



# Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
13 July 2020  
Russian  
Original: English

## Совет по правам человека

### Сорок пятая сессия

14 сентября – 2 октября 2020 года

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

## **Передовая практика и задачи в области уважения, защиты и осуществления всех прав человека при ликвидации предотвратимой материнской смертности и заболеваемости**

### **Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о принятых мерах**

#### *Резюме*

В настоящем докладе, представленном во исполнение резолюции 39/10 Совета по правам человека, Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека представляет краткий обзор инициатив, касающихся использования технического руководства по вопросам применения правозащитного подхода к осуществлению политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. В докладе, кроме того, содержатся анализ материнской заболеваемости как правозащитной проблемы, а также выводы и рекомендации.



## Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	3
II. Применение правозащитного подхода к проблеме сокращения масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости .....	3
A. Многосторонние процессы на национальном уровне .....	4
B. Законодательная база, планирование и формирование бюджета .....	5
C. Программы и наращивание потенциала .....	6
D. Мониторинг, обзор, надзор и средства правовой защиты .....	8
III. Проблемы в области применения технического руководства .....	9
IV. Материнская заболеваемость как вопрос прав человека .....	10
A. Обзор материнских заболеваний .....	10
B. Материнская заболеваемость и права человека .....	12
C. Материнские заболевания в центре внимания .....	12
D. Причины и последствия материнской заболеваемости с позиций прав человека .....	14
E. Правозащитный подход к политике и программам, направленным на решение проблемы материнской заболеваемости .....	18
V. Рекомендации .....	19

## I. Введение

1. В сентябре 2012 года Совет по правам человека принял резолюцию 21/6, в которой приветствовал техническое руководство по вопросам применения правозащитного подхода к осуществлению политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. По просьбе Совета доклады о последующих мерах по осуществлению были подготовлены в 2014 году (A/HRC/27/20), в 2016 году (A/HRC/33/24) и в 2018 году (A/HRC/39/26). В сентябре 2018 года в своей резолюции 39/10 Совет по правам человека просил Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека подготовить последующий доклад о передовой практике и задачах в области обеспечения уважения, защиты и осуществления всех прав человека в рамках работы по искоренению предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, включая применение технического руководства. Настоящий доклад подготовлен в соответствии с этой просьбой.

2. В настоящем докладе содержатся подробности, описывающие инициативы, передовую практику и задачи в связи с применением технического руководства и общим применением правозащитного подхода. В его основу положены материалы, полученные в ответ на вербальную ноту, распространенную 11 ноября 2019 года, а также результаты исследований и информация, полученные от соответствующих заинтересованных сторон<sup>1</sup>. В разделе IV, в котором также использованы полученные материалы в сочетании с результатами исследований, содержится анализ материнской заболеваемости в качестве одной из проблем в области прав человека, проблемы, которой часто не уделяется должного внимания в политике и программах по предупреждению материнской смертности и заболеваемости. В заключение Верховный комиссар выносит рекомендации по применению правозащитного подхода к проблеме материнской смертности и заболеваемости и обращает особое внимание на проблему материнской заболеваемости.

## II. Применение правозащитного подхода к проблеме сокращения масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости

3. Техническое руководство по применению правозащитного подхода к осуществлению политики и программ, направленных на сокращение масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, содержит подробные руководящие указания в отношении мер, необходимых для разработки, осуществления и оценки политики и программ в области охраны материнского здоровья. В нем прослеживается программный цикл планирования, формирования бюджета, этапов осуществления, проведения мониторинга, обзора и надзора, а также рассматриваются средства правовой защиты. Путем определения правообладателей и их прав, а также соответствующих носителей обязанностей и их обязательств правозащитный подход направлен на выявление потенциальных проблем в области прав человека, установление тех, кто несет ответственность за принятие мер по устранению недостатков, и определение того, как меры следует применить наиболее подходящим образом. Примеры, содержащиеся в представленных материалах и приведенных ниже документах, являются важными иллюстрациями того, как этот подход может быть реализован на практике.

4. С 2018 года имеются многочисленные документы, подтверждающие усилия по применению правозащитного подхода к проблеме сокращения масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости, в том числе с помощью применения технического руководства. Инструменты, разработанные на основе этого

<sup>1</sup> Полный перечень представленных материалов см. по адресу [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/TechnicalGuidanceMMM.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/TechnicalGuidanceMMM.aspx).

технического руководства, такие как аналитические руководства<sup>2</sup>, широко распространялись на совещаниях с участием соответствующих министерств, организаций гражданского общества и учреждений Организации Объединенных Наций, а также определенных заинтересованных групп, например национальных правозащитных учреждений и представителей судебных органов. На глобальном уровне в многочисленных изданиях и других документах содержатся ссылки на техническое руководство, что способствует его использованию<sup>3</sup>.

5. Договорные органы по правам человека, такие как Комитет по экономическим, социальным и культурным правам и Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, продолжали консультировать государства по вопросам использования технического руководства в их политике и программах в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая охрану материнства<sup>4</sup>.

6. В свой план управления на 2018–2021 годы Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ) впервые включило в качестве приоритетной задачи обязательство работать над обеспечением того, чтобы подходы к здравоохранению соответствовали международным принципам и стандартам в области прав человека<sup>5</sup>. Для достижения этого результата УВКПЧ уделяет приоритетное внимание партнерским отношениям с ключевыми заинтересованными сторонами, включая правительства, гражданское общество и другие структуры Организации Объединенных Наций.

7. УВКПЧ также подчеркивало важность применения правозащитного подхода к охране здоровья матери и сексуального и репродуктивного здоровья в период своей работы в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). Оно взаимодействовало с властями ряда стран по вопросам снижения риска возрастания показателей материнской смертности и заболеваемости<sup>6</sup>. Многие государства-члены также подтвердили, что обеспечение услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья в соответствии с обязательствами в области прав человека необходимо для предотвращения роста материнской смертности и заболеваемости в контексте пандемии COVID-19<sup>7</sup>.

## A. Многосторонние процессы на национальном уровне

8. Процессы с участием многих заинтересованных сторон являются важным компонентом подходов, основанных на правах человека. Они дают возможность провести ситуационный анализ, который способствует пониманию пробелов в области прав человека, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, в том числе материнским здоровьем. Полученные выводы должны быть предметом обсуждения в рамках процесса, который носит всеохватывающий и многосторонний характер, а результаты таких обсуждений, в том числе определение приоритетности ключевых мер, необходимых для сокращения масштабов материнской смертности и

<sup>2</sup> См. [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx).

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

<sup>4</sup> E/C.12/MLI/CO/1, пункт 49 а); CEDAW/C/BFA/CO/7, пункт 37 е); и CEDAW/C/NER/CO/3-4, пункт 33 б).

<sup>5</sup> См. [https://www2.ohchr.org/english/OHCHRReport2018\\_2021/OHCHRManagementPlan2018-2021.pdf](https://www2.ohchr.org/english/OHCHRReport2018_2021/OHCHRManagementPlan2018-2021.pdf), p. 22.

<sup>6</sup> См. [www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19\\_and\\_Womens\\_Human\\_Rights.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf).

<sup>7</sup> См. [www.government.se/statements/2020/05/joint-press-statement-protecting-sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-promoting-gender-responsiveness-in-the-covid-19-crisis/](http://www.government.se/statements/2020/05/joint-press-statement-protecting-sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-promoting-gender-responsiveness-in-the-covid-19-crisis/).

заболеваемости, должны влиять на соответствующие национальные планы и политику.

9. Такие страны, как Австралия, Латвия, Мексика, Непал, Новая Зеландия и Эфиопия, сообщили об организации многосторонних процессов по рассмотрению и приоритизации мер в области прав человека, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Мексика, например, отметила совместные усилия в различных секторах по осуществлению национальной стратегии предупреждения беременности среди подростков и созданию служб, адаптированных к потребностям подростков. Латвия сообщила, что при разработке руководящих принципов общественного здравоохранения на 2014–2020 годы был проведен всеобъемлющий ситуационный анализ и выявлены пробелы, связанные с защитой здоровья матери и ребенка. В результате в сотрудничестве с медицинскими работниками и представителями пациентов был разработан План улучшения здоровья матери и ребенка на 2018–2020 годы.

10. В Уганде министерство здравоохранения совместно с партнерами разработало многоотраслевую стратегию снижения показателей предотвращаемой материнской смертности. Проект стратегии, который будет принят в 2020 году, включает основные рекомендации для участвующих в ее обсуждении сторон на национальном и местном уровнях, направленные на предупреждение материнской смертности и заболеваемости, такие как укрепление систем здравоохранения, создание механизмов межведомственного реагирования в области планирования, финансирования и осуществления, а также активизация участия общин с применением правозащитного подхода. В рамках этого обязательства особое внимание также уделяется сексуальному и репродуктивному здоровью и правам женщин, живущих с ВИЧ, в Уганде. В рамках многосторонней инициативы, организованной УВКПЧ совместно с Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Структурой Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин (Структура «ООН-женщины»), Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), а также при поддержке министерства здравоохранения женщины, живущие с ВИЧ, со всей страны были собраны вместе, чтобы документально с правозащитной точки зрения подтвердить свою обеспокоенность в отношении их сексуального и репродуктивного здоровья, включая охрану материнства, и провести диалог с носителями обязанностей о возможных мерах по исправлению положения.

## **В. Законодательная база, планирование и формирование бюджета**

11. Еще одним важным компонентом применения правозащитного подхода является обеспечение соответствия законов и политики стандартам в области прав человека и выделение надлежащих ресурсов. Важный первый шаг состоит в обеспечении гарантии права на здоровье, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, в законодательстве, в том числе посредством конституционной защиты, как это осуществляется во многих странах.

12. В некоторых государствах утвердилась практика проверки соответствия предлагаемых законов и политики их обязательствам в области прав человека. Например, Новая Зеландия объяснила такую свою практику необходимостью обеспечения того, чтобы все политические предложения, ведущие к принятию законодательства, оценивались на предмет их соответствия Биллю о правах Новой Зеландии 1990 года и Закону о правах человека 1993 года.

13. При осуществлении такого согласования правозащитный подход влияет на содержание законов и политики, в частности на уделение приоритетного внимания наиболее маргинализированным группам населения. Австралия, например, сообщила, что при разработке Национальной стратегии охраны здоровья женщин на 2020–2030 годы техническое руководство послужило основой в отношении учета основных правозащитных принципов, определения приоритетных областей, включая защиту материнства, сексуальное и репродуктивное здоровье и основополагающие

факторы здоровья, а также признания приоритетных групп населения, таких как аборигены и жители островов Торрессова пролива. Эфиопия особо отметила, каким образом министерство здравоохранения использовало это руководство при формировании консенсуса на субнациональном уровне в отношении важности использования правозащитного подхода в деле сокращения материнской смертности и заболеваемости, а также использования имеющихся ресурсов для обеспечения наличия, доступности, приемлемости и высокого качества услуг. Принятые меры охватывают преимущественно скотоводческие регионы, на которые приходится около 20% населения, в целях устранения диспропорций в оказании услуг по охране материнского здоровья и обеспечению их наличия, доступности и использования, а также направлены на активизацию поддержки программ распространения знаний о здоровье, с тем чтобы охватить женщин и девочек, проживающих в сельских районах, где доступ к услугам по охране материнского здоровья является более сложным.

### **С. Программы и наращивание потенциала**

14. Применение правозащитного подхода достигается также с помощью специальных программ, направленных на решение конкретных проблем в области прав человека. Например, наращивание потенциала в области применения правозащитных подходов имеет решающее значение для обеспечения того, чтобы носители обязанностей располагали информацией и ресурсами, необходимыми им для выполнения своих обязательств. Существуют также многочисленные программы, направленные на обеспечение наличия, ценовой доступности, приемлемости и качества услуг, как того требует право в области прав человека.

15. Непал сообщил об усилиях по активному наращиванию потенциала и углублению понимания правозащитных подходов при поддержке Организации Объединенных Наций, что привело к принятию обязательства обеспечивать уважительное отношение к материнству в качестве важнейшего направления его политики в области здравоохранения. В Уганде УВКПЧ сотрудничало с Министерством здравоохранения в целях укрепления потенциала сотрудников местных органов власти, а также медицинских работников в области применения правозащитного подхода при сосредоточении главных усилий на охране материнского здоровья.

16. В Аргентине Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Центр государственных и общественных исследований)<sup>8</sup> и Сеть по обеспечению доступа к безопасным абортam<sup>9</sup> с 2007 и 2011 годов, соответственно, организуют мероприятия по укреплению потенциала в рамках междисциплинарного проекта, разработанного группой юристов, медицинских работников, исследователей и активистов и посвященного правозащитному подходу к обеспечению доступа к безопасным и легальным абортam, которые являются одной из основных причин материнской смертности и заболеваемости в стране. Эта работа, которая еще продолжается, сочетается с проведением юридических консультаций по конкретным делам, с тем чтобы дать медицинским работникам возможность лучше понять, в каких случаях оказание услуг по осуществлению аборта разрешены по ныне действующему законодательству, а также влияет на то, как медицинские работники принимают участие в публичных обсуждениях законодательного предложения о либерализации закона об абортam в Аргентине.

17. Организация «Мэри Стоупс интернэшнл» объяснила, как она взаимодействует с медицинскими работниками, опираясь на правозащитные принципы, проводя работу по разъяснению ценностей с целью выявления потенциальных скрытых предубеждений и ставя интересы клиента во главу угла при разработке своих программ. Что касается обеспечения качественного обслуживания, то организация «Мэри Стоупс интернэшнл» сообщила о проведении в Йемене учебной подготовки для работников государственных медицинских учреждений в целях оказания этой

<sup>8</sup> См. [www.cedes.org/](http://www.cedes.org/) (на испанском языке).

<sup>9</sup> См. [www.redaas.org.ar/english](http://www.redaas.org.ar/english).

организации поддержки в обеспечении качественных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Это обстоятельство позволило этой организации поддерживать высокие стандарты качества при одновременном содействии укреплению системы здравоохранения.

18. В ряде представленных материалов особое внимание также обращалось на усилия по обеспечению ценовой доступности услуг. Например, организация «Мэри Стоупс интернэшнл» использовала программу ваучеров в Йемене, с тем чтобы дать женщинам возможность получить доступ к услугам в области охраны материнского здоровья и контрацепции. ЮНФПА пояснил, что в Индии существуют различные программы социальной поддержки для обеспечения доступа беднейших женщин к системе родового и неонатального ухода. В Бурунди ЮНФПА расширил наличие неотложных акушерских услуг и услуг по уходу за новорожденными, предоставив оборудование и обеспечив профессиональную подготовку в медицинских учреждениях.

### **1. Программы в условиях гуманитарных ситуаций**

19. При наличии признания того, что большинство случаев материнской смертности происходит в кризисных ситуациях, особое внимание также уделялось обеспечению прав человека в этих условиях. Совет по правам человека придал этому вопросу приоритетное значение, обратившись к Верховному комиссару Организации Объединенных Наций по правам человека с просьбой организовать совещание для обсуждения этого вопроса<sup>10</sup>. По итогам совещания группы экспертов прилагаются усилия по углублению понимания и укреплению потенциала в области применения правозащитных подходов в этих условиях с учетом их специфики. Это включает в себя разъяснение того, что требуется для соблюдения прав человека, и устранение недопонимания, а также рассмотрение сложных обстоятельств, возникающих в условиях кризисных сценариев, которые влияют на выявление носителей обязанностей, доступность медицинских услуг и наличие механизмов подотчетности (см. A/HRC/42/24). Правозащитным подходам к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья уделялось больше внимания в руководящих и программных документах, относящихся к гуманитарной области, включая «Справочник проекта "Сфера": гуманитарная хартия и минимальные стандарты гуманитарного реагирования»<sup>11</sup>, Межучрежденческое полевое руководство по охране репродуктивного здоровья в условиях гуманитарного кризиса, в том числе минимальный комплекс первоначальных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья<sup>12</sup>, и резолюцию 2019/14 Экономического и Социального Совета, принятую в контексте этапа рассмотрения гуманитарных вопросов на его сессии 2019 года, в которой Совет настоятельно призвал государства обеспечить надежный и безопасный доступ к услугам, которые имеют важное значение для защиты женщин и девочек от случаев предотвратимой смертности и заболеваемости, имеющих место в чрезвычайных гуманитарных ситуациях.

### **2. Решение проблемы дискриминации и разработка программ в интересах маргинализированных групп**

20. Некоторые заинтересованные стороны особо отметили меры в области здравоохранения, конкретно направленные на решение проблемы дискриминации, и сосредоточили внимание на маргинализированных группах женщин и девочек, которые подвергаются высокому риску материнской смертности и заболеваемости. Новая Зеландия, например, указала, что в статистике материнской заболеваемости преобладают женщины-маори, женщины с тихоокеанских островов и женщины азиатского происхождения по сравнению с женщинами, не относящимися к этим группам. И Австралия, и Новая Зеландия разработали планы в области защиты

<sup>10</sup> Резолюция 39/10 Совета.

<sup>11</sup> См. <https://spherestandards.org/handbook-2018/>.

<sup>12</sup> См. <https://iawgfieldmanual.com/>.

здоровья с целью устранения неравенства, вызванного структурной дискриминацией в системе здравоохранения.

21. Болгария сообщила, что женщины и девочки из общины рома, проживающие в отдаленных районах, сталкиваются с относительно более высоким риском пострадать от патологий материнства из-за низкого социально-экономического статуса, в результате ранней беременности, связанной с ранними браками, а также более низкого уровня образования. В связи с этим государство, в числе прочих инициатив, создало в отдаленных районах мобильные подразделения, с тем чтобы обеспечить равный доступ к услугам по охране материнства для женщин и девочек из общины рома.

22. В Уганде ЮНФПА содействовал тому, чтобы правам человека молодежи уделялось первоочередное внимание, например путем обучения матерей-подростков жизненным навыкам и оказания им поддержки в зачислении их вновь в школу. Он также сотрудничал с ВОЗ в предоставлении консультаций подросткам по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья во избежание нежелательных беременностей в Намибии.

#### **D. Мониторинг, обзор, надзор и средства правовой защиты**

23. В техническом руководстве подчеркивается, что подотчетность занимает центральное место на каждом этапе правозащитного подхода. Мониторинг, обзор, надзор и средства правовой защиты являются важнейшими компонентами такого понимания подотчетности.

24. Механизмы мониторинга необходимы для отслеживания, анализа и опубликования подробных данных и информации о результатах охраны материнского здоровья, в том числе о материнской заболеваемости и материнской смертности<sup>13</sup>. В двух странах ЮНФПА сосредоточил внимание на поддержке подотчетности путем развертывания применения технического руководства в сотрудничестве с соответствующими национальными правозащитными учреждениями и министерствами здравоохранения, проведения мониторинга нарушений в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также оказания поддержки процессу систематического проведения обзоров материнской и перинатальной смертности<sup>14</sup>.

25. Для облегчения мониторинга необходимо в первую очередь прилагать усилия в области сбора данных. Грузия, например, отметила свою обычную инспекцию медицинских учреждений на предмет случаев мертворождения, а также материнской и неонатальной смертности. Комплексный характер процесса инспекции позволил выявить пробелы и недостатки в оказании помощи и в более широкой системе здравоохранения, что затем способствовало проведению политики и принятию практических мер, направленных на исправление недостатков на местном и национальном уровнях. В Йемене организация «Мэри Стоупс интернэшнл» создала мобильное приложение, которое функционирует с помощью текстовых сообщений и позволяет собирать важнейшие данные, необходимые для мониторинга и оценки услуг.

26. Еще одним способом сбора данных о материнском, сексуальном и репродуктивном здоровье является установление фактов в области прав человека. Например, в Нигерии Центр за репродуктивные права документально зафиксировал положение в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, сложившееся в условиях конфликта. Из содержащихся в документах выводов следует, что услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья для внутренне перемещенных лиц крайне недостаточно, в том числе отсутствует надлежащий уход за беременными женщинами и недостаточно медицинское обслуживание кормящих матерей. Этот анализ послужил основой для проведения информационно-

<sup>13</sup> См. представленные материалы из Австралии, Болгарии, Грузии, Италии, Латвии, Мексики, Непала и Новой Зеландии.

<sup>14</sup> Вклад, осуществленный ЮНФПА.



разъяснительной работы с властями в целях улучшения медицинского обслуживания женщин и девочек.

27. В полученных материалах указана роль судов в качестве одной из форм осуществления надзора и возможного пути к средствам правовой защиты при оценке того, соответствует ли существующая практика обязательствам в области прав человека. В Гватемале акушерки майя и организации коренных народов при поддержке УВКПЧ подали в Конституционный суд иск, в котором содержалось требование к министерству, ответственному за здравоохранение, действовать в соответствии с положениями закона, касающимися материнского здоровья представительниц различных культур. Хотя в Гватемале существует правовая основа для защиты прав женщин из числа коренных народов, это не нашло отражения в осуществлении государством политики в отношении представителей различных культур в связи с работой акушерок. В 2019 году Конституционный суд вынес свое решение и призвал государство уважать традиции, обычаи и практику с учетом культурных особенностей и без какой-либо дискриминации.

28. Механизмы правосудия переходного периода также важны для обеспечения подотчетности. Центр за репродуктивные права объяснил, как он работает в Колумбии в области документирования нарушений прав человека, таких как принудительные аборты, принудительная стерилизация и случаи контроля за репродуктивной функцией женщин и девочек во время конфликта, с тем чтобы поддерживать работу комиссии по установлению истины.

### **III. Проблемы в области применения технического руководства**

29. Приведенные выше примеры складываются в обнадеживающую картину с точки зрения применения технического руководства и правозащитных подходов в более широком понимании. Несмотря на этот положительный опыт, имеется множество проблем, которые препятствуют дальнейшему применению руководства и правозащитных подходов. На основе полученных материалов были выявлены следующие проблемы: дискриминационные законы и практика, трудности с получением качественных данных, нехватка финансовых и людских ресурсов, включая специалистов в области здравоохранения, а также недостаточная осведомленность и недостаточный потенциал для применения правозащитных подходов.

30. Во многих местах дискриминационные законы и практика по-прежнему препятствуют осуществлению прав человека женщин и девочек, что негативно сказывается на их материнском, сексуальном и репродуктивном здоровье. Например, ЮНЭЙДС выразила обеспокоенность тем, что беременные женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются с дискриминацией в различных формах, от отказа в медицинской помощи до стигматизации, а в некоторых случаях и с институциональным насилием, причем все эти формы благоприятствуют материнской заболеваемости и могут не способствовать обращениям за медицинской помощью, когда это необходимо. Международная организация «Women Enabled» («Женщины, реализующие свои права») подчеркнула, что женщины с инвалидностью могут иметь особенно негативный опыт во время беременности и родов, что оказывает серьезное воздействие на их физическое и психическое здоровье.

31. Существуют также проблемы с удовлетворением потребностей конкретных групп. Австралия обратила внимание на проблему обеспечения доступности культурно приемлемых услуг в дородовой и послеродовой периоды для аборигенов и жителей островов Торресова пролива. Непал пояснил, что, несмотря на наличие стратегий, учитывающих потребности девочек и женщин-подростков, проживающих в сельских районах, сохраняются пробелы в деле их осуществления и в наличии ресурсов.

32. Широко распространенная дискриминация в отношении женщин и девочек, которая проявляется в высоких показателях детских, ранних и принудительных

браков, калечащие операции на женских половых органах и насилие над сексуальными партнерами, – все это, помимо нарушения прав человека женщин и девочек, способствует ухудшению материнского здоровья. Правовые барьеры, такие как требования о получении разрешения от третьей стороны или весьма ограничительные законы об абортах, также препятствуют доступу женщин и девочек к медицинскому обслуживанию, в котором они нуждаются и на которое они имеют право. Для успешного применения правозащитного подхода к политике и программам в области охраны материнского здоровья требуется одновременное принятие мер по борьбе с укоренившейся дискриминацией и поощрение гендерного равенства. Для решения этих проблем требуется постоянное и долгосрочное участие в социальных преобразованиях.

33. Получение качественных данных о сексуальном и репродуктивном здоровье, включая материнское здоровье, остается сложной задачей. Лишь немногие страны сообщили об институционализированном и общенациональном процессе информирования о случаях материнской смертности и заболеваемости и их рассмотрения. Особенно трудно собирать данные о материнской заболеваемости, о чем далее будут представлены разъяснения в настоящем докладе. В представленных материалах были описаны проблемы, связанные с обеспечением единообразия стандартов данных в отношении материнской заболеваемости и последующим внедрением стандартов во всех юрисдикциях в целях сопоставимости отчетности на национальном уровне<sup>15</sup>.

34. Нехватка финансовых и людских ресурсов также была отмечена в качестве одной из основных проблем, связанных с применением правозащитных подходов. Во многих местах инфраструктурные ограничения и географическая удаленность от медицинских учреждений по-прежнему препятствовали полноценному применению технического руководства и правозащитных подходов в более широком смысле<sup>16</sup>. В представленных материалах также указывалось на нехватку специализированного медицинского персонала и концентрацию имеющегося персонала в городских районах, что проявляется в плохом охвате сельского населения<sup>17</sup>. Незрелые системы здравоохранения также являются одним из основных факторов, подрывающих права на охрану материнского здоровья, что, в частности, проявляется в замедленном доступе к надлежащей неотложной акушерской помощи<sup>18</sup>.

35. Еще одной трудностью, о которой сообщается, является обеспечение того, чтобы медицинские работники были подготовлены к применению правозащитных подходов. Эфиопия сообщила о сохраняющихся пробелах в способности специалистов в области медицины интегрировать правовые компоненты в программы охраны материнского здоровья на всех уровнях системы здравоохранения. В некоторых местах некачественное медицинское обслуживание и предвзятое отношение со стороны медицинских работников указывались в качестве проблем, препятствующих продвижению правозащитных подходов.

## IV. Материнская заболеваемость как вопрос прав человека

### A. Обзор материнских заболеваний

36. Для понимания материнской смертности и заболеваемости как вопроса прав человека требуется признание того, что смерть и тяжелые травмы, полученные женщинами во время беременности и родов, являются не неизбежными событиями, а скорее прямым результатом дискриминационных законов и практики, неспособности

<sup>15</sup> См. материалы, поступившие из Австралии и Парагвая.

<sup>16</sup> См. материалы, поступившие из Азербайджана, Грузии, Ирака, Италии, Латвии, Мексики и Непала.

<sup>17</sup> См. материалы, поступившие из Азербайджана и Непала, а также ЮНФПА.

<sup>18</sup> См. материалы, поступившие из ЮНФПА.

создать и поддерживать функционирующие системы и услуги в области здравоохранения, а также отсутствия подотчетности.

37. Усилия по улучшению материнского здоровья во всем мире часто направлены в первую очередь на меры по предотвращению материнской смертности, а при этом проблеме материнской заболеваемости уделяется меньше внимания. Материнская заболеваемость является всеобъемлющим термином, который Рабочая группа ВОЗ по материнской заболеваемости определила как «любое состояние здоровья, обусловленное и/или усугубленное беременностью и родами, которое негативно сказывается на благополучии женщины»<sup>19</sup>.

38. Материнские заболевания варьируются по продолжительности и тяжести и определяются множеством диагнозов, требующих широкого спектра лечения<sup>20</sup>. ВОЗ выявила 121 заболевание<sup>21</sup>, которые могут быть охарактеризованы как прямое или косвенное материнское заболевание, включая осложнения, связанные с акушерской процедурой, такие как длительные или осложненные роды, осложнения после опасных аборт, кровотечение при родовспоможении и гипертоническая болезнь. Если в отношении них не принимать надлежащих мер или не лечить их, эти заболевания могут привести к различным последствиям, включая такие проблемы, как опущение матки, акушерский свищ, бесплодие, недержание или послеродовая депрессия. Определенные факторы риска, такие как анемия, ВИЧ, ожирение и калечащие операции на женских половых органах, делают некоторых женщин и девочек более уязвимыми к материнской заболеваемости<sup>22</sup>.

39. Точные данные о заболеваемости матерей во всем мире отсутствуют. Тот факт, что данные о заболеваниях, как правило, отсутствуют, свидетельствует о том, что этому вопросу не придавалось первоочередного значения. Отсутствие данных связано также с трудностями в определении и измерении материнской заболеваемости, что создает проблемы с получением сопоставимых данных.

40. Хотя точная степень распространенности материнской заболеваемости неизвестна, исходя из последних исследований, предполагается, что мировые показатели тяжелой материнской заболеваемости возрастают<sup>23</sup>. По оценкам, от материнской заболеваемости или инвалидности во всем мире ежегодно страдают от 15 до 20 млн женщин<sup>24</sup>. По оценкам, на каждую женщину, умирающую по причинам, связанным с беременностью, приходится от 20 до 30 других женщин, которые страдают острой или хронической формой болезни, часто постоянно, что подрывает их здоровье и благополучие<sup>25</sup>. В соответствии с показателями материнской смертности показатели материнской заболеваемости, по оценкам, являются самыми высокими в странах с низкими и средними уровнями доходов, при этом показатели материнской заболеваемости среди маргинализированных групп женщин являются наиболее высокими.

<sup>19</sup> Tabassum Firoz и др., “Measuring maternal health: focus on maternal morbidity”, *Bulletin of the World Health Organization* (2013), p. 795.

<sup>20</sup> «Материнскую заболеваемость можно понимать как спектр заболеваний, в самом широком смысле этого слова, начиная от "материнской болезни, близкой к смерти", определяемой Всемирной организацией здравоохранения как близкое к смерти состояние женщины, пережившей осложнение, которое возникло во время беременности или родов или в течение 42 дней после прерывания беременности, и заканчивая болезнью, не угрожающей жизни». Ibid., p. 794.

<sup>21</sup> Doris Chou и др., “Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality”, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016).

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

<sup>23</sup> Stacie E. Geller и др., “A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality”, *Reproductive Health*, vol. 15, supplement 1 (2018), pp. 31–32.

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

<sup>25</sup> Firoz и др., “Measuring maternal health”, p. 794.

41. Если оценивать прогресс страны в области охраны материнского здоровья лишь по показателям материнской смертности, то мы упускаем из виду важность материнской заболеваемости, которая не только является предвестником материнской смертности, но и несет в себе потенциал долгосрочного негативного воздействия на здоровье и качество жизни женщин. В имеющихся исследованиях материнская смертность описывается как «верхушка айсберга, а материнская заболеваемость – как его основание»<sup>26</sup>. Правозащитный подход к охране материнского здоровья требует уделять повышенное внимание заболеваниям, связанным с материнством, с тем чтобы обеспечить соблюдение широкого круга прав человека женщин и девочек.

## **В. Материнская заболеваемость и права человека**

42. Материнская заболеваемость значительно воздействует на права человека женщин и девочек. Правозащитные органы неизменно признают, что охрана материнского здоровья является вопросом прав человека, особо подчеркивая, в числе прочих, права на здоровье, неприкосновенность частной жизни, образование и эффективные средства правовой защиты, а также запрещение дискриминации и пыток, и других форм жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Они также ясно дают понять, что услуги по охране материнского здоровья, которые включают в себя услуги по профилактике и лечению материнских заболеваний, должны быть высокого качества, иметься в наличии, быть доступными и приемлемыми для всех беременных женщин и девочек и предоставляться без какой-либо дискриминации. Правозащитный подход к проблеме материнской заболеваемости основывается на принципах подотчетности, участия, транспарентности, расширения прав и возможностей, устойчивости, международной помощи и недискриминации. Применение правозащитного подхода к проблеме материнской заболеваемости будет а) обеспечивать поддержку усилий по расширению прав и возможностей женщин, с тем чтобы они могли отстаивать свои права, б) устранять такие факторы, как дискриминационные законы, политика и практика, а также основополагающие факторы, определяющие здоровье, которые повышают риск материнской заболеваемости, с) выявлять пробелы в предоставлении услуг, лечении и профилактике и д) создавать системы подотчетности в целях реагирования на нарушения прав человека.

## **С. Материнские заболевания в центре внимания**

43. Термин «материнская заболеваемость» охватывает широкий круг заболеваний, которые не могут быть подробно описаны в настоящем докладе. Для целей анализа взято четыре проиллюстрированных ниже примера материнской заболеваемости, поскольку правозащитные аспекты приведших к ним причин и их последствий имеют особое значение. Они также относятся к тем из материнских заболеваний, в отношении которых имеются более надежные данные и результаты исследований, позволяющие проводить более полный анализ.

### **1. Акушерский свищ**

44. Акушерский свищ может быть серьезным и разрушительным заболеванием на всю жизнь, если оставить его без лечения, и породить тяжелые медицинские, социальные, психологические и экономические последствия. Он описывается как «аномальное отверстие между влагалищем и мочевым пузырем или прямой кишкой, приводящее к непрерывному недержанию мочи или кала»<sup>27</sup>.

45. Длительные роды с осложнениями без доступа к своевременному и качественному медицинскому лечению являются причиной подавляющего большинства случаев возникновения акушерских свищей во всем мире. При наличии доступа к качественным услугам по охране материнского здоровья акушерский свищ

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> См. [www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/fistula/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/).

в большинстве случаев можно предотвратить. Число женщин, у которых ежегодно развивается акушерский свищ, по оценкам составляет от 50 000 до 100 000<sup>28</sup>. Женщины и девочки, живущие с невылеченным акушерским свищом, могут подвергаться риску хронического недержания, что приводит к целому ряду других физических заболеваний, включая частое занесение инфекций, заболевание почек, болезненные пролежни и бесплодие. Физические травмы также могут приводить к социальной изоляции и нанесению психологического вреда. Пострадавшие женщины часто не могут работать, а некоторых из них покидают их родственники, что еще больше усугубляет их нищету (A/73/285, пункт 4).

## 2. Опущение матки

46. Опущение матки – еще одна материнская болезнь, имеющая серьезные последствия для жизни и благополучия женщин. Опущение матки происходит, когда мышцы тазовой диафрагмы и связки растягиваются и ослабевают, и больше не могут поддерживать матку в правильном положении. В наиболее тяжелой стадии матка может полностью выпасть из влагалища. Физические симптомы опущения матки зависят от тяжести состояния и могут сопровождаться болями в нижней части спины, болями в животе, болезненностью полового акта, недержанием мочи в стрессовых ситуациях и ощущением дискомфорта в паховой области.

47. Целый ряд факторов подвергает женщин, главным образом в развивающихся странах, риску возникновения этого заболевания, например таких, как большее число родов в течение короткого периода времени, роды в раннем возрасте, недостаточное питание, отсутствие отдыха во время и сразу после беременности, а также длительные или тяжелые роды, в том числе применение вредных способов разрешения от родов<sup>29</sup>. Распространенность опущения матки в мире среди женщин в возрасте до 45 лет, по оценкам, составляет от 2 до 20%<sup>30</sup>. Помимо физического дискомфорта, это заболевание также может отрицательно сказываться на психическом здоровье женщин, снижая их трудоспособность, и подвергать их риску эмоционального и физического насилия.

## 3. Послеродовая депрессия

48. Послеродовая депрессия относится к непсихотическим депрессивным эпизодам, которые начинаются в послеродовой период, обычно в течение 1–12 месяцев после родов<sup>31</sup>. К симптомам этого заболевания относятся чувства вины, тревоги, непродолжительный сон и усталость, а также ощущение ущербности и неспособности справиться с младенцем, при этом некоторые женщины считают себя «плохими», неадекватными или нелюбящими матерями. Выявлен целый ряд различных факторов риска, предшествующих послеродовой депрессии, к которым относятся депрессия или тревога во время беременности, вызвавшие стресс недавние события в жизни, слабая социальная поддержка, пережитая ранее депрессия, акушерские осложнения и осложнения во время беременности, а также насилие со стороны полового партнера<sup>32</sup>.

49. Распространенность послеродовой депрессии в мире по оценкам составляет 100–150 случаев на 1 000 рождений. Установлено, что эти показатели распространенности еще выше в странах с низким и средним уровнем доходов. Нехватка ресурсов в области охраны психического здоровья, неравномерность их

<sup>28</sup> См. [www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula](http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula). Важно признать, что свищ может быть также вызван сексуальным насилием и известен как травматический свищ, что также представляет собой серьезную проблему в области прав человека. См., например, Миссия Организации Объединенных Наций в Южном Судане и УВКПЧ, “Access to health for survivors of conflict-related sexual violence in South Sudan” (May 2020), para. 37.

<sup>29</sup> «Международная амнистия», *Unnecessary Burden: Gender Discrimination and Uterine Prolapse in Nepal* (London, 2014), p. 18.

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

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

<sup>32</sup> *Ibid.*, pp. 2 and 19.

распределения и неэффективность их использования являются основными препятствиями на пути обеспечения психического здоровья<sup>33</sup>. Лечение послеродовой депрессии является сложным, поскольку часто отсутствует именно такой диагноз. Например, во многих местах женщины могут не участвовать в свиданиях после родов; в тех случаях, когда это происходит, основное внимание во время посещения часто уделяется здоровью новорожденного, а не матери, и/или медицинские работники могут не знать о признаках и симптомах послеродовой депрессии.

50. Невылеченная послеродовая депрессия может иметь неблагоприятные последствия для женщин, их младенцев и семей. Она может стать предвестником хронической рецидивирующей депрессии, а в тяжелых случаях может привести к самоубийству. В большинстве обществ проблемы психического здоровья являются причиной стигматизации, что влечет за собой последствия для многих аспектов жизни женщин, в том числе в семье, в общине и на работе. Это может также негативно сказываться на отношениях между матерью и младенцем и на развитии младенца.

#### 4. Бесплодие

51. Бесплодие – еще одно заболевание, которое может быть связано с материнскими болезнями, поскольку оно может быть результатом осложнений вследствие опасного аборта и других материнских болезней, таких как сепсис. Бесплодие определяется ВОЗ как «заболевание репродуктивной системы, характеризующееся недостижением клинической беременности после 12 или более месяцев регулярных половых контактов без средств защиты»<sup>34</sup>. Кроме того, по оценкам ВОЗ, 34 млн женщин, главным образом из развивающихся стран, поражены бесплодием в результате либо материнского сепсиса, либо опасных абортов<sup>35</sup>. Принудительная практика, например, недобровольная стерилизация, также приводит к бесплодию, и согласно имеющимся документам особенно распространена в отношении женщин и девочек с инвалидностью, женщин и девочек, живущих с ВИЧ, женщин и девочек из числа коренных народов и этнических меньшинств, а также женщин и девочек, живущих в нищете<sup>36</sup>.

52. Последствия бесплодия могут быть тяжелыми. В вопросах рождаемости женщины часто оказываются обвиняемыми, независимо от того, заключена ли на самом деле медицинская проблема в их организме или в организме их партнера. Они могут подвергаться стигматизации и отчуждению со стороны своих семей и общин, а также сталкиваться с более высоким риском насилия.

### D. Причины и последствия материнской заболеваемости с позиций прав человека

#### 1. Гендерная дискриминация

53. Гендерная дискриминация является как причиной, так и следствием материнской заболеваемости. Способность женщин и девочек делать выбор о том, когда и с кем они вступают в половые отношения, связана с тем, насколько безопасно для них будут проходить беременность и роды. Дискриминация в отношении женщин и девочек также влияет на их доступ к медицинскому обслуживанию или на его отсутствие.

<sup>33</sup> Ravi Prakash Upadhyay и др., “Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 95, No. 10 (2017). См. также Jane Fisher и др., “Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, No. 2 (2012).

<sup>34</sup> См. [www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/).

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> УВКПЧ и др., *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement* (World Health Organization, 2014). См. также A/73/161.

54. Вредные виды практики являются нарушением прав человека, которое представляет собой дискриминацию в отношении женщин и девочек<sup>37</sup> и связано с более высоким риском материнской заболеваемости. Девочки, ставшие жертвами детских и принудительных браков, чаще имеют больше детей и чаще рожают их в более раннем возрасте, что повышает для них вероятность материнской заболеваемости. Аналогичным образом, девочки, которых заставляют подвергаться калечащим операциям на женских половых органах, сталкиваются с более высокой вероятностью осложнений во время беременности и родов, а в особенности с риском возникновения у них акушерских свищей. ВОЗ определяет прекращение вредных видов практики и повышение возраста первой беременности в качестве основных мер по предотвращению материнской заболеваемости<sup>38</sup>.

55. Важнейшей частью создания условий, позволяющих женщинам и девочкам безопасно переносить беременность и роды, является обеспечение для них возможности принимать решения, касающиеся их сексуального и репродуктивного здоровья, а также наличия для них доступа к информации, которая необходима им для принятия здоровых решений. Дискриминационные законы и практика, которые подрывают способность женщин и девочек принимать такие решения, в том числе по признаку возраста или семейного положения, способствуют уязвимости женщин и девочек перед лицом страданий, связанных с материнскими заболеваниями. Законы, ограничивающие сексуальное и репродуктивное здоровье и права женщин, в том числе в отношении планирования семьи и аборт, влияют как на риск заболеваемости, так и на возможности восстановления после родов<sup>39</sup>. Например, ограничительные законы об абортах приводят к более высоким показателям совершения опасных аборт<sup>40</sup>. Опасные аборт являются одной из главных причин материнской заболеваемости, при этом ежегодно в больницы в развивающихся странах поступает около 7 млн женщин. После опасных аборт женщины и девочки могут столкнуться с целым рядом заболеваний, таких как неполный аборт, бесплодие, кровотечение и инфекция, причем у некоторых женщин возникают угрожающие жизни осложнения<sup>41</sup>.

## 2. Перекрестная дискриминация и материнская заболеваемость

56. Когда женщины сталкиваются с дискриминацией, в том числе по признакам возраста, социально-экономического положения, инвалидности, расового или этнического происхождения, языка, религии, национального или социального происхождения, состояния здоровья или иного статуса, они, как правило, сталкиваются с множественной или перекрестной дискриминацией, что существенно повышает риск возникновения у них заболеваний, связанных с материнством.

57. Женщины, которые сталкиваются не только с гендерной дискриминацией, но и принадлежат к маргинализированным группам, как правило, имеют меньше шансов получить доступ к надлежащему медицинскому обслуживанию и своевременным мерам и услугам в силу многочисленных факторов, включая расстояние, стоимость, отсутствие информации или культурную невосприимчивость. Кроме того, они также могут неохотно обращаться за медицинской помощью по поводу заболеваний, связанных с материнством, из-за языкового барьера или предыдущего опыта ненадлежащего обращения и злоупотреблений в медицинских учреждениях. Вредные гендерные стереотипы могут сделать некоторые группы женщин, включая женщин с инвалидностью, женщин, живущих с ВИЧ, и женщин из числа коренных народов и

<sup>37</sup> Совместная общая рекомендация № 31 Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин/замечание общего порядка № 18 Комитета по правам ребенка (2019 год) по вредной практике, пункт 16.

<sup>38</sup> См. [www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula](http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula).

<sup>39</sup> Veronique Filippi и др., "A new conceptual framework for maternal morbidity", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 141, No. S1 (2018), p. 7.

<sup>40</sup> Всемирная организация здравоохранения, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. (2012), p. 17.

<sup>41</sup> Всемирная организация здравоохранения, "Preventing unsafe abortion", fact sheet (2019).

меньшинств, особенно уязвимыми к ненадлежащему обращению во время беременности и родов, подвергая их риску возможных заболеваний.

### 3. Отсутствие всеобъемлющей и качественной информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья

58. Качественные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья имеют важнейшее значение для профилактики и лечения материнских заболеваний. Там, где системы здравоохранения испытывают нехватку ресурсов, основных лекарственных средств и предметов снабжения и не располагают достаточным числом квалифицированных и специализированных медицинских работников, как это происходит во многих частях мира, возрастает вероятность возникновения материнских заболеваний. Например, нехватка персонала, имеющего специальную подготовку в области лечения определенных заболеваний, может привести к длительным периодам ожидания лечения, что может способствовать дальнейшим осложнениям.

59. Даже когда медицинское обслуживание доступно, отсутствие информации означает, что многие женщины не знают, к какой медицинской помощи они могут получить доступ или к каким симптомам им необходимо присмотреться повнимательнее. Например, организация «Международная амнистия» сообщила, что среди женщин, с которыми она беседовала в Непале и которые страдали опущением матки, большинство из них не слышали об этом заболевании до того, как сами заболели им<sup>42</sup>. Аналогичным образом, многие женщины, страдающие акушерским свищом, в Зимбабве не знали, от чего они страдают, и с трудом находили информацию о причинах и методах лечения их заболевания<sup>43</sup>.

60. Ненадлежащее и грубое обращение с женщинами во время беременности и родов также могут приводить к материнским заболеваниям (см. A/74/137). В некоторых случаях нарушения прав человека в медицинских учреждениях непосредственно вызывают материнские заболевания, например там, где женщины подвергаются принудительной стерилизации во время родов или других процедур, связанных с беременностью<sup>44</sup>. Помимо непосредственного воздействия на права человека отдельных женщин, такие виды практики также способствует повышению риска материнской заболеваемости, создавая условия, в которых женщины с меньшей вероятностью будут обращаться за другими видами услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая антиретровирусную терапию, и с большей вероятностью обратятся за медицинской помощью к неподготовленным лицам<sup>45</sup>.

### 4. Определяющие факторы

61. Здоровье женщин и девочек во время беременности и родов в значительной степени зависит от социально-экономических факторов, на которые в свою очередь влияет дискриминация по признаку пола. Жизненные условия женщины напрямую связаны с ее общим состоянием здоровья, которое соотносится с вероятностью материнской заболеваемости во время беременности или родов<sup>46</sup>.

62. Как правило, среди тех, кто живет в более зажиточных домохозяйствах, имеет высшее образование или проживает в городских районах, наблюдается более низкий уровень заболеваемости и более частое использование соответствующих услуг по охране материнского здоровья, чем среди тех, кто живет в нищете, имеет более низкий

<sup>42</sup> «Международная амнистия», *Unnecessary Burden*, p. 46.

<sup>43</sup> См. материалы, представленные «Международной амнистией».

<sup>44</sup> См., например, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, дело *A. C. против Венгрии* (CEDAW/C/36/D/4/2004). Комитет установил факт нарушения Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, когда женщина была стерилизована без ее осознанного согласия во время хирургической операции в связи с выкидышем.

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

<sup>46</sup> ПРООН, “A social determinants approach to maternal health”, (2011).



уровень образования или проживает в сельских районах. Низкие показатели грамотности и образования женщин во всем мире связаны с показателями материнской заболеваемости и смертности, а также с другими показателями материнского здоровья, включая коэффициент рождаемости, использование дородового ухода, неудовлетворенные потребности в противозачаточных средствах и возраст при рождении первого ребенка<sup>47</sup>. Кроме того, дискриминационная практика, такая как отказ женщинам и девочкам в равном доступе к продовольствию, в сочетании с реальной нехваткой продовольствия в определенное время года приводит к недоеданию или недостаточности питания, что может привести к повышению риска плохого исхода беременности<sup>48</sup>.

## 5. Социально-экономические последствия материнской заболеваемости

63. Стигматизация, позор и изоляция часто сопутствуют конкретным формам материнской заболеваемости и могут проявляться в виде остракизма или изменения социального статуса, что отрицательно сказывается на психологическом, экономическом и социальном благополучии женщин<sup>49</sup>. Например, женщины, болеющие акушерским свищом, страдают постоянным недержанием, что часто приводит к их изоляции со стороны их родственников и общины и в результате оборачивается проблемами с психическим здоровьем, такими как депрессия и низкая самооценка (A/73/285, пункт 4). Аналогичное воздействие было документально подтверждено в отношении женщин, страдающих опущением матки<sup>50</sup>. Кроме того, страх перед возможностью оказаться не понятой или воспринятой как «ущербная» может помешать женщинам с послеродовой депрессией обратиться за помощью. Бесплодие в результате осложнений во время беременности и родов является крайне стигматизированной патологией материнства, ведущей к дискриминации, остракизму и даже насилию. Стигматизация может носить крайний характер в некоторых странах, где бесплодные женщины рассматриваются как бремя для социально-экономического благосостояния общины. Это усиливает чувства вины и стыда, которые испытывает женщина<sup>51</sup>. Общая черта различных форм материнской заболеваемости сводится к тому, что женщин обвиняют в том, что они сами виноваты в возникновении у них этих заболеваний, что ведет к дальнейшей стигматизации.

64. На готовность и способность женщин обращаться за медицинской помощью могут влиять различные факторы, что приводит к ухудшению состояния здоровья без лечения<sup>52</sup>. Например, путем хирургического вмешательства в большинстве случаев можно вылечить акушерский свищ; однако нищета, социальная стигматизация, неверные представления об этом заболевании и отсутствие хирургического потенциала делают лечение недостижимым для большинства страдающих от свища женщин<sup>53</sup>.

65. Взаимосвязь между материнскими заболеваниями и личным экономическим бременем проявляется в трех областях: «последствия нехватки средств для предоставления и обращения за медицинской помощью; обременительные расходы на здравоохранение; и последствия болезни для способности зарабатывать»<sup>54</sup>. Личный финансовый уровень может служить препятствием на пути обращения за медицинской помощью в связи с женскими заболеваниями, что в дальнейшем может усугубить

<sup>47</sup> ЮНФПА, “Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability” (2012).

<sup>48</sup> Isabelle Lange и др., “What maternal morbidities are and what they mean for women: a thematic analysis of twenty years of qualitative research in low and lower-middle income countries”, *PLOS ONE* (2019), p. 10; «Международная амнистия», *Unnecessary Burden*, p. 44.

<sup>49</sup> Lange и др., “What maternal morbidities are”, p. 14.

<sup>50</sup> См., например, «Международная амнистия», *Unnecessary Burden*.

<sup>51</sup> ВОЗ, “Mother or nothing: the agony of infertility”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, No. 12 (2010).

<sup>52</sup> Lange и др., “What maternal morbidities are”, p. 15.

<sup>53</sup> См., например, William Murk, “Experiences with obstetric fistula in rural Uganda”, *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 82, No. 2 (June 2009).

<sup>54</sup> Lange и др., “What maternal morbidities are”, p. 14.

заболевание и увеличить вероятность осложнений. Финансовые трудности, связанные с обременительными расходами на лечение, приводят к возрастанию неопределенности, стигматизации, боли, беспокойству и прерыванию лечения<sup>55</sup>.

## **Е. Правозащитный подход к политике и программам, направленным на решение проблемы материнской заболеваемости**

66. Для обеспечения прав человека женщин в связи с охраной материнского здоровья требуется нечто большее, нежели предотвращение смертных случаев. Необходимо уделять повышенное внимание заболеваниям матерей для обеспечения более целостного подхода к охране здоровья женщин в соответствии с обязательствами в области прав человека. Высокие показатели материнской заболеваемости во всем мире являются результатом действия множества факторов, к числу которых относится неравенство, от которого женщины страдают на протяжении всей своей жизни. Применяя правозащитный подход в вопросе о предотвращении материнской заболеваемости непременно следует обращать внимание на обеспечение наличия, доступности, приемлемости и качества лечения, а также профилактических услуг и мер; расширенный сбор данных для понимания масштабов проблемы; подходы, основанные на широком участии и предусматривающие непосредственное взаимодействие с соответствующими женщинами и девочками; а также укрепление систем подотчетности для решения проблем, связанных с отказом в осуществлении прав человека. Такой подход также обеспечил бы систематическое рассмотрение причин и последствий материнской заболеваемости, связанных с дискриминацией.

67. Многие заинтересованные стороны приложили значительные усилия для обеспечения лечения тяжелых материнских заболеваний. Эти усилия необходимо поощрять и уделять больше внимания обеспечению того, чтобы это лечение было доступно для всех нуждающихся в нем женщин без какой-либо дискриминации, обращая при этом особое внимание на их физическую и ценовую доступность. Жизненно важно также обеспечить, чтобы работники здравоохранения были готовы к реагированию на материнские заболевания, для лечения которых, учитывая огромное число заболеваний, считающихся патологиями, может понадобиться специальная подготовка.

68. В дополнение к лечению существенно важно, чтобы государства и другие соответствующие заинтересованные стороны принимали решительные, эффективные и всеобъемлющие профилактические меры, непосредственно направленные на борьбу с дискриминацией по признаку пола и на воздействие на другие факторы, определяющие здоровье. При наличии целостных стратегий профилактики, которые включали бы устранение всех барьеров на пути оказания комплексных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также целенаправленных усилий по обеспечению того, чтобы женщины и девочки могли отстаивать свои права и получать доступ к достоверной информации для принятия решений, касающихся их здоровья, можно добиться снижения показателей материнской заболеваемости.

69. Для решения проблемы материнской заболеваемости требуется более надежная информация для понимания ее распространенности и типологии, а также различий между группами женщин и девочек. С помощью анализа положения в области прав человека заинтересованные стороны могут выявлять и устранять причины, по которым некоторым женщинам особенно трудно получить доступ к надлежащим и своевременным мерам и услугам по охране материнского здоровья, что приводит к осложнениям во время беременности и родов. Для получения таких данных требуется наличие надежных систем документирования и мониторинга, которые служат основой для принятия мер по устранению недостатков путем внесения изменений в практику, политику или даже путем законодательной реформы.

---

<sup>55</sup> Ibid.

70. Для решения проблемы материнской заболеваемости с точки зрения прав человека также крайне важно напрямую взаимодействовать с женщинами и девочками в приложении усилий по профилактике и лечению таких заболеваний. Благодаря подходам, основанным на широком участии, женщины будут иметь доступ к соответствующей информации, позволяющей им принимать решения по вопросам, затрагивающим их здоровье, беременность и роды. Обследование женщин после родов также важно для отслеживания возможных заболеваний и повышения вероятности того, что будет проведено лечение. Крайне важно также уделять особое внимание определенным группам женщин и девочек, которые с большей вероятностью могут страдать от болезней, связанных с материнством, и обеспечивать, чтобы их голос был услышан при разработке и осуществлении программ и политики, касающихся этих заболеваний.

71. Исходя из концепции «круга подотчетности», государства могут создавать способы обеспечения подотчетности на протяжении всего цикла проводимой политики в целях решения проблемы материнской заболеваемости. Это включает в себя четкое определение того, кто и за что несет ответственность по защите прав человека, а также обеспечение того, чтобы женщины и девочки знали, куда следует обращаться в случае, если они страдают заболеваниями во время беременности и родов. Этого можно добиться с помощью систем подотчетности, которые охватывают все сферы, в том числе социальную, профессиональную, политическую, юридическую, судебную и международную. Благодаря участию в работе различных механизмов подотчетности выявляется информация, имеющая решающее значение для принятия мер по исправлению положения в целях решения системных проблем, и могут быть выявлены отдельные случаи, когда могут потребоваться средства правовой защиты.

## V. Рекомендации

72. Заинтересованные стороны предприняли многочисленные инициативы по применению правозащитного подхода к сокращению масштабов предотвратимой материнской смертности и заболеваемости. По-прежнему важнейшее значение имеет оценка воздействия использования технического руководства и углубленное понимание того, каким образом правозащитные подходы к проблеме материнской смертности и заболеваемости могут быть реализованы на практике. В связи с этим рекомендуется, чтобы Совет по правам человека продолжал заниматься этим важным вопросом и по-прежнему получал информацию о применении этого технического руководства.

73. Государствам и другим заинтересованным сторонам с учетом их возможностей предлагаются следующие рекомендации:

а) укреплять на национальном и международном уровне признание того, что материнская смертность и заболеваемость представляют собой основополагающий вопрос прав человека, и углублять среди всех заинтересованных сторон понимание неделимости всех прав человека;

б) как можно шире распространять и поощрять применение технического руководства и связанных с ним инструментов, в том числе всеми министерствами, в частности министерствами здравоохранения, и соответствующими государственными учреждениями на всех уровнях, а также правообладателями, организациями гражданского общества и национальными правозащитными учреждениями, работающими в смежных областях;

в) повышать осведомленность и укреплять потенциал различных заинтересованных сторон, включая медицинских работников, директивные органы, законодателей, национальные правозащитные учреждения и судебные органы, в вопросах применения правозащитных подходов к охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, в частности путем организации брифингов и учебных мероприятий;

d) созывать и оказывать поддержку в организации многосторонних совещаний на различных уровнях с участием медицинских работников и маргинализованных женщин и девочек для обсуждения вопроса о применении правозащитного подхода к охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, выявления возможностей в рамках процессов на национальном уровне, а также определения конкретных приоритетных областей и планов действий;

e) обеспечивать координацию многоотраслевых и междисциплинарных процессов на национальном уровне в целях достижения всеобъемлющего подхода к охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, включая материнское здоровье, в соответствии с требованиями правозащитного подхода;

f) участвовать в создании потенциала правообладателей, с тем чтобы они могли отстаивать свои права и участвовать в жизни общества, а также способствовать формированию культуры подотчетности за обеспечение охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав;

g) повышать осведомленность о материнской заболеваемости и актуальность этого вопроса в качестве правозащитной проблемы, в том числе путем более целенаправленного проведения исследований в этой области, выделения достаточных ресурсов и приложения целенаправленных усилий по обеспечению наличия информации, особенно для женщин и девочек, о причинах конкретных материнских заболеваний и их профилактике;

h) уделять первостепенное внимание сбору на основе сотрудничества надежных, транспарентных и подробных данных о наличии, доступности, приемлемости и качестве услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья для всех женщин и девочек, с тем чтобы поддерживать проведение более комплексной политики в области профилактики и решения проблем, связанных с материнскими заболеваниями;

i) обеспечивать готовность медицинских работников решать проблемы, связанные с материнскими заболеваниями, в том числе путем подготовки кадров, обращая при этом особое внимание на положение маргинализованных женщин и девочек;

j) разрабатывать комплексные стратегии и программы профилактики материнской заболеваемости, которые должны включать меры по обеспечению более глубоких знаний об охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав, в том числе посредством всестороннего полового просвещения, а также меры по устранению таких определяющих здоровье факторов, как гендерная дискриминация и социально-экономические факторы, которые делают некоторых женщин и девочек более уязвимыми к материнским заболеваниям;

k) создать механизмы подотчетности на различных уровнях с целью решения проблемы отказа в осуществлении прав человека в связи с материнской смертностью и заболеваемостью, а также охраной сексуального и репродуктивного здоровья и прав в более широком плане.