



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
8 July 2011
Russian
Original: English

Совет по правам человека

Восемнадцатая сессия

Пункты 2 и 3 повестки дня

Ежегодный доклад Верховного комиссара

Организации Объединенных Наций

по правам человека и доклады Управления

Верховного комиссара и Генерального секретаря

Поощрение и защита всех прав человека, гражданских,
политических, экономических, социальных
и культурных прав, включая право на развитие

Практика использования правозащитного подхода к ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и права человека

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

Резюме

Настоящее исследование, представляемое в соответствии с резолюцией 15/17 Совета по правам человека, содержит аналитическую подборку положительной и эффективной практики использования правозащитного подхода к ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. В нем определены основные особенности такой практики, анализируется применение правозащитного подхода, а также демонстрируются некоторые примеры положительной практики, которая эффективно осуществлялась в целях снижения материнской смертности и заболеваемости.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1	3
II. Правозащитный подход к материнской смертности и заболеваемости ..	2–4	3
III. Общие особенности положительной и эффективной практики по сокращению предотвратимой материнской смертности с использованием правозащитного подхода	5–34	5
A. Повышение статуса женщин путем устранения барьеров на пути эффективного правозащитного подхода к ликвидации материнской смертности и заболеваемости	6–16	5
B. Права на сексуальное и репродуктивное здоровье	17–20	8
C. Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения доступа к квалифицированному медицинскому обслуживанию и его использованию	21–24	9
D. Решение проблемы небезопасных аборт	25–30	10
E. Усовершенствованный мониторинг и оценка	31–34	12
IV. Примеры	35–74	13
A. Африка	36–50	14
B. Азия	51–58	17
C. Восточная Европа	59–62	19
D. Латинская Америка	63–74	20
V. Выводы	75	23

I. Введение

1. В своей резолюции 15/17 Совет по правам человека просил Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) подготовить аналитическую подборку положительной или эффективной практики применения правозащитного подхода к ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, которая должна содержать: а) определение того, каким образом такие инициативы отражают правозащитный подход; б) элементы этих инициатив, которые оказались успешными в деле сокращения материнской смертности и заболеваемости в результате применения правозащитного подхода; и с) способы, с помощью которых подобные инициативы могли бы более эффективно содействовать применению правозащитного подхода. Для целей настоящего доклада в январе 2011 года государствам, учреждениям Организации Объединенных Наций и Всемирному банку, национальным правозащитным учреждениям, всем специальным процедурам Организации Объединенных Наций, Комитету по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и организациям гражданского общества была направлена вербальная нота. Письменные материалы¹ были получены от 54 государств², трех учреждений Организации Объединенных Наций (Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)), пяти национальных правозащитных учреждений³, Специального докладчика по вопросу о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях и от 14 организаций гражданского общества⁴.

II. Правозащитный подход к материнской смертности и заболеваемости

2. В своей резолюции 11/8 Совет по правам человека призвал государства интегрировать аспект прав человека в их инициативы по сокращению материнской смертности и заболеваемости. К числу других инструментов, требующих применения такого подхода к решению проблем материнской смертности и за-

¹ Все полученные документы имеются на сайте УВКПЧ по адресу: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/>.

² Австралия, Алжир, Аргентина, Бахрейн, Белоруссия, Бельгия, Болгария, Бразилия, Буркина-Фасо, Венгрия, Гватемала, Германия, Доминиканская Республика, Египет, Индонезия, Исламская Республика Иран, Испания, Казахстан, Канада, Катар, Кипр, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Кыргызстан, Латвия, Литва, Мадагаскар, Мексика, Мьянма, Никарагуа, Новая Зеландия, Норвегия, Оман, Пакистан, Перу, Португалия, Российская Федерация, Саудовская Аравия, Сенегал, Сербия, Сирийская Арабская Республика, Словакия, Словения, Тимор-Лешти, Того, Украина, Филиппины, Финляндия, Чили, Швейцария, Швеция, Эль-Сальвадор, Эстония и Эфиопия.

³ Омбудсмен Азербайджана, Национальная комиссия по правам человека Никарагуа, Национальная комиссия по правам человека Нигерии, Комиссия по правам человека Новой Зеландии и Южноафриканская комиссия по правам человека.

⁴ "Экшн эйд" и "Мари Стоупс" Сьерра-Леоне, БРАК Бангладеш, Центр по экономическим и социальным правам, Центр по репродуктивным правам, "Дети мира", Ассоциация планирования семьи в Бангладеш, Международный альянс женщин, Международная федерация по планированию семьи, ИПАС Бразилия, ИПАС США, Комитет медицинского сотрудничества, Национальная ассоциация женских организаций в Уганде и "Пасфайндер Интернэшнл".

болеваемости за последний год, относятся резолюция 24/5 Комиссии по положению женщин о ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и расширении прав женщин; доклад Генерального секретаря "Выполнение обещания: перспективный обзор для содействия разработке согласованной программы действий по достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, к 2015 году" (A/64/665) и Глобальная стратегия здравоохранения женщин и детей.

3. Основополагающая правозащитная рамочная основа, применимая в отношении предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, была четко сформулирована договорными органами, другими международными экспертами и региональными органами и изложена в докладе УВКПЧ о предотвратимой материнской смертности и заболеваемости и правах человека (A/HRC/14/39). Обязательства государств подкрепляются семью конкретными правозащитными принципами: равенство и недискриминация, участие, расширение прав и возможностей, транспарентность, устойчивость, международное сотрудничество и подотчетность. Осуществление этих принципов лежит в основе правозащитного подхода к ликвидации материнской смертности и заболеваемости и достижению цели 5 целей развития Декларации тысячелетия, касающейся материнского здоровья.

4. Международные договоры в области прав человека и их толкование органами по правам человека дают ясно понять, что многие обязательства, которые государства должны взять на себя для предупреждения материнской смертности и заболеваемости, не подлежат прогрессивному осуществлению, а вступают в силу незамедлительно⁵. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах также налагает некоторые основные обязательства; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в своем замечании общего порядка № 14 подчеркнул, что ни при каких обстоятельствах государство-участник не может оправдывать невыполнение основных обязательств, которые не допускают отступления. В том же замечании Комитет заявил, что предоставление услуг в области здоровья матерей является основным обязательством: государства несут безотлагательное обязательство принимать преднамеренные конкретные и направленные меры по осуществлению прав на здоровье в связи с беременностью и рождением ребенка. В своей общей рекомендации Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин подчеркнул, что государства обязаны обеспечивать услуги по охране материнского здоровья и равенство доступа к медицинскому обслуживанию, поскольку непредоставление услуг, в которых нуждаются только женщины, является формой дискриминации. Кроме того, право на жизнь и другие гражданские и политические права, а также право на недискриминацию не подлежат прогрессивному осуществлению⁶.

⁵ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24 (статья 12), пункт 11.

⁶ См. Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 6 (статья 6) о праве на жизнь, пункт 5; и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 20 (статья 2, пункт 2), пункт 7.

III. Общие особенности положительной и эффективной практики по сокращению предотвратимой материнской смертности с использованием правозащитного подхода

5. Нынешние темпы глобального снижения уровня смертности недостаточны для достижения цели развития Декларации тысячелетия, касающейся сокращения материнской смертности на три четверти в период 1990–2015 годов⁷. Положительная и эффективная практика в области ликвидации смертности и заболеваемости с использованием правозащитного подхода может оказаться сложной и иметь свои особенности в каждой отдельной ситуации, однако анализ всех ответов на вербальную ноту, направленную УВКПЧ, показывает, что все они имеют пять общих черт:

- а) широкомасштабные социальные и законодательные изменения для повышения статуса женщин путем поощрения гендерного равенства и ликвидации пагубной практики;
- б) расширение доступа к методам контрацепции и планирования семьи, с тем чтобы предоставить женщинам и девочкам-подросткам возможность принимать решения в отношении их половой жизни и фертильности, включая отсрочку и ограничение деторождения и предотвращение инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ и СПИД, при обеспечении доступа к половому воспитанию и образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья;
- в) укрепление систем здравоохранения и первичной медицинской помощи для улучшения доступа к квалифицированным акушеркам и экстренной акушерской помощи при осложнениях и использования этих услуг;
- г) недопущение небезопасного прерывания беременности;
- д) совершенствование мониторинга и оценки государственных обязательств по обеспечению подотчетности всех субъектов и осуществлению политики.

A. Повышение статуса женщин путем устранения барьеров на пути эффективного правозащитного подхода к ликвидации материнской смертности и заболеваемости

6. Материнская смертность и заболеваемость являются следствием гендерного неравенства, дискриминации, неравенства в сфере здравоохранения и неспособности обеспечить права женщин. Медленный прогресс в отношении достижения цели 5 целей развития Декларации тысячелетия свидетельствует о том, что жизнь женщин и девочек ценится невысоко, а их мнение в установлении государственных приоритетов практически не учитывается. Неравенство и дискриминация, от которых женщины страдают на протяжении всей своей жизни, увековечиваются формальными законами, политикой и пагубными социальными нормами и практикой. Женщины, особенно молодые женщины, живущие в условиях нищеты и/или относящиеся к социально маргинализированным группам, часто не имеют доступа к медицинским услугам из-за наносящих ущерб, стигматизирующих или дискриминационных законов и практики. Поэтому мно-

⁷ A/64/665, пункт 30.

гие женщины и девочки-подростки не могут получить весь спектр услуг и информации в области сексуального и репродуктивного здоровья, на которые они имеют право⁸.

7. Малоимущие и менее образованные, а также живущие в сельской местности женщины и девочки имеют гораздо меньше шансов на получение доступа к медицинским услугам или квалифицированной помощи при родах из-за физической недоступности или запретительных цен на услуги родовспомогательных учреждений, ограниченных возможностей прерывания беременности, существования патриархальной модели принятия решений в семье и низкого качества и/или не учитывающего интересы жизни медицинского обслуживания, включая негативное отношение медицинских работников к беременным женщинам, живущим с ВИЧ.

8. Еще большему риску подвергаются женщины, сталкивающиеся с множественной дискриминацией, например по признаку возраста, семейного положения, инвалидности, наличия СПИДа, более низкой касты или социально-экономического положения, женщины, живущие в сельской местности или трущобах, а также коренные женщины, женщины из числа меньшинств, мигрантов, перемещенного населения или беженцев. Правозащитный подход требует принятия мер по выявлению и ликвидации причин конкретных случаев, когда женщины в большей степени, чем другие группы населения, лишены доступа к адекватному и своевременному медицинскому вмешательству и услугам.

9. Всеобъемлющий правозащитный подход к материнской смертности и заболеваемости должен обеспечивать женщинам равенство в принятии решений путем осуществления комплекса мероприятий, включая законодательные, политические и оперативные меры. Политические обязательства, меры по расширению прав и возможностей и поощрение кросс-секторальных связей необходимы для сокращения масштабов нищеты, улучшения образования женщин и их питания, улучшения качества воды и санитарии, инфраструктуры и транспорта, предоставления женщинам соответствующих прав и возможностей и ликвидации гендерного насилия и вредной практики.

1. Ранние браки

10. Ранние браки подвергают молодых девушек повышенной опасности материнской смертности и заболеваемости. Согласно ВОЗ, хотя не все деторождения происходят в браке, брачный возраст тесно связан с первыми родами вследствие культурных норм и представлений, а также обусловлен тем, что методы контрацепции, как правило, реже применяются для отсрочки первых родов, чем последующих⁹.

11. Осложнения при беременности являются главной причиной смерти молодых женщин, при этом вероятность смерти молодых девушек при родах в два раза превышает аналогичный показатель среди женщин в возрасте от 20 до 30 лет¹⁰. Средний возраст пациентов, у которых образуются акушерские фисту-

⁸ UNICEF, UNFPA, WHO, *Addressing the human rights dimension of preventing maternal mortality and morbidity: a joint report to the Human Rights Council*, UNICEF submission, p. 1.

⁹ World Health Day, Safe Motherhood 1998. Delay childbearing, available from www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98_04.html.

¹⁰ World Bank, "Maternal mortality at a glance: why address maternal mortality?", May 2006. Имеется по адресу: <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMatMort06.pdf>.

лы, составляет менее 25 лет, при этом среди них велико число девочек 13–14 лет¹¹.

12. Брак, как правило, влечет за собой стремление создать семью. Право женщины принимать решение о том, выходить ли ей замуж, когда и за кого, является фундаментальным правом человека, гарантируемым целым рядом международных договоров о правах человека. Согласно Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин, минимальный возраст вступления в брак должен составлять 18 лет идея поддержанная другими договорными органами¹². Хотя большинство стран утверждает, что эта норма закреплена в их национальном законодательстве, в реальности обычаи и традиции диктуют свои условия, а законы о минимальном возрасте для вступления в брак не исполняются.

13. Учитывая взаимосвязь между ранней беременностью и рисками для здоровья, правозащитный подход предусматривает поощрение среднего школьного образования, предупреждение ранних браков путем исполнения законодательства об установленном минимальном 18-летнем возрасте для вступления в брак, а также отсрочку первых родов за счет более позднего начала вступления в сексуальные отношения и применения эффективных методов контрацепции.

2. Недостаточное питание

14. Недостаточное питание может значительно повысить риск предотвратимой материнской смертности и заболеваемости¹³. Во многих странах женщины и девочки нередко страдают от отсутствия продовольствия, а питание в семьях зачастую организовано таким образом, что женщины и девочки получают пищу последними. Недостаточное питание мешает правильному развитию таза, что приводит к осложнениям при родах, являясь причиной материнской смертности и образования акушерской фистулы. Правозащитный подход требует от государств искоренения любой традиционной практики, запрещающей женщинам принимать пищу до того, как мужчины полностью накормлены¹⁴, а также требует от государств соблюдения, защиты и поощрения права женщин и девочек на благополучие в плане питания¹⁵.

3. Насилие в отношении женщин

15. Насилие в отношении женщин и девочек является серьезным препятствием на пути к достижению положительных результатов в области материнского здоровья. Насилие во время беременности связано с повышенным риском выкидыша, мертворождения, прерывания беременности или рождения ребенка с

¹¹ Medical Collaboration Committee submission.

¹² Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 21, пункт 36; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 16; Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 28, пункт 23; и Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 4, пункт 9.

¹³ A/HRC/14/39, пункт 18.

¹⁴ См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 28; и Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 6.

¹⁵ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация, общая рекомендация № 24, пункт 7.

низкой массой тела¹⁶. Правозащитный подход требует от государств искоренить подобное насилие и организовать подготовку специалистов с целью распознавания его признаков с использованием соответствующих подходов к лечению и консультированию и привлечением общин.

4. Калечение женских половых органов

16. Калечение женских половых органов и женское обрезание являются формой насилия в отношении женщин и нарушением прав женщин и девочек. Среди девочек и женщин, которым была сделана такая операция, более велика вероятность инфекционных заболеваний, психологических и психосексуальных травм, бесплодия и осложнений при родах¹⁷, что повышает необходимость экстренной акушерской помощи. Правозащитный подход требует искоренения этой вредной практики, что также широко поддерживается международными и региональными договорами и консенсусными документами по правам человека¹⁸.

В. Права на сексуальное и репродуктивное здоровье

17. Международная конференция по народонаселению и развитию признала репродуктивные права в качестве основных прав человека и пришла к выводу о том, что информация о контрацептивных методах и услугах имеет важнейшее значение для обеспечения репродуктивного здоровья и прав¹⁹. В основе этих прав лежит право на жизнь, право на наивысший достижимый уровень здоровья²⁰, право решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями²¹, право на частную жизнь²², право на информацию²³ и право на равенство и недискриминацию²⁴. Гарантирование доступа к имеющейся приемлемой и высококачественной информации о контрацептивных методах и услугах, свободных от принуждения, дискриминации и насилия является жизненно важным для

¹⁶ World Health Organization (WHO), "Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals"; см. www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/index6.html.

¹⁷ WHO, Estimating the obstetric cost of female genital mutilation in six African countries, WHO, Bulletin 88: 281-288, cited in UNICEF submission, p. 1.

¹⁸ WHO, "Eliminating female genital mutilation: an interagency statement", 2008, p. 8. Имеется по адресу: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf.

¹⁹ A/CONF.171/13/Rev.1.

²⁰ Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 6, пункт 5.

²¹ См. Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 16 (1) е); Конвенцию о правах инвалидов, статья 23 (1) b); и Протокол к Африканской хартии прав человека и народов о правах женщин в Африке (Протокол Мапуту), статья 14, пункт 1.

²² См. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 21, пункт 22; Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 28, пункт 20; и A/CONF.177/20, пункт 96.

²³ Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 4, пункт 28; A/65/162, пункты 19 и 24–37; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, сноска 27.

²⁴ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24; Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 28; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 16; *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят третья сессия, Дополнение № 38 (A/53/38/Rev.1), пункты 228–29; там же, пятьдесят вторая сессия (A/52/38/Rev.1), пункт 140.*

достижения гендерного равенства и обеспечения того, чтобы женщины могли действовать как полноправные члены общества.

18. Для достижения гендерного равенства и недискриминации государства обязаны обеспечить, чтобы их законы, политика и практика реально удовлетворяли конкретным потребностям женщин, включая обязательство обеспечивать доступ женщин к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и услугах²⁵.

19. Правительства обязаны принимать позитивные меры по обеспечению доступа ко всему спектру контрацептивных методов путем устранения юридических, финансовых, информационных и иных барьеров²⁶. Ограничения доступа к некоторым методам контрацепции и меры по принудительному планированию семьи уменьшают возможности женщин принимать осознанные самостоятельные решения, а также решать вопрос о числе детей, промежутках между их рождениями и сроках их появления на свет.

20. Многочисленные препятствия мешают молодым людям как состоящим, так и не состоящим в браке получать доступ к средствам контрацепции и соответствующим услугам, включая предотвращение ВИЧ, отрицание того факта, что молодые люди могут вести сексуально активную жизнь, требование получения согласия со стороны родителей или супруга (супруги), стоимость и место предоставления услуг, а также отсутствие тайны частной жизни и конфиденциальности. Комитет по правам ребёнка в своем замечании общего порядка № 4 заявил, что осуществление права на охрану здоровья подростков зависит от развития ориентированной на молодежь системы здравоохранения, которая обеспечивает конфиденциальность и тайну частной жизни и предусматривает предоставление соответствующих услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья.

С. Укрепление систем здравоохранения в целях улучшения доступа к квалифицированному медицинскому обслуживанию и его использованию

21. Хотя материнской смертности и инвалидности способствуют многие факторы, одним из наиболее эффективных средств их предупреждения является совершенствование систем здравоохранения и первичной медицинской помощи для обеспечения наличия квалифицированных услуг на всех уровнях, а также круглосуточного доступа к срочной акушерской помощи. Многие случаи материнской смертности и инвалидности можно было бы предупредить, если бы женщинам была оказана помощь врачом-профессионалом, имеющим необходимую квалификацию, оборудование и лекарственные средства для предупреждения осложнений и их устранения.

22. Мероприятия комплексного характера традиционно игнорировалось в пользу увеличения числа квалифицированных акушеров, в то время как право-

²⁵ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24, пункт 27; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 14.

²⁶ См. *Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят четвертая сессия, Дополнение № 38, (A/54/38/Rev.1), пункты 186 и 207; там же, пятьдесят седьмая сессия (A/57/38), пункт 400; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24, пункт 17; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, общая рекомендация № 14, пункт 27.*

защитный подход к сокращению материнской смертности и заболеваемости признает, что само по себе наличие услуг является недостаточным; они должны быть физически доступны и приемлемы по стоимости для всех, быть высококачественными и должны предоставляться таким образом, чтобы быть культурно приемлемыми и отвечающими потребностям женщин. Устранение подобных препятствий вызывает необходимость в правозащитном подходе, поскольку он требует создания обстановки, способствующей расширению возможностей женщин востребовать эти права. Семьи и общины должны уметь определять, когда возникают такие трудности, и иметь возможность принимать надлежащие меры.

23. Функционирование системы здравоохранения требует адекватных ресурсов, оборудования и инфраструктуры, а также действенной и эффективной системы коммуникации, информации и транспорта. Укрепление этих систем, сколь дорогостоящим оно бы ни было, принесет пользу всем гражданам, а не только женщинам, демонстрируя таким образом взаимосвязь между развитием, правами человека и общественным здравоохранением.

24. Согласно Специальному докладчику по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, право на здоровье обуславливает ответственность развитых государств за обеспечение международной помощи и содействия в целях оказания развивающимся государствам помощи в реализации права на здоровье. Развитым государствам надлежит поддерживать усилия развивающихся государств по сокращению материнской смертности. Эта ответственность нашла отражение в Цели 8 целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которая предусматривает обязательство развивать глобальные партнерские связи в интересах развития²⁷, а также получила дальнейшее развитие в Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей. Таким образом, подотчетность начинается с обязательств государств, однако мировое сообщество также несет ответственность за обеспечение международного сотрудничества и помощи в деле укрепления систем здравоохранения.

D. Решение проблемы небезопасных аборт

25. В своей Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей Генеральный секретарь отметил, что небезопасные аборты являются причиной каждого восьмого случая материнской смертности. В своем заявлении, сделанном 14 июня 2010 года, Верховный комиссар объявила, что государства должны решить проблему небезопасных аборт. Небезопасный аборт является одной из основных пяти причин материнской смертности²⁸. Каждый год от него погибают 47 000 женщин, а от 5 до 8,5 млн. женщин временно или постоянно утрачивают трудоспособность или получают травмы в результате осложнений²⁹.

26. Руководствуясь существующими нормами международного права, несколько органов по правам человека призвали правительства пересмотреть и внести изменения в законы, ограничивающие аборты³⁰. В своей общей реко-

²⁷ A/61/338, пункт 19.

²⁸ WHO, "Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008", sixth ed., pp. 1 and 5. Available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.

²⁹ Ibid., p. 14.

³⁰ См. E/C.12/1/Add.66, E/C.12/PRY/CO/3 и CRC/C/15/Add.107.

мендации 24 о женщинах и здоровье Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин подчеркнул, что к числу препятствий на пути доступа женщин к надлежащему медицинскому обслуживанию относятся и законы, криминализирующие медицинские процедуры, необходимые только женщинам, и предусматривающие наказание женщин, которые применяют такие процедуры, и рекомендовал изменить законодательство, криминализирующее аборт, с тем чтобы исключить из него положения о наказании женщин, сделавших аборт. Аналогичным образом, другие договорные органы по правам человека объявили законы, ограничивающие аборт, и неспособность обеспечить доступность аборт в тех случаях, когда они являются законными, несовместимыми с международным правом прав человека и равносильными нарушением, в частности, прав на жизнь и здоровье и принципа недискриминации вследствие отказа в доступе к безопасным и легальным абортам и послеабортному уходу, что приводит к дискриминационному и непропорциональному влиянию законов, ограничивающих аборт, на неимущих женщин в сельских районах³¹. Отказ в безопасных абортах или пенализация аборт также может быть отнесен в некоторых обстоятельствах к нарушению права на свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения³².

27. Согласно ВОЗ, степень законного доступа к абарту обуславливает как частотность, так и соответствующую смертность от небезопасных аборт; при этом имеющиеся данные свидетельствуют о том, что женщины, которые желают сделать аборт, сделают его, невзирая на законодательные ограничения. Там, где безопасные аборт являются более доступными, отмечается меньшее число случаев смерти и травм.

28. Согласно Специальному докладчику по вопросу о насилии в отношении женщин, его причинах и последствиях, полный запрет аборт является примером того, как действия государства могут приводить к насилию в отношении женщин и оказывать непосредственное влияние на материнскую смертность и заболеваемость, а также на случаи самоубийств среди подростков. Женщины и девочки, которым запрещают прерывать нежелательную беременность, как правило, сталкиваются с повторной виктимизацией со стороны семьи и общества. В случае беременности, наступившей в результате изнасилования или инцеста, женщины и девочки нередко прибегают к небезопасным и подпольным абортам, зачастую имеющим фатальные последствия. В некоторых случаях женщины, у которых произошел выкидыш или у которых были трудные роды, кончившиеся гибелью ребенка, автоматически обвиняются в убийстве и подвергаются наказанию в соответствии с уголовным законодательством³³.

29. В случае, когда аборт делается квалифицированными специалистами в безопасных условиях, он мало опасен для жизни и здоровья женщины. Обязательства государства включают в себя создание условий, при которых девочки-подростков и женщин не принуждают прибегать к небезопасному абарту³⁴.

³¹ См. CCPR/CO/70/ARG.

³² См. CCPR/C/79/Add.72, пункт 15; CCPR/CO/70/PER, пункт 20; и CCPR/CO/82/MAR, пункт 29. См. также CCPR/CO/79/LKA, пункт 12 и CAT/C/CR/32/5, пункт 6 j).

³³ A/HRC/17/26/Add.2, пункты 65–68.

³⁴ Включая обеспечение планирования семьи, до- и послеродового ухода, квалифицированное принятие родов и срочную акушерскую помощь. См. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14, пункт 14; Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24, пункт 27; и Протокол Мапуто, статья 14, пункт 2. См. также A/HRC/14/39, пункт 25.

Обеспечение контрацепции, доступа к безопасным абортam и послеабортному уходу сократит потребность женщин в небезопасных абортax. В частности, доступ к контрацептивным товарам и услугам и всеобъемлющая достоверная информация о них имеют огромное значение для предупреждения нежелательной беременности, но при этом не устраняет необходимости предоставления услуг в области безопасных абортов. По оценкам, ежегодно 33 млн. нежелательных беременностей связаны с неэффективностью методов контрацепции. Женщины, столкнувшиеся с подобным случаем, нуждаются в соответствующей помощи. Согласно ВОЗ, число небезопасных абортов, как представляется, будет увеличиваться до тех пор, пока женщинам не будет обеспечен более эффективный доступ к безопасным абортam и средствам контрацепции³⁵. Даже в тех случаях, когда аборт является законным, необходимы послеабортные услуги, построенные на принципах гуманности, включая помощь в деле использования методов контрацепции, с тем чтобы избежать нежелательной беременности.

30. Правозащитный подход предполагает, что государства должны предпринимать шаги по ликвидации таких барьеров, которые препятствуют предоставлению услуг в области совершения абортов и заставляют женщин делать небезопасные аборты, включая устранение неприемлемых задержек в деле оказания медицинской помощи; отмену законов, обязывающих медицинский персонал докладывать о женщинах, сделавших аборт, а также требований о необходимости получения женщиной согласия третьих лиц на совершение аборта, даже в том случае, когда ее жизни угрожает опасность. Они должны организовать предоставление медицинских услуг таким образом, чтобы осознанный отказ со стороны работников здравоохранения не мешал женщине получать доступ к медицинскому обслуживанию.

Е. Усовершенствованный мониторинг и оценка

31. Подотчетность лежит в основе осуществления всех прав человека и включает два главных компонента: а) учет ошибок прошлого; и б) устранение систематической неспособности предотвращать будущие нарушения. Подотчетность позволяет определить, какие методы работают (и могут быть использованы в дальнейшем), а какие – нет (и поэтому требуют корректировки)³⁶. Отсутствие правозащитных механизмов подотчетности в отношении материнской смертности и инвалидности, вызванных неэффективностью системы здравоохранения, социально-экономическим неравенством и дискриминационной социальной практикой, является основным препятствием на пути сокращения материнской смертности и заболеваемости.

32. В тех случаях, когда государства осуществляют национальную стратегию и план действий в области здравоохранения, им также следует разрабатывать надлежащие показатели для мониторинга достигнутого прогресса и выявления сфер, требующих корректировки политики³⁷. Мониторинг позволяет государствам осознавать проблемы и недостатки, с которыми они сталкиваются при осуществлении прав, позволяя им заложить основу для разработки более приемлемой политики³⁸. Государствам следует создавать доступные, эффективные, независимые и транспарентные механизмы подотчетности на национальном

³⁵ WHO, "Unsafe abortion" (see footnote 28), p. 1.

³⁶ A/HRC/4/28, para. 46.

³⁷ Ibid., para. 28 e).

³⁸ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № I, пункт 8.

уровне, действующие в государственном и частном секторе, постоянно совершенствуя существующие программы и политику для обеспечения компенсации и возмещения вреда в случаях проявления насилия, связанного с беременностью.

33. Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье настоятельно рекомендовал всем государствам в первоочередном порядке ввести в действие всеобъемлющую эффективную систему регистрации и систему проверок случаев материнской смертности в целях выявления их причин. Такая система должна представлять собой внесудебный анализ, учитывающий не только медицинские причины, в целях выявления социальных, экономических и культурных причин, приведших к смерти или способствовавших ее наступлению³⁹.

34. Подотчетность является краеугольным камнем Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей, которая призывает все заинтересованные стороны поддержать совершенствование мониторинга и оценки для обеспечения подотчетности всех субъектов в связи с полученными результатами. Комиссия, созданная в целях проведения обзора Стратегии, предлагает сформировать рамочную основу "деятельности по мониторингу и обзору" в целях обеспечения подотчетности⁴⁰. Для выполнения своих правозащитных обязательств, взятых на Пленарном заседании высокого уровня по Целям развития Декларации тысячелетия⁴¹, государства-участники обязаны обеспечить, чтобы их национальные механизмы подотчетности соответствовали их договорным обязательствам по правам человека. Правозащитные механизмы, такие как универсальный периодический обзор, договорные органы и региональные механизмы имеют огромное значение для всеобъемлющей системы подотчетности.

IV. Примеры

35. Наиболее показательные примеры включают сочетание неустанных усилий по устранению основных причин материнской смертности и заболеваемости при одновременном усилении взятых государствами-участниками обязательств по расширению доступа к качественному медицинскому обслуживанию и содействию поощрению прав и возможностей женщин. Приведенные ниже примеры наглядно демонстрируют успехи в деле сокращения материнской смертности и заболеваемости вследствие осуществления в разной степени и форме определенных принципов правозащитного подхода: равенства и недискриминации, участия, транспарентности, расширения прав и возможностей, устойчивости, подотчетности и международного сотрудничества. Эти примеры не имеют целью дать обзор общей ситуации в области прав человека в каждом государстве, особенно в том, что касается женщин или девочек, или представить исчерпывающую правозащитную оценку программ сокращения материнской смертности, а также не стремятся установить, насколько все эти аспекты согласуются с правозащитным подходом. Как указано выше, международными правозащитными учреждениями разработаны соответствующие стандарты, и все государства могут активизировать свои усилия по осуществлению этих норм и стандартов и принять комплексный правозащитный подход к предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. Приведенные ниже примеры, де-

³⁹ A/HRC/7/11/Add.4, para. 16.

⁴⁰ Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, *Keeping Promises, Measuring Results: Final Report*, 2011.

⁴¹ См. резолюцию 65/1 Генеральной Ассамблеи.

монстрируют некоторые принципы такого подхода, не являясь в то же время примерами целостного и всестороннего подхода к материнской смертности и заболеваемости. Немногочисленность примеров реализации правозащитных принципов устойчивости и транспарентности является свидетельством того, как много предстоит еще сделать. Несмотря на целый ряд ярких примеров работы соответствующих механизмов, они в то же время демонстрируют необходимость с помощью согласованных и систематических усилий дальнейшего инкорпорирования других правозащитных принципов в применяемые стратегии для того, чтобы они соответствовали правозащитному подходу.

А. Африка

1. Усилия по недопущению калечения женских половых органов и женских обрезаний

36. В африканском регионе ЮНИСЕФ и ЮНФПА сотрудничают с правительствами и партнерами в деле недопущения калечения женских половых органов и женского обрезания, используя подход, который ориентирован не на поведение отдельных лиц, а направлен на общие обсуждения и рассмотрение данного вопроса и принципов прав человека; так, например, в рамках кампании "Салима" в Судане принимаются меры по привлечению и мобилизации общин, религиозных лидеров и семей с помощью средств массовой информации для максимально широкого распространения соответствующих идей. Такой правозащитный подход позволил резко сократить число операций, калечащих женские половые органы, и женских обрезаний в целом ряде стран, включая Буркина-Фасо, Джибути, Египет, Эритрею, Гамбию, Гвинею, Гвинею-Биссау, Кению, Сенегал и Уганду.

37. Данный подход признает, что решение матерей подвергнуть своих дочерей обрезанию не преследует цели нанесения им вреда, а вызвано стремлением выдать их замуж и спасти честь семьи. В рамках этого подхода также признается, что сохранение подобной практики обусловлено существованием социальной нормы, при которой люди ведут себя так, как это принято в обществе, и идея данного подхода заключается в том, чтобы убедить общины самим отказаться от такой практики. При этом затрагиваются и другие основополагающие вопросы, включая гендерное неравенство, которые позволяют оказать позитивное воздействие на положение женщин. Подобные инициативы дают возможность полнее реализовать правозащитный подход в результате понимания и оценки социальной динамики, лежащей в основе вредных видов практики, а также вследствие предоставления людям возможности отказаться от них вместо того, чтобы переносить негативное отношение на лиц и общины, поощряющие такую практику.

2. Программы по привлечению мужчин в качестве партнеров в здоровых сексуальных отношениях

38. Международная федерация планирования семьи осуществляет программы по привлечению молодых мужчин к деятельности по поощрению гендерного равенства, полагая, что мужчины могут играть важную роль в обеспечении более здоровых сексуальных отношений и помогать партнерше легче пережить беременность и родить здорового ребенка. Такие программы оказывают серьезное влияние на уровень материнского здоровья: молодые женщины, имеющие возможность обсуждать использование презервативов со своим партнером, могут более эффективно защитить себя от нежелательной беременности, заболе-

ваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции. Мужчины, участвующие в решении этих вопросов, зачастую оказывают более эффективную поддержку женщинам во время беременности и родов и менее склонны к насилию в отношении женщин в этот период.

3. Обзоры материнской смертности

39. Начиная с 2003 года ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ, а также другие партнеры по развитию оказывают поддержку министерствам здравоохранения стран Африки по официальному проведению обзоров материнской смертности на основе пяти методов: вербальная аутопсия, обзоры материнской смертности на уровне медицинских учреждений, обзор случаев тяжелых заболеваний (критические случаи), конфиденциальные расследования случаев материнской смертности и клинические аудиты на основе определенных критериев⁴².

40. В целом, разработка национальной политики и руководящих принципов проведения обзоров материнской смертности значительно улучшилась, особенно на Коморских Островах, в Лесото, Малави, Намибии, Руанде и Уганде. К 2010 году 65% африканских стран сообщили о проведении обзоров и анализа случаев материнской смертности⁴³.

41. Подобные инициативы по институционализации обзоров материнской смертности способны полнее обеспечить применение правозащитного подхода путем вовлечения общин в процесс планирования, разработки, осуществления, мониторинга и оценки, с тем чтобы дать им почувствовать свою причастность к этой идее; расширить охват этих инициатив начиная с экспериментальной стадии и заканчивая районным и общенациональным уровнем, обеспечивая распространение руководящих принципов и поддержку программ на уровне провинций и районов; а также сформировать активную группу пропагандистов на национальном уровне для вовлечения гражданского общества и наращивания потенциала. Отдельная статья в бюджете, касающаяся проведения обзоров в секторе здравоохранения, помогает обеспечить положение, при котором им будет уделяться равное с другими приоритетами внимание.

42. Египет принял программы планирования семьи и детского здоровья, усовершенствовал структуры в целях укрепления программ безопасного материнства, реализовал программы пероральной регидратации при одновременном развитии систем водоснабжения и канализации, а также обеспечил подготовку медицинского персонала параллельно с реализацией информационно-пропагандистских программ в общинах для достижения Целей 4 и 5 целей развития Декларации тысячелетия.

43. Национальная комиссия по правам человека Кении показывает, какую роль квазисудебные органы могут играть в деле обеспечения подотчетности правительства в области охраны материнского здоровья. Эта Комиссия инициировала публичное изучение деятельности системы репродуктивного здоровья, создав форум для обсуждения уровня предоставляемых услуг в области репродуктивного здоровья. Эта инициатива имела целью установление основных причин низкого качества и неадекватности услуг; выявления причин высокой материнской смертности и поиска практических решений; предоставления

⁴² ВОЗ, *Что скрывается за цифрами*, Женева, 2004 год.

⁴³ Материалы ЮНФПА.

жертвам возможности выразить свое мнение; повысить информированность населения; стимулировать публичные дебаты и сформулировать рекомендации⁴⁴.

44. Правительство Малави совместно со своими партнерами используют механизм финансирования на базе общесекторального подхода, при котором ежегодное планирование осуществляется с участием всех заинтересованных сторон, позволяя избежать дублирования и уменьшить зависимость от отдельных доноров, что позволило сократить материнскую смертность на 44% в период 1990–2008 годов.

45. Работающий в общинах вспомогательный медицинский персонал, наймом и подготовкой которого занимается министерство здравоохранения, ведет информационно-просветительскую деятельность в общинах, регистрирует случаи беременности, проводит аудиты материнского здоровья и вербальную аутопсию, а также занимается вопросами сексуального и репродуктивного здоровья молодежи. Меры на общинном уровне ориентированы на мониторинг материнской смертности и поощрение участия общин путем создания комиссий по проверке и поддержке местных органов самоуправления (в форме собраний лидеров и глав общин и организации театральных представлений).

46. Улучшение системы подотчетности имело особое значение для Руанды. В 2008 году правительство страны при поддержке ЮНФПА приняло стратегию, которая включает в себя проведение обзоров материнской смертности с использованием аудитов случаев материнской смерти на уровне медицинских учреждений, конфиденциальные расследования случаев материнской смертности и вербальную аутопсию. Группы в составе лидеров местных общин проводят расследования, результаты которых затем проверяются правительством. Основное внимание уделялось вопросам репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, и государственным министерствам было поручено составить планы действий, ориентированные на женщин, а в бюджетах учитывать гендерные аспекты. Система здравоохранения была укреплена за счет инновационных программ подготовки и привлечения новых медицинских работников и за счет международной помощи. Совместная поддержка со стороны ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВОЗ помогла увеличить мобилизацию местных ресурсов, усовершенствовать услуги в области планирования семьи на уровне общин, предоставить машины скорой помощи и на экспериментальной основе наладить систему быстрых текстовых сообщений, предусматривающую выделение общинным медицинским работникам одного из районов телефона для оперативного реагирования на вызовы⁴⁵.

47. В Сьерра-Леоне система бесплатного медицинского обслуживания, финансируемая главным образом Британским департаментом международного развития, имеет целью расширение доступа к медицинским услугам 230 000 беременных женщин путем отмены платы за обслуживание и постепенного улучшения качества предоставляемых услуг⁴⁶. Продовольственная поддержка беременных женщин осуществляется ВПП в ряде клиник, и в каждом районе министерство здравоохранения имеет диетологов для консультирования беременных женщин и кормящих матерей.

⁴⁴ Federation of Women Lawyers Kenya and Center for Reproductive Rights, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007) (Center for Reproductive Rights submission).

⁴⁵ Материалы ЮНФПА.

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

48. ЮНИСЕФ и Ливерпульская школа тропической медицины осуществляют инновационную программу повышения квалификации медицинского персонала с использованием манекенов для обучения всего за четыре дня (вместо обычных десяти). Данный подход идеален для стран, остро нуждающихся в решении проблемы дефицита квалифицированных медицинских кадров, когда врач не имеет большого практического опыта или когда в стране отсутствуют человеческие ресурсы для организации системы подготовки квалифицированного персонала.

49. Организации "Экшн эйд" и "Мари Стоупс" осуществляют программу на основе правозащитного подхода, которая ориентирована на сельских женщин и предусматривает повышение их информированности в области сексуальных и репродуктивных прав; подготовку традиционных акушеров в качестве общинных медицинских работников и организацию мобильных информационных центров; использование средств массовой информации для повышения информированности населения о бесплатной государственной системе здравоохранения; а также организацию женских форумов в местных общинах для активизации мониторинга доступа к медицинским услугам и случаев насилия в отношении женщин.

50. В отдаленных западных районах Объединённой Республики Танзания организация "Пасфайндер интернэшнл" и Комиссия по проблемам женщин из числа беженцев проводят совместную работу по сокращению материнской смертности, вызванной послеродовым кровотечением, среди перемещенного населения и беженцев. Они разработали инновационную модель для использования заинтересованными сторонами на национальном уровне, уровне медицинского учреждения и общины в целях ликвидации коренных причин смертности. Эта модель сочетает участие общин с клинической деятельностью и поддержкой со стороны правительства. "Пасфайндер интернэшнл" также играет ведущую роль в разработке новых технологий спасения жизни, таких как безвоздушный антишоковый костюм, позволяющий стабилизировать состояние женщины для транспортировки на большие расстояния, позволяя, таким образом, расширить доступность основных услуг для женщин в бедных сельских районах с неразвитой системой медицинских услуг.

В. Азия

51. В Бангладеш вопрос о положении женщин и проблема материнской смертности и заболеваемости рассматривались на уровне национальной политики в области прав человека и приобрели приоритетный характер в 1990 году⁴⁷; с этого времени роль супругов, семьи и общины получили признание в качестве важнейших элементов улучшения состояния материнского здоровья, и на этой основе были разработаны стратегии участия общин⁴⁸. Инициатива систем общинной активизации направлена на мобилизацию и расширение прав и возможностей путем просвещения женщин и их семей. Благодаря им был определен ряд способов сокращения задержек в предоставлении срочной акушерской помощи. Возросло число случаев родового консультирования, принятия родов квалифицированными медицинскими работниками, а также обращения за помощью при осложнениях.

⁴⁷ Материалы ЮНИСЕФ.

⁴⁸ Ibid.

52. В штате Тамилнад в южной части Индии был отмечен значительный прогресс в деле достижения Цели 5 целей развития Декларации тысячелетия в результате повышения грамотности, сокращения случаев ранних браков, ранней и частой беременности и повышения информированности населения о планировании семьи и правильном питании. Эти успехи также были обусловлены социальными реформами и политической приверженностью улучшению здоровья матери и ребенка и осуществлению политики в области здравоохранения, ориентированной на женщин⁴⁹.

53. Сокращение материнской смертности было достигнуто путем стратегии, включающей три компонента: а) предупреждение и ликвидацию случаев нежелательной беременности; б) доступную высококачественную родовую помощь и прием родов в медицинских учреждениях с оказанием обычных основных акушерских услуг и неотложной акушерской помощи на первичном уровне; и в) доступную высококачественную экстренную акушерскую помощь на ранней стадии обращения⁵⁰.

54. Вопрос качества услуг был решен с помощью инициатив по созданию более благоприятной обстановки, включая экскурсии по медицинскому учреждению; программы сопровождения родов с целью оказания женщинам поддержки во время схваток и родов; а также церемоний "Валаикаппус", проводимых в центрах первичной помощи в целях интеграции компонентов традиций и культуры в программу оказания услуг. Общинным лидерам и работникам сельсоветов было предложено собраться вместе для участия в планировании и осуществлении программ в области здравоохранения. Наконец, для повышения информированности о таких вопросах, как выкуп невесты, ранние браки, насилие в отношении женщин, материнская смертность и заболеваемость и гендерное неравенство в принятии решений, использовались представления в уличных театрах.

55. Обеспечение подотчетности является ещё одной важной стратегией в Индии. Адвокаты в национальных судах успешно используют закон о конституционных правах и правах человека, утверждая, что государство не исполняет своих правовых обязательств по предупреждению материнской смертности и заболеваемости⁵¹. Так, например, в решении 2010 года по делу *Лаксми Мандал против Дин Дайял Хари Нагер Хоспитал и Орс* Высокий суд Дели признал конституционным право на охрану материнского здоровья и назначил компенсацию за нарушения прав человека двух жертв – неимущих женщин, скончавшихся во время родов. Высокий суд признал факт невыполнения государством различных программ сокращения материнской и детской смертности и потребовал от него устранить недостатки и улучшить мониторинг программ государственного здравоохранения.

56. Дело *Снехелат "Саленты" Сингх против штата Уттар-Прадеш и Орс* – первое получившее публичную огласку дело, рассмотренное в высоком суде в связи с вопросом о заболеваемости в результате беременности. Салента Сингх стала инвалидом в результате травмы, полученной в государственной больнице

⁴⁹ WHO, *Safer Pregnancy in Tamil Nadu: from vision to reality*, New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2009; Office of the Registrar General, India. Special bulletin on maternal mortality in India 2004-06: sample registration system.

⁵⁰ Материалы ВОЗ.

⁵¹ Центр по репродуктивным правам, являющийся партнерской организацией Сети в области права прав человека, индийской неправительственной организации, и занимающийся разработкой стратегии судебной защиты случаев материнской смертности и заболеваемости в Индии.

в Уттар-Прадеш, где она была оставлена без помощи, когда у неё начались схватки. Вследствие плохой помощи у неё образовалась акушерская фистула. Ситуация усугубилась, когда ей поставили неправильный диагноз, в течение многих месяцев не предоставляли надлежащего лечения. В судебном иске утверждается, что травмы, связанные с беременностью, и заболевание в результате врачебной халатности нарушают право женщины на достойную жизнь и её право на здоровье – права, которые признаются как Конституцией страны, так и международными соглашениями о правах человека, ратифицированными Индией⁵². Это – два примера правовой помощи, предоставляемой в целях обеспечения подотчетности в связи с нарушениями прав человека в контексте материнской смертности и заболеваемости.

57. Несмотря на многочисленные усилия уровень материнской смертности в Лаосской Народно-Демократической Республике остается высоким⁵³, а детская и материнская смертность среди этнических меньшинств выше, чем в среднем по стране. В 2007 году ЮНФПА поддержал качественное научное исследование с использованием комплексного подхода к этнографической оценке и исследованию с участием представителей общин (ПЭОИ), методологии, которая хорошо подходит для сбора данных от неграмотных людей, проживающих в труднодоступных районах. В этом исследовании анализировалось состояние охраны репродуктивного здоровья среди уязвимых этнических общин и приводились подробные качественные данные о факторах риска, связанных с материнским здоровьем, и о препятствиях в сфере доступа к медицинским услугам. Таким образом, помимо прочих инициатив, представители общин несут ответственность за предоставление обратной информации поставщикам услуг и помогают в устранении языковых и культурных барьеров.

58. Вьетнамская ассоциация планирования семьи осуществляет информационно-просветительский проект в более чем 100 средних школах, предоставляя ориентированные на молодежь услуги всем заинтересованным учащимся. Услуги включают предоставление консультаций и информации о сексуальных отношениях, сексуальном и репродуктивном здоровье, методах контрацепции, тестирование на наличие заболеваний, передающихся половым путем, и направления к специалисту. Эта Ассоциация также занимается подготовкой молодых людей для ведения просветительской работы среди сверстников. Благодаря этой подготовке и распространению информации среди сверстников эти молодые люди обретают новые возможности и знания. Опытom данной Ассоциации воспользовались другие аналогичные организации в целях повышения качества предоставляемых молодежи услуг и просветительских инициатив.

С. Восточная Европа

59. В Армении просвещение в сфере сексуального и репродуктивного здоровья включено в учебную программу восьмого и девятого классов в рамках курса, посвященного здоровому образу жизни; начиная с 2010 года при поддержке ЮНФПА изучение вопросов сексуального и репродуктивного здоровья также включено в программу десятого и одиннадцатого классов. С 2005 года в стране не было отмечено ни одного случая материнской смерти вследствие небезопасного аборта.

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

⁵³ 405 на 100 000 живорождений в 2005 году (материалы ЮНФПА).

60. ЮНФПА оказал поддержку в организации работы мобильных бригад гинекологической и срочной акушерской помощи в труднодоступных и бедных районах⁵⁴, поскольку именно бедность и географическая удаленность являются препятствиями для доступа к медицинским услугам и многие женщины испытывают серьезные трудности, связанные со стоимостью и доступностью транспортных услуг.

61. В Республике Молдова программа "Что кроется за цифрами" ориентирована на изучение случаев критического состояния в медицинских учреждениях на стадии обращения и проведение конфиденциальных исследований случаев материнской смертности на национальном уровне. Эта работа совместно с продолжающимся аудитом материнской смертности помогла выявить причины материнской смертности и заболеваемости, включая такие социально-экономические факторы, как миграционный образ жизни и проживание в сельской местности.

62. В 2005 году стратегическая оценка политики и качества оказываемых услуг в области контрацепции и искусственного прерывания беременности выявила несогласованность между медицинскими учреждениями и поставщиками услуг. С 2009 года стоимость контрацептивов покрывается тем женщинам, которые не могут позволить себе такие расходы; также были разработаны национальные стандарты безопасных аборт. Препараты для производства медикаментозных абортов были включены в 2000 году в национальный список основных лекарственных средств.

D. Латинская Америка

63. Боливия (Многонациональное Государство) разработала руководящие принципы в области материнства и детства, а в июле 2008 года сформировала модель поощрения традиционной медицины коренных народов и обеспечения взаимодополнения и ее увязки с западной медициной. Цель заключается в оказании медицинских услуг с учетом интересов человека, семьи и общины путем принятия, уважения, оценки и выявления биомедицинских и традиционных медицинских знаний коренных сельских народов. Сотрудничество с местными участниками и взаимодействие с представителями общин является основным требованием данной модели⁵⁵.

64. В Бразилии специально для расследования случаев материнской смертности была создана комиссия по анализу законодательства, которая в своей работе опиралась на правозащитные принципы и нормы, решения международных конференций и положения договоров о правах человека⁵⁶. Она пришла к выводу о том, что недооценка женщин в обществе, нищета и отсутствие доступа женщин к образованию и правосудию являются ключевыми факторами, определяющими высокий уровень материнской смертности. Комиссия вынесла множество рекомендаций, в том числе в адрес Министерства здравоохранения, относительно создания комиссий по вопросам материнской смертности и необходимости уделения первоочередного внимания программам планирования семьи для предотвращения небезопасных абортов.

⁵⁴ Материалы ЮНФПА.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Материалы бразильской организации "ИПАС".

65. Вопрос об усилении правовой подотчетности возник в связи с рассмотрением дела *Алин Да Силва Пименталь против Бразилии* в Комитете по ликвидации дискриминации в отношении женщин⁵⁷. Заявители утверждали, что непредоставление Бразилией услуг по охране материнского здоровья нарушило целый ряд ее международных обязательств. Комитету было предложено рекомендовать Бразилии уделять первоочередное внимание сокращению материнской смертности, в том числе путем подготовки поставщиков услуг, разработки и укрепления руководящих принципов и усовершенствования сферы услуг в уязвимых общинах. Данное дело, которое пока еще находится в стадии рассмотрения, стало первым индивидуальным сообщением по вопросу о материнской смертности, направленным в договорный орган Организации Объединенных Наций, и частью стратегии по обеспечению доступа правообладателей к международным механизмам в случае неэффективности внутренних средств правовой защиты.

66. В Чили ЮНИСЕФ в партнерстве с местными заинтересованными сторонами подготовил руководство "Растем вместе" для оказания поддержки коренным женщинам мапуче во время беременности и родов, которые сталкиваются с неравенством и дискриминацией в деле получения медицинской помощи⁵⁸. В данном руководстве описываются обычаи мапуче, касающиеся материнского здоровья, и содержится необходимая информация о повседневной практике в отношении беременных женщин и их семей.

67. В 2008 и 2009 годах две неправительственные организации объединили свои усилия с правозащитниками для обеспечения подотчетности правительства, в частности за высокий уровень материнской смертности и его неспособность использовать свои ресурсы для постепенного осуществления прав на репродуктивное здоровье⁵⁹. Данная стратегия направлена на: а) формулирование правозащитных обязательств, которые должны лежать в основе усилий по предотвращению материнской смертности; б) демонстрацию того, чтобы принятые государством меры в области материнского здоровья и финансово-бюджетная политика не достигли своих целей; и с) стимулирование конкретных мер для приведения политики в области здравоохранения, бюджетной и налоговой политики в соответствие с правозащитными стандартами в контексте проводимых правительством реформ системы здравоохранения и процесса составления бюджета на 2010 год. Все это позволило составить убедительную картину невыполнения государством своих обязательств, и правительству были даны подробные рекомендации о необходимости увеличения расходов на обеспечение материнского здоровья на равноправной основе. Было также рекомендовано провести конкретные бюджетные и налоговые реформы и активизировать участие граждан в процессах принятия решений.

68. Данный проект заставил учреждения Гватемалы интегрировать правозащитный подход в политику и мониторинг. Благодаря ему удалось увязать финансово-бюджетную политику с предотвратимой материнской смертностью и заболеваемостью и привлечь внимание договорных органов Организации Объединенных Наций, включая Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Комитет по правам ребенка и Комитет по правам человека. Он стимулировал принятие обязательства увеличить социальные расходы на охра-

⁵⁷ Центр по репродуктивным правам и организация "Граждане за права человека".

⁵⁸ Материалы ЮНИСЕФ.

⁵⁹ Center for Economic and Social Rights and Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, *Rights or Privileges? Fiscal commitment to the rights to health, food and education in Guatemala*, 2009.

ну материнского здоровья и провести необходимые финансово-бюджетные реформы. Данный проект позволил запустить совместный механизм подотчетности государственных структур перед гражданским обществом для использования правозащитного подхода при мониторинге политики на национальном и местном уровнях. Доноры и специализированные учреждения Организации Объединенных Наций приветствовали рамочные основы мониторинга в контексте контроля за осуществлением Цели 5 целей развития Декларации тысячелетия.

69. В Гаити проект, реализуемый государством при поддержке Канадского агентства международного развития, Панамериканской организации здравоохранения и партнерства ЕС/АКТ/ВОЗ (трехстороннее соглашение, подписанное Европейским сообществом, странами Африки, Карибского бассейна и Тихого океана и ВОЗ, а также национальными министерствами восьми стран, включая Гаити, для поддержки Цели 5 целей развития Декларации тысячелетия), обеспечил финансирование 50 медицинских учреждений, предоставляющих медицинские услуги в период беременности, во время родов и в послеродовой период. Женщинам компенсируются транспортные расходы, а традиционным акушерам выплачиваются пособия. Эта система также используется для мониторинга практической работы. В рамках данного проекта предоставляется помощь в восстановлении медицинских учреждений, приобретении оборудования, подготовке персонала, закупке расходных материалов и основных лекарственных препаратов. В некоторых районах для оказания помощи женщинам были наняты и подготовлены члены общин. Эти представители общин также входят в состав комиссий по наблюдению за случаями материнской смертности, дают женщинам с потенциальными осложнениями направления к врачам и передают полученную информацию в больницы. Благодаря этим мерам было зафиксировано снижение уровня материнской смертности, шестикратное увеличение спроса на родовое обслуживание и 62-процентное увеличение числа родов в родовспомогательных учреждениях.

70. В 2007 году в городском федеральном округе Мехико была проведена реформа Уголовного кодекса с целью легализации аборта в первые три месяца беременности. Если раньше проживающие в этом округе подростки и взрослые женщины прибегали к услугам лиц, производящих незаконные и дорогостоящие аборты, то сегодня государственные больницы и клиники предоставляют женщинам, проживающим в данном округе, возможность сделать бесплатный и безопасный легальный аборт; женщины из других районов страны также могут получить такие услуги в соответствии со скользящей шкалой выплат⁶⁰.

71. В деле 2009 года *Община коренных жителей ксакмок касек против Парагвая* Межамериканский суд по правам человека пришел к выводу о нарушениях прав человека, когда отсутствие специальных мер по защите беременных женщин привело к смерти женщин из числа коренного населения. Суд упрекнул Парагвай в том, что им не были приняты меры по подготовке квалифицированных акушеров, обеспечению ухода в связи с беременностью и документированию случаев материнской смертности. Он потребовал от государства принять незамедлительные требования по оказанию беременным женщинам медицинской помощи и рекомендовал ему провести исследование с участием общины для определения возможностей адаптации системы материнской защиты к потребностям общины. Суд санкционировал участие широкого круга заинтересованных лиц в разработке политики по борьбе с материнской смертностью.

⁶⁰ Материалы "ИПАС" США.

72. В Перу реализуемый при поддержке ЮНИСЕФ проект помощи при вертикальных родах направлен на увеличение доступа беременных женщин из числа коренного населения к институциональному обслуживанию. Была разработана комплексная стратегия устранения финансовых, географических и культурных барьеров, которые исторически препятствовали доступу сельских и коренных общин к медицинскому обслуживанию⁶¹. Финансовые барьеры были ликвидированы за счет разработки стратегии страхования здоровья и предоставления субсидий лицам в возрасте до 18 лет, беременным женщинам и целевым группам взрослых. Для решения проблемы географической удаленности были созданы материнские "дома ожидания", а при предоставлении услуг учитывались культурные предпочтения пользователей, касающиеся рождения ребенка.

73. Подобные инициативы способны обеспечить более эффективное применение правозащитного подхода, ориентированного на наиболее уязвимые группы женщин и девочек, путем вовлечения местных лидеров из числа коренных народов, лиц, предоставляющих услуги традиционной медицины, и женских общинных организаций для определения необходимых мер в целях более широкого использования медицинских услуг, а также предоставления услуг с учетом культурных традиций коренных общин и поиска альтернативной и более приемлемой модели.

74. В рамках Управления уполномоченного по правам человека Перу существует отдел, непосредственно занимающийся правами женщин; в его функции входит расследование и регистрация жалоб на плохую работу медицинских центров и больниц; так, например, он расследовал нарушения права на предоставление контрацептивных услуг, свободных от принуждения⁶².

V. Выводы

75. В настоящем докладе определены основные меры, направленные на сокращение материнской смертности и заболеваемости. Примеры показывают, что эти меры являются более эффективными тогда, когда заинтересованные стороны используют принципы правозащитного подхода для удовлетворения потребностей беднейших и маргинализированных групп их общества. Они также демонстрируют необходимость полного включения, путем последовательных и систематических действий, еще более целостного и всеобъемлющего правозащитного подхода, охватывающего все семь принципов, в комплексные стратегии борьбы с материнской смертностью и заболеваемостью. Действенные усилия с опорой на общины позволяют обеспечивать подотчетность правительства и других субъектов в деле выполнения ими взятых на себя обязательств и контроля за тем, чтобы использование выделенных на сектор по охране материнского здоровья средств было транспарентным и эффективным.

⁶¹ Материалы ЮНИСЕФ.

⁶² Материалы Центра по репродуктивным правам.