соблюдение прав человека требует обеспечения должной заботы об этих правах в целях выявления любых рисков, связанных с возможным неблагоприятным воздействием сбыта заменителей грудного молока на права человека, включая право ребенка на здоровье, а также в целях выполнения всех необходимых действий для предотвращения и смягчения последствий таких рисков.

73. Национальный доклад об осуществлении Международного свода правил за 2016 год свидетельствует о том, что слишком немногие страны приняли строгое законодательство, направленное на уменьшение и устранение ненадлежащего сбыта заменителей грудного молока, и лишь в незначительном числе стран действуют правовые меры и созданы действующие контрольные и правоприменительные механизмы.

²³ WHO, *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code – Status report 2016*.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

74. В докладе дается прямая ссылка на техническое руководство и содержащуюся в нем рекомендацию странам о регулировании деятельности частных субъектов, таких как фармацевтические компании, производители товаров и приборов, предприятия, производящие заменители грудного молока и торгующие им, с целью предупреждения нарушений прав детей, связанных со здоровьем, и обеспечения подотчетности, в том числе средств правовой защиты и предоставления возмещения в случаях нарушения таких прав. Комитет по правам ребенка далее заявил, что страны должны включать в национальное законодательство, осуществлять и обеспечивать Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока.

75. С 2011 года в ряде стран были приняты или дополнены строгие правовые меры, охватывающие все положения Свода. В 2012 и 2014 годах Вьетнам и Армения, соответственно, успешно дополнили свои правовые нормы в целях обеспечения всестороннего соблюдения Свода.

76. В мае 2016 года Всемирная ассамблея здравоохранения приветствовала составление Руководства и рекомендаций ВОЗ по прекращению ненадлежащих форм продвижения сбыта продуктов питания для младенцев и детей в возрасте от шести месяцев до трех лет. В рекомендациях говорится, что все молочные продукты, рекламируемые как специально предназначенные для детей в возрасте от 6 до 36 месяцев, фактически являются заменителями грудного молока, а значит должны подпадать под сферу охвата Международного свода и регулироваться им.

Е. Последствия нападений на медицинские учреждения для детей

77. Нападения на больницы и медицинских работников в условиях конфликта ставят под угрозу право ребенка на здоровье на многих уровнях. Наглядным примером этого является разрушение в апреле 2016 года больницы Аль-Кудс в Алеппо, действующей при поддержке организации «Врачи без границ», в ходе которого были убиты гражданские лица, дети и медицинские работники, в том числе один из последних оставшихся в этом районе педиатров. Нападения на больницы ограничивают доступ к медицинской помощи и могут свести на нет результаты длительной работы, направленной на сокращение детской смертности, улучшение материнского здоровья и борьбу с заболеваниями²⁶.

78. Нападения на больницы и медицинских работников являются одним из шести грубых нарушений прав детей в ходе вооруженных конфликтов. В своей резолюции 1998 (2011) Совет Безопасности обратил особое внимание на последствия нападений на больницы в ходе вооруженных конфликтов для детей и просил Генерального секретаря включать в его доклады о детях и вооруженных конфликтах информацию о тех сторонах в вооруженном конфликте, которые совершают нарушения этой категории. В своей резолюции 2286 (2016) Совет Безопасности решительно осудил нападения на медицинский персонал в ситуациях конфликта, требуя положить конец безнаказанности виновных. Нападения на больницы противоречат утвердившимся нормам международного гуманитарного права, в том числе нормам обычного права, и могут быть равносильны военным преступлениям и преступлениям против человечности.

²⁶ См. www.un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm.

79. Нападения на медицинских работников, особенно проводящих кампании по вакцинации, могут непосредственно влиять на показатели детской смертности, поскольку иммунизация по-прежнему является одним из наилучших способов обеспечить выживание детей. Как отмечается в докладе Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о праве ребенка на наивысший достижимый уровень здоровья (A/HRC/22/31 и Corr.1), обеспечение доступа к полному циклу иммунизации детей, рекомендованному ВОЗ, имеет решающее значение для профилактики растущего числа детских болезней, а также заболеваний, которые могут возникнуть в более позднем возрасте.

80. По данным Миссии Организации Объединенных Наций по содействию Афганистану²⁷, в общей сложности 89 873 ребенка не смогли пройти вакцинацию в ходе дней иммунизации в Афганистане, состоявшихся в декабре 2015 года. За прошедшее десятилетие движение «Талибан» выступило с несколькими заявлениями в поддержку программы по ликвидации полиомиелита. Так, 13 мая 2013 года движение «Талибан» открыто заявило о поддержке кампаний по вакцинации от полиомиелита с оговоркой о том, что они должны проводиться под руководством афганских сотрудников и с соблюдением исламских ценностей. Тем не менее в 2015 году Миссией Организации Объединенных Наций по содействию Афганистану, ВОЗ и ЮНИСЕФ было зарегистрировано 22 инцидента, непосредственно затрагивающих кампании по вакцинации и в основном связанных с действиями антиправительственных элементов, в том числе «Талибана». По сообщениям, в число этих инцидентов входили убийства, нанесение увечий и похищения специалистов по вакцинации, адресованные им угрозы и запугивания, а также уничтожение комплектов вакцин. Нападения на специалистов по вакцинации от полиомиелита были также зарегистрированы в Пакистане и Нигерии. Организация «Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита» предупреждает, что постоянные нападения на специалистов по вакцинации от полиомиелита серьезно затрудняют работу по остановке распространения инфекции.

VII. Последующие шаги

81. Хотя каждый случай смерти новорожденного, младенца и ребенка в возрасте до пяти лет можно отнести на счет медицинских причин, глубинные причины детской смертности нельзя объяснять исключительно с медицинской точки зрения. Риск смерти ребенка повышается под воздействием множества факторов, включая маргинализацию, бедность, дискриминацию, неравенство и недостаток образования и медицинских знаний у лиц, осуществляющих уход. Кроме того, дети умирают в результате невозможности обеспечить доступные, пригодные, недорогие, приемлемые и качественные системы здравоохранения, а также вследствие насилия, конфликтов и отсутствия безопасности.

82. Детская смертность будет ликвидирована только в том случае, если будут устранены глубинные причины, ведущие к неравенству. Этим объясняется важность и практическое значение правозащитного подхода. Техническое руководство в значительной степени способствовало учету правозащитных аспектов при обсуждении вопросов, касающихся охраны здоровья новорожденных, младенцев и детей в возрасте до пяти лет. Тем не менее осуществление правоза-

²⁷ United Nations Assistance Mission in Afghanistan, “Education and Health Care at Risk”, April 2016. См. <http://unama.unmissions.org/un-chief-afghanistan-do-more-now-protect-civilians-unama-releases-civilian-casualty-data-first>.

щитных подходов требует широкого и постоянного участия, приверженности и надлежащих ресурсов. Законодательные, политические и программные реформы, изменение моделей поведения среди носителей обязательств и расширение прав и возможностей правообладателей являются долгосрочными процессами.

83. Процесс диалога и укрепления потенциала в области предупреждения детской смертности с участием различных заинтересованных сторон уже начался, однако нуждается в дальнейшем развитии и обеспечении ресурсами. Эту работу следует продолжать в сотрудничестве с государствами-членами, учитывая, что ответственность за осуществление права ребенка на здоровье совместно несут как развитые, так и неразвитые страны. В последующие шаги входит документирование передовой практики по практическому осуществлению технического руководства при разработке законодательства и политики и при оказании высококачественной медицинской помощи детям в возрасте до пяти лет, а также предоставление оперативного руководства по вопросу ценности и применения прав человека различным заинтересованным сторонам – от директивных органов системы здравоохранения до медицинских работников. Поскольку ресурсы УВКПЧ в области прав ребенка серьезно ограничены, все эти задачи выполнимы только при полной поддержке со стороны государств-членов.

84. Учитывая, что около 40% случаев смерти детей в возрасте до пяти лет приходится на долю новорожденных, этому этапу детства должно уделяться дополнительное внимание. Экспертный диалог по вопросу о том, каким образом правозащитные инструменты, в частности Конвенция о правах ребенка, распространяются на новорожденных детей, мог бы обеспечить высокий уровень осведомленности, способствовать ускорению и углублению проявления политической воли для достижения Целей в области устойчивого развития с особым акцентом на показатель 3.2, касающийся уменьшения неонатальной смертности до не более 12 случаев на 1 000 живорождений. Он мог бы содействовать работе Независимой группы по вопросам подотчетности, а также осуществлению последующей деятельности и обзора Целей в области устойчивого развития в рамках Политического форума высокого уровня по устойчивому развитию. Такое экспертное обсуждение могло бы опираться на работу, уже начатую группой акушеров, неонатологов и педиатров (см. пункт 62 выше); к участию в нем можно было бы привлечь правозащитные механизмы, например Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье, Комитет по правам ребенка, Комитет по правам инвалидов и Специального представителя Генерального секретаря по вопросу о насилии в отношении детей. Результаты экспертного обсуждения могли бы быть представлены Совету по правам человека в рамках процесса последующих действий по осуществлению технического руководства.

85. Инвестиции в обеспечение выживания детей по-прежнему остаются наиболее важным шагом в обеспечении будущего для всех детей, независимо от страны их рождения. Государства, международное сообщество и другие заинтересованные стороны должны приложить все усилия для обеспечения права ребенка на выживание. Государствам-членам следует отчитываться о применении технического руководства, используя действующие международные правозащитные механизмы, а также в соответствии с рамочной программой мониторинга и подотчетности Целей в области устойчивого развития.