

PARLAMENT EUROPEJSKI

2004



2009

Dokument z posiedzenia

2.9.2008

B6-0377/2008 }
B6-0385/2008 }
B6-0388/2008 }
B6-0393/2008 }
B6-0395/2008 } RC1

WSPÓLNY PROJEKT REZOLUCJI

zgodnie z art. 103 ust. 4 Regulaminu złożyli

- Colm Burke, w imieniu grupy politycznej PPE-DE
- Pasqualina Napoletano, Alain Hutchinson, Glenys Kinnock, Neena Gill, Anne Van Lancker, Iratxe García Pérez, w imieniu grupy politycznej PSE
- Beniamino Donnici, Toomas Savi, Renate Weber, Sophia in 't Veld, w imieniu grupy politycznej ALDE
- Margrete Auken, Marie-Hélène Aubert, w imieniu grupy politycznej Verts/ALE
- Felekna Uca, Luisa Morgantini, Gabriele Zimmer, Ilda Figueiredo, w imieniu grupy politycznej GUE/NGL

zastępujący tym samym projekty rezolucji złożone przez następujące grupy polityczne:

- Verts/ALE (B6-0377/2008)
- PPE-DE (B6-0385/2008)
- ALDE (B6-0388/2008)
- GUE/NGL (B6-0393/2008)
- PSE (B6-0395/2008)

w sprawie śmiertelności okołoporodowej matek w perspektywie spotkania wysokiego szczebla, które odbędzie się 25 września – przegląd milenijnych celów rozwoju

RC\740236PL.doc

PE410.779v01-00}
PE410.787v01-00}
PE410.790v01-00}
PE410.795v01-00}
PE410.797v01-00} RC1

PL

PL

Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie śmiertelności okołoporodowej matek w perspektywie spotkania wysokiego szczebla, które odbędzie się 25 września – przegląd milenijnych celów rozwoju

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 103 ust. 4 Regulaminu,
- uwzględniając milenijne cele rozwoju przyjęte na szczycie milenijnym ONZ we wrześniu 2000 r.,
- uwzględniając plan działania z czerwcowego posiedzenia Rady Europejskiej oraz jego cele pośrednie na rok 2010,
- uwzględniając spotkanie wysokiego szczebla poświęcone milenijnym celom rozwoju, które odbędzie się w siedzibie ONZ w Nowym Jorku w dniu 25 września 2008 r.,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Europejskiej zatytułowane „Milenijne cele rozwoju 2000-2004” (SEC(2004)1379),
- uwzględniając konkluzje prezydencji z posiedzenia Rady Europejskiej, które odbyło się w Brukseli w dniach 16-17 grudnia 2004 r., potwierdzające pełne zobowiązanie Unii Europejskiej do realizacji milenijnych celów rozwoju i do prowadzenia spójnej polityki,
- uwzględniając komunikat Komisji skierowany do Parlamentu Europejskiego i Rady zatytułowany „Równość płci oraz równouprawnienie kobiet w kontekście współpracy na rzecz rozwoju” (SEC(2007) 332),
- uwzględniając Deklarację praw dziecka ONZ z dnia 20 listopada 1959 r., zgodnie z którą „należy zapewnić szczególną ochronę zarówno dziecku, jak i matce, łącznie z odpowiednią opieką, tak przed urodzeniem, jak i po urodzeniu”, oraz Konwencję o prawach dziecka ONZ z dnia 20 listopada 1989 r., której sygnatariusze zobowiązali się do „zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka”,
- uwzględniając wspólną strategię Afryka-UE,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 13 marca 2008 r. w sprawie równości płci oraz równouprawnienia kobiet w kontekście współpracy na rzecz rozwoju (2007/2182(INI)),
- uwzględniając swoje rezolucje: z dnia 12 kwietnia 2005 r. w sprawie roli Unii Europejskiej w osiągnięciu milenijnych celów rozwoju oraz z dnia 20 czerwca 2007 r. pt. „Milenijne cele rozwoju – bilans półmetka”,
- uwzględniając swoje rezolucje: z dnia 17 listopada 2005 r. w sprawie strategii rozwoju dla Afryki oraz z dnia 25 października 2007 r. w sprawie stanu stosunków w sprawie stanu stosunków między UE a Afryką,
- uwzględniając IV Światową Konferencję w sprawie Kobiet, która odbyła się w Pekinie we wrześniu 1995 r., deklarację i platformę działania przyjęte w Pekinie, a także późniejsze

RC\740236PL.doc

PE410.779v01-00}
PE410.787v01-00}
PE410.790v01-00}
PE410.795v01-00}
PE410.797v01-00} RC1

dokumenty końcowe przyjęte na sesjach specjalnych ONZ Pekin +5 i Pekin +10, odpowiednio w dniu 9 czerwca 2000 r. i 11 marca 2005 r., dotyczące dalszych działań i inicjatyw mających na celu wdrożenie deklaracji pekińskiej i platformy działania,

- uwzględniając wspólne oświadczenie Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich zebranych w Radzie, Parlamencie Europejskiego oraz Komisji dotyczące polityki rozwojowej Unii Europejskiej, zatytułowane „Konsensus europejski” (Konsensus europejski w sprawie rozwoju), podpisane w dniu 20 grudnia 2005 r., uwzględniając też Konsensus europejski w sprawie pomocy humanitarnej z grudnia 2007 r.,
- uwzględniając raporty Funduszu Ludnościowego ONZ na temat sytuacji ludnościowej na świecie z lat 2005 i 2006, zatytułowane odpowiednio: „Obietnica równości: równość płci, zdrowie reprodukcyjne i milenijne cele rozwoju” oraz „Droga do nadziei: kobiety a migracja międzynarodowa”,
- uwzględniając rozporządzenie (WE) nr 1905/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. ustanawiające instrument finansowania współpracy na rzecz rozwoju („instrument współpracy na rzecz rozwoju” (DCI)),
- uwzględniając protokół w sprawie praw kobiet w Afryce, znany również jako protokół z Maputo, który wszedł w życie w dniu 26 października 2005 r., a także plan działania z Maputo na lata 2007-2010, dotyczący usprawnienia ram polityki kontynentalnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie, przyjęty podczas specjalnej sesji Unii Afrykańskiej we wrześniu 2006 r.,
- uwzględniając Międzynarodową Konferencję ONZ na temat Ludności i Rozwoju, która odbyła się w Kairze we wrześniu 1994 r., program działania przyjęty w Kairze, a także późniejsze dokumenty końcowe przyjęte w 1999 r. na sesji specjalnej ONZ Kair +5, dotyczące dalszych kroków mających na celu wdrożenie programu działania,
- uwzględniając brukselskie ramy działania i zalecenia dotyczące zdrowia w perspektywie zrównoważonego rozwoju, przyjęte przez ministrów zdrowia krajów Afryki, Karaibów i Pacyfiku (AKP) w Brukseli w październiku 2007 r.,
- uwzględniając Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, który wszedł w życie w dniu 3 stycznia 1976 r., w szczególności jego art. 12,
- uwzględniając uwagę ogólną nr 14 Komitetu do spraw Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturowych, dotyczącą prawa do możliwie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, dok. ONZ E/C 12/2000/4 (2000),
- uwzględniając Konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet z dnia 3 września 1981 r.,

A. mając na uwadze, że spośród wszystkich milenijnych celów rozwoju zdrowie macierzyńskie jest tą dziedziną, w której poczyniono najmniejsze postępy, w związku z czym piąty milenijny cel rozwoju należy do tych celów, których osiągnięcie do 2015 r. jest najmniej prawdopodobne, w szczególności w Afryce Subsaharyjskiej i Azji Południowej,

- B. mając na uwadze, że każdego roku w czasie ciąży lub porodu umiera ponad pół miliona kobiet, a do 99% tych zgonów dochodzi w krajach rozwijających się; mając na uwadze, że w ciągu 20 lat w Afryce Subsaharyjskiej współczynnik ten prawie nie uległ zmianie – roczny współczynnik spadku umieralności w tym regionie wynosi zaledwie 0,1% – a żyjące tam kobiety narażone są na stałe ryzyko śmierci w czasie ciąży i porodu, wynoszące 1 na 16 przypadków; mając na uwadze, że umieralność okołoporodowa matek stanowi najbardziej dramatyczny wskaźnik ogólnoświatowych nierówności w dziedzinie zdrowia,
- C. mając na uwadze, że oprócz nierówności geograficznych doświadczenie i badania w dziedzinie umieralności okołoporodowej matek wykazują też znaczne zróżnicowanie współczynnika umieralności okołoporodowej w zależności od zamożności, rasy i pochodzenia etnicznego, miejsca zamieszkania w mieście lub na wsi, poziomu wykształcenia, a nawet podziałów językowych lub religijnych w obrębie poszczególnych krajów, także w krajach uprzemysłowionych – zróżnicowanie to stanowi największą rozbieżność widoczną we wszystkich statystykach dotyczących zdrowia publicznego,
- D. mając na uwadze, że państwa G8 zawarły porozumienie w sprawie pakietu zdrowotnego, który pomoże w wyszkoleniu i rekrutacji 1,5 mln pracowników opieki zdrowotnej w Afryce i zapewni 80% matek wsparcie wyszkolonych pracowników opieki zdrowotnej podczas porodu; mając na uwadze, że obejmuje ono zobowiązanie do zwiększenia liczby pracowników opieki zdrowotnej do 2,3 na 1000 mieszkańców w 36 krajach afrykańskich dotkniętych krytycznym niedostatkim takiego personelu; mając jednak na uwadze, że nie wspomniano o przyznaniu 10 mld dolarów, które zdaniem działaczy społeczeństwa obywatelskiego byłyby niezbędne, by corocznie uratować życie 6 mln matek i dzieci,
- E. mając na uwadze, że umieralność i zachorowalność okołoporodowa matek tworzą krytyczną sytuację zdrowotną w skali światowej: według szacunków corocznie 536 000 kobiet umiera w czasie porodu, a jedna na dwadzieścia kobiet cierpi na poważne powikłania – począwszy od chronicznych infekcji, aż po powodujące inwalidztwo uszkodzenia, takie jak przetoka położnicza, lub trwałą niepełnosprawność,
- F. mając na uwadze, że nie jest tajemnicą, dlaczego kobiety umierają podczas ciąży i porodu – przyczyny śmiertelności okołoporodowej matek są jasne i dobrze znane, tak jak i środki pozwalające im zapobiegać,
- G. mając na uwadze, że umieralności okołoporodowej matek można zapobiegać poprzez zwiększenie dostępności i stosowanie metod planowania rodziny, poprzez zapewnienie dostępu do bezpiecznej i charakteryzującej się dobrą jakością opieki nad matkami, szczególnie w czasie ciąży, porodu – z dostępem do pogotowia położniczego – i położu, a także poprzez poprawienie stanu zdrowia i wyżywienia kobiet oraz ich pozycji społecznej,
- H. mając na uwadze, że to zapobiegawcze podejście zakłada szkolenie kobiet i pracowników służby zdrowia w zakresie rozpoznawania powikłań ciąży i porodu oraz w zakresie poszukiwania odpowiednich form opieki, istnienie sieci odpowiednich placówek opieki zdrowotnej, do których można dotrzeć w rozsądnym czasie przy dostępnej infrastrukturze i transporcie, a także zapewnienie w tych pobliskich placówkach zdrowotnych właściwej opieki ze strony wyszkolonego personelu, przy skutecznym zarządzaniu oraz dostępie do

RC\740236PL.doc

PE410.779v01-00}
PE410.787v01-00}
PE410.790v01-00}
PE410.795v01-00}
PE410.797v01-00} RC1

elektryczności, wody oraz sprzętu medycznego i lekarstw, również na obszarach wiejskich,

- I. mając na uwadze, że śmiertelność okołoporodowa matek, której można by zapobiec, stanowi pogwałcenie prawa kobiet i dziewcząt do życia, co stwierdzono w licznych międzynarodowych zobowiązaniach w zakresie praw człowieka, w tym w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, oraz że przyczyny śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek mogą też wiązać się z naruszeniami innych praw człowieka, w tym prawa do możliwie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz prawa do niedyskryminacji pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej,
- J. mając na uwadze, że prawo do samodzielnego decydowania o sobie w zakresie seksualności i reprodukcji obejmuje prawo do małżeństwa, do posiadania rodziny i do wchodzenia w związek natury seksualnej w sposób dobrowolny oraz prawo do wolności od przemocy seksualnej i przymusu seksualnego,
- K. mając na uwadze, że na rządach spoczywa odpowiedzialność za zapewnienie – samodzielnie lub za pośrednictwem innych podmiotów – usług w zakresie opieki zdrowotnej; mając też na uwadze, że nawet rządy o ograniczonych zasobach dysponują możliwością podjęcia natychmiastowych działań, które wpłyną na stan zdrowia macierzyńskiego,
- L. mając na uwadze ostatecznie mniejsze prawdopodobieństwo tego, że głębokie przyczyny umieralności okołoporodowej i uszkodzeń porodowych są praktyczne lub strukturalne – wynikają one raczej z przyznawania kobietom, ogólnie znajdującym się w gorszej sytuacji społecznej, małej wartości i niskiego statusu, a także uznając, że w krajach o zbliżonym poziomie rozwoju gospodarczego, im wyższy status kobiet, tym niższy współczynnik umieralności okołoporodowej,
- M. mając na uwadze, że kobiety są szczególnie narażone na zagrożenia w czasie ciąży lub porodu ze względu na niektóre formy dyskryminacji, w tym nierówności pomiędzy mężczyznami i kobietami w gospodarstwach domowych, tradycyjne praktyki szkodliwe dla kobiet, przemoc wobec kobiet, niemożność decydowania o własnym zdrowiu i prawach reprodukcyjnych, odrzucanie noworodków płci żeńskiej oraz stereotypy, zgodnie z którymi kobiety postrzegają się przede wszystkim jako matki i opiekunki; mając na uwadze, że Konwencja w sprawie eliminacji wszelkich form dyskryminacji wobec kobiet (CEDAW) została ratyfikowana przez wszystkie państwa członkowskie UE,
- N. mając na uwadze, że Zgromadzenie Ogólne ONZ umieściło „powszechny dostęp do opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego do 2015 r.” jako cel pośredni w katalogu milenijnych celów rozwoju, w ramach celu nr 5, dotyczącego śmiertelności okołoporodowej matek;
- O. mając na uwadze, że na Międzynarodowej Konferencji ONZ na temat Ludności i Rozwoju (ICPD) społeczność międzynarodowa zobowiązała się do przekazania kolejnych zasobów, określając „zdrowie reprodukcyjne” (w tym planowanie rodziny i usługi w zakresie zdrowia matek) jako centralny priorytet międzynarodowych starań na rzecz rozwoju;
- P. mając na uwadze, że łączna pomoc donatorów na rzecz planowania rodziny nie wzrasta, a przeciwnie jest obecnie dużo niższa niż w 1994 r. – jej wartość spadła z 723 mln dolarów w 1995 r. do 442 mln dolarów w 2004 r. (według wartości bezwzględnej dolara);

- Q. mając na uwadze, że UE czyniła systematyczne i spójne zobowiązania do osiągnięcia 5. milenijnego celu rozwoju – ostatnio w „programie działań” UE z czerwca 2008 r.,
- R. mając na uwadze, że pomimo powagi tego problemu i związanych z nim naruszeń praw człowieka w międzynarodowych programach prac usługi w zakresie zdrowia macierzyńskiego są nadal słabo wyeksponowaną kwestią, pozostającą w cieniu przyciągających uwagę interwencji dotyczących konkretnych chorób, co doprowadziło do marginalizacji problemu śmiertelności okołoporodowej matek, zaś wysoki współczynnik zachorowań na HIV przyczynił się do zastoju lub pogorszenia się sytuacji w zakresie działań zmierzających do ograniczenia śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek;
1. wyraża głębokie zaniepokojenie faktem, że piąty milenijny cel rozwoju, związany ze śmiertelnością okołoporodową matek, to jedyny spośród tych celów, w odniesieniu do którego nie dokonał się żaden postęp nie tylko od 2000 r., zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej i Azji Południowej, ale statystyki nie zmieniły się już od 20 lat;
 2. zauważa, że wzmocnienie statusu kobiet – obok edukacji – znacznie przyczynia się do postępów w realizacji piątego milenijnego celu rozwoju, dotyczącego zdrowia macierzyńskiego;
 3. wzywa Radę i Komisję, aby z myślą o posiedzeniu wysokiego szczebla ONZ w sprawie milenijnych celów rozwoju traktowała priorytetowo działania zorientowane na osiągnięcie piątego z nich, dotyczącego poprawy zdrowia macierzyńskiego;
 4. wzywa Radę i Komisję do niwelowania różnic między wskaźnikami umieralności okołoporodowej matek w krajach uprzemysłowionych i w krajach rozwijających się poprzez szerszej zakrojone inwestycje i działania na rzecz poprawy zasobów ludzkich w sektorze opieki zdrowotnej, a także poprzez zwiększenie środków i zobowiązań na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej i podstawowej infrastruktury zdrowotnej, w tym nakładów na monitorowanie, nadzór, podstawowe zadania publicznej opieki zdrowotnej, działania społeczności lokalnej i inne niezbędne zadania pomocnicze;
 5. wzywa Radę i Komisję do zwiększenia wysiłków na rzecz wyeliminowania możliwych do uniknięcia przypadków śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek poprzez opracowanie, wdrożenie i regularną ocenę harmonogramów i planów działania w zakresie zmniejszania ogólnego wymiaru śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek, w oparciu o podejście bazujące na zasadzie równego traktowania, systematyczne i trwałe, koncentrujące się na prawach człowieka, odpowiednio wspierane i ułatwiane poprzez solidne mechanizmy instytucjonalne i środki finansowe;
 6. wzywa Radę i Komisję do rozszerzenia usług w zakresie zdrowia macierzyńskiego świadczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w oparciu o zasadę świadomego wyboru, edukację w zakresie bezpiecznego macierzyństwa, celową i skuteczną opiekę prenatalną, programy żywieniowe dla matek, odpowiednią pomoc przy porodzie pozwalającą uniknąć zbyt częstego stosowania cesarskiego cięcia i zapewniającą dostęp do pogotowia położniczego, konsultacji w przypadku powikłań związanych z ciążą, porodem i aborcją, a także opieki postnatalnej i planowania rodziny;

RC\740236PL.doc

PE410.779v01-00}
PE410.787v01-00}
PE410.790v01-00}
PE410.795v01-00}
PE410.797v01-00} RC1

7. wzywa Radę i Komisję do wspierania dostępu wszystkich kobiet do wyczerpujących informacji i kompleksowych usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego;
8. wzywa Radę i Komisję do przyjęcia i rozwinięcia już określonych wskaźników i punktów odniesienia dotyczących ograniczania śmiertelności okołoporodowej matek (obejmujących przydziały w ramach oficjalnej pomocy rozwojowej) oraz do wprowadzenia mechanizmów monitorowania i odpowiedzialności, które mogą prowadzić do stałego udoskonalania istniejących strategii politycznych i programów;
9. wzywa Radę i Komisję do zagwarantowania dostępności, przystępności i dobrej jakości usług w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, a także do przeznaczenia maksimum dostępnych środków na strategie polityczne i programy dotyczące śmiertelności okołoporodowej matek;
10. wzywa Radę i Komisję do zapewnienia, by na czas zebrano rzetelne dane w celu pokierowania wdrażaniem środków mających rozwiązać problem śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek;
11. wzywa Radę i Komisję do umożliwienia szkoleń i budowania potencjału oraz zapewnienia infrastruktury dla odpowiedniej liczby wykwalifikowanych położnych oraz do zagwarantowania dostępu do takiego personelu wszystkim ciężarnym kobietom i dziewczętom, a także do zagwarantowania odzwierciedlenia tego zamiar/wyniku/celu w wytycznych i krajowych planach działań;
12. wzywa do poszerzenia krajowych programów zdrowotnych obejmujących badania na obecność wirusa HIV przed ciążą i w czasie ciąży, leczenie antyretrowirusowe ciężarnych nosicielek wirusa HIV oraz działania służące zapobieganiu HIV, takie jak kampanie informacyjne i edukacja;
13. wzywa UE, by pozostała liderem wysiłków na rzecz wspierania praw do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, utrzymując poziom finansowania realizacji planu działania Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju, wyraża też ubolewanie, że w Afryce Subsaharyjskiej, gdzie występuje najwyższy odsetek śmiertelności okołoporodowej, odnotowuje się również najniższy na świecie odsetek stosowania antykoncepcji (19%), a śmiertelność okołoporodowa w 30% jest spowodowana przeprowadzanymi w ryzykownych warunkach zabiegami aborcyjnymi;
14. uważa, aby osiągnąć do 2015 r. milenijne cele rozwoju dotyczące powszechnego dostępu do zdrowia reprodukcyjnego, trzeba podnieść poziom finansowania ze strony UE: w przeciwnym razie kobiety nadal będą umierać z powodu ciąży i związanych z nią przyczyn;
15. wzywa Komisję i Radę do opracowania programów i strategii politycznych w celu zajęcia się czynnikami decydującymi dla zdrowia, kluczowymi w zapobieganiu śmiertelności okołoporodowej matek, takimi jak udział w procesie podejmowania decyzji dotyczących zdrowia, informacja na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, umiejętność czytania i pisania, żywienie, niedyskryminacja i normy społeczne leżące u podstaw równouprawnienia płci;

16. wzywa Radę i Komisję, by poszły w ślad za postępami w ograniczaniu śmiertelności okołoporodowej matek, aktywnie uczestnicząc w światowych forach – takich jak Countdown 2015 – celem dzielenia się najlepszymi praktykami w odniesieniu do programów i obszarów polityki w tym zakresie oraz promowania stałego tempa poprawy;
17. nalega, by państwa członkowskie UE nie uchylały się od dotrzymania zobowiązań finansowych służących osiągnięciu milenijnych celów rozwoju, w tym piątego z nich, i wzywa prezydencję Rady to objęcia przewodnictwa i posłużenia za wzorzec poprzez zapewnienie dostępności odpowiedniego i przewidywalnego finansowania oraz wzmoczenia starań o ratowanie życia;
18. przypomina o zobowiązaniu państw członkowskich UE do osiągnięcia do 2015 r. poziomu oficjalnej pomocy rozwojowej równego 0,7% DNB i wzywa te państwa członkowskie, które nie idą obecnie w tym kierunku, do wzmoczenia wysiłków;
19. wzywa te kraje, które nie wprowadziły jeszcze zakazu szkodliwych praktyk i tradycji, takich jak okaleczanie żeńskich narządów płciowych, do podjęcia działań i wspierania kampanii informacyjnych zmierzających do tego celu;
20. zwraca się do Komisji o dopilnowanie, by umowy dotyczące milenijnych celów rozwoju skupiały się przede wszystkim na sektorze opieki zdrowotnej i edukacji;
21. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, rządów i parlamentom państw członkowskich, sekretarzowi generalnemu ONZ, Unii Międzyparlamentarnej oraz Komitetowi Pomocy Rozwojowej OECD.