



**Экономический и Социальный
Совет**

Distr.: General
19 December 2013
Russian
Original: English

Комиссия по положению женщин

Пятьдесят восьмая сессия

10–21 марта 2014 года

Пункт 3(с) предварительной повестки дня*

Последующая деятельность по итогам четвертой

Всемирной конференции по положению женщин

и двадцать третьей специальной сессии

Генеральной Ассамблеи под названием

«Женщины в 2000 году: равенство между

мужчинами и женщинами, развитие и мир

в XXI веке»

**Меры по укреплению связей между гендерным
равенством и расширением прав и возможностей
женщин и девочек и ликвидация предотвратимой
материнской смертности и заболеваемости**

Доклад Генерального секретаря

Резюме

В соответствии с резолюцией 56/3 Комиссии по положению женщин в настоящем докладе содержится обзор принятых мер по укреплению связей между программами, инициативами и мероприятиями в рамках системы Организации Объединенных Наций в целях обеспечения гендерного равенства, расширения прав и возможностей женщин и девочек, защиты всех их прав человека и ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. В докладе содержатся документы и материалы, полученные от 15 государств-членов и 12 подразделений системы Организации Объединенных Наций, а в его заключительной части излагаются рекомендации для рассмотрения Комиссией.

* E/CN.6/2014/1.



I. Введение

1. В своей резолюции 56/3 о ликвидации материнской смертности и заболеваемости посредством расширения прав и возможностей женщин Комиссия по положению женщин выражает глубокую обеспокоенность по поводу того, что свыше 350 000 женщин и девочек-подростков по-прежнему ежегодно умирают от по большей части предотвратимых осложнений, связанных с беременностью или родами; выражает озабоченность по поводу медленных темпов прогресса в деле повышения качества охраны здоровья матерей, новорожденных и детей и в связи с недостаточностью ресурсов для оказания им медицинской помощи; отмечает сохраняющееся неравенство между государствами-членами и в самих государствах и сохраняющуюся потребность в ликвидации гендерного неравенства; и настоятельно призывает государства-члены ускорить прогресс в деле достижения цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия. Задачи, поставленные на 2015 год в рамках этой цели, заключаются в снижении на 75 процентов показателей материнской смертности и обеспечении всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья. В этой связи к Генеральному секретарю была обращена просьба представить Комиссии на ее пятьдесят восьмой сессии доклад, подготовленный с учетом соответствующих резолюций Организации Объединенных Наций, о принятых мерах по укреплению связей между программами, инициативами и мероприятиями в рамках системы Организации Объединенных Наций в целях обеспечения гендерного равенства, расширения прав и возможностей женщин и девочек, защиты всех их прав человека и ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости.

2. В настоящем докладе Генеральный секретарь принимает во внимание резолюцию 18/2 Совета по правам человека о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека, в которой Совет призвал государства и другие соответствующие заинтересованные стороны предпринять усилия на всех уровнях для устранения взаимосвязанных коренных причин материнской смертности и заболеваемости, таких как нищета, недоедание, вредная практика, отсутствие доступных и надлежащих медицинских услуг, информации и знаний, а также гендерное неравенство, и уделять особое внимание ликвидации всех форм насилия в отношении женщин и девочек. В докладе подчеркивается, что вопрос о материнской смертности является одним из вопросов, касающихся здоровья, развития и прав человека, и кратко излагаются данные о реализуемых инициативах и последняя информация о ходе осуществления мер, принятых на всех уровнях государствами-членами¹, подразделениями системы Организации Объединенных Наций² и организациями гражданского общества в период с сентября 2012 года по ноябрь 2013 года.

¹ В число государств-членов входят Аргентина, Буркина-Фасо, Германия, Камерун, Катар, Колумбия, Латвия, Нидерланды, Норвегия, Перу, Польша, Того, Турция, Филиппины и Эквадор.

² В число подразделений системы Организации Объединенных Наций входят Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО), Международный союз электросвязи (МСЭ), Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ), Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Детский фонд

II. Общемировой показатель материнской смертности и заболеваемости

3. Материнская смертность определяется как смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины³. Материнская заболеваемость является осложнением или болезнью, которые возникают в ходе беременности, родов или в период после рождения ребенка и влияют на неприкосновенность, физическое или психическое здоровье женщин⁴.

4. Согласно «Докладу об осуществлении Целей развития тысячелетия за 2013 год», показатель материнской смертности в мире снизился на 47 процентов — с 400 случаев материнской смерти на 100 000 живорождений в 1990 году до 210 случаев материнской смерти на 100 000 живорождений в 2010 году (см. таблицу ниже). Вместе с тем сохраняются большие различия в показателях материнской смертности между странами и внутри стран. Подавляющее большинство случаев материнской смертности приходится на развивающиеся страны. В документе «Тенденции в области материнской смертности: 1990–2010 годы — оценка ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка» Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает о том, что более половины числа случаев материнской смертности за год (240 000) приходится на страны Африки к югу от Сахары (56 процентов), а треть этого числа — на Южную Азию (29 процентов), и вместе на них приходится 85 процентов всех таких случаев в мире, за ними следуют Океания, Юго-Восточная Азия, Латинская Америка и Карибский бассейн, Северная Африка, Западная Азия и Кавказ и Центральная Азия. Показатель материнской смертности в развивающихся странах в 15 раз выше, чем в странах с высоким доходом. Из 75 стран с самыми высокими показателями материнской смертности на две страны приходится треть общемирового числа случаев материнской смертности: на Индию — 19 процентов (56 000) и Нигерию — 14 процентов (40 000).

5. В том же документе ВОЗ сообщает о том, что на глобальном уровне в период с 1990 по 2010 год 30 стран добились сокращения показателя материнской смертности на 50 или более процентов, а три страны (Вьетнам, Непал и Экваториальная Гвинея) — на не менее чем 75 процентов. Более чем в 50 странах снижение показателя материнской смертности в период 2000–

Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Организация Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО), Научно-исследовательский институт социального развития при Организации Объединенных Наций (ЮНРИСД), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины»).

³ Всемирная организация здравоохранения.

<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> (accessed Nov.15th, 2013).

⁴ Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 — Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, p.19 (Geneva, World Health Organization, 2010), available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.

2010 годов шло более быстрыми темпами, чем в предыдущем десятилетии, что свидетельствует об ускорении темпов прогресса. В девяти странах Африки к югу от Сахары, в которых наблюдаются высокие показатели распространения ВИЧ, затянувшиеся вооруженные конфликты и экономическая нестабильность, за последние 20 лет показатели материнской смертности увеличились⁵.

Оценка показателей материнской смертности, числа случаев материнской смертности и риска материнской смертности в течение жизни по регионам/районам, используемым при анализе достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, 2010 год

Регион/район	Показатель материнской смертности ^a	Число случаев материнской смертности ^a	Риск материнской смертности в течение жизни (показатель) ^a
Во всем мире	210	287 000	1/180
Развитые регионы ^b	16	2 200	1/3 800
Развивающиеся регионы	240	284 000	1/150
Северная Африка ^c	78	2 800	1/470
Страны Африки к югу от Сахары ^d	500	162 000	1/39
Восточная Азия ^e	37	6 400	1/1 700
Южная Азия ^f	220	83 000	1/160
Юго-Восточная Азия ^g	150	17 000	1/290
Западная Азия ^h	71	3 500	1/430
Кавказ и Центральная Азия ⁱ	46	750	1/850
Латинская Америка ^j	72	7 400	1/580
Карибский бассейн ^k	190	1 400	1/220
Океания ^l	200	510	1/130

Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности, «Тенденции в области материнской смертности: 1990–2010 годы — оценка ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка» (ВОЗ, Женева, 2012 год)

Примечание: оценка, полученная на основе обследований домашних хозяйств, проводится с широкими интервалами вероятности и с учетом показателей за продолжительные периоды времени (часто за десятилетние периоды). Глобальная и региональная оценка материнской смертности производится каждые пять лет с использованием регрессионной модели.

^a Показатель материнской смертности, количество случаев материнской смертности и риск материнской смертности в течение жизни округлены в соответствии со следующей схемой: менее 100, не округлено; 100–999, округлено до ближайшей 10; 1000–9999, округлено до ближайшей 100; и более 10 000, округлено до ближайшей 1000.

^b Австралия, Австрия, Албания, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Кипр, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные

⁵ WHO and UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival — Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: the 2013 Update* (Geneva, 2013).

Штаты Америки, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Черногория, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония, Япония.

^c Алжир, Египет, Ливия, Марокко, Тунис.

^d Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сейшельские Острова, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Того, Уганда, Центральнаяафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южная Африка.

^e Китай, Корейская Народно-Демократическая Республика, Монголия, Республика Корея.

^f Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Иран (Исламская Республика), Мальдивские Острова, Непал, Пакистан, Шри-Ланка.

^g Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Мьянма, Сингапур, Таиланд, Тимор-Лешти, Филиппины.

^h Бахрейн, Западный берег и сектор Газа, Иордания, Ирак, Йемен, Катар, Кувейт, Ливан, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Саудовская Аравия, Сирийская Арабская Республика, Турция.

ⁱ Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан.

^j Аргентина, Белиз, Боливия (Многонациональное Государство), Бразилия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гайана, Гватемала, Гондурас, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Суринам, Уругвай, Чили, Эквадор.

^k Багамские Острова, Барбадос, Гаити, Гренада, Доминиканская Республика, Куба, Пуэрто-Рико, Сент-Винсент и Гренадины, Сент-Люсия, Тринидад и Тобаго, Ямайка.

^l Вануату, Микронезия (Федеративные Штаты), Папуа — Новая Гвинея, Соломоновы Острова, Тонга, Фиджи.

6. В глобальном масштабе основными причинами материнской смертности являются кровотечение, инфекция/сепсис, небезопасный аборт, преэклампсия и эклампсия и затяжные или затрудненные роды⁶. Согласно Докладу об осуществлении целей развития тысячелетия за 2013 год, многим беременным женщинам в развивающихся странах до сих пор не обеспечено соблюдение минимальных стандартов дородового ухода и оказание помощи квалифицированному медицинскому персоналу во время родов. В 2011 году примерно в 46 миллионах из 135 миллионов живорождений в развивающихся странах роды проходили без какой-либо помощи или без надлежащего ухода. Положение беременных женщин является еще более сложным в отдаленных и сельских районах, в которых только 53 процента проживающих в сельских районах женщин и женщин-представительниц коренного населения получают квалифицированную помощь при родах, тогда как в городских районах этот показатель составляет 84 процента.

7. Согласно оценкам, 13 процентов всех случаев материнской смертности являются результатом небезопасных абортов⁷. Риск смерти во время беременности из-за небезопасного аборта остается высоким в Африке и Азии⁸. В Про-

⁶ Материалы ЮНФПА.

⁷ Lisa B. Haddad and Nawal M. Nour, "Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality", *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, No. 2 (Spring 2009), pp. 122-126.

⁸ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008* (Geneva, 2011).

грамме действий Международной конференции по народонаселению и развитию признается, что ввиду серьезных рисков, с которыми сталкиваются женщины после процедуры небезопасного аборта, небезопасный аборт является одной из основных проблем здравоохранения. Для обеспечения права женщин на здоровье и жизнь в тех случаях, когда доступ к абортам законодательно ограничен, оказание медицинской помощи после аборта имеет исключительно важное значение для предотвращения ухудшения состояния здоровья (см. [A/HRC/18/27](#)).

8. В ряде стран высокие показатели фертильности по-прежнему обуславливают высокие показатели материнской смертности. Из 75 стран с высокими показателями материнской смертности и заболеваемости в более 50 процентах стран общий показатель фертильности составляет 4,0 ребенка на женщину или выше; 35 из этих стран расположены в Африке к югу от Сахары, 21 — в Западной и Центральной Африке и 14 — в Восточной и Южной Африке. При таком высоком показателе фертильности, как правило, наблюдается низкий показатель использования противозачаточных средств⁹.

9. Доступ к услугам по планированию семьи позволяет сократить число незапланированных беременностей и беременностей с повышенным риском и небезопасных аборт и тем самым сократить показатель материнской смертности. В «Докладе об осуществлении Целей развития тысячелетия за 2013 год» указывается, что доля пар, пользующихся противозачаточными средствами, увеличилась в ряде стран, в том числе в развивающихся странах. Однако объем глобальных неудовлетворенных потребностей в сфере планирования семьи (определяемые как доля состоящих в официальном браке или живущих с постоянным партнером женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые хотели бы отложить беременность или избежать ее, но не используют ни один из методов контрацепции) снизился лишь незначительно, с 15 процентов в 1990 году до 12 процентов в 2011 году, что означает, что такие потребности не удовлетворены у более 140 миллионов женщин.

10. ВИЧ/СПИД и малярия остаются существенными причинами материнской смертности, и они в отдельности или вместе обуславливают около 20 процентов случаев материнской смертности. В 15 странах с показателями распространения ВИЧ выше 5 процентов доля случаев материнской смертности, косвенно обусловленной СПИДом, варьируется от 8 до 67 процентов¹⁰. В целом, по состоянию на декабрь 2012 года свыше 900 000 беременных женщин, живущих с ВИЧ во всем мире, прошли курс антиретровирусной профилактики или терапии¹¹. Охват такой профилактикой или лечением существенно различается между странами и внутри них. Ежегодно в мире из-за малярии во время беременности или родов умирает около 10 000 женщин; малярия является серьезной болезнью, которая приводит к острой анемии и смерти беременных женщин и обуславливает низкую массу тела новорожденных и мертворождения¹². Согласно оценкам, в эндемичных по малярии районах не менее 25 процентов бе-

⁹ *Countdown to 2015: 2013 Update* (см. сноску 5 выше), p.22.

¹⁰ WHO and UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival – Building a Future for Women and Children: The 2012 Report* (Geneva, 2012).

¹¹ UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Geneva, 2013), p. 38.

¹² Julianna Schantz-Dunn, and Nawal M. Nour, “Malaria and pregnancy: a global health perspective”, *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, No. 3 (Summer 2009), p. 188.

ременных женщин инфицированы этой болезнью. Около 32 миллионов беременных женщин нуждаются в профилактическом лечении от малярии каждый год. Согласно «Всемирному докладу о борьбе с малярией за 2013 год», в 2012 году 64 процента беременных женщин получили одну дозу препаратов в ходе периодического профилактического лечения во время беременности, тогда как лишь 23 процента получили три дозы, рекомендованные ВОЗ, что свидетельствует о наличии возможностей для повышения уровня защиты беременных женщин от малярии.

III. Материнская смертность и заболеваемость как один из вопросов прав человека

11. В международных договорах, таких как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Пекинская платформа действий, Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, предусматриваются конкретные права, связанные с женским здоровьем, в том числе профилактика материнской смертности и заболеваемости. В своей резолюции 11/8 Совет по правам человека определил круг прав человека, непосредственно связанных с материнской смертностью и заболеваемостью, а именно «права на жизнь, на равное достоинство, на образование, на свободу искать, получать и распространять информацию, пользование благами научного прогресса, свободу от дискриминации и на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, быть свободным от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинства обращения, на неприкосновенность частной жизни и на эффективные средства судебной защиты». Такие права могут быть гарантированы лишь тогда, когда соблюдаются принципы гендерного равенства, участия, транспарентности и подотчетности.

12. Все большее признание получает тот факт, что «неспособность решить проблемы предотвратимой инвалидности и смерти матерей является одной из величайших социальных несправедливостей современности» и что «риски, связанные с репродуктивным здоровьем женщин, являются несправедливостью, которую общество способно и обязано устранить». Во все большей степени снижение показателя материнской смертности и заболеваемости рассматривается не только как вопрос развития, но и как вопрос прав человека. Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) в сотрудничестве с ВОЗ, Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) подготовило техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов материнской смертности и заболеваемости. В руководстве указываются конкретные группы женщин, которые страдают от многочисленных форм дискриминации, вследствие чего для них характерны более высокие показатели материнской смертности и заболеваемости, и подчеркивается право женщин участвовать в процессе принятия решений, касающихся их сексуального и репродуктивного здоровья и прав. В нем далее подчеркивается необходимость подотчетности государств и обяза-

тельство государств обеспечивать, чтобы третьи стороны не вмешивались в осуществление сексуальных и репродуктивных прав (см. [A/HRC/21/22](#)).

IV. Коренные причины материнской смертности и заболеваемости

13. В своей резолюции 56/3 Комиссия по положению женщин признает, что коренные причины предотвратимой материнской смертности и заболеваемости включают в себя широкий круг взаимоувязанных фундаментальных факторов, связанных с развитием, правами человека и здоровьем, в том числе с бедностью, неграмотностью, дискриминацией в отношении женщин и девочек, гендерным насилием, неучастием в процессе принятия решений, слабой инфраструктурой в области здравоохранения и неадекватной подготовкой медицинского персонала.

14. Образование, а также присутствие квалифицированного персонала во время родов, доступ к ресурсам и расходы на здравоохранение последовательно обуславливают более низкие показатели материнской смертности¹³. В странах, где женщины имеют более высокую долю мест в парламенте и более высокая доля девочек заканчивает начальную школу, наблюдаются более низкие показатели материнской смертности¹³. Это говорит о том, что благоприятные условия для обеспечения гендерного равенства неразрывно связаны с положительными результатами в области охраны репродуктивного здоровья¹³. Кроме того, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что влияние охвата медицинскими мероприятиями, такими как оказание квалифицированной помощи при родах, сильнее проявляется среди женщин, имеющих среднее или высшее образование, чем среди женщин без образования¹³. Это говорит о том, что образование является мощным средством расширения прав и возможностей женщин и девочек, которое позволяет им делать осознанный выбор в отношении своего репродуктивного здоровья и обращаться за надлежащей медицинской помощью.

15. Гендерные нормы и неравенство играют большую роль в формировании уязвимости и негативных последствий, связанных с материнским здоровьем. Во многих случаях отсутствие у женщин влияния и возможности принимать решения, усугубляемое ограниченным образованием, обуславливается социальными нормами, а также структурой и функционированием формальной и традиционной правовых систем. Законы, требующие уведомления родителей и/или разрешающие мужьям или партнерам запрещать пользоваться противозачаточными средствами и услугами по охране репродуктивного здоровья, ограничивают доступ девочек и женщин к противозачаточным средствам, средствам планирования семьи, безопасным абортam в тех случаях, когда они разрешены законом, и другим важнейшим услугам по охране репродуктивного здоровья¹⁴.

¹³ Karen A. Grépin and Jeni Klugman: "Investing in women's reproductive health: closing the deadly gap between what we know and what we do", World Bank Background Paper, Women Deliver 2013.

¹⁴ R.C. Pacagnella and others, "The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework" *Reproductive Health Matters*, vol. 20, No. 39 (June 2012), pp. 155–163.

16. Такая практика, как детские, ранние и принудительные браки, является мощным фактором, приводящим к материнской смертности и заболеваемости. Согласно статистическим данным, детские браки связаны с более редким использованием контрацептивов, более высоким показателем фертильности, многочисленными нежелательными беременностями, родами без присутствия квалифицированных специалистов и короткими интервалами между рождением детей — все это важные факторы риска материнской смертности и заболеваемости¹⁵. Кроме того, детские браки влияют на возможности получения образования и ограничивают потенциальные возможности получения экономических выгод в будущем. Ежегодно 14 миллионов девочек в возрасте до 18 лет вступают в брак, а глобальная доля всех девочек, вступивших в брак в возрасте до 18 лет, составляет 36 процентов¹⁶. В Южной Азии доля вступивших в брак девочек в возрасте до 18 лет достигает 45 процентов¹⁵. Помимо вступления в брак в раннем возрасте, молодые женщины и девочки-подростки, ведущие половую жизнь, имеют ограниченные знания об информации и услугах в области репродуктивного здоровья и ограниченный доступ к ним и в большей степени подвержены риску (нежелательной) беременности, небезопасных аборт и связанных с родами осложнений, в частности акушерских свищей, которые относятся к числу основных причин смертности среди девочек в возрасте 15–19 лет¹⁷.

17. Финансовые и физические препятствия, социальные ограничения мобильности, отсутствие надлежащей транспортной инфраструктуры, низкое качество медицинских услуг и нехватка информации о том, где можно рожать, часто называются в качестве причин для того, чтобы не обращаться за медицинской помощью¹⁸. В отсутствие механизмов социальной защиты высокая стоимость медицинских услуг ограничивает доступ женщин к дородовому уходу, уходу во время родов и послеродовому уходу и может иметь пагубные последствия для экономического благосостояния семей¹⁹. Систематические обзоры национальных программ по устранению финансовых препятствий, предусматривающих такие меры, как предоставление ваучеров и бесплатных услуг и денежные переводы, продемонстрировали эффективность таких программ в плане улучшения состояния здоровья, в том числе материнского здоровья. Как показали эти обзоры, женщины, охваченные такими программами, особенно молодые матери, как правило чаще получают доступ к дородовому уходу и обращаются за помощью во время родов к более квалифицированным медицинским специалистам²⁰.

¹⁵ Minh Cong Nguyen and Quentin Wodon, “Global trends in child marriage”, World Bank Working Paper, 2012.

¹⁶ Independent Expert Review Group, *Every Woman, Every Child: Strengthening Equity and Dignity through Health The Second Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health* (Geneva, WHO, 2013), p. 60.

¹⁷ ЮНФПА, «Народонаселение мира в 2013 году: материнство в детстве — насущные проблемы подростковой беременности» (Нью-Йорк, 2013 год).

¹⁸ See, for example, S. Gabrysch, V. Simushi and O. M. R. Campbell, “Availability and distribution of, and geographic access to emergency obstetric care in Zambia”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, No. 2 (August 2011), pp. 174–179.

¹⁹ V. Filippi and others, “Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action” *Lancet*, vol. 368, No. 9546 (October 2006), pp. 1535–1541.

²⁰ S. Dzakpasu, T. Powell-Jackson and O. M. R. Campbell, “Impact of user fees on maternal health

18. Доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья еще больше осложняется в условиях стихийных бедствий и вооруженных конфликтов из-за разрушения медицинских учреждений и общей небезопасной обстановки, мешающих беременным женщинам обратиться за медицинской помощью²¹. Травмы, подверженность насилию и плохие санитарные условия также могут приводить к ухудшению показателей материнской смертности и заболеваемости во время кризисов. Кроме того, женщины могут быть более подвержены риску сексуального насилия, которое может привести к нежелательным беременностям, что в свою очередь обуславливает небезопасные аборты.

V. Меры, принятые государствами-членами и подразделениями системы Организации Объединенных Наций

19. В течение прошедшего года государства-члены и подразделения системы Организации Объединенных Наций принимали меры для расширения прав и возможностей женщин и девочек, поощрения их прав и снижения показателей материнской смертности и заболеваемости посредством разработки рамочных программ в области прав человека, национальных планов, стратегий и схем финансирования, оказания услуг по охране репродуктивного здоровья, мобилизации ресурсов, реализации механизмов обеспечения подотчетности и работы с данными и проведения оценок потребностей в неотложной акушерской и неонатальной помощи, а также отслеживания показателей материнской смертности.

A. Разработка рамочных программ в области прав человека

20. Государства-члены подтвердили свою приверженность применению правозащитных подходов посредством обращения с призывом к действиям в области планирования семьи во время Конференции по проблемам женщин, прошедшей в 2013 году, и проведения региональных консультаций в 2012 году (Бенин, Нигерия, Сенегал, Уганда, Эфиопия и Южный Судан). В своих презентациях на ключевых международных, региональных и национальных мероприятиях УВКПЧ активно занимается поощрением применения технического руководства по вопросам применения правозащитного подхода при осуществлении политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. В настоящее время в отдельных странах реализуется совместная инициатива УВКПЧ, ВОЗ, ЮНФПА и Партнерства в целях содействия здоровью детства и материнства, направленная на применение правозащитных подходов в области сексуального, репродуктивного, материнского и детского здоровья. Кроме того, УВКПЧ и ЮНФПА сотрудничали с национальными правозащитными учреждениями во время одиннадцатой Международной конференции Международного координационного комитета национальных учреждений, занимающихся поощрением и защи-

service utilization and related health outcomes: a systematic review”, *Health Policy Plan* (January 2013).

²¹ James Price and Alok Bohara “Maternal health care amid political unrest: the effect of armed conflict on antenatal care utilization in *Nepal*”, *Health Policy Plan* (2012).

той прав человека, которая была проведена в Аммане в ноябре 2012 года в целях повышения осведомленности о сексуальном и репродуктивном здоровье и правах, а также о материнской смертности и заболеваемости в качестве вопроса прав человека и на которой была принята Амманская декларация.

В. Национальные планы, стратегии и механизмы финансирования

21. Государства-члены сообщили о ключевых национальных стратегиях планирования, которые охватывают разработку правовых и стратегических рамочных программ, программ социальной защиты, мероприятий по предоставлению услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, планированию семьи, повышению информированности и всестороннему сексуальному просвещению. Помимо этого, были реализованы целенаправленные инициативы, ориентированные на конкретные вопросы охраны материнского здоровья и конкретные группы женщин и слои населения (Аргентина, Буркина-Фасо, Камерун, Катар, Латвия, Перу, Польша, Того, Турция, Филиппины и Эквадор). В число нововведений, представленных в национальных планах, вошло создание при больницах центров родового пребывания, в которых беременные женщины находятся перед родами для обеспечения их доступа к услугам квалифицированного персонала (Буркина-Фасо и Перу).

22. Мужчины могут играть важную роль в ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Например, религиозные и общинные лидеры могут быть ключевыми партнерами в деле поощрения гендерного равенства и решения проблемы насилия в отношении женщин, а также проблемы существования наносящих вред обычаев и культурных норм, которые влияют на охрану материнства. Государства-члены и подразделения системы Организации Объединенных Наций активизируют усилия по вовлечению мужчин через механизм «школа для мужей», в рамках которого предоставляется информация, образование и возможности для участия в жизни общин, с тем чтобы познакомить мужей с вопросами материнского и детского здоровья (Буркина-Фасо, Гвинея и Нигер)²².

23. Национальные механизмы по финансированию здравоохранения и его отслеживанию, в рамках которых осуществляется контроль за распределением ресурсов, выделяемых на услуги по охране репродуктивного здоровья, были созданы в ряде государств-членов (Афганистан, Либерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда и Украина) при поддержке Агентства Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД). Национальные счета в области здравоохранения позволяют правительствам следить за функционированием сектора здравоохранения посредством предоставления заинтересованным сторонам информации об общем распределении ресурсов.

24. Крайне важное значение имеют региональные и глобальные руководящие принципы по разработке национальных планов действий. В этой связи План действий по охране материнского и детского здоровья Комиссии Африканского союза содержит руководящие указания, предусматривающие информационно-

²² WHO, *The H4+ Partnership: Joint Country Support to Improve Women's and Children's Health* (Geneva, 2013), p.14.

пропагандистскую деятельность, техническое лидерство, а также механизмы обеспечения подотчетности и управления и решение таких ключевых задач, как финансирование здравоохранения.

25. Часть движения «Каждая женщина, каждый ребенок» и партнерство «Здоровье-4+», в состав которого входят ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины») и Всемирный банк, также поддерживают усилия государств по разработке и осуществлению национальных планов, в том числе в рамках различных глобальных инициатив, направленных на улучшение охраны материнского здоровья, более широкое оказание услуг по планированию семьи и ликвидацию передачи ВИЧ от матери ребенку.

С. Услуги по охране репродуктивного здоровья

26. Государства-члены расширили доступ к качественным услугам по охране здоровья матерей, новорожденных и детей посредством применения общесекторальных подходов и принятия целенаправленных мер.

27. Что касается людских ресурсов в сфере здравоохранения и подготовки работников здравоохранения, то государства (Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Гана, Демократическая Республика Конго, Джибути, Индия, Камерун, Кот-д'Ивуар, Мадагаскар, Мали, Мозамбик, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Судан, Того, Эфиопия и Южный Судан), подразделения системы Организации Объединенных Наций (ЮНФПА, ВОЗ) и другие партнеры через Целевой фонд по охране материнства в сотрудничестве с Международной конфедерацией акушеров организовали подготовку более 1500 акушеров-инструкторов, построили новые учебные центры, расширили возможности более 175 школ по подготовке акушеров, повысили квалификацию специалистов, занимающихся лечением акушерских свищей, и создали мультимедийные формы электронного обучения²².

28. Государства-члены активизировали усилия по расширению доступности услуг в области планирования семьи, в том числе посредством принятия законодательства, позволяющего женщинам получать доступ к этим услугам без согласия своего супруга, и мер субсидирования расходов (Бенин, Буркина-Фасо, Гвинея, Нигер, Нигерия, Сенегал, Уганда, Эфиопия и Южный Судан). На Лондонской встрече на высшем уровне по вопросам планирования семьи, проведенной в 2012 году в поддержку инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок», 24 правительства обязались увеличить объем ресурсов, предназначенных для более широкого оказания услуг по планированию семьи, с тем чтобы к 2020 году ими было охвачено 120 миллионов женщин в развивающихся странах.

29. Подразделения Организации Объединенных Наций активно сотрудничали с государствами в целях улучшения услуг в области здравоохранения, о чем свидетельствует реализация программ «Здоровье-4+». В целях повышения качества медицинского обслуживания ЮНИСЕФ в партнерстве с ЮНФПА и Колумбийским университетом (Нью-Йорк) провел оценку потребностей в 30 странах. В число выявленных ключевых стратегий вошли стимулирование

спроса на медицинское обслуживание и информационно-разъяснительную деятельность и их общинной поддержки, создание эффективных систем направления к специалистам, проведение информационно-просветительской работы среди уязвимых и труднодоступных групп населения и принятие мер по совершенствованию транспортной инфраструктуры и финансовой поддержки²³. Другие меры, направленные на повышение качества медицинского обслуживания, включали обновление рекомендаций по лечению малярии во время беременности (ВОЗ) и разработку методических материалов организацией «Патфайндер интернэшнл» для оказания помощи медицинским работникам в лечении послеродовых кровотечений.

30. С 2007 года Глобальная программа в области повышения обеспеченности средствами охраны репродуктивного здоровья мобилизовала примерно 565 млн. долл. США для обеспечения доступа к средствам охраны репродуктивного здоровья и разработки устойчивых подходов к закупкам, благодаря чему была оказана помощь более 35 странам.

31. Для улучшения состояния здоровья беременных женщин в рамках программ в области питания Всемирной продовольственной программы в целях предотвращения острого недоедания была оказана поддержка 3,9 миллиона беременных и кормящих женщин во всем мире и 250 000 женщин в Нигере и Кении²⁴.

32. Для обеспечения охраны материнского здоровья во время гуманитарных кризисов в течение нескольких часов после чрезвычайных ситуаций ЮНФПА регулярно посылает комплекты для планирования семьи, дородового ухода и безопасного принятия родов, с тем чтобы предотвратить смертельные случаи инфицирования²⁵.

D. Установление приоритетов и мобилизация ресурсов для охраны материнского здоровья

33. Германия, Канада, Норвегия и Швеция включили охрану материнского здоровья в свои программы сотрудничества в целях развития. Германия, например, приступила к реализации правозащитной инициативы по планированию семьи и охране материнства посредством оказания услуг в области образования и наращивания потенциала акушерского и квалифицированного медицинского персонала для обеспечения оказания квалифицированной помощи при родах. Бенефициарами этой программы являются такие государства, как Бангладеш, Бурунди, Йемен, Камбоджа, Камерун, Кот-д'Ивуар, Кыргызстан, Малави, Нигер, Пакистан, Руанда, Сьерра-Леоне, Таджикистан и Шри-Ланка, а также Карибское сообщество, Восточноафриканское сообщество, Экономическое сообщество западноафриканских государств и Центральноеафриканское экономическое и валютное сообщество.

²³ Материалы ЮНИСЕФ.

²⁴ Материалы ВПП.

²⁵ Материалы ЮНФПА.

34. Целевой фонд по охране материнства, который находится в ведении ЮНФПА, оказал поддержку 43 странам в подготовке кадров для системы здравоохранения, в частности акушерского персонала, что имеет важнейшее значение для ликвидации материнской смертности и заболеваемости. Кампания за ликвидацию проблемы фистулы оказала поддержку более 50 странам в области профилактики акушерской фистулы, лечения и социальной реинтеграции женщин и девочек, страдающих от акушерской фистулы или восстанавливающихся после нее²⁵. Кроме того, Всемирный банк, ЮНИСЕФ, ЮСАИД и правительство Норвегии взяли на себя дополнительные обязательства выделить 1,15 млрд. долл. США для улучшения охраны материнского и детского здоровья. Эти средства будут использоваться на протяжении следующих трех лет для ускорения прогресса в деле достижения четвертой и пятой целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и для целенаправленной работы в развивающихся государствах с самыми высокими показателями материнской и детской смертности.

Е. Подотчетность в отношении достижения прогресса в снижении показателей материнской смертности и заболеваемости

35. Государства-члены приступили к реализации крупных инициатив по обеспечению подотчетности, к которым относятся учреждение национальных комитетов по расследованию случаев материнской смертности и координации проведения ревизий в перинатальный период (Аргентина); конфиденциальное расследование случаев материнской смертности (Латвия); применение методологий обзора случаев потенциально опасных ситуаций (Нидерланды); и подготовка рекомендаций для медицинских учреждений, ассоциаций медицинского персонала и сотрудников директивных органов (Филиппины).

36. Комиссия по вопросам подотчетности в отношении здоровья женщин и детей предоставляет рекомендации в отношении совершенствования отслеживания выполнения обязательств по осуществлению Глобальной стратегии охраны здоровья матери и ребенка и подготовила 10 рекомендаций, которые лежат в основе мер по обеспечению подотчетности движения «Каждая женщина, каждый ребенок». В соответствии с Глобальной стратегией и рекомендациями Комиссии для наблюдения за проблемами и достигнутым прогрессом и представления соответствующей отчетности, а также для проведения анализа на страновом уровне была создана независимая Группа экспертов по обзору. Рекомендации, выработанные Независимой группой экспертов, касаются, в частности, укрепления глобального управления и инвестиционных рамочных программ, разработки правозащитных инструментов, укрепления национальных систем сбора данных и наращивания потенциала органов по оценке на национальном уровне²⁶. Некоторые из нерешенных проблем связаны с укреплением подотчетности государств, интеграцией услуг по охране репродуктивного, материнского, младенческого и детского здоровья и услуг по лечению ВИЧ и малярии и согласованием механизмов финансирования по всем инициативам²⁶. Кроме того, партнерство «Здоровье-4+» разработало глобальный план действий по осуществлению рекомендаций Комиссии.

²⁶ WHO. *Every Woman, Every Child* (см. сноску 16 выше), p. 68.

37. Система надзора за случаями материнской смертности и реагирования на них, предусматривающая выявление случаев материнской смертности, представление соответствующей отчетности, их рассмотрение и реагирование на них, может предоставить важную информацию для статистического анализа материнской смертности и разработки мер по предотвращению случаев материнской смертности в будущем и укреплению национальной системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения. В новых руководящих принципах, разработанных ВОЗ, ЮНФПА, центрами по борьбе с болезнями и их профилактике и министерством по вопросам международного развития, случаи материнской смертности классифицируются как события, подлежащие декларированию, и поощряется создание комитетов по рассмотрению случаев материнской смертности. В Индии ЮНИСЕФ в сотрудничестве с министерством по вопросам международного развития приступил к реализации инициативы по расследованию случаев материнской и перинатальной смертности и реагированию на них в целях выявления личных, семейных, социально-культурных, экономических и экологических факторов, приводящих к материнской смертности. Осуществление этого проекта привело к созданию систем направления к специалистам и линий экстренной связи и увеличению числа учреждений, в которых могут быть обеспечены безопасные роды.

Г. Данные и знания о материнской смертности и заболеваемости

38. Получение точных данных о материнской смертности является трудной задачей даже в тех случаях, когда имеются надежные системы регистрации актов гражданского состояния и сбора статистики естественного движения населения. В этих случаях беременность женщины может быть не учтена при классификации причины смерти и присвоении ей кода, особенно на раннем этапе беременности или сразу после родов. По странам, не имеющим надежных и целостных систем регистрации естественного движения населения, для оценки показателей материнской смертности используются косвенные методы оценки. Межучрежденческая группа по оценке показателей материнской смертности и независимая техническая консультативная группа на основе существующих данных регулярно проводят оценку показателей материнской смертности и готовят соответствующую обновленную информацию по всем странам²⁷. Однако системы регистрации естественного движения населения, опирающиеся на точное установление причин смерти, могут значительно улучшить качество имеющихся данных. Из более чем 100 стран, которые не имеют надежных систем регистрации естественного движения населения, три четверти расположены в странах Африки к югу от Сахары и Юго-Восточной Азии, в которых наблюдаются высокие показатели материнской смертности и заболеваемости²⁸. Согласно движению «Каждая женщина, каждый ребенок», только 11 из 75 стран с высокими показателями материнской смертности располагают данными по 11 основным показателям охраны здоровья матери и ребенка, принятым Комиссией по вопросам подотчетности в отношении здоровья женщин и

²⁷ Ее членами являются ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций и Всемирный банк.

²⁸ Civil Registration and Vital Statistics, available from: <http://portal.pmnch.org/downloads/high/KS17-high.pdf> (accessed 31 October 2013).

детей в рамках Глобальной стратегии охраны здоровья матери и ребенка, в то время как большинство стран располагают незначительным объемом данных²⁹. В своей публикации от 2013 года Независимая группа экспертов по обзору призвала активизировать информационно-пропагандистскую деятельность и увеличить объем инвестиций в национальные системы регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения, а также создать в Организации Объединенных Наций рабочую группу высокого уровня для решения этого вопроса.

39. В последние годы был достигнут значительный прогресс по конкретным показателям оказания акушерской помощи. Многие развивающиеся страны по-прежнему участвуют в деятельности по сбору данных в рамках проведения обследований по статистическому анализу демографических показателей и состояния здоровья населения, благодаря которой осуществляется сбор большого объема информации по таким вопросам, как родовспоможение и дородовая медицинская помощь. В результате этой и прочей деятельности данных об оказании квалифицированной медицинской помощи при родах стало больше: теперь они имеются по 145 странам за последние пять лет, в то время как за предшествующие пять лет они имелись по менее чем 80 странам, а в 1990-е годы — по менее чем 10 странам³⁰. Уганда укрепила свою систему сбора данных посредством внедрения мобильной системы регистрации естественного движения населения, которое было осуществлено при поддержке компании «Уганда телеком» и ЮНИСЕФ.

40. Двумя ключевыми событиями в области сбора и анализа данных являются создание Межучрежденческой группы экспертов по гендерной статистике, с тем чтобы она предоставляла руководящие указания в отношении включения гендерных показателей и анализа, и рекомендация Комиссии по вопросам подотчетности в отношении здоровья женщин и детей по учету в начальных стратегиях сбора данных таких аспектов равенства, как благосостояние, пол, возраст, образование матери, этническая принадлежность и проживание в городе/сельской местности. По данным Международного союза электросвязи, еще одна новаторская мера касается расширения использования акушерским персоналом и медицинскими работниками мобильной платформы электронного здравоохранения для регистрации рождения и учета информации об охране здоровья матери и ребенка.

VI. Основные глобальные инициативы

41. Глобальные инициативы важны для мобилизации ключевых заинтересованных сторон в целях концентрации усилий на важнейших первоочередных задачах по сокращению показателей материнской смертности и заболеваемости, создания платформ для увеличения объема финансирования, а также разработки и распространения новаторских стратегий.

²⁹ Independent Expert Review Group, *Every Woman, Every Child: from Commitments to Action — The First Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health* (Geneva, WHO, 2012).

³⁰ World Bank and Women Deliver, "Closing the deadly gap between what we know and what we do: investing in women's reproductive health", p. 19.

42. Движение «Каждая женщина, каждый ребенок» является основным катализатором мобилизации и активизации национальных и международных усилий по улучшению здоровья женщин и детей во всем мире, направленных на спасение к 2015 году 16 миллионов жизней в 49 беднейших странах. Оно воплощает в жизнь Глобальную стратегию охраны здоровья матери и ребенка. Для осуществления Глобальной стратегии необходимы инвестиции в объеме 88 млрд. долл. США; по оценкам, к 2010 году было мобилизовано от 40 до 45 млрд. долл. США, причем примерно от 18 до 22 млрд. долл. США являлись новыми и дополнительными финансовыми средствами³¹. По состоянию на июнь 2013 года 293 заинтересованные стороны взяли на себя обязательства по осуществлению Глобальной стратегии, и, по оценкам, на сегодняшний день было выделено 25 млрд. долл. США, что превышает показатель предыдущего года. В течение последних двух лет в отношении планирования семьи было взято наибольшее число обязательств по осуществлению Глобальной стратегии³².

43. Для поддержки движения «Каждая женщина, каждый ребенок» был принят ряд инициатив по налаживанию партнерских отношений. Глобальная рамочная программа инвестирования в охрану здоровья женщин и детей, разработанная Партнерством в целях содействия здоровью детства и материнства и ВОЗ, выносит рекомендации в отношении распределения ресурсов, направленные на получение максимальной социально-экономической отдачи. В целях привлечения внимания международного сообщества к критически важным и испытывающим нехватку ресурсов областям в 2012 году была начата реализация таких инициатив, как учреждение Комиссии Организации Объединенных Наций по жизненно важным товарам для женщин и детей, создание партнерства «Планирование семьи 2020» и инициатива «Подтверждаем обещание».

44. Инициатива «Здоровье-4+», осуществляемая в рамках деятельности движения «Каждая женщина, каждый ребенок», направлена на укрепление связей между мероприятиями на страновом и международном уровнях, мобилизацию твердой политической приверженности и создание прочной основы для контроля и оценки. Подразделения системы Организации Объединенных Наций работают сообща в целях оказания поддержки странам в разработке национальных планов в области здравоохранения в соответствии с целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия; мобилизации ресурсов; удовлетворении нужд медицинских работников; устранении коренных причин материнской смертности и гендерного неравенства; и совершенствовании процесса сбора данных. Это партнерство становится единым центром, в котором страны могут получить доступ к технической и финансовой помощи по всему спектру вопросов, касающихся репродуктивного, материнского и детского здоровья. Такие доноры, как Канада, Франция и Швеция считают это партнерство ценной платформой для оказания ими поддержки³². На страновом уровне подразделения успешно мобилизовали ресурсы для содействия осуществлению совместных планов инициативы «Здоровье-4+» в 19 странах по оказанию государствам-членам содействия в реализации национальных планов в

³¹ Independent Expert Review Group, *Every Woman, Every Child* (см. сноску 16 выше), p. 27.

³² WHO and The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *The PMNCH 2013 Report. Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women and Children's Health*, available from http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report13.pdf (accessed 15 October 2013).

области здравоохранения, касающихся сексуального, репродуктивного и детского здоровья³³. В 2012 году было начато осуществление Инициативы в интересах наиболее неблагополучных стран в целях проведения углубленной оценки деятельности акушерского персонала в восьми приоритетных странах.

45. В рамках Маскокской инициативы по охране здоровья матери, новорожденных и детей оказывается поддержка национальным усилиям по решению проблем охраны здоровья матери и ребенка и по ускорению прогресса в деле достижения целей 4 и 5 в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В число государств, охваченных этой инициативой, входят Афганистан, Бангладеш, Гаити, Малави, Мали, Мозамбик, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Эфиопия и Южный Судан.

46. В контексте рамочной программы ускоренного достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, были разработаны планы действий для более чем 50 стран по анализу «узких мест», консолидации усилий для достижения наилучших результатов и согласованию инициатив партнеров. Наиболее часто разрабатывались планы по охране материнского здоровья, что было обусловлено медленными темпами прогресса в деле достижения цели 5³⁴.

47. Глобальный план по предотвращению новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых: 2011–2015 годы способствует ликвидации материнской смертности. Глобальный план содержит конкретные целевые показатели для лечения ВИЧ-инфицированных беременных женщин в целях обеспечения того, чтобы они могли оставаться в живых, в 22 приоритетных странах, в которых, по оценкам, отмечается самое высокое число беременных женщин, инфицированных ВИЧ. Финансирование Глобального плана осуществляется по линии Чрезвычайного плана президента Соединенных Штатов для помощи больным СПИДом, Фонда Билла и Мелинды Гейтс, компаний «Шеврон корпорейшн» и «Джонсон энд Джонсон».

48. Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по предотвращению ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, матерей и их детей является оперативным подразделением Глобального плана, которое занимается разработкой стратегического плана по профилактике ВИЧ и нежелательной беременности, с тем чтобы оказать помощь работникам сферы здравоохранения в осуществлении мероприятий по достижению цели сокращения на 50 процентов показателя обусловленной СПИДом материнской смертности в 22 приоритетных странах.

49. Партнерство «Спасая матерей, давая жизнь», которое представляет собой партнерство между правительствами Соединенных Штатов и Норвегии, а также частным сектором и неправительственными организациями, инвестирует средства в охрану здоровья женщин и ликвидацию материнской смертности в 10 странах в течение пятилетнего периода. В рамках реализации программы «Здоровый младенец, здоровая мама» в Замбии и Уганде были созданы медицинские центры, подготовлены общинные медицинские работники и проведена широкомасштабная информационно-пропагандистская работа, что привело к

³³ WHO, *The H4+ Partnership* (см. сноску 22 выше), p. 22.

³⁴ UNDP, "Accelerating progress, sustaining results: the MDGs to 2015 and beyond" (2013).

увеличению числа женщин, которые принимают решение воспользоваться услугами по уходу в период до родов и рожать в безопасных условиях³⁵.

50. Организации гражданского общества содействовали разработке правозащитных подходов и программ. Международная инициатива по вопросам материнской смертности и прав человека и Центр по правам человека Эссекского университета (Соединенное Королевство), Азиатский форум парламентариев по народонаселению и развитию и Центр за репродуктивные права подготовили руководящие документы и инструменты для разработки мероприятий по охране материнского здоровья, основанных на концепции прав человека. Они занимались информационно-пропагандистской деятельностью на глобальном и национальном уровнях, с тем чтобы повысить степень оперативности реагирования государств на проблему материнской смертности и заболеваемости и подотчетность в отношении ее решения.

51. Организация «Уимен деливер», используя партнерские связи, обязательства и сети, созданные в результате проведения ею конференций, поощряет инвестиции в охрану здоровья женщин, уделяя особое внимание ликвидации материнской смертности и общему улучшению условий жизни женщин и девочек. В 2012 году организация «Уимен деливер» провела региональные консультации в отношении цели 5 и повестки дня в области развития на период после 2015 года с участием лидеров и экспертов в Африке, Азии, Латинской Америке и регионе Карибского бассейна.

VII. Выводы и рекомендации

52. Были приняты меры по укреплению связей между мероприятиями, касающимися гендерного равенства, расширения прав и возможностей женщин и девочек и ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Об этом свидетельствует деятельность отдельных государств-членов, партнерства «Здоровье-4+» и другие совместные усилия, предпринятые подразделениями системы Организации Объединенных Наций и другими глобальными партнерами. Эти усилия привели к увеличению числа обязательств в отношении предоставления ресурсов, расширению сотрудничества и повышению подотчетности за достижение прогресса и увеличению числа мероприятий, связанных с правами человека женщин и коренными причинами материнской смертности.

53. На глобальном и национальном уровнях возросли понимание и признание важности правозащитных подходов и коренных причин материнской смертности и заболеваемости. При этом, были предоставлены ограниченные аналитические данные и информация об осуществлении конкретных мероприятий с применением правозащитного подхода, направленных на устранение коренных причин материнской смертности и заболеваемости, эффективности таких мероприятий и выделении достаточных ресурсов для достижения этой цели.

54. Для ускорения процесса ликвидации материнской смертности и заболеваемости, сокращения на 75 процентов показателей материнской смертности и обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоро-

³⁵ Saving Mothers, Giving Life, “External evaluation of Saving Mothers, Giving Life”, Final Report (October 2013).

вья необходимы своевременные и согласованные действия. Несмотря на достижение значительного прогресса, показатели материнской смертности и заболеваемости остаются высокими во многих странах и группах населения по всему миру. По мере приближения 2015 года, установленного в качестве крайнего срока для достижения Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, страны с высокими показателями материнской смертности и заболеваемости рискуют не успеть достичь их к этому сроку. Следует продолжать прилагать усилия не только по укреплению потенциала сектора здравоохранения, но и по обеспечению учета ключевых принципов гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин в мерах реагирования на всех уровнях.

55. Обсуждение повестки дня в области развития на период после 2015 года предоставляет дополнительную возможность включить гендерные подходы и устранение коренных причин материнской смертности и заболеваемости в широкие рамки, способствующие обеспечению гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин.

56. **Комиссия по положению женщин, возможно, пожелает рекомендовать государствам-членам:**

a) **в сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами в срочном порядке активизировать усилия по дальнейшему сокращению показателей материнской смертности и заболеваемости посредством осуществления рамочной программы по обеспечению гендерного равенства;**

b) **устранить структурные факторы, препятствующие охране репродуктивного здоровья, в том числе такие дискриминационные социальные нормы, как исключение женщин из процесса принятия решений и отсутствие у женщин и девочек доступа к ресурсам;**

c) **устранить коренные причины материнской смертности и заболеваемости посредством принятия правовых и политических стратегий и программ по таким аспектам, как борьба с нищетой, неравенство, насилие по признаку пола, образование, участие женщин в принятии решений и расширение экономических прав и возможностей женщин;**

d) **принять и осуществлять законы о защите женщин и девочек от насилия и вредной практики, в том числе от практики заключения детских, ранних и принудительных браков;**

e) **принять и осуществлять финансируемые в полном объеме многосекторальные национальные планы действий, в которых предусматриваются конкретные цели, сроки, механизмы контроля и оценки, а также мероприятия, направленные на сокращение показателей материнской смертности и заболеваемости и удовлетворение особых потребностей уязвимых групп женщин;**

f) **усилить национальные меры по обеспечению подотчетности путем привлечения организаций гражданского общества, в том числе женских групп, к активному участию в поощрении и защите здоровья женщин и детей;**

g) принять учитывающие гендерные аспекты меры социальной защиты для оказания поддержки женщинам и девочкам в получении доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья и другим медицинским услугам;

h) расширить доступ к недорогостоящим и качественным медицинским услугам, в том числе к средствам планирования семьи, дородовому и послеродовому уходу, квалифицированному родовспоможению и экстренной акушерской помощи, и включить мероприятия по профилактике ВИЧ/СПИДа и малярии, соответствующему уходу и лечению в оказание таких услуг, особенно для молодежи и незамужних женщин, а также уязвимых групп женщин и девочек, в том числе во время гуманитарных кризисов и вооруженных конфликтов;

i) создать полностью функциональные национальные системы информации о здравоохранении, в том числе системы регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения, а также систему оценки потребностей в неотложной акушерской помощи и системы наблюдения за случаями материнской смертности и реагирования на них; и включить основные показатели материнской смертности и заболеваемости в существующие системы информации о здравоохранении, как это было рекомендовано Комиссией по вопросам подотчетности в отношении здоровья женщин и детей;

j) путем осуществления просветительских программ и мероприятий по повышению уровня информированности привлекать общины, религиозных и традиционных лидеров, мужчин и мальчиков в качестве средства поощрения ответственного поведения, касающегося сексуального и репродуктивного здоровья, и обеспечения совместного несения ответственности за ликвидацию материнской смертности и заболеваемости в интересах достижения общей цели достижения гендерного равенства.

57. Системе Организации Объединенных Наций и другим международным и региональным организациям рекомендуется:

a) в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами продолжать оказывать поддержку государствам-членам в деле достижения следующих целей:

i) безотлагательная активизация действий, направленных на дальнейшее сокращение показателей материнской смертности и заболеваемости;

ii) принятие законов и стратегий для устранения коренных причин материнской смертности и заболеваемости;

iii) расширение доступа к медицинским услугам, в том числе к услугам по охране репродуктивного здоровья;

iv) создание национальных систем информации о здравоохранении для отслеживания и оценки законов, стратегий и программ, направленных на решение проблемы материнской смертности и заболеваемости;

б) продолжать сотрудничать в рамках совместных инициатив с организациями гражданского общества и другими заинтересованными сторонами в целях ликвидации материнской смертности и заболеваемости и создать надежные платформы координации, подотчетности и технических знаний в целях расширения совместной деятельности в других странах;

с) продолжать предоставлять тщательно взвешенные мнения и серьезные аналитические материалы, обосновывающие необходимость применения правозащитного подхода к решению проблемы материнской смертности и заболеваемости.
