



人权理事会

第十四届会议

议程项目 2 和 3

联合国人权事务高级专员的年度报告

以及高级专员办事处的报告和秘书长的报告

增进和保护所有人权、公民、政治、经济、
社会和文化权利，包括发展权

联合国人权事务高级专员办事处关于可预防的孕产妇死亡率
和发病率与人权问题的报告*

摘要

本研究报告是根据人权理事会第 11/8 号决议提交的。它指出了在现有国际法律框架内可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权问题。它还概述了联合国系统内为消除可预防的孕产妇死亡和发病原因而采取的举措和开展的活动，并明确理事会如何通过人权分析增加现有举措的价值。

* 迟交。

目录

	段次	页次
一. 导言.....	1-3	3
二. 孕产妇死亡和发病：定义与程度.....	4-7	4
三. 可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面及 现有国际法律框架.....	8-44	6
A. 平等与不歧视.....	14-21	8
B. 核心权利：生命权、健康权以及获得教育 和信息权.....	22-31	11
C. 解决孕产妇死亡和发病问题的人权方法.....	32-44	14
四. 联合国系统内外消除一切可预防的孕产妇死亡 和发病原因的举措和活动概览.....	45-57	17
A. 准则和政策的制定.....	46-49	18
B. 服务.....	50-56	19
C. 问责.....	57	20
五. 结论和建议.....	58-65	21

一. 导言

1. 本报告是根据第 11/8 号决议提交人权理事会的。在该决议中，理事会要求联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)与各国、世界卫生组织(世卫组织)、联合国人口基金(人口基金)、联合国儿童基金会(儿基会)、世界银行及其他所有相关的利益攸关方进行磋商，就可预防的孕产妇死亡率和发病率与人权问题编写一份专题研究报告。为给该报告搜集资料，2009 年 10 月 1 日向各国、联合国各机构和非政府组织发出了一份普通照会，征求资料和意见。共收到 28 个国家¹、1 个观察员国²、9 个联合国实体和政府间机构³以及 22 个非政府组织、联盟及其他团体⁴提供的书面材料。提供的所有材料均可在人权高专办的网站上查阅。⁵

2. 在本报告第二章，人权高专办简要介绍了孕产妇死亡和发病的定义与程度。在第三章，参照现有相关国际和区域法律框架，包括人权条约监督机构和司法与准司法机构的判例、一般性意见和建议、结论性意见等，确定了可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题。在第四章，人权高专办概要介绍了联合国系统范围内解决可预防的孕产妇死亡率和发病率问题的各种举措和活动。最后，在第五章，明确了理事会如何能够通过人权分析增加现有举措的价值，包括努力实现关于改善产妇保健的千年发展目标，并提出了一些备选办法，以便在联合国全系统更好地处理可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题。

¹ 澳大利亚、阿塞拜疆、巴林、白俄罗斯、保加利亚、加拿大、智利、哥斯达黎加、埃及、萨尔瓦多、爱沙尼亚、芬兰、德国、匈牙利、哈萨克斯坦、拉脱维亚、马达加斯加、新西兰、挪威、巴基斯坦、菲律宾、沙特阿拉伯、塞尔维亚、斯洛伐克、西班牙、瑞士、阿拉伯叙利亚共和国和乌克兰。

² 罗马教廷。

³ 联合国粮食及农业组织(粮农组织)、国际原子能机构(原子能机构)、国际劳工组织(劳工组织)、联合国开发计划署(开发署)、联合国人口基金(人口基金)、联合国难民事务高级专员办事处(难民署)、联合国儿童基金会(儿基会)、世界粮食计划署(粮食署)和世界卫生组织(世卫组织)。

⁴ 加拿大人口与发展行动组织；美国支持生命妇产科医师协会；大赦国际；天主教家庭与人权研究所；生殖权利中心；人的权利与义务研究会；多哈家庭研究与发展国际学院；埃及个人权利倡议；波兰妇女与计划生育联合会；人权观察；国际法学家委员会；国际残疾人联盟及其残疾人权利公约论坛；孕产妇死亡率与人权问题国际倡议(包括 13 个民间社会组织：哥伦比亚大学预防孕产妇死亡和残疾方案(美利坚合众国)、国际关怀协会(全球)、正义与国际法中心(美国与拉丁美洲)、生殖权利中心(美国)、公平网：南部非洲地区医疗卫生公平网(南非)、国际家庭护理组织(美国)、医疗卫生公平团体(坦桑尼亚)、艾塞克斯大学人权中心(大不列颠及北爱尔兰联合王国)、国际预算伙伴关系(墨西哥)、Kvinna till Kvinna 基金会(瑞典)、Likhaan(菲律宾)、医生促进人权协会(美国)和 SAHAYOG(印度))、国际计划生育联合会、国际项目援助方案社、巴西国际项目援助方案社、明尼苏达州公民关注生命全球延伸、性权利和生殖权利全国妇女健康网、荷兰性健康和生殖健康与艾滋病网(共享网)、保护未出生儿童协会、明尼苏达州圣托马斯大学法学院支持生命中心、性权利和生殖权利青年同盟。

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

3. 在即将于 2010 年 9 月大会高级别全体会议(千年发展目标峰会)上进行的审议之前编写的那些报告表明,在所有目标中,关于改善产妇保健的目标 5 及其到 2015 年将产妇死亡率降低四分之三和普及生殖保健的具体目标,距离实现最为遥远。⁶ 因此,人权理事会第 11/8 号决议承认可预防的孕产妇死亡率和发病率是一个需要给予更多关注的人权问题和挑战,是再及时不过的了。

二. 孕产妇死亡和发病: 定义与程度

4. 世卫组织把孕产妇死亡定义为:“妇女在妊娠期间或妊娠终止 42 天内……由于与妊娠或其管理有关的或由其加重的原因造成的死亡,但不包括意外或者偶然的原因”。⁷ 而孕产妇发病被定义为“妊娠、生产和分娩期间属于非正常妊娠、生产和分娩的、对妇女健康有负面影响的一种状况”。⁸

5. 虽然对孕产妇死亡及其原因有标准化的定义,但是仍然难以准确测定孕产妇死亡率,主要原因有三个:(a) 确定孕产妇死亡人数具有挑战性;(b) 妇女怀孕可能不为人知;(c) 在不需要出具死因医学证明的农村地区,难以把妇女死亡确切地归因于孕产妇死亡。⁹ 更新统计数据是一项费时的的工作,不过目前正在为即将举行的 2010 年千年发展目标峰会准备新的全球统计数据,以估量国际社会为实现这些目标(包括改善产妇保健目标)所作的努力。在这些数据出台之前,据最新的官方估计,全世界每年有 50 多万孕产妇死亡。将其转换成成人孕产妇死亡风险,就是全世界每 92 名妇女中就有 1 人死于孕产(15 岁女性最终死于孕产的概率)。¹⁰ 在某些国家,因孕产死亡的风险高达每 7 个人中就有 1 人。¹¹ 在每当有一名孕产妇死亡的同时,估计还有 20 名妇女遭受到与妊娠有关的伤害、感染或疾病,也就是说有大约 1 000 万妇女遭受此类伤害、感染和疾病。有些还导致了长期残疾(譬如子宫脱垂、不孕、产瘘或失禁等)。¹² 由于多种原因,妊娠和分娩

⁶ 苏拉亚·艾哈迈德·奥贝德(人口基金),“促进妇女健康与权利的成功战略:实现千年发展目标 5”,2008 年 5 月 22 日,对瑞典国际开发署的基调演讲;陈冯富珍(世卫组织),“在关于千年发展目标 5 的女领导人圆桌会议上的开幕辞”,2008 年 9 月 25 日,可在 www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/speech/en/index.html 上查阅。另见《2009 年千年发展目标报告》(联合国出版物,出售品编号: E.09.I.12),第 27 页。

⁷ 世卫组织,《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十版,第二卷,《指导手册》第二版(日内瓦,2004 年),第 141 页。

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

⁹ 世卫组织,《2005 年孕产妇死亡率:世卫组织、儿基会、人口基金和世界银行的估计数》(日内瓦,2007 年),第 5 页;另见第 1-2 页。

¹⁰ 同上,第 16 页。

¹¹ 同上,第 1 页。

¹² G. Naanda、K. Switlick 和 E. Lule,《加速向实现改善产妇健康的千年发展目标迈进:有希望的途径汇编》(哥伦比亚特区华盛顿,世界银行,2005 年),第 4 页。

对青少年来说风险更高。在发展中国家，妊娠和分娩并发症是 15 到 19 岁少女和妇女的主要死亡原因。在全世界孕产妇死亡总数中，15%发生在青少年中间。¹³

6. 大部分孕产妇死亡是由下述五种产科急症造成的：大出血(25%)；感染/败血症(15%)；不安全堕胎(13%)；先兆子痫和子痫惊厥(12%)；以及产程过长或难产(8%)。¹⁴ 据世卫组织、儿基会、世界银行及其他利益攸关方讲，大多数孕产妇死亡和残疾是可以通过妊娠期和分娩时获得充分护理和有效干预预防的。上述主张得到某些国家实际上已经消除孕产妇死亡这一观察意见的支持。只有 15%的妊娠和分娩因为难以预料的并发症需要产科紧急护理。¹⁵ 世卫组织估计，88%到 98%的孕产妇死亡是可以预防的。¹⁶ 最近，儿基会再次证实，如果妇女获得了必要的产科护理和基本保健服务，大约 80%的孕产妇死亡是可以避免的。¹⁷ 世界银行的估计数表明，随着专业分娩干预覆盖面的不断扩大，特别是获得必要的产科护理、安全堕胎服务、在生产第三阶段的主动而非被动管理，以及给有先兆子痫的妇女服用抗惊厥药等，74%的孕产妇死亡是可以防止的。¹⁸ 然而，1990 年到 2005 年期间，全球的孕产妇死亡率(每 10 万例活产死亡的孕产妇人数)以每年不到 1%的速率下降。¹⁹ 1990 年到 2005 年期间，估计每年死于妊娠或分娩的妇女总数只是略有下降(从 1990 年的 576 000 人死亡下降到 2005 年的 536 000 人死亡)。²⁰

7. 各国之间及内部的孕产妇死亡率有着很大的差别。虽然大多数孕产妇死亡发生在发展中国家，主要是非洲和南亚国家，²¹但是在对发达国家的孕产妇死亡率和发病率数据进行分解后显示，不同种族和社会经济群体的孕产妇死亡率和发病率差异很大。发达国家政府有具有约束力的人权义务，采取措施消除这一事实上的歧视。早在 2001 年，世卫组织的一份报告就承认，“不能消除可预防的孕产妇残疾和死亡问题是我们这个时代最大的社会不公之一”，²² 并且“妇女的生

¹³ 世卫组织，《妇女与健康：今天的证据、明天的议程》(日内瓦，2009 年)，第 31 页。

¹⁴ 人口基金，对普通照会的答复，第 2 页。

¹⁵ www.unicef.org/mdg/maternal.html。

¹⁶ 世卫组织，“孕产妇死亡：帮助妇女脱离死亡之路”，《世卫组织编年史》，第 40 卷(1986 年)，第 175-183 页。

¹⁷ 儿基会，《2009 年世界儿童状况：孕产妇和新生儿健康》(联合国出版物，出售品编号：E.09.XX.1)，第 2 页。

¹⁸ A. Wagstaff 和 M. Claeson，《有关健康的千年发展目标：应对挑战》(哥伦比亚特区华盛顿，世界银行，2004 年)，第 xi、6、51 和 52 页。

¹⁹ 世卫组织，《2005 年的产妇死亡》，第 2 页。

²⁰ 同上，第 17 页。

²¹ 同上，第 15 页。

²² R.J. Cook、B.M. Dickens 等人，《以人权促进安全孕产》(日内瓦，世卫组织，2001 年)，第 5 页。

殖健康风险不全是妊娠带来的不幸和不可避免的天生不利条件，而是社会能够而且有义务补救的不公正”。²³

三. 可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面及现有国际法律框架

8. 在国际和区域两个层面，人们日益认识到降低孕产妇死亡率和发病率不单单是一个发展问题，而且是一个人权问题。²⁴ 人权理事会在第 11/8 号决议(第 2 段)中，列出了与孕产妇死亡和发病直接有关的一系列人权，即“生命权、平等享有尊严和获得教育的权利、自由寻求、接受和传播信息的权利、享受社会进步所产生的利益的权利、免于歧视的自由，以及享有能达到的最高标准身心健康的权利，包括性健康和生殖健康的权利”。国际人权条约以及某些条约机构的一般性意见、建议和结论性意见都承认孕产妇死亡涉及到较广泛的人权，并建议各缔约国采取有效措施降低孕产妇死亡率、改善产妇保健，²⁵ 它们尤其提到免受残忍、不人道和有辱人格待遇的权利、隐私权和获得有效补救的权利等。这些权利体现在各种国际和区域人权条约之中，其中包括《公民权利和政治权利国际公约》；《经济、社会、文化权利国际公约》；以及《消除对妇女一切形式歧视公约》。

9. 孕产妇死亡主要是由于一些相互关联的原因或延误造成的，它们最终导致孕妇得不到她们需要的保健。²⁶ 这些延误通常称作“三种延误”，可以理解为由

²³ 同上，第 69 页。

²⁴ 例如见非洲人权和人民权利委员会，ACHPR/Res.135(XXXXIII)，关于非洲孕产妇死亡率的决议(2008 年)；以及欧洲议会，在 9 月 25 日联合国高级别活动——审查千年发展目标(2008 年)——之前有关孕产妇死亡率的决议。

²⁵ 例如见消除对妇女歧视委员会的结论性意见：阿尔及利亚(A/60/38)，第 131 段；捷克共和国(A/57/38)，第 85 段；印度(CEDAW/C/IND/CO/3)，第 40 段；圣基茨和尼维斯(A/57/38)，第 88 段；斯里兰卡(A/57/38)，第 217 段；土耳其(CEDAW/C/TUR/CC/4-5)，第 38 段；人权事务委员会的结论性意见：玻利维亚(CCPR/C/79/Add.74)，第 22 段；阿拉伯利比亚民众国(CCPR/C/79/Add.101)，第 9 段；蒙古(CCPR/C/79/Add.120)，第 8(b)段；巴拉圭(A/51/38)，第 123 段；塞内加尔(CCPR/C/79/Add.82)，第 12 段；消除种族歧视委员会的结论性意见：贝宁(E/C.12/BEN/CO/2)，第 25 段；巴西(E/C.12/1/Add.87)，第 27 段；中国(E/C.12/1/Add.107)，第 36 段；朝鲜民主主义人民共和国(E/C.12/1/Add.95)，第 23 段；墨西哥(E/C.12/MEX/CO/4)，第 25 段；摩洛哥(E/C.12/MAR/CO/3)，第 13(f)段；巴拉圭(E/C.12/PRY/CO/3)，第 21 段，波兰(E/C.12/1/Add.82)，第 29 段；塞内加尔(E/C.12/1/Add.62)，第 26 段；儿童权利委员会的结论性意见：阿根廷(CRC/C/15/Add.187)，第 46 页；阿塞拜疆(CRC/C/AZE/CO/2)，第 49(b)段；贝宁(CRC/C/BEN/CO/2)，第 51 段；博茨瓦纳(CRC/C/15/Add.242)，第 48 段；哥伦比亚(CRC/C/COL/CO/3)，第 68(b)段；菲律宾(CRC/C/PHL/CO/3-4)，第 55 段；也门(CRC/C/15/Add.128)，第 55(c)段。对条约机构关于孕产妇死亡率的结论性意见以及和一般性意见和建议的全面审查见：生殖权利中心，“把权利付诸实施：预防孕产妇死亡和确保安全孕产”(2008 年)。

²⁶ D. Maine, 《安全孕产方案：选择方案与问题》(纽约，哥伦比亚大学，1991 年)；人口基金对普通照会的答复，第 2 页；人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的报告(A/61/338)，第 21 段。

括：(a) 由于费用、没有认识到情况紧急、教育程度低、得不到信息和性别不平等等原因，在出现产科紧急情况时寻求适当医疗帮助上的延误；(b) 由于距离、基础设施和交通运输等原因，在到达适当的医疗机构上的延误；(c) 在到达某个医疗机构时因为医护人员不足，或者因为电、水或医药供应不上，在接受充分护理上的延误。²⁷ 从人权的视角检查这三类延误因素时发现，许多权利在起作用，因此可能涉及国家对人权的一系列责任。

10. 当由于政府没有使用其能够利用的资源采取必要措施，消除可以预防的孕产妇死亡原因并确保服务的可用性、可得性、可接受性和高品质，致使妇女死于妊娠或分娩时，国家就需要对侵犯妇女生命权的问题负责。可预防的孕产妇死亡和受伤可能还涉及侵犯享有能达到的最高标准身心健康(包括性健康和生殖健康)的权利，享有平等和不受歧视的权利，以及获得信息、接受教育和享有科技进步所产生的利益的利益的权利。不能把这些权利看作是完全互不相干的，而应将其视为“是不可分割、相互依赖、相互关联的，对人的尊严是同等重要的”。²⁸

11. 根据国际人权法，国家有义务尊重、保护并履行有关安全孕产的人权。这些人权义务不仅本身具有法律效力，而且它们所倡导的分析研究也有助于确定有哪些障碍使我们无法采取更为有效的公共卫生干预措施，消除孕产妇死亡和发病问题。

12. 就可预防的孕产妇死亡和发病问题而言，这些义务要求各国(a) 不要采取阻碍妇女获得所需保健服务或健康之基本决定因素的行动²⁹ (尊重的义务)；(b) 采取措施防止妇女死于分娩和妊娠(保护的义务)；(c) 采取立法、行政和司法行动，包括承诺拿出尽可能多的资源，用于预防孕产妇死亡和发病(履行责任的义务)。因此，国家的人权义务包括为防止孕产妇死亡和发病不采取行动的消极义务和采取肯定行动的积极义务，其中包括采取步骤确保妇女能够获得孕产保健及其他相关的性健康和生殖健康服务。

13. 国际人权条约以及人权机构对这些条约的解释都清楚地表明，各国为预防孕产妇死亡和发病必须承担的许多义务都是立即生效的。《经济、社会、文化权利国际公约》承认它所保证的许多权利需要逐渐实现并要求缔约国尽其最大能力采取步骤实现这些权利，但是该《公约》也规定了某些立即生效的核心义务。经济、社会和文化权利委员会强调，“缔约国无论在什么情况下都不能为其没有履行核心义务辩护……这些义务是不可减损的”。³⁰经济、社会和文化权利委员会

²⁷ 人口基金，对普通照会的答复，第2页；A/61/338，第21段。

²⁸ 《关于侵犯经济、社会和文化权利问题的马斯特里赫特准则》(1997年)，第4段。另见：《世界人权宣言》、《维也纳宣言和行动纲领》(1993年)，第5段。

²⁹ 关于“健康的基本决定因素”，见A/61/338，第18段。

³⁰ 经济、社会和文化权利委员会，第14号一般性意见：享有能达到的最高标准健康的权利(第12条)(2000年)，第47段。

指出，提供孕产保健服务相当于一项核心义务，而且各国有直接义务采取“审慎、具体和有针对性的措施”实现在妊娠和分娩时享有健康的权利。³¹《消除对妇女一切形式歧视公约》也规定，缔约国解决孕产妇死亡和发病问题的义务是立即生效的。它要求缔约国确保孕产妇保健服务和平等获得保健服务(第 12 条)，因为拒绝提供只有妇女需要的服务就是一种形式的歧视。³²此外，生命权、其他公民和政治权利以及免受歧视的权利，都不是需要逐渐实现的。³³

A. 平等与不歧视

14. 全世界孕产妇死亡率和发病率反映出妇女一生中遭受到的不平等和歧视，这种状况由于某些正式法律、政策以及有害的社会规范和习俗而根深蒂固。³⁴应用平等和不歧视的人权原则解决可预防的孕产妇死亡和发病问题的方法，将为利益攸关方包括国家、国际组织以及人权和公共卫生部门的成员目前解决该问题的工作，提供一个重要工具。它能协助确定高风险群体，使人们得以分析所在保护、参与和问责方面的差距，并能协助确定全面、可持续的解决方案。

1. 国际人权法规定的义务

15. 国际人权法明确规定，所有人都必须能够在男女平等的基础上享有并行使其人权，³⁵不分性别、种族、肤色、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区别。³⁶这些基本法定要求责成国家不要采取歧视行动，³⁷要采取积极主动的步骤来保证平等，³⁸(不仅在法律上，而且在

³¹ 同上，第 30、43 和 44(a)段。

³² 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议：妇女与健康(第 12 条)(1999 年)，第 11 段。

³³ 人权事务委员会，第 6 号一般性意见：第 6 条(生命权)(1982 年)，第 5 段；经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见：经济、社会和文化权利方面的不歧视(第 2 条，第 2 款)(2009 年)，第 7 段。

³⁴ A/61/338，第 10 段；欧洲议会，关于孕产妇死亡率的决议。

³⁵ 《公民权利和政治权利国际公约》，第 3 条；《经济、社会、文化权利国际公约》，第 3 条；《消除对妇女一切形式歧视公约》，第 1 和第 2 条；人权事务委员会，第 28 号一般性意见；经济、社会和文化权利委员会，第 16 号一般性意见：男女享有所有经济、社会和文化权利的平等权利(第 3 条)(2005 年)；经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见。

³⁶ 《公民权利和政治权利国际公约》，第 2 条，第 1 款；《经济、社会、文化权利国际公约》，第 2 条，第 2 款；《儿童权利公约》，第 2 条，第 1 款；人权事务委员会，第 18 号一般性意见：不歧视(1989 年)；经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见。

³⁷ 经济、社会和文化权利委员会，第 16 号一般性意见，第 18 段。

³⁸ 同上，第 21 段；经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见，第 8(b)段；消除对妇女歧视委员会，第 25 号一般性建议：暂行特别措施(第 4 条，第 1 款)(2004 年)，第 7-8 段。

政策上和实践上),³⁹ 确保那些表面上看似中立的措施和方法在实际操作时不会产生歧视效果,⁴⁰ 并且在某些情况下积极承认和考虑差别。⁴¹

2. 在可预防的孕产妇死亡和发病情况下的适用

16. 在预防妇女因与怀孕有关的原因而死亡和残疾方面, 不歧视和平等义务有多种途径可以发挥作用。

确保两性平等和没有性别歧视

17. 正如研究表明的那样, 可预防的孕产妇死亡和发病问题是由于没有提供和优先提供只有妇女因体内繁殖才需要的保健服务⁴²造成的。虽然全人类在很多方面都会受到可预防的孕产妇死亡和发病问题的影响, 但是根据定义, 受到直接、具体影响的是妇女和未成年少女的生命和健康。但是, 虽说确实有消除孕产妇死亡所需要的干预措施和服务, 可“15 至 44 岁男性的死亡和残疾原因却并非只有一种, 该年龄段男子的死亡率接近孕产妇的死亡率”。⁴³ 为了确保两性平等和没有性别歧视, 国家必须解决这个问题。具体而言, 国家有义务确保其法律、政策和做法有针对性地满足妇女由于可能怀孕和分娩的特殊需要。⁴⁴ 这包括确保妇女获得产科紧急护理以及其他性健康和生殖健康信息与服务, 譬如计划生育信息与服务。⁴⁵

18. 与平等和没有性别歧视有关的义务, 还明确要求国家正视可预防的孕产妇死亡和发病问题的一些基本促成因素。譬如, 国家应当采取措施有效减少并最终消除对妇女和少女的性别暴力及其他有害做法,⁴⁶ 因为这些行为加大了妇女由于

³⁹ 经济、社会和文化权利委员会, 第 16 号一般性意见, 第 6-8 段; 经济、社会和文化权利委员会, 第 20 号一般性意见, 第 8 段; 消除对妇女歧视委员会, 第 25 号一般性建议, 第 4-10 段。

⁴⁰ 消除对妇女歧视委员会, 第 25 号一般性建议, 第 7 段; 经济、社会和文化权利委员会, 第 16 号一般性意见, 第 5、12-13 段; 经济、社会和文化权利委员会, 第 20 号一般性意见, 第 10 段。

⁴¹ 消除对妇女歧视委员会, 第 25 号一般性建议, 第 8 段。

⁴² 儿基会, 《2009 年世界儿童状况》, 第 2 页。

⁴³ A/61/338, 第 9 段。

⁴⁴ 《经济、社会、文化权利国际公约》, 第 12 条, 第 2(a)款; 《消除对妇女一切形式歧视公约》, 第 12 条, 第 2 款; 经济、社会和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 第 14、21 和 44(a)段; 消除对妇女歧视委员会, 第 24 号一般性建议, 第 26-27 段。

⁴⁵ 消除对妇女歧视委员会, 第 24 号一般性建议, 第 27 段; 经济、社会和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 第 14 段。

⁴⁶ 大会关于《消除对妇女的暴力行为宣言》的第 48/104 号决议, 第 4(c)条; 消除对妇女歧视委员会, 第 19 号一般性建议: 对妇女的暴力行为(1992 年); 经济、社会和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 第 21 段。另见: 《美洲防止、惩罚和根除对妇女暴力行为公约》(《贝伦杜帕拉公约》), 第 7 条; 美洲人权法院, González 等人(CampoAlgodonero)诉墨西哥案, 2009 年 11 月 16 日; 欧洲人权法院, Opuz 诉土耳其案, 2009 年 6 月 9 日判决, 第 33401/02 号诉请书。

与怀孕有关的原因而死亡或残疾的风险。⁴⁷ 还需要采取行动消除可能在地方或私人范畴内实际发生的其他形式性别歧视，⁴⁸ 例如对妇女获得营养和食品、洁净水和卫生设施，以及教育等的限制，这些限制又能增加可预防的孕产妇死亡和发病风险。⁴⁹

没有基于其他理由的歧视：解决跨部门和多重形式的歧视

19. 特定妇女群体出现可预防的孕产死亡和发病的风险更高。由于各种妊娠原因死亡或受伤的风险背后可能是各种依据，包括种族、肤色、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身份。⁵⁰ 当人面临的歧视是基于不止一个禁止的理由(也就是基于性别及其他理由)时，他们就是面临着累积的、多重的或交叉性的歧视，这类歧视对他们行使和享有人权影响要大得多。⁵¹

20. 多重歧视使妇女面临的风险可能加大，这往往是因为她们越发不能利用适当的保健系统和及时的干预与服务，尽管不能的原因可能有所不同。譬如，法律或社会实践可能对取得性和生殖方面的保健、服务和信息设置了年龄限制或婚姻状况限制。同时由于距离、费用、缺乏信息或缺乏文化敏感性等缘故，住在农村地区的妇女、土著妇女、⁵² 流离失所者/难民，少女或者社会和经济地位较低的妇女可能没有足够多的渠道获得产前服务、产科紧急护理和技术熟练的接生人员。此外，由于语言障碍或者保健服务对土著习惯和传统不敏感，她们可能不愿意利用保健服务。对于属于上述不止一类的妇女来说，由于妊娠原因死亡和残疾的风险还要大。

⁴⁷ 2005 年联合国千年项目，《采取行动：实现两性平等和赋予妇女权力》(伦敦，教育和两性平等特别工作组，2005 年)，第 9 章。另见：世卫组织，《消除切割女性生殖器陋习：机构间声明》(人权高专办、艾滋病署、开发署、非洲经委会、教科文组织、人口基金、难民署、儿基会、妇发基金，世卫组织)(日内瓦，2008 年)，第 11 页。

⁴⁸ 《消除对妇女一切形式歧视公约》，第 2(d)条；经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见，第 11 段；人权委事务员会，第 31 号一般性意见：公约缔约国必须改选的一般性法定义务的性质(2004 年)，第 8 段。

⁴⁹ 2005 年联合国千年项目，《采取行动》，第 56 页。

⁵⁰ 人权事务委员会，第 18 号一般性意见，第 1 段，以及第 28 号一般性意见，第 30 段；经济、社会和文化权利委员会，第 16 号一般性意见，第 5 段，以及第 20 号一般性意见，第 18-35 段；消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议，第 26 段，以及第 25 号一般性建议，第 12 段。

⁵¹ 消除对妇女歧视委员会，第 25 号一般性建议，第 12 段；经济、社会和文化权利委员会，第 16 号一般性意见，第 5 段，以及第 20 号一般性意见，第 17 段；人权事务委员会，第 28 号一般性意见，第 30 段；消除种族歧视委员会，第 25 号一般性意见：种族歧视的性别方面的问题(2000 年)，第 1 段；2001 年反对种族主义、种族歧视、仇外心理和相关不容忍行为世界会议通过的《德班宣言》(序言部分，第 69 段)和《行动纲领》(第 18、31、50、54(a)、176 段)。

⁵² 健康权问题特别报告员的报告(A/59/422)，第 55 段；A/61/338,第 7 段；《经济及社会理事会的正式记录，2006 年，补编第 23 号》(E/2006/43-E/C.19/2006/11)，第 48-49 段。

21. 人权的平等和不歧视要求需要国家确保，其为实施妇女的人权和满足妇女的特殊需求而采取的步骤对社会中的所有妇女都是有益的。这些人权还要求采取措施，使相关利益攸关方能够查明并解决某些妇女更加不能获得充分和及时的保健干预和服务背后的原因。这种措施包括根据分类数据进行的监督与评估，政策评估与审查，以及酌情进行的法律改革。

B. 核心权利：生命权、健康权以及获得教育和信息权

1. 生命权

22. 对生命权的国际和区域保证要求国家采取措施，保护个人免遭任意和可预防的生命丧失。⁵³ 因可预防原因死亡的孕产妇数字表明，没有系统提供妇女生育所需要的服务。这可能就构成了对生命权的侵犯。各种人权机构都承认国家有义务保护妇女在妊娠和分娩时的生命权，人权事务委员会、消除对妇女歧视委员会和非洲人权和人民权利委员会还把可预防的孕产妇死亡说成是对妇女生命权的侵犯。⁵⁴ 一些条约机构更为具体地强调不安全的堕胎与极高的孕产妇死亡率之间的关系，并要求各国确保妇女不会被迫进行危及其生命的私下堕胎。⁵⁵

23. 就可预防的孕产妇死亡和发病问题而言，生命权是与人类的健康权、获得教育和信息权以及平等行使和享有所有人权的权利密切相连的。妇女能否安全孕产，取决于她们是否能够获得高质量的生殖和孕产保健，是否没有社会、文化、经济和法律歧视，以及是否能够自主决定自己的生殖生活。

⁵³ 人权事务委员会，第 6 号一般性意见，第 5 段。另见欧洲人权委员会，Tavares 诉法国，1991 年 9 月 12 日裁决，第 16593/90 号申请书，委员会在该裁决中认定，《欧洲人权公约》第 2 条不仅意味着国家必须避免故意杀人，而且它还必须采取必要措施保护生命。

⁵⁴ 非洲人权和人民权利委员会，关于非洲孕产妇死亡率的决议；人权事务委员会，第 28 号一般性意见，第 10 段。另见：人权事务委员会结论性意见：匈牙利(CCPR/CO/74/HUN)，第 11 段；马里(CCPR/CO/77/MLI)，第 14 段；赞比亚(CCPR/C/ZMB/CO/3)，第 18 段；消除对妇女歧视委员会的结论性意见：马达加斯加(A/49/38)，第 244 段。

⁵⁵ 见人权事务委员会的结论性意见：智利(CCPR/C/79/Add.104)，第 15 段；危地马拉(CCPR/CO/72/GTM)，第 19 段；爱尔兰(CCPR/C/IRL/CO/3)，第 13 段；马达加斯加(CCPR/C/MDG/CO/3)，第 14 段；马里(CCPR/CO/77/MLI)，第 14 段；秘鲁(CCPR/CO/70/PER)，第 20 段；波兰(CCPR/C/79/Add.110)，第 11 段；赞比亚(CCPR/C/ZMB/CO/3)，第 18 段；消除对妇女歧视委员会的结论性意见：伯利兹(A/54/38)，第 56 段；哥伦比亚(A/54/38)，第 393 段；多米尼加共和国(A/53/38)，第 337 段；缅甸(A/55/38)，第 129 段；禁止酷刑委员会的结论性意见：智利(CAT/CR/32/5)，第 4(h)段；尼加拉瓜(CAT/C/NIC/CO/1)，第 16 段。另见：2003 年非盟大会第二届常会通过的《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》(《马普托议定书》)，第 14 条，第 2(c)款。

2. 享有能达到的最高标准身心健康的权利

24. 健康权，包括性健康和生殖健康的权利，既包括掌控自己的健康和身体的自由，也包括享有实现能达到的最高标准身心健康所必要的各种设施、物品、服务和条件的权利。⁵⁶

25. 具体而言，健康权要求对妊娠和分娩采取特别措施，包括提供生殖和孕产保健。《经济、社会、文化权利国际公约》称，“对母亲，在产前和产后的合理时间，应给以特别保护”(第 10 条，第 2 款)，而《消除对妇女一切形式歧视公约》规定，“缔约各国应保证为妇女提供有关怀孕、分娩和产后期间的适当服务，必要时予以免费，并保证在怀孕和哺乳期间得到充分营养”(第 12 条，第 2 款)。⁵⁷ 《经济、社会、文化权利国际公约》还要求提供生殖和孕产(产前和产后)保健。⁵⁸ 大量其他国际和区域人权文书和机构也详细阐述了国家对于获得计划生育、产前和产后护理、技术熟练的接生、产科紧急护理，以及获得安全堕胎和堕胎后护理等方面的义务。⁵⁹

26. 有证据表明，获得自愿计划生育能够使孕产妇的死亡人数减少 25%到 40%。⁶⁰ 例如，避孕有助于降低十几岁少女的怀孕率。⁶¹ 消除对妇女歧视委员会已敦促各国政府采取措施，提供获得避孕和计划生育服务的途径。⁶²

27. 不安全的堕胎是孕产妇死亡的五大直接原因之一，而且由于并发症还可能导致永久性损伤和死亡。⁶³ 不安全堕胎在孕产妇死亡总数中占 13%，在由于妊娠

⁵⁶ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 8 和第 12 段。

⁵⁷ 另见《国际人口与发展会议行动纲领》(人发会议)，(A/CON.17/13)，第 7.3 段。

⁵⁸ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 44(a)段。

⁵⁹ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 14 段；消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议，第 27 段；《马普托议定书》(第 14 条，第 2 款)。另见：消除对妇女歧视委员会的结论性意见：佛得角(CEDAW/C/CPV/CO/6)，第 30 段；印度尼西亚(CEDAW/C/IDN/CO/5)，第 37 段；多哥(CEDAW/C/TOG/CO/5)，第 29 段；经济、社会和文化权利委员会的结论性意见：肯尼亚(E/C.12/KEN/CO/1)，第 33 段；尼泊尔(E/C.12/NPL/CO/2)，第 46 段；儿童权利委员会的结论性意见：柬埔寨(CRC/C/15/Add.128)，第 52 段；哈萨克斯坦(CRC/C/KAZ/CO/3)，第 52(b)段；马尔代夫(CRC/C/15/Add.91)，第 19 段。

⁶⁰ 世界银行，“世界在孕产妇健康和计划生育方面的进展不足”，2009 年 7 月，可在 <http://go.worldbank.org/70P0CCPUF0> 上查阅。另见人口基金的下列网址：
www.unfpa.org/public/mothers/pid/4382。

⁶¹ 例如见新西兰对普通照会的答复，引用人口基金太平洋次区域办事处技术服务部门，第 001/2008 号文件，该文件报告说基里巴斯、马绍尔群岛、瑙鲁、巴布亚新几内亚、所罗门群岛和瓦努阿图等国十几岁女童的怀孕率是世界上最高的。

⁶² 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议，第 2、17、23、28 和 31(c)段；消除对妇女歧视委员会的结论性意见：伯利兹(A/54/38)，第 56-57 段；菲律宾(CEDAW/C/PHI/CO/6)，第 27 段。

⁶³ 见本研究报告第 6 段。

和分娩造成的死亡和残疾总数中占 20%。⁶⁴ 由于不安全的堕胎，每年有 65 000 到 70 000 名妇女死亡，近 500 万名妇女暂时或永久残疾。⁶⁵ 根据世卫组织的资料，合法堕胎途径的多少与其他因素共同决定了不安全堕胎的频率和相关死亡率。证据还显示，那些寻求堕胎的妇女不论是否有法律限制都会那么做。在对取得安全堕胎几乎不加限制的地方，死亡和患病的人数大幅减少。⁶⁶ 对于不安全堕胎造成的死亡和残疾不仅影响妇女的生命权而且影响其健康权这一点，条约机构已表示关切。⁶⁷

28. 人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员坚持认为，妇女有权获得下述生殖保健服务、物品和设施：(a) 数量充足的；(b) 实际上和经济上可以利用的；(c) 可以不受歧视地获得的；(d) 高质量的。⁶⁸ 其他重要标准包括信息的可接受性和可获得性。⁶⁹ 确保可资利用就需要增加护理服务和改进人力资源的战略，包括提高保健专业人员的数量和质量。实际利用保健服务的途径和保健服务的费用，往往对于妇女是否能够寻求保健具有影响。若要确保妇女获得孕产保健及其他性保健和生殖保健服务，就可能需要解决好保健方面的，以及社会中的歧视性法律、政策、习惯和性别不平等问题。限制妇女获得性健康和生殖健康信息的法律或政策，对孕产妇死亡率具有直接影响。防止孕产妇死亡的措施包括，逐步增加技术干预措施并使之成为百姓负担得起的，同时要确保各项服务照顾到孕妇包括土著及其他少数民族孕妇的权利、文化和需求。孕产保健服务必须是在医学上适当的，因为保健的质量常常会影响到干预的结果以及妇女寻求保健的决定。

29. 然而，健康权不仅仅是获得保健，孕产妇死亡率和发病率还受到社会、经济、文化和政治方面许多健康的基本决定因素以及结构性障碍的影响。⁷⁰ 这些决定因素包括营养、水和卫生设施、有关性健康和生殖健康的信息、经济排斥和歧视、不歧视和两性平等。

⁶⁴ 世卫组织，《不安全的堕胎：2003 年全球和区域有关不安全堕胎和相关死亡的估计数》，第 5 版，(日内瓦，2007 年)，第 5 页。

⁶⁵ 同上。

⁶⁶ 世卫组织，《妇女与健康》，第 42-43 段。

⁶⁷ 例如见：消除对妇女歧视委员会的结论性意见：喀麦隆(CEDAW/C/CMR/CO/3)，第 40 段；经济、社会和文化权利委员会的结论性意见：肯尼亚(E/C.12/KEN/CO/1)，第 33 段；特立尼达和多巴哥(E/C.12/1/Add.80)，2002 年，第 23 段；儿童权利委员会的结论性意见：朝鲜民主主义人民共和国(CRC/C/15/Add.239)，第 50 段；乌克兰(CRC/C/15/Add.151)，第 57 段。

⁶⁸ A/61/338，第 17 段。

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

⁷⁰ A/61/338，第 18 段。

3. 获得教育和信息权

30. 实现受教育权对于妇女能够享有全部人权来说至关重要。此外，全面认识性健康和生殖健康，对于确保个人能够保护其健康并就性问题和生殖问题做出知情决定，是十分必要的。全世界妇女有文化和受教育的比例很低，这与孕产妇死亡率高具有很强的相关性，并与孕产妇健康的其他指数具有反相关性，这些指数包括生育率、产前护理的使用率、满足避孕需求的情况以及生育头胎的年龄提高等。教育缺失对妇女健康的影响体现在，她们对营养、生育间隔和避孕等问题的认识有限。此外，在一些国家，教育可以说是保健质量的一个关键决定因素，因为受教育较少的妇女在保健机构中面临较严重的歧视。

31. 获得信息和享有科技进步所产生的利益的权利深深地植根于最基本的人权，包括生命权、健康权、受教育和不受歧视的权利等。获得信息是妇女能够在性生活和生殖生活方面做出知情选择并取得确保健康孕产所需保健服务的一个必不可少的因素。《消除对妇女一切形式歧视公约》第 16 条第 1(e)款规定，各国必须使妇女“有机会获得……的知识、教育和方法”，以使她们能够自由负责地决定子女人数和生育间隔。儿童权利委员会强调，各国“应使青少年有机会获得性和生殖信息，包括有关计划生育和避孕方法、早孕的危险、艾滋病毒/艾滋病的预防以及性传播疾病的预防和治疗等方面的信息”。⁷¹《经济、社会、文化权利国际公约》(第 15 条，第 1 款)明确承认享有科技进步所产生的利益的权利，这一权利对于孕产妇死亡和发病问题特别重要，因为许多低成本健康干预措施可以大幅减少孕产妇的死亡和致残人数，妇女有权利用这些措施。⁷²

C. 解决孕产妇死亡和发病问题的人权方法

32. 从尊严和不歧视等人权价值观的实际含意中，推导出构成人权方法基础的一整套工作原则。条约机构和联合国专家都阐明了下述七项工作原则的重要性，它们是：问责、参与、透明、赋权、可持续、国际合作和不歧视。⁷³ 这些原则尤其适用于审查本节所讨论的解决孕产妇死亡和发病问题的人权方法。

1. 问责

33. 问责是享有人权的关键所在，包括两大部分：解决过去的冤情和修正系统的失误，以防止今后的伤害。问责有时被狭隘地理解为责备和惩处，但是将其

⁷¹ 儿童权利委员会，第 4 号一般性意见：儿童权利公约框架下的青少年健康与发展(2003 年)，第 28 段。

⁷² 此外，人权理事会在第 11/8 号决议中承认，可预防的孕产妇死亡问题需要有效增进并保护妇女和女童享有科技进步所带来利益的权利，以及其他权利。

⁷³ 不歧视问题在本章 A 节中阐述；因此，我们将只阐述其他六项原则。

看作是一个决定哪些做法有效(所以可以效仿)、哪些做法无效(所以可以调整)的过程更为确切。⁷⁴

34. 人权事务委员会将国家对于生命权的问责义务阐释为国家预防、调查或补救私人或机构行为造成的伤害的义务。⁷⁵ 在这方面,委员会强调行政机构必须履行对侵权指控进行迅速、彻底、有效和公正调查的义务。⁷⁶

35. 经济、社会和文化权利委员会阐明,国家必须设立能够有效处理在享有权利方面的歧视所造成的个人和结构性伤害的机制和机构。⁷⁷ 它还具体说明,加强独立的人权机构以及人权倡导者的参与是确保健康权的重要因素。⁷⁸ 健康权问题特别报告员把问责定义为“保证医疗系统不断改善并逐步实现包括弱势个人、社群和人口在内的所有人都享有能达到的最高标准健康的权利”。⁷⁹

36. 对医疗系统以及影响妇女健康及其行使权利能力的那些健康的基本物质和社会经济决定因素进行定期监督,是问责的重要部分。没有监督,就无法纠正降低孕产妇死亡率和发病率方面的系统失误。国家在通过并实施一项国家公共卫生战略和行动计划时,⁸⁰ 还应当制订“适当的指标,以监督取得的进展,突出需要作政策调整的地方”。⁸¹ 监督有助于缔约国更好地理解在实现这些权利时“遇到的问题和不足”,为其提供“能制订出更为适当的政策的框架”。⁸² 应按照被禁止的歧视理由,对基于适当指标的数据进行分类,以监督消除歧视情况,⁸³ 确保脆弱群体受益于保健计划。

37. 作为旨在降低孕产妇死亡率的一项问责措施,健康权问题特别报告员强烈建议,所有国家作为紧急事项引入一套全面有效的注册系统,以及一套孕产妇死亡审核系统,以便查明死亡原因。特别报告员说,这种孕产妇死亡审核应当是一种超出了医学范畴的非司法性审查,以确定导致或促成死亡的社会、经济和文化原因。⁸⁴

⁷⁴ 健康权问题特别报告员的报告(A/HRC/4/28),第46段。

⁷⁵ 人权事务委员会,第31号一般性意见,第8段。

⁷⁶ 同上,第15段。

⁷⁷ 经济、社会和文化权利委员会,第20号一般性意见,第40段。

⁷⁸ 经济、社会和文化权利委员会,第14号一般性意见,第59-62段。

⁷⁹ 健康权问题特别报告员的报告(A/63/263),第12段。

⁸⁰ 经济、社会和文化权利委员会,第14号一般性意见,第43(f)段。

⁸¹ A/61/338,第28(e)段。

⁸² 经济、社会和文化权利委员会,第1号一般性意见:缔约国报告(1989年),第8段。

⁸³ 经济、社会和文化权利委员会,第20号一般性意见,第41段。

⁸⁴ 健康权问题特别报告员的报告(A/HRC/7/11/Add.4),第16段。

38. 问责原则与受害人获得补救和赔偿的权利紧密相关。⁸⁵ 有效获得补救和赔偿有助于建立一个建设性的问责框架，聚焦系统失误并鼓励补偿。2005 年大会批准的《关于严重违反国际人权法和严重违反国际人道主义法行为被害人获得补救和赔偿的权利的基本原则和导则》阐明了补救和赔偿的内容。⁸⁶

2. 参与

39. 参与是权利方法的一项作业原则，其本身也被承认为一项权利。在 1978 年阿拉木图国际初级保健会议上，134 个国家政府和 67 个国际组织一致认为，“人们有权利和义务个别或集体参与自身保健的规划与实施工作”。⁸⁷ 在孕产妇死亡和发病问题上的参与，就是要使妇女能够获得相关信息并把她们纳入影响孕产的决策过程。健康权问题特别报告员指出，在降低孕产妇死亡率和发病率的范围内，“健康权包括参与保健决策的资格……(因为这)将有助于制定更加有效和可持续的方案，减少排斥，加强问责”。⁸⁸

3. 透明

40. 如果没有透明，就不可能有真正意义的问责和参与。国家有义务提供透明的问责程序，以使公民能够充分参与对公共政策的审查和重新聚焦。⁸⁹ 经济、社会和文化权利委员会指出，需要“通过参与性的透明过程”制定和审查卫生战略与行动计划。⁹⁰ 健康权问题特别报告员强调，虽然国家在选择适当的监督和问责机制上具有一定的酌处权，但是“所有机制必须是有效的、可利用的和透明的”。⁹¹

4. 赋权

41. 正如上文关于平等和不歧视一节提到的那样，可预防的死亡和发病问题是与在获得保健资源、信息及其他人权上不公平紧密相关的。反过来说，两性平等和赋权在预防孕产妇死亡方面可以发挥关键作用，因为它们可以使妇女对计划生育服务、产前保健和安全分娩的需求增大。⁹² 此外，问责机制是否有效取决于对这些机制的利用情况，而机制有效又会使医疗卫生政策越发有效。因此，经济、

⁸⁵ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 59 段。

⁸⁶ 大会第 60/147 号决议，附件。

⁸⁷ 《阿拉木图宣言》，第四段。

⁸⁸ A/61/338, 第 28(c)段。

⁸⁹ 例如见经济、社会和文化权利委员会，第 20 号一般性意见，第 40 段。

⁹⁰ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 43(f)段。

⁹¹ A/61/338, 第 65 段。

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

社会和文化权利委员会要求，在可行的地方，向潜在侵犯人权行为的受害人提供法律援助，以便使问责机制更为有效。⁹³ 就孕产妇死亡和发病问题而言，获得信息以及获得如何利用这种信息的教育，对于使妇女和少女得以利用现有降低死亡率的计划来说至关重要。因此，赋权成了有效政策的先决条件。

5. 可持续

42. 降低可预防的孕产妇死亡率和发病率需要对卫生政策和方案进行长期投资，以促进向那些风险特别大的妇女赋权。人们强调，这种可持续性在保证健康的基本物质决定因素(例如水)和获得保健本身的成功举措的关键所在。⁹⁴

6. 国际援助

43. 虽然在有些情况下，预防孕产妇死亡和发病可以靠提供相对经济和简单的干预措施，但是如果没有一个功能齐全的卫生系统，没有一个稳定的运送器具和患者的基础设施，没有一个教育、信息和问责系统，就不可能完全防止死亡。⁹⁵ 强化这些系统能惠及全体公民，而不仅仅是妇女。不过，其成本很高，这清晰地说明了发展、人权和公共卫生之间的相互关系。

44. 健康权问题特别报告员就此强调指出：“健康权说明发达国家有责任进行国际援助和合作，以帮助发展中国家实现健康权。发达国家应当支持发展中国家降低孕产妇死亡率的工作。这一责任体现在千年发展目标 8 中，该目标是对全球合作促进发展的一个承诺。”⁹⁶ 因此，捐助国有提供国际合作和援助的责任。

四. 联合国系统内外消除一切可预防的孕产妇死亡和发病原因的举措和活动概览

45. 要一一说明应对可预防的孕产妇死亡和发病问题的现有一切全球性重大举措和活动，本文的篇幅就会长得令人无法忍受。根据准则和政策制定情况、服务提供情况和问责情况对活动加以大致分类，然后对各类活动作初步分析，就不仅能证实目前有大量举措，而且也能彰显出协调一致和在特定领域加强行动的必要性。

⁹³ 例如见经济、社会和文化权利委员会，第 7 号一般性意见：获得充足住房的权利(第 11.1 条)：强制驱逐(1997 年)，第 15 段。

⁹⁴ A/61/338, 尤其是第 28(c)、84 和 95 段。另见经济、社会和文化权利委员会，第 15 号一般性意见：饮水权(第 11 和第 12 条)(2002 年)，第 11 段。

⁹⁵ A/61/338, 第 19 段。

⁹⁶ 同上，第 20 段。

A. 准则和政策的制定

46. 本报告中大量提及的人权机制拟定人权法的工作并不是孤立进行的，而是根据各国在国际会议上做出的承诺和全球倡议进行的。1994 年，开罗国际人口与发展会议通过了一项《行动纲领》，把促进妇女健康和安全孕产、迅速大幅降低孕产妇死亡率和发病率以及减少发达国家和发展中国家之间和内部的明显差距等确定为目标。该《行动纲领》承认不安全堕胎的影响，认为它是“一个令人关切的重大公众健康问题”，因而敦促各国政府不遗余力地预防高风险的怀孕和生育，特别是青少年怀孕和生育，以及意外怀孕，并“通过扩大和改善计划生育服务来减少堕胎”。⁹⁷ 该《行动纲领》第 8.25 段进而指出：“在堕胎并不违法的情况下，这种堕胎应当是安全的。在任何情况下，妇女都应能获得治疗堕胎并发病的高质量服务”。在联合国对该《行动纲领》的五年期审查时，各方一致认为“在堕胎并不违法的情况下，卫生系统应培训并装备医疗服务提供者，并且应采取其他措施，确保这种堕胎是安全的和可以获得的。”⁹⁸

47. 在《北京宣言》和《行动纲要》(1995 年)中，各国决心加强和调整医疗卫生服务，以便确保妇女和少女普遍获得高质量的医疗卫生服务，减少不健康和孕产妇发病率，并在全世界实现到 2000 年把 1990 年的孕产妇死亡率降低至少 50%，到 2015 年再减少一半的商定目标。做出承诺是为了确保在卫生系统的各个级别上都能获得必要的服务，而且通过初级保健系统，使所有适龄者都能获得生殖保健(第 107(i)段)。《北京宣言》和《行动纲要》还承认，不安全堕胎对健康的影响是一个令人关切的重大公众健康问题(第 107(j)段)，确认了国际人口与发展会议所持的立场，而且各国政府同意考虑审查对那些非法堕胎的妇女采取惩罚措施的法律(第 107 (k)段)。

48. 在 2000 年的千年峰会上，各国决心到 2015 年将孕产妇死亡率降低四分之三。这一承诺体现在千年发展目标之中，而千年发展目标又是从千年峰会的承诺中衍生而来的，它们在国际发展努力中已经开始发挥一定作用。具体而言，目标 5 涉及到改善产妇保健和确保普遍获得生殖保健。

49. 世界卫生大会确认了就一些基本干预措施达成的全球共识，它们是：计划生育、由技术熟练的人员接生、产科和新生儿紧急护理。⁹⁹ 世卫组织现正在修订它的出版物《安全堕胎：卫生系统技术和政策指南》，并且还在编制新的保健人员临床实用指南，以便进一步帮助各国提供安全的堕胎护理。

⁹⁷ 《国际人口与发展会议(人发会议)行动纲领》，第 8.25 段。

⁹⁸ 特设全体委员会的报告：“进一步执行《国际人口与发展会议行动纲领》的重要行动”(A/S-21/5/Add.1)，第 63(三)段。

⁹⁹ 人口基金、儿基会和世卫组织对普通照会的联合答复。

B. 服务

50. 儿基会、人口基金、世界银行和世卫组织最近共同努力，以健康权为核心原则，通过以人权方法编制联合国国别方案，在降低孕产妇的死亡率和发病率方面加速前进。这一联合举措被统称为“保健 4 机构伙伴关系”或者“H4”。在下一年里，这四个机构将提升对孕产妇死亡率最高的国家的支持力度，最初为 6 个国家，然后逐步增加到 25 个国家，继而再扩大到 60 个国家。¹⁰⁰ 通过“H4”，这些组织在其他利益攸关方的合作下：正在计算国家计划的成本和迅速动员所需资源；逐步增加高质量的医疗卫生服务，以确保普遍获得生殖保健，特别是计划生育、由技术熟练人员接生以及产科和新生儿紧急护理等服务；确保与艾滋病毒的预防和治疗相结合；以及满足技术熟练的卫生工作者特别是助产士的迫切需求。

51. 其他联合举措包括：国际计划生育联合会(东亚和东南亚及大洋洲地区)名为“SPRINT”的举措和国际助产士联合会/人口基金全球助产士方案的联合举措。前者旨在使幸免于危机和生活在危机后局势下的人们有更多机会获得性健康和生殖健康方面的信息与服务；¹⁰¹ 后者则在 12 个非洲国家推动助产士工作专业化，支持各国改进本国助产士标准，并帮助各国逐步提高社区助产士的业务水平。¹⁰²

52. 联合国各方案和机构也继续为各国提供这方面的援助。人口基金，儿基会和世卫组织支持 90 多个国家有关孕产妇健康的国有举措。应有关国家政府请求，人口基金、儿基会和世卫组织支持这些国家率先加强其保健系统并逐步加大努力，为全民，特别是为贫困和脆弱人口提供较好的保健。人口基金和世卫组织与有关国家合作，确保将性健康和生殖健康充分纳入国家框架和计划并列为优先事项，并且提供相应的资源。人口基金和世卫组织把孕产妇保健与计划生育一起纳入性健康和生殖健康方面的一揽子干预措施。2008 年，人口基金设立了孕产妇健康专项基金，旨在增加可以利用的资金，以支持卫生系统提供范围广泛的优质孕产妇保健服务、减少医疗卫生中的不公平，提高妇女行使孕产妇健康权利的能力。根据该举措提供的援助包括向孕产妇死亡率高的国家提供技术和财政支持，以加速实现千年发展目标 5。

53. 其他服务举措直接针对风险因素，例如早婚、切割/损毁女性生殖器或艾滋病毒等。在埃塞俄比亚阿姆哈拉地区，童婚率和孕产妇死亡率是世界上最高的。这一地区的 Berhane Hewan 方案采取了有条件的现金转移支付模式，鼓励家庭让少女参加该方案，而不是把她们嫁出去。参加该方案的已婚和未婚少女学习实用知识、生活技能、谋生技能并接受生殖健康教育。在成功结业后，少女及其家庭会得到适量奖金。在危地马拉，由人口基金赞助的 Abriendo Oportunidades 方案

¹⁰⁰ 人口基金对普通照会的答复，第 12 页。

¹⁰¹ Sprint 举措是在澳大利亚政府、人口基金、澳大利亚生殖健康联盟和新南威尔士大学的合作下实施的。

¹⁰² 人口基金对普通照会的答复，第 13 页。

也致力于有童婚风险的边缘化少女。通过这个方案，少女可以获得领导能力、经营企业的技能、生活技能，以及有关两性平等和生殖健康的信息等。

54. 世卫组织凭借儿童和青少年健康与发展方案，正在努力强化各种生殖健康方案对青少年的响应，以便实施一系列相辅相成的行动，预防过早和经常的意外怀孕、不安全堕胎、由不安全堕胎造成的死亡，以及在分娩和产后期间的死亡。为此目的，该组织正在组织论证，研发方法和手段，建设能力，形成共识，加强协作。

55. 2007 年，儿基会和人口基金启动了一项题为“切割/损毁女性生殖器问题：加速变革”的联合方案，目标是到 2012 年把 0 至 15 岁女孩中实施这一陋习的现象减少 40%，并且至少有一个国家宣布废除切割/损毁女性生殖器的陋习。这两个机构还与世卫组织合作，特别是在阻止把这一有害做法医学化的趋势方面合作。¹⁰³ 通过文化上敏感的方法，该联合方案促进了与地方和国家政府部门、宗教当局、地方宗教领袖、媒体、民间社会组织以及教育和生殖保健部门的伙伴关系。

56. 艾滋病署、人口基金、世卫组织及其他实体为加强对围产期艾滋病毒传播的全面预防工作提供了技术支持，其中包括(a) 把艾滋病毒咨询和检测以及诸如安全分娩和婴儿喂养等其他服务纳入孕产妇保健安排；(b) 倡导满足携带艾滋病毒妇女的性健康和生殖健康需要，以及生殖权利(包括关于其决定子女人数和生育间隔的权利的信息)；(c) 获得计划生育及其他性健康和生殖健康服务。¹⁰⁴

C. 问责

57. 人权机制是为确保在国际一级问责而制定的框架，其中包括根据《消除对妇女一切形式歧视公约》和《经济、社会、文化权利国际公约》的任择议定书建立的投诉机制。为评估各国遵守国际、区域和国家人权标准的情况，世卫组织和哈佛公共卫生学院国际卫生与人权方案共同研发了一个工具，它为各国利用人权框架确定和处理在人们获得和利用孕产妇保健服务方面，以及在提供有质量的服务方面遇到的法律、政策和制度障碍，提供了一种方法。该工具已在 10 多个国家进行了实地试验和使用。¹⁰⁵

¹⁰³ 该联合方案现正在支持 12 个非洲国家的行动：布基纳法索、吉布提、埃及、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、肯尼亚、塞内加尔、索马里、苏丹和乌干达。见人口基金对普通照会的答复，第 13 页。

¹⁰⁴ 人口基金对普通照会的答复，第 11 页。

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

五. 结论和建议

58. 人权理事会在第 11/8 号决议中，特别呼吁就理事会如何能够通过人权分析增加现有举措的价值，包括实现关于改善产妇保健的千年发展目标 5 的努力，提出建议，并建议备选办法，以便更好地在联合国全系统处理可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题。随着该决议的通过，人权理事会明确要求各国在消除可预防的孕产妇死亡和发病问题方面，“加倍努力，确保充分有效地履行其人权义务”（第 3 段）。尽管联合国人权机制、国际机构和区域机构逐步阐释了孕产妇死亡率的人权方面问题，以及该领域内需要解决、预防或补救的侵犯人权问题，但是集体承诺采取人权方法的价值无论怎么估计都不会过高。尤其是，孕产妇死亡和发病现象的存在与侵犯“生命权、平等享有尊严和获得教育的权利、自由寻求、接受和传播信息的权利、享受社会进步福利的权利、免于歧视的自由，以及享有最佳身心健康的权利，包括性健康和生殖健康的权利”等人权绝对有关，¹⁰⁶ 并且“需要有效增进和保护妇女和少女的人权”，¹⁰⁷ 一如条约机构详细阐明并且本研究报告总结的那样。

59. 很显然，在制定通过公共卫生计划解决这一全球性问题的有效方法中，人权可以发挥重要作用。对于有效解决孕产妇死亡和发病问题不可或缺的许多措施，已经被确定为人权标准的一部分，其中包括建立可获得的、透明和有效的监督和问责机制，以及确保妇女参与影响到她们怀孕和生育的决策过程的机制。相关的国家义务，包括程序性义务，以下述具体人权原则为基础：问责、参与、透明、赋权、可持续、国际合作和不歧视。实行这些原则是消除孕产妇死亡和发病问题的人权方法的核心。虽然孕产妇死亡和发病问题是全球性的，但是给予国际援助和技术合作的国家及其他行为体也需要从人权角度看待其解决孕产妇死亡和发病问题的工作。

60. 理事会呼吁其各种机制，特别是普遍定期审议和特别程序，审议可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题，鼓励各国及其他行为体在与联合国人权系统的合作中更加重视该问题。¹⁰⁸ 在回应理事会的这一呼吁时，会员国和观察员国可以在根据普遍定期审议程序提交报告时，更多地关注系统解决孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题，并在审议其他国家的报告时考虑该问题。理事会还可以考虑要求各国在普遍定期审议期间，就降低可预防的孕产妇死亡率和发病率的某些人权方面问题做出报告。另一个重要事项是，理事会应请正在实施降低孕产妇死亡率和发病率的举措和活动的那些联合国机构、基金会和方案系统提供有关资料，供普遍定期审议机制审议。正如上文所表明，孕产妇死亡率和发病率问

¹⁰⁶ 人权理事会第 11/8 号决议，第 2 段。

¹⁰⁷ 同上。

¹⁰⁸ 同上，第 5 段。

题不仅仅是一个健康权问题，它还涉及到许多权利和专题性人权问题。因此，理事会也可以鼓励其各种机制采取特别程序，在各自的任务范围内审议可预防的孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题。

61. 在条约机构以及其他国家专家和区域机构的工作范围内，对于如何将重要的人权框架应用于可预防的孕产妇死亡率和发病率问题，已经做出了详尽规定。而缺少的是实际操作解决孕产妇死亡率和发病率问题的人权方法。也就是说，许多问题仍然没有得到解答，譬如：可以采取哪些具体措施实施/采取消除可预防的孕产妇死亡和发病问题的人权方法？各国怎样才能确保已建立的建设性问责机制符合人权原则？可用来确保有效降低孕产妇死亡率和发病率的建设性问责机制的范围是什么？需要哪些因素确保建设性问责机制是参与性的、有效的和透明的？

62. 实际操作自然是一个需要系统化的浩大工程，而且目前联合国系统内没有一个明确的牵头机构。毫无疑问，目前有许多良好做法，各国及其他行为体可以进行有益的交流分享，从而确保这种良好做法特别有利于实施人权方法解决孕产妇死亡和发病问题。普遍定期审议是分享这类做法的一个论坛，但是眼下就有许多机会系统、全面地收集良好做法。实施并监督这样一个业务框架也是非常必要的；然而，它们在国际一级并不属于优先事项。理事会可以率先行动起来，力争实施并监督这类活动。

63. 正如前面所探讨的那样，在所有千年发展目标中，目标 5 距离实现最为遥远。尽管全球为降低孕产妇死亡率做出了各种努力，但是在过去二十年中，实际上几乎没有取得什么进展。有鉴于此，对于理事会来说，通过其促进和保护人权的使命为消除孕产妇死亡和发病问题的全球努力做出建设性和有效的贡献，显然还有很大的余地。在倡导以人权方法解决可预防的孕产妇死亡和发病问题方面，提出了许多备选办法供理事会考虑。下面介绍的备选办法并不相互排斥，而是相辅相成。就眼前来说，这种步骤可以包括为 2010 年 9 月大会审查在实现千年发展目标方面取得的进展的高级别会议提供一份有关孕产妇死亡率和发病率的人权方面问题的材料，以及将本报告转交世界卫生大会第六十四届会议，请其注意。这些步骤与理事会将人权纳入联合国系统工作主流的使命是一致的。

64. 理事会可以采取的其他步骤是，进一步落实以人权方法降低孕产妇死亡率和发病率的工作。作为初步步骤，这可能需要收集各国及其他行为体有关从人权视角解决孕产妇死亡和发病问题的良好做法。这种良好或有效做法汇编，对于由联合国有关机构共同主办的、更加详尽地审查解决孕产妇死亡和发病问题的人权方法操作问题的专家磋商来说，是一个重要和必要的贡献或基础。可以将这种大规模磋商的结果提交理事会审议。

65. 作为最后一步，虽然目前在联合国(和布雷顿森林机构)系统内，就孕产妇死亡率和发病率问题已有很多机构间对话和协作，但是由于联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)与人口基金、儿基会、世卫组织和世界银行等机构一起参与到这种对话和协作中来，有关该主题人权方面的工作才有了加强的空间。这种参与将使人权高专办能够为协作助一臂之力，提供人权方面的专门知识，同时也使其能够通过与其在孕产妇死亡率和发病率方面具有广泛专业技术知识的机构互动，提高自身这方面的能力。
