



人权理事会

第四十五届会议

2020年9月14日至10月2日

议程项目2和3

联合国人权事务高级专员的年度报告以及高级
专员办事处的报告和秘书长的报告

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

在消除可预防的孕产妇死亡和孕产妇疾病时尊重、保护和实现所有人权的良好做法和挑战

联合国人权事务高级专员的后续报告

摘要

联合国人权事务高级专员依照人权理事会第 39/10 号决议提交本报告，其中概述了关于采取立足人权的方针执行旨在降低可预防的孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的技术指南实施相关举措。报告还对孕产妇疾病作为人权关切问题作了分析，并列入了结论和建议。



目录

	页次
一. 导言	3
二. 实施立足人权的方针以降低可预防的孕产妇死亡率和发病率	3
A. 国家一级的多利益攸关方进程	4
B. 立法、规划和预算编制	5
C. 方案和能力建设	5
D. 监测、审查、监督和补救	7
三. 技术指南实施工作面临的挑战	8
四. 孕产妇疾病作为一个人权问题	9
A. 孕产妇疾病概述	9
B. 孕产妇疾病与人权	10
C. 聚焦孕产妇疾病	10
D. 孕产妇疾病的人权原因及后果	12
E. 孕产妇疾病应对政策和方案采取立足人权的方针	15
五. 建议	16

一. 引言

1. 2012年9月，人权理事会通过第21/6号决议，其中欢迎关于采取立足人权的方针执行旨在降低可预防的孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的技术指南。按照理事会的要求，已于2014年(A/HRC/27/20)、2016年(A/HRC/33/24)和2018年(A/HRC/39/26)编写了后续执行报告。2018年9月，理事会在其第39/10号决议中请联合国人权事务高级专员编写一份后续报告，说明在消除可预防的孕产妇死亡和孕产妇疾病时尊重、保护和实现所有人权的良好做法和挑战，包括技术指南的实施。本报告即依照该要求提交。

2. 本报告详细介绍了与实施技术指南以及普遍的立足人权的方针有关的举措、良好做法和挑战。报告所依据的是对2019年11月11日分发的一份普通照会的回复以及从相关利益攸关方获得的研究结果和信息。¹ 第四节还参考了收到的资料，并结合研究结果，对孕产妇疾病作为一个人权关切问题作了分析，这是预防孕产妇死亡和疾病的政策和方案往往忽视的一个方面。高级专员最后就如何采取立足人权的方针处理孕产妇死亡和疾病提出了建议，特别关注孕产妇疾病。

二. 实施立足人权的方针以降低可预防的孕产妇死亡率和发病率

3. 关于采取立足人权的方针执行旨在降低可预防的孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的技术指南为制定、执行和评价孕产妇健康政策和方案所需步骤提供了详细指导。该指南遵循了规划、编制预算、执行、监测、审查和监督以及补救这样一个政策周期。通过确定权利持有人及其应享权利和相应的义务承担人及其义务，立足人权的方针旨在查明可能的人权关切问题，确定谁负责采取纠正行动，并确定如何最适当地采取行动。如下文所述，提交的资料中所提供的例子是如何使这一方针付诸实施的重要例证。

4. 据记录，2018年以来已作出许多努力，以期采取立足权利的方针降低可预防的孕产妇死亡率和发病率，包括通过实施技术指南。在技术指南基础上开发的工具，如回顾指南，已在与相关部委、民间社会组织和联合国实体以及国家人权机构和司法机构代表等目标利益攸关方团体的会议上广泛传播。² 在全球一级，许多出版物和其他文件都提及技术指南，促进了指南的使用。³

¹ 提交的资料完整清单，见 www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/TechnicalGuidanceMMM.aspx。

² 见 www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx。

³ 见 A/74/137；Alicia Ely Yamin and Paola Bergallo, “Narratives of essentialism and exceptionalism: the challenges and possibilities of using human rights to improve access to safe abortion”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, No. 1 (June 2017); Uchenna Emelonye, Abigail Uchenna Emelonye and Uchenna Ponfa Emelonye, “Preventing maternal mortality in Nigeria: a human rights imperative”, *US-China Law Review*, vol. 16, No. 4 (2019); Agegnehu Bante and others, “Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross sectional study”, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2020); R. Rima Jolivet and others, “Ending preventable maternal mortality: phase II of a multi-step process to develop a monitoring framework, 2016-2030”, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019)。

5. 经济、社会及文化权利委员会和消除对妇女歧视委员会等人权条约机构继续建议各国在性健康和生殖健康、包括孕产妇健康的政策和方案中使用技术指南。⁴

6. 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)2018-2021 年管理计划首次将致力于确保公共卫生方针符合国际人权原则和标准作为优先事项。⁵ 为了实现这一结果,人权高专办一直优先发展与各国政府、民间社会和其他联合国实体等主要利益攸关方之间的伙伴关系。

7. 人权高专办在冠状病毒病(COVID-19)大流行期间的工作中也强调了对孕产妇健康、性健康和生殖健康采取立足人权的方针的重要性。它与几个国家当局就如何降低孕产妇死亡率和发病率上升风险进行了接触互动。⁶ 许多会员国也申明,有必要确保符合人权义务的性健康和生殖健康服务,以防在 COVID-19 大流行背景下孕产妇死亡率和发病率上升。⁷

A. 国家一级的多利益攸关方进程

8. 参与式多利益攸关方进程是立足权利的方针的一个重要组成部分。这些进程提供了参与情况分析的机会,而分析有助于了解与性健康和生殖健康、包括孕产妇健康有关的人权差距。分析结果应作为包容的多部门进程的审议主题,而讨论结果,包括确定降低孕产妇死亡率和发病率所需关键行动的优先次序,应影响相关的国家计划和政策。

9. 澳大利亚、埃塞俄比亚、拉脱维亚、墨西哥、尼泊尔和新西兰等国报告指出,已召集多利益攸关方进程会议,审议与性健康和生殖健康有关的人权行动并确定行动的优先次序。例如,墨西哥提及为实施预防青少年妊娠的国家战略而作出的跨部门集体努力以及青少年友好型服务的实施。拉脱维亚报告,在制定 2014-2020 年公共卫生准则时作了全面情况分析,找出了与孕产妇和儿童健康有关的差距,在此基础上与卫生专业人员和患者代表合作制定了 2018-2020 年母婴健康改善计划。

10. 乌干达卫生部与合作伙伴协力制定降低可预防的孕产妇死亡率多部门战略。该战略草案将于 2020 年通过,其中包括向国家和地方两级对话者提出的旨在预防孕产妇死亡和疾病的关键建议,例如利用立足人权的方针加强卫生系统,建立规划、筹资和实施等方面的多部门对策,加强社区参与。作为这一承诺的一部分,还特别关注乌干达携带艾滋病毒妇女的性健康和生殖健康及权利。通过人权高专办与联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、世界卫生组织(世卫组织)和联合国人口基金(人口基金)共同组织的一项多利益攸关方倡议,并在卫生部支持下,将来自全国各地的携带艾滋

⁴ E/C.12/MLI/CO/1, 第 49(a)段; CEDAW/C/BFA/CO/7, 第 37(e)段; CEDAW/C/NER/CO/3-4, 第 33(b)段。

⁵ 见 www2.ohchr.org/english/ohchrreport2018_2021/OHCHRManagementPlan2018-2021.pdf, 第 22 页。

⁶ 见 www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf。

⁷ 见 www.government.se/statements/2020/05/joint-press-statement-protecting-sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-promoting-gender-responsiveness-in-the-covid-19-crisis/。

病毒妇女聚集在一起，记录她们在性健康和生殖健康、包括孕产妇健康方面的人权关切问题，并就可能采取的纠正行动与义务承担人进行对话。

B. 立法、规划和预算编制

11. 确保法律和政策符合人权标准并配有充足资源，这是采用立足人权的方针的另一个重要组成部分。重要的第一步是在法律上保障健康权，包括性健康和生殖健康，包括通过宪法予以保护，许多国家已有这方面例子。

12. 一些国家已有既定做法，即核实拟议的法律和政策是否符合本国的人权义务。例如，新西兰解释了其做法，即确保所有导致立法的政策建议都必须经过评估，确保与 1990 年新西兰人权法案和 1993 年人权法相一致。

13. 开展这种协调匹配工作，立足人权的方针可对法律和政策的内容产生影响，例如优先关注最边缘化群体。例如，澳大利亚报告说，技术指南为 2020-2030 年全国妇女健康战略的制定提供了以下方面的参考：顾及核心人权原则，确定优先领域，包括孕产妇健康、性健康和生殖健康及健康的基本决定因素，承认土著和托雷斯海峡岛民等优先关注人口。埃塞俄比亚重点指出了卫生部如何利用该指南在国家以下一级达成共识，即必须使用立足人权的方针降低孕产妇死亡率和发病率，并利用现有资源确保服务的可用性、可及性、可接受性和良好质量。所采取的步骤包括将重点置于占人口约 20% 的牧区，以解决孕产妇保健服务的差距以及可用性、可及性和利用率，振兴对健康推广方案的支持，以便惠及农村地区的妇女和女孩，因为农村地区获得孕产妇保健服务更具挑战性。

C. 方案和能力建设

14. 也可通过旨在解决具体人权关切问题的专项方案落实立足人权的方针。例如，建设实施立足人权的方针的能力对于确保义务承担人拥有履行其义务所需的信息和资源至关重要。按照人权法的要求，还有许多方案旨在确保服务的可用性、可负担性、可接受性和质量。

15. 尼泊尔报告指出，在联合国支持下，尼泊尔努力加强能力建设和对立足人权的方针的理解，在此基础上致力于提供以人为尊的孕产妇保健，以此作为卫生政策的基石。在乌干达，人权高专办与卫生部合作建设地方政府官员和医务人员采用立足人权的方针的能力，重点置于孕产妇健康。

16. 在阿根廷，国家和社会培训中心⁸ 和获得安全堕胎网络⁹ 分别自 2007 年和 2011 年以来，通过由一批律师、卫生专业人员、研究人员和活动人士开发的跨学科项目组织了能力建设活动，重点是采取立足人权的方针处理获得安全合法堕胎问题，这是该国孕产妇死亡和孕产妇疾病的主要原因之一。这项仍在进行中的工作与针对具体案例的法律咨询相结合，使卫生专业人员能够更好地了解现行立法

⁸ 见 www.cedes.org/ (西班牙文)。

⁹ 见 www.redaas.org.ar/english。

允许提供堕胎服务的情况，也对卫生专业人员如何就阿根廷放开堕胎法的立法提案进行公开讨论产生影响。

17. 玛丽斯特普国际组织解释了它如何通过阐述价值观活动与卫生工作者就人权原则进行接触互动，以查明可能的基本偏见，将客户置于方案规划的核心。关于确保优质服务，玛丽斯特普国际组织报告了在也门对政府卫生官员进行培训，以支持该组织在性健康和生殖健康服务质量保障领域开展工作。这使该组织能够保持高质量标准，同时帮助加强卫生系统。

18. 若干资料还重点指出了为确保服务可负担性所作的努力。例如，玛丽斯托普斯国际组织在也门使用代金券方案，使妇女能够获得孕产妇保健和避孕服务。人口基金解释道，在印度有不同的安全网方案，旨在确保最贫困妇女能够获得产前和新生儿护理。在布隆迪，人口基金通过在保健设施提供设备和培训，增加了急诊妇产科护理和新生儿护理服务的供应。

1. 人道主义环境中的方案

19. 认识到孕产妇死亡大多发生在危机环境中，因此还专门关注在这些背景下保障人权的问题。人权理事会将此问题列为优先事项，请联合国人权事务高级专员组织一次会议讨论这一问题。¹⁰ 此次专家组会议的一个结果是，正在努力增加理解和加强能力，以期在这些背景下采用立足人权的方针，同时考虑到这些背景的特殊性。这包括说明人权要求、消除误解，考虑危机情形呈现的复杂情况，这些情况对确定义务承担人、卫生服务的可用性和问责机制的存在情况产生影响(见 A/HRC/42/24)。人道主义空间的指导和政策文件更加注重立足权利的性健康和生殖健康方针，包括《环球手册：人道主义宪章和人道主义反应的最低标准》、¹¹ 《人道主义环境下生殖健康机构间实地手册》，包括性健康和生殖健康最基本初始一揽子服务，¹² 以及经济及社会理事会 2019 年届会人道主义事务部分通过的第 2019/14 号决议，其中经社理事会敦促各国确保那些对保护妇女和女孩在人道主义紧急情况中免遭可预防的死亡和疾病至关重要的服务可靠且安全可及。

2. 解决歧视问题，为边缘化群体制定方案

20. 一些利益攸关方重点指出了专为解决歧视问题而设计、重点置于孕产妇死亡和患病风险较高的边缘化妇女和女孩的卫生干预措施。例如，新西兰表示，在孕产妇发病率统计数据中，与非毛利人、非太平洋和非亚洲妇女相比，毛利人、太平洋妇女和亚洲妇女的比例过高。澳大利亚和新西兰都制定了卫生计划，旨在解决保健系统中结构性歧视造成的不平等问题。

21. 保加利亚报告指出，偏远地区罗姆人社区的妇女和女孩由于社会经济地位低下、早孕(这与早婚有关)以及受教育程度较低，罹患孕产妇疾病的风险相对较高。

¹⁰ 理事会第 39/10 号决议。

¹¹ 见 <https://spherestandards.org/handbook-2018/>。

¹² 见 <https://iawgfieldmanual.com/>。

为此，除其他举措外，国家在偏远地区设立了流动单位，以确保罗姆人社区的妇女和女孩能平等获得孕产妇保健服务。

22. 在乌干达，人口基金推动优先关注年轻人的人权。例如，为此而向少龄母亲提供生活技能培训、支持重新入学。人口基金还与世卫组织合作，在纳米比亚提供青春性健康和生殖健康咨询，以期预防意外妊娠。

D. 监测、审查、监督和补救

23. 技术指南强调，问责制对于立足人权的方针各个阶段都具核心意义。根据这一理解，监测、审查、监督和补救是问责制的关键组成部分。

24. 需要监测机制以跟踪、分析和公布关于孕产妇健康结果的分类数据和信息，包括孕产妇发病率和孕产妇死亡率。¹³ 人口基金在两个国家着力支持问责制，与两国各自的国家人权机构和卫生部一起推出技术指南，监测性健康和生殖健康和权利受到侵犯的情况，支持系统实施孕产妇和围产期死亡情况审查工作。¹⁴

25. 为便于监测，必须优先对待数据收集工作。例如，格鲁吉亚指出，该国对死产以及孕产妇和新生儿死亡案例进行例行临床审计。这一全面审计进程有助于查明提供护理和更广泛的卫生系统方面的差距和不足，进而支持地方和国家一级纠正政策和做法的措施。在也门，玛丽斯托普斯国际组织创建了一个移动应用程序，该应用程序通过短信运行，以便收集监测和评价服务所需的关键数据。

26. 人权实况调查是收集孕产妇、性健康和生殖健康数据的另一种方式。例如在尼日利亚，生殖权利中心记录了冲突背景下的性健康和生殖健康及权利的情况。调查结果显示，境内流离失所者严重缺乏获得性健康和生殖健康服务的机会，未得到优先关注，包括孕妇得不到适当护理，哺乳母亲得不到医疗照顾。这项分析为与当局进行宣传提供了信息，以便改善对妇女和女孩的健康服务。

27. 收到的资料指出，法院作为一种监督形式和可能的补救途径，在评估现有做法是否符合人权义务方面可发挥作用。在危地马拉，玛雅助产士和土著组织在人权高专办支持下，向宪法法院提起诉讼，要求负责卫生的部委遵守有关跨文化孕产妇健康的法律。虽然危地马拉建有保护土著妇女权利的法律框架，但这并没有体现于与助产士工作有关的跨文化公共政策的执行。2019年，宪法法院做出判决，促请国家从文化视角出发，不歧视地尊重传统、习俗和做法。

28. 过渡期正义机制对于确保问责也很重要。生殖权利中心解释了它如何在哥伦比亚开展工作，记录冲突期间强迫堕胎、强迫绝育和控制妇女和女孩生殖等侵犯人权行为，以支持真相委员会的工作。

¹³ 见澳大利亚、保加利亚、格鲁吉亚、意大利、拉脱维亚、墨西哥、尼泊尔和新西兰提交的资料。

¹⁴ 人口基金提供的信息。

三. 技术指南实施工作面临的挑战

29. 上文所举例子呈现了技术指南和广泛的立足人权方针实施方面令人鼓舞的景象。虽有这些积极的经验，但仍有许多挑战阻碍指南和立足人权的方针的进一步实施。根据收到的资料查明了以下挑战：歧视性法律和做法，难以获得高质量的数据，缺乏财政和人力资源，包括专门的卫生专业人员，以及缺乏采用立足人权的方针的意识和能力。

30. 在许多地方，歧视性法律和做法继续阻碍妇女和女孩人权的落实，对她们的孕产妇健康、性健康和生殖健康造成负面影响。例如，艾滋病署表示关切的是，携带艾滋病毒的孕妇面临歧视，包括得不到保健服务、被污名化，在某些情况下还面临体制性的暴力，所有这些都是孕产妇疾病的诱因，可能对需要时寻求保健服务造成寒蝉效应。残疾重生国际妇女组织强调指出，残疾妇女在妊娠和分娩期间可能会有特别负面的经历，这对她们的身心健康产生严重影响。

31. 在满足特定群体的需求方面也存在挑战。澳大利亚重点指出了确保土著和托雷斯海峡岛民获得文化上适当的产前和产后服务这一挑战。尼泊尔解释说，虽然有针对农村地区少女和妇女需求的政策，但在执行和资源供应方面仍存在差距。

32. 对妇女和女孩的广泛歧视，反映于高比率的童婚、早婚和强迫婚姻、切割女性生殖器和亲密伴侣暴力，不仅侵犯妇女和女孩的人权，还导致孕产妇健康情况不良。法律障碍，如第三方授权规定或高度限制性的堕胎法，也有碍妇女和女孩获得她们需要且有权获得的医疗保健。成功地将立足人权的方针应用于孕产妇健康政策和方案，这需要同时采取行动，解决根深蒂固的歧视问题，促进性别平等。要应对这些挑战，就需要持之以恒地长期参与促成社会变革。

33. 获得性健康和生殖健康、包括孕产妇健康的高质量数据仍然具有挑战性。很少有国家报告了用于报告和审查孕产妇死亡和发病率的制度化和全国范围的进程。正如本报告后面进一步解释的那样，关于孕产妇发病率的数据尤其难以收集。提交的资料中有的说明了为使国家报告可比而确保孕产妇发病率数据标准一致以及其后在所有辖区实施标准所面临的挑战。¹⁵

34. 有的资料还重点指出，缺乏财政和人力资源是采用立足权利的方针所面临的一大挑战。在许多地方，基础设施制约因素和距离卫生设施的地理距离继续阻碍技术指南和广泛的立足人权方针得以全面实施。¹⁶ 提交的资料中还指出，专业医务人员短缺，可用的人员集中在城市地区，这意味着农村人口的覆盖率不佳。¹⁷ 薄弱的卫生系统也是有损孕产妇健康权的一个主要因素，例如，反映于孕产妇无法及时获得适当的产科急诊服务。¹⁸

¹⁵ 见澳大利亚和巴拉圭提交的资料。

¹⁶ 见阿塞拜疆、格鲁吉亚、伊拉克、意大利、拉脱维亚、墨西哥和尼泊尔提交的资料。

¹⁷ 见阿塞拜疆和尼泊尔以及人口基金提交的资料。

¹⁸ 见人口基金提交的资料。

35. 报告的另一个难题是如何确保卫生工作者具备采用立足人权的方针的能力。埃塞俄比亚报告指出，在将权利纳入各级卫生系统的孕产妇健康方案规划方面，保健专业人员的能力仍然存在差距。在一些地方，卫生专业人员的低质量护理和有偏见的态度被认为是有碍推进立足人权的方针的问题。

四. 孕产妇疾病作为一个人权问题

A. 孕产妇疾病概述

36. 把孕产妇死亡和疾病作为一个人权问题加以理解，这就需要认识到妇女在妊娠和分娩期间遭遇的死亡和严重伤害不是不可避免的事件，而是歧视性法律和做法、未能建立和维持正常运作的卫生系统和服务以及缺乏问责的直接结果。

37. 全球改善孕产妇健康的努力往往主要注重避免孕产妇死亡的措施，对孕产妇疾病关注较少。孕产妇疾病是一个总术语，世卫组织孕产妇发病率问题工作组将其定义为“任何因妊娠和分娩所致和(或)加重、对妇女福祉有负面影响的健康状况”。¹⁹

38. 孕产妇疾病在持续时间和严重程度各不相同，病症诊断多样，需要多种治疗。²⁰ 世卫组织确定了 121 种可被描述为直接或间接孕产妇疾病的情况，包括与产科有关的并发症，如分娩时间长或难产、不安全流产并发症、产科出血和高血压疾病。²¹ 如果处理不当或不治疗，这些情况可能导致各种后果，包括子宫脱垂、产科瘘、不孕症、大小便失禁或产后抑郁等问题。某些风险因素，如贫血、艾滋病毒、肥胖症和女性生殖器切割，使一些妇女和女孩更易患上孕产妇疾病。²²

39. 没有关于全球孕产妇疾病的准确数据。疾病数据普遍无法获得，这一事实表明此问题未被视为优先问题。数据的缺乏还与孕产妇疾病的定义和衡量方面的困难有关，这给获得可比数据带来了挑战。

40. 虽然孕产妇疾病确切发病率尚不清楚，但最近的研究表明，全球孕产妇重病发病率正在上升。²³ 据估计，全世界每年有 1 500 万至 2 000 万妇女患有孕产妇

¹⁹ Tabassum Firoz 等人，“衡量孕产妇健康：关注孕产妇发病率”，《世界卫生组织简报》(2013 年)，第 795 页。

²⁰ “孕产妇疾病是一个广泛的概念，频谱一端是最严重的情况，即‘孕产妇险些死亡’——世界卫生组织定义为在妊娠或分娩期间或终止妊娠后 42 天内因并发症而险些死亡的幸存妇女，另一端是无生命威胁的疾病。”同上，第 794 页。

²¹ Doris Chou and others, “Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality”, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016)。

²² Robert E. Black and others, *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition* (vol. 2) (Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development, 2016)。

²³ Stacie E. Geller and others, “A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality”, *Reproductive Health*, vol. 15, supplement 1 (2018), pp. 31-32。

疾病或因孕产而残疾。²⁴ 据估计，每有一位妇女死于与妊娠有关的原因，另有 20 至 30 位妇女会经历与妊娠有关的急性或慢性疾病，往往是长期性的疾病，损害了她们的健康和福祉。²⁵ 与孕产妇死亡率一样，估计低收入和中等收入国家的孕产妇发病率最高，边缘化妇女的孕产妇发病率更高。

41. 仅以孕产妇死亡率来评估一个国家在孕产妇健康领域的进展，这忽视了孕产妇疾病的重要含义，因为孕产妇疾病不仅是孕产妇死亡的先兆，而且有可能对妇女的健康和生活方式产生长期的负面影响。在现有的研究中，孕产妇死亡被描述为“冰山一角，而孕产妇疾病为山基”。²⁶ 对孕产妇健康采取立足人权的方针，这需要更多地关注孕产妇疾病，以维护妇女和女孩的各项人权。

B. 孕产妇疾病与人权

42. 孕产妇疾病对妇女和女孩人权的影响重大。人权机构始终认识到孕产妇健康是一个人权问题，特别强调健康权、隐私权、受教育权和得到有效补救的权利，特别强调禁止歧视和酷刑以及其他形式的残忍、不人道或有辱人格的待遇等。人权机构还明确指出，孕产妇健康服务，包括预防和治理孕产妇疾病的服务，必须是优质、可用、所有孕妇和女孩都能获得和接受，并且无歧视地提供。对孕产妇疾病采取立足人权的方针，其前提是问责、参与、透明、赋权、可持续性、国际援助和不歧视等原则。对孕产妇疾病采用立足人权的方针将：**(a)** 支持努力增强妇女权能以便她们主张自身权利；**(b)** 解决增加孕产妇患病风险的歧视性法律、政策和做法等因素以及潜在健康决定因素；**(c)** 找出服务提供、治疗和预防方面的差距；**(d)** 建立应对侵犯人权行为的问责制度。

C. 聚焦孕产妇疾病

43. 孕产妇疾病一词涵盖了众多情况，本报告无法详加描述。下文所列四种具有说明性的孕产妇疾病被列入分析，因为其原因及后果的人权层面特别突出。关于这些孕产妇疾病的现有数据和研究也比较充分有力，从而能够进行更全面的分析。

1. 产科瘻

44. 如果不加以治疗，产科瘻可能成为一种严重、破坏性的终身疾病，造成严重的临床、社会、心理和经济后果。它是指“阴道与膀胱或直肠间异常开口，导致持续的尿失禁或大便失禁”。²⁷

45. 在全世界绝大多数产科瘻病例中，分娩时间长或难产而得不到及时、高质量的医疗服务是造成这种情况的原因。如能得到优质孕产妇保健，产科瘻在很大程

²⁴ Marge Koblinsky and others, “Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 30, No. 2 (2012)。

²⁵ Firoz 等人，“衡量孕产妇健康”，第 794 页。

²⁶ 同上。

²⁷ 见 www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/。

度上可以预防。据估计，每年有 50 000 至 100 000 名妇女患上产科瘻。²⁸ 患有产科瘻而未得到治疗的妇女和女孩可能面临慢性大小便失禁的风险，这会导致一系列其他身体状况，包括频繁感染、肾脏疾病、痛苦的溃疡和不孕症。身体受损也会导致社会孤立和心理伤害。受影响的妇女往往无法工作，一些妇女被家人遗弃，因此而更加贫困(A/73/285，第 4 段)。

2. 子宫脱垂

46. 子宫脱垂是另一种严重影响妇女生活和福祉的孕产妇疾病。子宫脱垂是指盆底肌肉和韧带松展和减弱，不再能支持子宫保持正常位置。最严重时，子宫可能完全脱离阴道。子宫脱垂的身体症状取决于病情的严重程度，可能包括下腰痛、腹痛、性交疼痛、压力性尿失禁和盆腔区不适。

47. 若干因素使妇女——主要是发展中国家的妇女——面临出现这一状况的风险，例如间隔时间较短地多次分娩、早孕、营养不足、妊娠期间及其后缺乏休息、分娩时间长或难产，包括使用有害的分娩做法。²⁹ 在 45 岁以下妇女中，子宫脱垂的全球流行率估计在 2%至 20%之间。³⁰ 除了身体上的不适，它还会损害妇女的工作能力，从而对她们的精神健康造成不利影响，并可能使她们面临情感和身体受虐待的风险。

3. 产后抑郁症

48. 产后抑郁症指的是一种非精神病抑郁发作，开始于产后阶段，通常发生于分娩后 1 至 12 个月内。³¹ 症状包括罪恶感、焦虑感、睡眠模式不稳定和疲劳感，以及不称职感和无能力照顾婴儿等感觉，一些妇女认为自己是“坏”母亲、不称职或没有爱心的母亲。一些风险因素已被确定为产后抑郁的征兆，其中包括妊娠期间的抑郁或焦虑、压力大的近期生活事件、社会支持不佳、曾有抑郁史、产科和妊娠并发症以及亲密伴侣暴力。³²

49. 据估计，全球产后抑郁症的发病率为每 1 000 例分娩有 100-150 人患有产后抑郁症。研究发现，低收入和中等收入国家的发病率甚至更高。精神卫生资源短缺、分配不公和利用效率低是确保精神卫生的主要障碍。³³ 产后抑郁症的治疗具

²⁸ 见 www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula。必须认识到，瘻管病也可以由性暴力引起，即所谓的创伤性瘻管病，这也是一个严重的人权关切问题。例如，见联合国南苏丹特派团和人权高专办，“南苏丹与冲突有关的性暴力幸存者获得健康的机会”（2020 年 5 月），第 37 段。

²⁹ 大赦国际，《不必要的负担：尼泊尔的性别歧视与子宫脱垂》（2014 年，伦敦），第 18 页。

³⁰ Karen Hardee, Jill Gay and Ann K. Blanc, “Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world”, *Global Public Health*, vol. 7, No. 6 (2012), p. 610.

³¹ Donna E. Stewart and others, *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions* (University Health Network Women’s Health Program, 2003), p. 21.

³² 同上，第 2 和第 19 页。

³³ Ravi Prakash Upadhyay 等人，“印度的产后抑郁症：系统审查和整合分析”，《世界卫生组织简报》，第 95 卷，第 10 号(2017 年)。另见 Jane Fisher 等人，“低收入和中低收入国家妇女常见围产期精神障碍的患病率和决定因素：系统审查”，《世界卫生组织简报》，第 90 卷，第 2 号(2012 年)。

有挑战性，因为它经常得不到诊断。例如，在许多地方，妇女可能不参于产后随访活动；即便参与，随访的重点往往是新生儿的健康，而不是母亲的健康，而且卫生专业人员可能对产后抑郁的迹象和症状缺乏认识。

50. 如不加治疗，产后抑郁症可能对妇女、她们的婴儿和家人带来不良后果。它可能是慢性复发性抑郁症的先兆，在严重情况下，可能导致自杀。在多数社会，精神健康问题被污名化，这对妇女生活的许多方面都有影响，包括在家庭、社区和工作中。它还会对母婴关系和婴儿发育产生负面影响。

4. 不孕症

51. 不孕症是另一种可能与孕产妇疾病有关的情况，因为它可能是不安全流产和其他孕产妇疾病(如脓毒症)的并发症所致。世卫组织将不孕症定义为“一种生殖系统疾病，其定义是在无避孕措施的正常性交后 12 个月或更长时间未发生临床妊娠”。³⁴ 世卫组织还估计，有 3 400 万妇女，主要来自发展中国家，因孕产妇脓毒症或不安全堕胎而患有不孕症。³⁵ 非自愿绝育等强制做法也会导致不孕症，资料显示，这种情况在残疾妇女和女孩、携带艾滋病毒妇女和女孩、土著和少数民族妇女和女孩以及生活贫困的妇女和女孩中尤其如此。³⁶

52. 不孕症的后果可能很严重。妇女经常因生育问题而受指责，无论这个病理问题实际出在她们身上还是出在她们伴侣身上。她们可能蒙受羞辱，被家人和社区疏远，也可能面临更大的暴力风险。

D. 孕产妇疾病的人权原因及后果

1. 性别歧视

53. 性别歧视既是孕产妇疾病的原因，也是其后果。妇女和女孩是否有能力选择何时以及与谁发生性关系，这与她们是否能安全地经历妊娠和分娩相关。对妇女和女孩的歧视也影响到她们是否能获得保健服务。

54. 有害的做法是对人权的侵犯，是对妇女和女孩的歧视，也与孕产妇患病风险更高有关。³⁷ 受害于童婚和强迫婚姻的女孩更有可能生育更多的孩子，而且可能更早生育，这增加了她们罹患孕产妇疾病的可能性。同样，被迫接受女性生殖器切割的女孩在妊娠和分娩过程中出现并发症的可能性更高，尤其是患产科瘘的风险更高。世卫组织认定，停止有害做法和推迟首次妊娠年龄，这是预防孕产妇疾病的根本行动。³⁸

³⁴ 见 www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/。

³⁵ 同上。

³⁶ 人权高专办等机构，《消除强迫、强制和其他非自愿绝育：机构间声明》(世界卫生组织，2014年)。另见 A/73/161。

³⁷ 消除对妇女歧视委员会第 31 号以及儿童权利委员会有关有害做法的第 18 号联合一般性建议/意见(2019 年)，第 16 段。

³⁸ 见 www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula。

55. 使妇女和女孩能够安全地经历妊娠和分娩的一个关键要素是确保她们能够就自己的性健康和生殖健康做出决定，并能够获得做出健康决定所需的信息。有损妇女和女孩作出这类决定的能力的歧视性法律和做法，包括基于年龄或婚姻状况的歧视性法律和做法，使妇女和女孩更易罹患孕产妇疾病。限制妇女的性健康和生殖健康及权利的法律，包括与计划生育和堕胎有关的法律，既影响到发病风险，也影响到产后康复机会。³⁹ 例如，限制性堕胎法导致更多的不安全堕胎。⁴⁰ 不安全堕胎是孕产妇疾病的主要原因，发展中国家每年约有 700 万妇女因此入院治疗。不安全堕胎后，妇女和女孩可能会经历一系列疾病，如不完全流产、不孕、出血和感染，有些妇女会出现危及生命的并发症。⁴¹

2. 跨部门歧视与孕产妇疾病

56. 当妇女面临歧视，包括基于年龄、社会经济地位、残疾状况、种族或族裔背景、语言、宗教、民族或社会出身、健康或其他地位的歧视时，她们经常面临多重或跨部门的歧视，这大大增加了她们罹患孕产妇疾病的风险。

57. 除了面临性别歧视外，由于距离、费用、缺乏信息或文化不敏感等众多因素，来自边缘群体的妇女通常不太可能获得适当的医疗保健和及时的干预和服务。而且，由于语言障碍或以前在保健设施内受到虐待和欺凌，她们也可能不愿利用孕产妇保健。有害的性别成见可能使某些妇女群体，包括残疾妇女、携带艾滋病毒妇女以及土著和少数群体妇女，在妊娠和分娩期间尤易受到虐待，使她们可能罹患疾病。

3. 缺乏全面、优质的性健康和生殖健康信息和服务

58. 优质的性健康和生殖健康服务对于预防和治疗孕产妇疾病至关重要。如果卫生系统缺乏资源、基本药物和用品短缺、缺乏足够的熟练和专职卫生专业人员，就像世界许多地区的情况一样，孕产妇患病的可能性将因此而增加。例如，受过专门培训、能够治疗某些疾病的工作人员不足，可能导致等待治疗的时间很长，这可能导致进一步的并发症。

59. 即使在有医疗保健的情况下，缺乏信息意味着许多妇女不知道她们可以获得哪些医疗保健服务，也不知道她们需要警惕哪些症状。例如，大赦国际报告指出，在尼泊尔访谈的患有子宫脱垂的妇女中，大多数人在经历这种情况之前没有听说过此状况。⁴² 同样，津巴布韦许多患有产科瘘的妇女不知道她们遭受了什么，难以找到有关她们病情的原因和治疗信息。⁴³

³⁹ Veronique Filippi and others, “A new conceptual framework for maternal morbidity”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 141, No. S1 (2018), p. 7.

⁴⁰ 世界卫生组织, 《安全流产: 卫生系统技术和政策指南》, 第二版(2012年), 第17页。

⁴¹ 世界卫生组织, “预防不安全堕胎”, 概况介绍(2019年)。

⁴² 大赦国际, 《不必要的负担》, 第46页。

⁴³ 见大赦国际提交的资料。

60. 妇女在妊娠和分娩期间遭受虐待和欺凌也可能导致她们罹患孕产妇疾病(见 A/74/137)。在某些情况下,保健设施内的侵犯人权行为直接导致孕产妇疾病,例如妇女在分娩时被强制绝育或接受其他与妊娠有关的手术。⁴⁴ 除了对妇女个人人权有直接影响外,这种做法还引发孕产妇疾病风险,因为它形成了一种气氛,使妇女不太可能寻求其他类型的性健康和生殖健康服务,包括抗逆转录病毒治疗,而更有可能向未经培训的人员寻求医疗协助。⁴⁵

4. 基本决定因素

61. 妇女和女孩在妊娠和分娩期间的健康受到社会和经济因素的高度影响,而社会和经济因素又进一步受到性别歧视的影响。妇女的生活环境直接关系到妇女的整体健康,这与孕产妇在妊娠或分娩期间患病的可能性相关联。⁴⁶

62. 通常,那些生活在较富裕家庭、受过高等教育或生活在城市地区的人与那些生活贫困、受教育程度较低或生活在农村地区的人相比,发病率较低,更多使用适当的孕产妇保健服务。在世界范围内,妇女识字率和受教育率低与孕产妇发病率和死亡率以及其他孕产妇健康指数有关,包括生育率、产前护理利用率、未得到满足的避孕需求和初次生育年龄。⁴⁷ 此外,歧视性做法,如剥夺妇女和女孩平等获得食物的机会,加上一年中特定时间粮食短缺这样的实际情况,导致营养不足或营养不良,进而可能导致不良妊娠结局的风险增加。⁴⁸

5. 孕产妇疾病的社会和经济后果

63. 污名、羞耻和孤立往往与特定形式的孕产妇疾病相关联,并可能表现为被排斥或社会地位改变,对妇女的心理、经济和社会福祉产生不利影响。⁴⁹ 例如,患有产科瘻的妇女经常出现大小便失禁,这往往导致她们孤立于家人和社区,并导致精神健康问题,如抑郁和自卑(A/73/285,第4段)。资料显示,患有子宫脱垂的妇女也受到类似的影响。⁵⁰ 此外,害怕不被理解或害怕被视为“有缺陷”,这可能有碍患有产后抑郁症的妇女寻求治疗。妊娠和分娩期间并发症造成的不孕症是高度污名化的孕产妇疾病,导致歧视、排斥甚至暴力。在一些国家,污名化可能是极端的,在那里,不孕妇女被视为社区社会经济福祉的负担。这放大了女人感

⁴⁴ 例如,见消除对妇女歧视委员会, A.S.诉匈牙利案(CEDAW/C/36/D/4/2004)。委员会认定,如果在妇女接受流产手术时未经其知情同意而对其实施绝育,即构成违反《消除对妇女一切形式歧视公约》的行为。

⁴⁵ Robert Yates, Tom Brookes and Eloise Whitaker, “Hospital detentions for non-payment of fees: a denial of rights and dignity” (Chatham House, 2017), p. 5.

⁴⁶ 开发署,“对孕产妇健康采取考虑到社会决定因素的办法”,(2011年)。

⁴⁷ 人口基金,“富有的母亲, 贫困的母亲: 孕产妇死亡和残疾的社会决定因素”(2012年)。

⁴⁸ Isabelle Lange and others, “What maternal morbidities are and what they mean for women: a thematic analysis of twenty years of qualitative research in low and lower-middle income countries”, *PLOS ONE* (2019), p. 10;大赦国际,《不必要的负担》,第44页。

⁴⁹ Lange and others, “What maternal morbidities are”, p. 14.

⁵⁰ 例如,见大赦国际,《不必要的负担》。

到的罪恶感和羞耻感。⁵¹ 各种形式的孕产妇疾病都有一条共同的主线，那就是妇女被指责是自己给自己带来了这些疾病，这导致了进一步污名化。

64. 各种因素可能会影响妇女寻求医疗保健的意愿和能力，导致病情得不到治疗而恶化。⁵² 例如，外科修补术可以治疗大多数产科瘻；然而，贫困、社会污名化、对这种病症的误解以及缺乏手术能力等因素使得大多数患有瘻管病的妇女无法获得治疗。⁵³

65. 孕产妇疾病与个人经济负担之间的联系涉及三个方面：“无钱提供和寻求护理所致的后果；不堪承受的医疗保健费用；疾病对赚取收入能力的影响”。⁵⁴ 个人财务状况可能成为妇女寻医治病的障碍，这可能会加剧病情，增加发生并发症的可能性。治疗费用重负造成个人经济困难，导致不确定性、污名化、痛苦、担忧和治疗中断。⁵⁵

E. 孕产妇疾病应对政策和方案采取立足人权的方针

66. 确保妇女在孕产妇健康方面的人权不仅需避免死亡，还需更多关注孕产妇疾病，以确保按照人权义务对妇女健康采取更整体全面的做法。世界各地孕产妇发病率高系多种因素所致，其中包括妇女一生中经历的不平等对待。对可预防的孕产妇疾病采取立足人权的方针，这应包括注意确保治疗的可用性、可及性、可接受性和质量以及预防服务和措施；加强数据收集，以了解这一问题的范围；采取与受影响的妇女和女孩直接接触的参与式办法；加强问责制，以解决剥夺人权的问题。这样一种方针还将确保系统关注孕产妇疾病的歧视性原因及后果。

67. 许多利益攸关方为确保严重的孕产妇疾病得到治疗作出了重要努力。必须鼓励这些努力，并需给予更多关注，以确保所有需要治疗的妇女不受歧视地获得治疗，尤须重视治疗的可及性和可负担性。还必须确保卫生工作人员具备应对孕产妇疾病的能力，考虑到被列为疾病的情况繁多，卫生工作人员可能需要专门培训。

68. 除治疗外，国家和其他相关利益攸关方还必须制定强有力、有效和全面的预防措施，明确应对性别歧视和其他健康决定因素。全面的预防战略将包括消除全面性健康和生殖健康服务所面临的一切障碍、专注于努力确保妇女和女孩有权主张自身权利并获得可靠的信息以作出关于自身健康的决定等方面，如此才有可能降低孕产妇发病率。

69. 要应对孕产妇疾病，便需要更健全的信息，以便了解这些疾病的流行率和类型，了解妇女和女孩群体之间的差异。通过人权分析，利益攸关方可以查明和解

⁵¹ 世卫组织，“为人母或一无所有：不孕症的痛苦”，《世界卫生组织简报》，第 88 卷，第 12 号（2010 年）。

⁵² Lange and others, “What maternal morbidities are”, p. 15。

⁵³ 例如，见 William Murk, “Experiences with obstetric fistula in rural Uganda”, *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 82, No. 2 (2009 年 6 月)。

⁵⁴ Lange and others, “What maternal morbidities are”, p. 14。

⁵⁵ 同上。

决某些妇女很难获得适当和及时的孕产妇保健干预和服务、导致妊娠和分娩期间出现并发症的原因。获取此类数据需要强大的记录和监测系统，以此为基础，通过改变做法、政策甚至法律改革采取纠正行动。

70. 为了从人权角度解决孕产妇疾病问题，还必须在预防和治疗这些疾病的工作中与妇女和女孩直接接触互动。通过参与式方法，妇女将获得相关信息，使她们能够就影响自身健康、妊娠和分娩的事项作出决策。对分娩后妇女的随访对于跟踪潜在的疾病和增加治疗可能性也很重要。还必须特别关注更有可能罹患孕产妇疾病的某些妇女和女孩群体，确保她们的声音成为与孕产妇疾病有关的方案和政策制定和执行工作的一部分。

71. 秉持“问责圈”的理念，各国可在整个政策周期内建立问责途径，以解决孕产妇疾病问题。这包括明确界定由谁负责采取何种行动以维护人权，确保妇女和女孩知道妊娠和分娩期间患病该向何处求助。这可以通过横跨社会、专业、政治、法律、司法和国际等领域的问责制度予以实现。通过不同问责机制的参与，可以了解对采取纠正行动解决系统性问题至关重要的信息，并可确定可能需要补救措施的各种情况。

五. 建议

72. 利益攸关方采取了许多举措，实施立足人权的方针，以降低可预防的孕产妇死亡率和发病率。评估使用技术指南所产生的影响，更好地了解如何对孕产妇死亡和疾病实施立足人权的方针，这仍然至关重要。为此，建议人权理事会继续处理这一重要问题，并继续接受关于技术指南实施情况的信息。

73. 谨向各国和其他利益攸关方提出以下相关建议：

(a) 推动国家和国际各级更多认识到，可预防的孕产妇死亡和疾病是一个基本人权问题，加强所有利益攸关方对所有人权不可分割的理解；

(b) 尽可能广泛地传播和推动采用技术指南和相关工具，包括向所有部委、特别是卫生部和各级相关公共机构，以及向在相关领域工作的权利持有人、民间社会组织 and 国家人权机构传播和推动采用技术指南和相关工具；

(c) 通过组织情况介绍和培训等途径，提高卫生工作者、政策制定者、立法者、国家人权机构和司法机构等各利益攸关方对于在性健康和生殖健康及权利方面采用立足权利的方针的认识和能力；

(d) 在多个层级召集和支持有卫生工作者和边缘化妇女和女孩参与的多利益攸关方会议，讨论在性健康和生殖健康及权利方面采用立足权利的方针，确定国家一级进程中的机遇，并确定具体领域和行动计划的首选次序；

(e) 确保国家一级多部门和跨学科进程的协调，以便按照立足人权的方针的要求，全面处理性健康和生殖健康及权利，包括孕产妇健康；

(f) 参与权利持有人能力建设，使权利持有人能够主张自身权利，并能够参与和促进问责文化，推动实现性健康和生殖健康及权利；

(g) 提高对孕产妇疾病作为人权关切问题的认识及提高其可见度，包括为此在这一领域进行更专门的研究、分配充足资源和作出专门努力，确保提供关于具体孕产妇疾病的致因及其预防的信息，特别是向妇女和女孩提供信息；

(h) 优先开展关于所有妇女和女孩性健康和生殖健康服务的可用性、可及性、可接受性和质量的可靠、透明和集成分类数据收集工作，以支持采取更全面的政策预防和应对孕产妇疾病；

(i) 确保卫生专业人员具备应对孕产妇疾病的能力，包括通过培训具备能力，特别关注边缘化妇女和女孩的状况；

(j) 制定预防孕产妇疾病的综合战略和方案，其中应包括增强性健康和生殖健康及权利方面知识的措施，包括通过全面的性教育增强知识，以及旨在解决使某些妇女和女孩更易罹患孕产妇疾病的健康基本决定因素的措施，诸如性别歧视和社会经济因素；

(k) 建立各级问责机制，以解决与孕产妇死亡和疾病以及广泛的性健康和生殖健康及权利有关的剥夺人权问题。