



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
3 August 2011
Russian
Original: English

Шестьдесят шестая сессия

Пункт 69(b) предварительной повестки дня*

Поощрение и защита прав человека:

вопросы прав человека, включая
альтернативные подходы в деле содействия
эффективному осуществлению прав
человека и основных свобод

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь имеет честь препроводить Генеральной Ассамблее промежуточный доклад, подготовленный в соответствии с резолюциями 15/22 и 6/29 Совета по правам человека Специальным докладчиком Совета по правам человека по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Анандом Гровером.

* A/66/150.



Промежуточный доклад, подготовленный Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Резюме

В настоящем докладе Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья рассматривает взаимодействие между уголовным законодательством и другими правовыми ограничениями, касающимися сексуального и репродуктивного здоровья и права на здоровье. Право на сексуальное и репродуктивное здоровье является основополагающей частью права на здоровье. Поэтому государства должны обеспечивать, чтобы этот аспект права на здоровье осуществлялся в полном объеме.

Специальный докладчик рассматривает влияние уголовных и иных правовых ограничений на аборт; поведение во время беременности; контрацепцию и планирование семьи; и обеспечение сексуального и репродуктивного просвещения и информации. Некоторые уголовные и иные правовые ограничения в каждой из этих областей, которые часто являются дискриминационными по своей природе, нарушают право на здоровье в результате ограничения доступа к качественным товарам, услугам и информации. Они посягают на человеческое достоинство в результате ограничения свобод, на которые лица имеют право в соответствии с правом на здоровье, особенно в отношении принятия решений и физической неприкосновенности. Более того, применение таких законов в качестве средства достижения определенных результатов в области общественного здравоохранения часто является неэффективным и непропорциональным.

Осуществление права на здоровье требует устранения барьеров, мешающих отдельному лицу принимать связанные со здоровьем решения и получать доступ к медицинским услугам, образованию и информации, особенно в отношении заболеваний, которые затрагивают только женщин и девочек. В случаях, когда барьер возникает из-за уголовного закона или иного правового ограничения, устранение его является обязанностью государства. Устранение таких законов и правовых ограничений не должно обуславливаться наличием ресурсов и, таким образом, не может рассматриваться как действие, требующее только постепенной реализации. Поэтому в целях обеспечения полного осуществления права на здоровье барьеры, возникающие из-за уголовных законов и иных законов и стратегий, затрагивающих сексуальное и репродуктивное здоровье, должны устраняться немедленно.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	4
II. История вопроса	4
III. Международное право в области прав человека и право на сексуальное и репродуктивное здоровье	5
IV. Уголовные законы и иные правовые ограничения, воздействующие на право на сексуальное и репродуктивное здоровье	7
V. Рекомендации	24

I. Введение

1. Со времени его предыдущего доклада Генеральной Ассамблее (A/65/255) Специальный докладчик осуществил страновые миссии в Сирийскую Арабскую Республику в ноябре 2010 года (A/HRC/17/25/Add.3) и Гану в мае 2011 года. В июне 2011 года он представил Совету по правам человека на его семнадцатой сессии доклад о праве на здоровье и развитие (A/HRC/17/25) и о консультации экспертов по вопросу о доступе к медикаментам как основному компоненту права на здоровье ((A/HRC/17/43). В апреле 2011 года он организовал консультацию экспертов и провел общественную консультацию по вопросу о праве на здоровье пожилых людей, на основе которых был подготовлен доклад, представленный Совету на его восемнадцатой сессии в сентябре 2011 года.
2. Специальный докладчик участвовал в ряде совещаний и конференций по вопросу о праве на здоровье, включая совещание по вопросу о правах человека и Глобальном фонде для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, организованное Институтом открытого общества/Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в Нью-Йорке в марте 2011 года, и конференцию на тему осуществления права на здоровье, организованную Центральноевропейским университетом в Будапеште в июне 2011 года. Специальный докладчик выступал с основными докладами в Ассамблее Северной Ирландии в сентябре 2010 года на тему о целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и на семинаре Международного консорциума по политике в области наркотиков, проведенном в мае 2011 года в Лондоне, на тему о соразмерности наказания, выносимого за правонарушения в связи с наркотиками.
3. Специальный докладчик провел также региональные консультации гражданского общества в Найроби для Восточной Африки; в Будапеште для Восточной Европы; и в Москве для Российской Федерации и Центральной Азии. Консультации позволили Докладчику собрать информацию, касающуюся осуществления права на здоровье в этих регионах и распространить информацию о своем мандате.

II. История вопроса

4. В настоящем докладе рассматривается тема криминализации некоторых услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, особенно в отношении женщин, и их влияние на право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (далее «право на здоровье»). В нем также обсуждается влияние иных правовых ограничений и стратегий, оказывающих воздействие на поведение и принятие решений в контексте сексуального и репродуктивного здоровья. В докладе анализируется, как используются законы и иные правовые ограничения для регулирования вопросов аборта, поведения во время беременности, сексуального и репродуктивного просвещения и контрацепции и планирования семьи. В нем также обсуждаются отрицательные последствия, которые такие уголовные законы и иные правовые ограничения могут иметь для здравоохранения, включая доступ к товарам, услугам и информации, для свобод и человеческого достоинства затрагивае-

мых лиц, особенно женщин, и для показателей в сфере общественного здравоохранения.

5. Специальный докладчик решил обратиться к этим вопросам с учетом того, что право на сексуальное и репродуктивное здоровье является областью, в которой поведение и принятие решений регулируются государством через посредство ряда уголовных законов и иных правовых ограничений, которые могут нарушать право на здоровье.

III. Международное право в области прав человека и право на сексуальное и репродуктивное здоровье

6. Право на сексуальное и репродуктивное здоровье является неотъемлемой частью права на здоровье. В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах в статье 12.2(а) аспектам права на сексуальное и репродуктивное здоровье придается особое значение. В Замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам говорится, что право на здоровье включает меры по повышению качества услуг в области здоровья матери и ребенка, полового и репродуктивного здоровья, включая доступ к программам планирования семьи, дородовой и послеродовой уход, экстренные родовспомогательные услуги и доступ к информации и ресурсам, необходимым для принятия мер в соответствии с этой информацией (E/C.12/2000/4, пункт 14). Кроме того, в нем отмечается, что право женщин на здоровье требует устранения всех препятствий на пути их доступа к медицинскому обслуживанию, просвещению и информации, в том числе в сфере полового и репродуктивного здоровья (там же, пункт 21). Рекомендации Комитета последовательно поддерживают такой подход¹.

7. В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин² государствам предлагается принять меры по обеспечению того, чтобы женщинам было предоставлено широкое равенство, в частности, в области образования, занятости и доступа к медицинскому обслуживанию. В Конвенции конкретно предусматривается необходимость правильного понимания материнства как социальной функции, доступа к информации о планировании семьи и ликвидации дискриминации в отношении женщин в брачных и семейных отношениях. Кроме того, в статье 16.1(е) содержится требование предоставить женщинам одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями и иметь доступ к информации, образованию и средствам, которые позволяют им осуществлять эти права.

8. В Конвенции о правах ребенка предусматривается необходимость защиты права на здоровье молодых людей в возрасте до 18 лет. В статье 24 Конвенции подтверждается право на здоровье в соответствии с Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах, что особенно актуально, учитывая важность сексуального и репродуктивного здоровья для жизни молодых женщин и мужчин³. В Конвенции содержится настоятельный призыв к го-

¹ См. E/C.12/1/Add.98, пункт 43; E/C.12/1/Add.105 and Corr.1, пункты 53 и 54; E/C.12/BRA/CO/2, пункт 29; и E/C.12/COL/CO/5, пункт 5.

² См., в частности, статьи 5, 10(h), 11, 12.1 и 16.

³ См. United Nations Population Fund, *Stories of Reproductive Health* (New York, 2010).

сударствам предоставить матерям услуги по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды, развивать просвещение и услуги в области планирования семьи и обеспечить упразднение традиционной практики, «отрицательно влияющей на здоровье детей»⁴.

9. Правам на репродуктивное здоровье также много уделяется внимания в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года, в Пекинской платформе действий 1995 года и в целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, где подтверждается право женщин контролировать все аспекты своего здоровья, уважать физическую неприкосновенность и целостность и свободно принимать решения по вопросам, касающимся их сексуальности и репродуктивности, без дискриминации, принуждения и насилия. В Пекинской платформе действий заявляется, что государствам следует рассмотреть возможность отмены карательных мер, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Особенно подчеркивается связь между улучшением охраны сексуального и репродуктивного здоровья для женщин и сокращением масштабов нищеты. К сожалению, в докладе о ходе достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, за 2010 год⁵ указывается, что в некоторых показательных областях, таких как подростковая беременность и использование противозачаточных средств, темпы прогресса в некоторых частях мира замедлились, и что в период с 2000 по 2008 годы помощь для целей планирования семьи относительно всего объема помощи для целей охраны здоровья резко уменьшилась.

10. В Замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам подробно описывается концепция репродуктивного здоровья, где указывается, что женщины и мужчины имеют возможность свободно решать вопрос о своем воспроизводстве и его сроках, а также право быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору и право на доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые, например, позволили бы женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов (E/C.12/2000/4, сноска 12). Сексуальное здоровье — это «состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью, не просто отсутствие болезни, дисфункции или недуга»⁶. В Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию указывается, что сексуальное здоровье включает в себя право на доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, а также свободу принимать решение, когда и как часто себя воспроизводить (A/CONF.171/13, пункт 7.2). Там также говорится, что сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного подхода к сексуальности и половым отношениям, а также обеспечения возможности иметь доставляющий удовольствие и безопасный сексуальный опыт, свободный от принуждения, дискриминации и насилия.

⁴ United Nations, *Treaty Series*, vol. 1577, No. 27531, article 24; см. также CRC/GC/2003/4, пункт 31.

⁵ United Nations publication, Sales No. E.10.I.7.

⁶ Paul Hunt and Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (Colchester, Essex, University of Essex, 2006).

IV. Уголовные законы и иные правовые ограничения, воздействующие на право на сексуальное и репродуктивное здоровье

11. Уголовные законы принимаются государством для регулирования поведения, которое представляется угрожающим, опасным или вредным для отдельного лица, других лиц или общества. Такие законы представляют собой наиболее сильное проявление карательной власти государства и относятся к его наиболее намеренным действиям. Уголовные законы карают тех, кто занимается запрещенной деятельностью; они также предназначены для сдерживания других от аналогичного поведения, обезвреживания и реабилитации нарушителей и для предоставления компенсации пострадавшим.

12. Использование государством или негосударственными субъектами чрезмерного физического принуждения, как, например, в случае принудительной стерилизации, принудительного аборта, принудительной контрацепции и принудительной беременности, давно признано неоправданной формой санкционированного государством принуждения и нарушением права на здоровье⁷. Точно так же, там, где уголовный закон применяется государством в качестве инструмента для регулирования поведения отдельных лиц и процесса принятия ими решений в контексте права на сексуальное и репродуктивное здоровье, государство принудительно заменяет своей волей волю отдельного лица.

13. Государства используют также иные правовые ограничения, включая положения в гражданских и административных законах для ограничения или запрещения доступа к услугам, товарам и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья и/или их наличия.

14. В своем применении уголовные законы и иные правовые ограничения могут препятствовать доступу к определенным товарам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, таким как контрацептивные методы, напрямую запрещать конкретную услугу, такую как аборт, или запрещать предоставление сексуальной и репродуктивной информации через программы школьного образования или иным образом. На практике эти законы воздействуют на широкий диапазон лиц, включая женщин, пытающихся сделать аборт или нуждающихся в противозачаточных средствах; друзей или членов семьи, помогающих женщинам получить доступ к аборту; специалистов-практиков, делающих аборты; учителей, обеспечивающих сексуальное просвещение; фармацевтов, снабжающих противозачаточными средствами; работников учреждений, созданных для предоставления услуг по планированию семьи; правозащитников, выступающих за право на сексуальное и репродуктивное здоровье; и подростков, ищущих доступ к контрацепции для сексуальной деятельности по согласию.

15. Уголовные законы и иные правовые ограничения в отношении сексуального и репродуктивного здоровья могут оказывать отрицательное воздействие на право на здоровье во многих отношениях, в том числе путем посягательства на достоинство человека. Уважение достоинства является основополагающим для осуществления всех прав человека. Достоинство требует, чтобы лица могли свободно принимать решения по личным вопросам без вмешательства со

⁷ См. CRC/C/15/Add.268, пункт 46(е); CEDAW/C/CHN/CO/6, пункт 32; E/CN.4/2004/49, пункт 25.

стороны государства, особенно в такой важной и интимной области, как сексуальное и репродуктивное здоровье.

16. Уголовные законы и иные правовые ограничения, воздействующие на сексуальное и репродуктивное здоровье, могут достигать масштаба нарушений права на здоровье. Хотя в настоящем докладе преимущественно рассматривается воздействие этих законов и правовых ограничений на женщин и девочек, это ни в коей мере не означает, что с аналогичными проблемами не сталкиваются мужчины и мальчики. Однако, учитывая физиологию репродуктивной функции человека и гендерный социальный, правовой и экономический контекст, в котором реализуется сексуальность, фертильность, беременность и деторождение, в целом представляется более вероятным, что именно женщины столкнутся с нарушением своего права на сексуальное и репродуктивное здоровье⁸. Сохранение устойчивых стереотипов о роли женщины в обществе и семье создает и поддерживает нормы поведения в обществе. Многие из таких норм основаны на представлении, что свободу женщины, особенно в отношении ее сексуальной идентичности, следует урезать и регулировать (см. E/CN.4/2002/83, пункт 99). Когда женщины выходят за границы этих основанных на стереотипах норм в стремлении обрести сексуальную и репродуктивную свободу, они часто подвергаются суровым наказаниям⁶, что в результате оказывает отрицательное воздействие на их показатели здоровья и нарушает их право на здоровье. Уголовные законы и иные правовые ограничения, рассматриваемые в настоящем докладе, укрепляют и оправдывают государственный контроль над жизнью женщин, например, в виде принуждения женщин продолжать нежелательную или незапланированную беременность.

17. Причинно-следственная связь между существованием гендерных стереотипов, дискриминацией и маргинализацией женщин и девочек и осуществлением ими своего права на сексуальное и репродуктивное здоровье имеет много документальных подтверждений (см. E/CN.4/2002/83 и E/CN.4/2004/49). Криминализация порождает и закрепляет стигму; ограничивает их способность в полном объеме пользоваться имеющимися товарами, услугами и информацией по охране сексуального и репродуктивного здоровья; лишает их возможности полноправного участия в жизни общества; и искажает представления у профессиональных медицинских работников, которые вследствие этого могут препятствовать их доступу к услугам здравоохранения. Уголовные законы и иные правовые ограничения лишают женщин прав и возможностей, и поэтому во избежание ответственности или из-за страха перед стигмой они могут воздержаться от принятия мер по защите своего здоровья. В результате ограничения доступа к товарам, услугам и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья эти законы могут также иметь дискриминационные последствия, в том отношении, что они несоразмерно воздействуют на тех, кто нуждается в таких ресурсах, т.е. женщин. В результате женщины и девочки оказываются наказанными и когда они подчиняются этим законам и, таким образом, ухудшают показатели своего физического и психического здоровья, и когда они не подчиняются им и, тем самым, сталкиваются с угрозой лишения свободы.

18. Государства чаще всего приводят два основания для применения уголовных и иных ограничительных законов в отношении права на сексуальное и репродуктивное здоровье: общественное здоровье и общественная нравствен-

⁸ За исключением мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; см. A/HRC/14/20.

ность. Общественная нравственность не может служить оправданием для принятия или применения законов, которые могут привести к нарушению прав человека, включая законы, призванные регулировать сексуальное и репродуктивное поведение и принятие решений. Хотя обеспечение конкретных показателей общественного здоровья и является законной целью государства, меры, принимаемые для достижения этого, должны быть и доказательными, и соразмерными для обеспечения соблюдения прав человека. Когда уголовные законы и правовые ограничения, используемые для регулирования общественного здравоохранения, не являются ни доказательными, ни соразмерными, государствам следует воздерживаться от их использования для регулирования сексуального и репродуктивного здоровья, так как они не только нарушают право на здоровье затрагиваемых лиц, но и противоречат их собственному обоснованию общественного здравоохранения.

19. Защита прав женщин имеет решающее значение для улучшения показателей здоровья обоих полов. Однако серьезным вызовом является существенное замалчивание проблем в области репродуктивного и сексуального здоровья и, вероятно, причиной тому являются различные политические, социальные и культурные факторы. Создавая неблагоприятные условия для открытого обмена информацией и сбора данных, криминализация ведет к еще большему занижению важных показателей здравоохранения. В результате эффективное исправление плохих показателей в области охраны здоровья становится невозможным, и трудности, с которыми сталкивается международное сообщество в достижении основных целей развития, усугубляются. Более того, показатели в области развития не учитывают последствия криминализации в полном объеме, потому что они имеют дело только с конкретными поддающимися количественному определению данными в области общественного здравоохранения и не учитывают факторы лишения достоинства и самостоятельности.

20. Применение государствами уголовных и иных правовых ограничений для регулирования сексуального и репродуктивного здоровья может представлять собой серьезное нарушение права на здоровье затрагиваемых лиц и является неэффективным в качестве мероприятий в области общественного здравоохранения. Эти законы должны быть немедленно пересмотрены. Их упразднение не подлежит постепенной реализации, поскольку их устранение не связано с каким-либо соответствующим ростом ресурсов или ростом ресурсов *de minimis*.

Влияние уголовных законов и иных правовых ограничений на сексуальное и репродуктивное здоровье

1. Криминализация и иные правовые ограничения, касающиеся аборта

21. Уголовные законы, предусматривающие наказание за искусственный аборт и его ограничение, являются парадигматическими примерами недопустимых препятствий на пути реализации права женщин на здоровье и должны быть упразднены. Эти законы посягают на достоинство и самостоятельность женщин, жестко ограничивая их право принимать решения, касающиеся их сексуального и репродуктивного здоровья. Более того, такие законы последовательно ухудшают показатели физического здоровья, становясь причиной смертей, которые можно было бы предотвратить, заболеваемости и плохого состояния здоровья, а также приводят к отрицательным результатам психического здоровья, не в последнюю очередь из-за того, что пострадавшим женщинам

грозит опасность быть втянутым в систему уголовного правосудия. Принятие или сохранение уголовного законодательства в отношении абортотворцев может приравниваться к нарушениям государствами обязательств уважать, защищать и осуществлять право на здоровье.

22. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин решительно не одобряет ограничительные законы об абортах, особенно те, которые запрещают и криминализуют аборт при любых обстоятельствах (см. CEDAW/C/CH/CO/4, пункт 19). Он также подтверждает, что такое законодательство не мешает женщинам небезопасным и незаконным образом прерывать беременность, и называет ограничительные законы об абортах нарушением права на жизнь, здоровье и информацию⁹. Комитет по правам ребенка также обеспокоен воздействием крайне ограничительных законов об абортах на право девочек-подростков на здоровье¹⁰. Комитет против пыток также заявил, что карательные законы об абортах должны быть пересмотрены, поскольку они ведут к нарушениям права женщин на свободу от бесчеловечного и жестокого обращения¹¹. Комитет по правам человека сделал вывод, что равенство между мужчинами и женщинами требует равного обращения в области здравоохранения и ликвидации дискриминации при предоставлении товаров и услуг, и рассмотрел вопрос о необходимости пересмотреть законы об абортах, с тем чтобы предотвратить нарушения прав человека (см. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, пункты 20, 28 и 31). Бывший Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье призвал отменить карательные меры в отношении женщин, прибегнувших к аборту (см. E/CN.4/2004/49, пункт 30).

23. В государствах, где аборт запрещен законом, отдельные причины для прерывания беременности могут быть основанием для освобождения от уголовной ответственности. В наиболее серьезных случаях, однако, аборт полностью криминализирован без изъятий — такое положение наблюдается только в небольшой группе государств — или разрешены только для спасения жизни женщины. Примерно 25 процентов населения мира живут в правовых режимах, которые запрещают все абортотворцы, за исключением случаев, когда это необходимо после изнасилования или инцеста, а также для спасения жизни женщины. Немного менее ограничительные правовые режимы разрешают аборт по ряду причин, связанных с физическим здоровьем, психическим здоровьем и социально-экономическими условиями, такими как бедность и количество детей. Наконец, аборт не ограничен на любых основаниях в 56 государствах, хотя все-таки существуют ограничения в отношении того, на каком сроке беременности разрешается аборт¹².

24. Другие правовые ограничения также способствуют тому, что законно сделать аборт не представляется возможным. Законы, допускающие отказ по соображениям морали, создают препятствия для доступа, позволяя медицинским работникам и вспомогательному персоналу, такому как работники регистратуры и фармацевты, отказывать в предоставлении услуг по прерыванию беременности, информации о процедурах и направлений в альтернативные учреж-

⁹ См. A/53/38/Rev.1, пункт 337; и A/54/38/Rev.1, часть I, пункты 56, 228 и 393.

¹⁰ CRC/C/15/Add.107, пункт 30; CRC/C/CHL/CO/3, пункт 55; и CRC/C/URY/CO/2, пункт 51.

¹¹ CAT/C/PER/CO/4, пункт 23; CAT/C/NIC/CO/1, пункт 16; и CAT/C/CR/32/5, пункт 7.

¹² R. Boland, "Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations", *Reproductive Health Matters*, vol. 18, No. 36 (2010), pp. 67–89.

дения и к альтернативным специалистам¹³. К примерам других ограничений относятся: законы, запрещающие государственное финансирование ухода после аборта; требования о консультативном и обязательном периоде ожидания для женщин, ищущих возможность прервать беременность; требования о том, чтобы разрешение на аборт было одобрено более чем одним медицинским работником; требования о согласии родителей и супругов; и законы, предписывающие медицинским работникам сообщать о подозрительных случаях незаконного прерывания беременности, когда женщины обращаются за услугами по уходу после аборта, включая выкидыши. Такие законы делают безопасные аборты и уход после аборта недоступными, прежде всего для бедных, перемещенных и молодых женщин. Такие ограничительные режимы, которые не встречаются в других областях охраны сексуального и репродуктивного здоровья, способствуют усилению предвзятых мнений, что аборт является сомнительной практикой.

25. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подтвердила, что, выбирая между безопасным и небезопасным абортом, женщины с незапланированной беременностью в основном руководствуются правовыми основаниями¹⁴. Поскольку именно правовые ограничения главным образом влияют на то, будет ли выбран безопасный или небезопасный аборт¹⁵, в правовых режимах, которые являются более ограничительными в отношении аборта, скорее всего, будет отмечаться больше небезопасных абортов. Доля небезопасных абортов и соотношение между небезопасными и безопасными абортами напрямую зависят от той степени, в какой законы об абортах являются ограничительными и/или карательными¹⁶. По оценкам, на долю небезопасных абортов приходится около 13 процентов всех случаев материнской смертности в мире¹⁴. Еще пять миллионов женщин и девочек страдают от кратко- и долгосрочных травм в результате небезопасных абортов¹⁷, включая кровотечение; сепсис; травмы влагалища, матки и органов брюшной полости; разрыв шейки матки; перитонит; инфекции половых путей; воспаление тазовых органов и хронические тазовые боли; шок и бесплодие.

26. Небезопасные аборты происходят при следующих условиях: ограниченный доступ к информации, особенно касающейся того, когда и каким образом можно получить разрешение на законный аборт; аборт сделан неквалифицированным специалистом в антисанитарных условиях или медицинским работником, но не в предназначенном для этого помещении; аборт сделан самой женщиной или тем, кто практикует нетрадиционную медицину, путем введения какого-либо предмета в матку, выпивания вредного вещества или интенсивного массажа; и неправильно выписанное лекарственное средство без последующе-

¹³ Louise Finer and Judith Bueno de Mesquita, *Conscientious objection: Protecting Sexual and Reproductive Health Rights* (Colchester, Essex, University of Essex, 2010).

¹⁴ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6th ed. (Geneva, 2011), p. 2.

¹⁵ Axel I. Mundigo, "Determinants of unsafe induced abortion in developing countries", in Ina K. Warriner and Igbae H. Shah, eds., *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action* (New York, Guttmacher Institute, 2006), pp. 51–54.

¹⁶ WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Geneva, 2003), p. 86.

¹⁷ Lori Ashford, "Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries". (Washington, D.C., Population Reference Bureau, 2002). Available from: <http://www.prb.org/pdf/HiddenSufferingEng.pdf>.

го контроля или предоставления дополнительной информации¹⁸. Криминализация абортсв создает и закрепляет эти небезопасные условия. В более либеральных режимах женщины имеют возможность законным образом обращаться за услугами и лечением к профессиональным медицинским работникам в безопасных и подходящих с точки зрения медицины условиях, включая использование медицинских противозачаточных препаратов, которые позволяют на раннем этапе сделать безопасный, самостоятельный аборт.

27. Уголовный запрет абортсв является очень четким примером вмешательства государства в вопросы сексуального и репродуктивного здоровья женщины, потому что он ограничивает контроль женщины над своим телом, потенциально подвергая ее напрасным медицинским рискам. Уголовный запрет требует также от женщин продолжения незапланированной беременности и деторождения, когда это не является их выбором. Государства обязаны обеспечивать, чтобы женщины не получали отказа в доступе к необходимым медицинским услугам после абортсв, независимо от законности сделанного абортсв.

28. Государства также обязаны защищать право на здоровье от вмешательства третьих сторон. В государствах, где аборт запрещен, положения в области общественного здравоохранения и безопасности, касающиеся абортсв, такие как положения о профессиональной подготовке и лицензировании медицинских работников, не могут существовать, что, тем самым, увеличивает возможность существования небезопасной практики абортсв. Декриминализация, дополняемая соответствующим регулированием и предоставлением доступных, безопасных услуг в отношении абортсв, является наиболее оперативным методом обеспечения полной защиты права на здоровье от нарушений третьей стороны. Кроме того, государствам следует принимать меры по защите тех, кто делает абортсв и оказывает связанные с этим услуги, от преследования, насилия, похищений и убийства, совершаемых негосударственными субъектами (из религиозных или иных побуждений).

29. Государства должны принимать меры по обеспечению того, чтобы законные и безопасные услуги абортсв имелись в наличии и были доступными и хорошего качества. Однако после декриминализации абортсв становятся безопасными не сразу, а только после того, как государства создадут условия, при которых такие услуги могут быть предоставлены. К таким условиям относятся создание открытых и доступных клиник; обеспечение дополнительной профессиональной подготовки для врачей и медицинских работников; принятие требований по лицензированию; и обеспечение наличия самых современных и безопасных лекарственных средств и оборудования.

30. Женщины имеют право на равную защиту здоровья, предоставляемую государством в рамках обеспечения права на здоровье. Независимо от правового статуса абортсв, женщины имеют право получать доступ к товарам, услугам и информации, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем. В частности, они вправе иметь доступ к качественным медицинским услугам для лечения осложнений, включая те, которые возникают в результате небезопасных абортсв и выкидышей. Такой уход должен быть безусловным, даже когда существует угроза уголовного наказания, и он не должен быть обусловлен со-

¹⁸ Michael Vlassoff and others, "Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 3 (2009), pp. 114–121.

трудничеством женщины в каком-либо последующем уголовном преследовании или использоваться в качестве доказательства в каком-либо разбирательстве против нее или тех, кто выполнял процедуру. Законы не должны требовать, чтобы медицинский персонал информировал правоприменительные или судебные органы об обращении женщин за услугами по уходу в связи с абортом.

31. Полное запрещение в соответствии с уголовным правом лишает женщин доступа к тому, что в некоторых случаях является жизненно важной процедурой. Даже когда подпольный аборт может быть сделан в относительно безопасных, санитарных условиях, он может быть финансово недоступным для наиболее уязвимых женщин. Вместо этого бедные и маргинализированные женщины могут решиться на небезопасный, сделанный самостоятельно аборт. Там, где существуют очень незначительные изъятия из криминализации аборта, например, в целях спасения жизни женщины, доступ к информации о законных услугах аборта криминализация может эффективно блокировать. Эти изъятия часто остаются неизвестными для женщин, потому что существующая вокруг вопроса об абортах стигма препятствует распространению и обсуждению такой необходимой информации. Правовые ограничения в отношении наличия информации, касающейся аборт, также существуют, потому что уголовные законы часто включают в себя четкие положения, запрещающие производство и распространение информации.

32. Предоставление медицинских товаров и услуг низкого качества является одной из основных проблем, возникающих в связи с существованием правовых режимов криминализации аборта. В этих обстоятельствах отсутствие государственного и профессионального регулирования медицинской практики означает, что аборт выполняется неквалифицированными практиками в антисанитарных условиях с целью уклониться от исполнения закона¹⁹. И наоборот, когда аборт делают подготовленные медицинские работники в соответствующих условиях, аборт является одной из самых безопасных медицинских процедур²⁰. Кроме того, криминализация препятствует доступу специалистов-практиков к точной медицинской информации, и там, где изъятия из криминализации существуют, чувство страха, возникающее в связи с ассоциируемой с этим стигмой, может удерживать медицинских работников от стремления получить профессиональную подготовку или информацию по вопросам аборта. Медицинские работники, которые приняли решение делать аборт в таких обстоятельствах, могут, соответственно, не иметь информации и подготовки по соответствующей процедуре аборта и уходу после аборта, что снижает качество и сужает предложение законных аборт.

33. Работники здравоохранения иногда отказывают женщинам в доступе к законно предоставляемым услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья или просто отказываются лечить женщин, страдающих от осложнений в результате подпольного аборта, сделанного вне больницы. Из-за связанной с абортами стигмы медицинские работники могут также предоставлять женщинам неверную информацию, например, заявляя, что женщина может иметь только один законный аборт.

¹⁹ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates*, p. 7 (см. сноску 14 выше).

²⁰ WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance*, p. 14 (см. сноску 16 выше).

34. Маргинализация и уязвимость женщин в результате связанных с абортом стигмой и дискриминацией закрепляет и усиливает нарушения права на здоровье. Связанная с абортом стигма не позволяет женщинам обращаться за услугами по прерыванию беременности и мешает тем, кто сделал аборт, обращаться за лечением последующих медицинских осложнений. Массовое замалчивание случаев аборта — сообщается лишь о 35–60 процентах случаев — является одним из показателей масштаба стигмы в связи с абортом. Хотя многие социальные и культурные факторы создают и усиливают стигму, которая сопутствует абортам, криминализация аборта закрепляет дискриминацию и порождает новые формы общественного осуждения. Например, бесплодие женщины может быть неправильно понято как результат предыдущего аборта, в связи с чем «вина», ассоциируемая с абортом, в результате стигмы возлагается на женщину, вместо того, чтобы признать, что ее бесплодие может быть обусловлено различными не связанными с этим заболеваниями.

35. Стигма в результате криминализации создает порочный круг. В результате криминализации аборта женщины обращаются за подпольными и, скорее всего, небезопасными услугами по прерыванию беременности. Стигма, являющаяся результатом предоставления незаконных услуг по прерыванию беременности и, тем самым, нарушения закона, закрепляет понятие, что аборт является аморальной практикой и что эта процедура изначально небезопасна, что затем усиливает сохраняющуюся криминализацию этой практики.

36. Криминализация аборта имеет также серьезные последствия для психического здоровья. Необходимость обращаться за незаконными медицинскими услугами и сильная стигматизация и процедуры аборта, и женщин, которые обращаются за такими процедурами, могут оказывать разрушительное воздействие на психическое здоровье женщин²¹. Иногда женщины совершают самоубийство из-за накопившегося давления и стигмы в связи с абортом²². В юрисдикциях, где изнасилование не является основанием для прерывания беременности, женщины и девочки, забеременевшие в результате изнасилования, но не желающие продолжать свою беременность, вынуждены либо вынашивать беременность, либо искать возможность сделать незаконный аборт. Оба варианта могут стать причиной больших переживаний. Делая выбор в пользу любого из этих вариантов, те, кто ищет возможность сделать аборт, и те, кто не ищет такой возможности, подвергают свое эмоциональное здоровье и благополучие значительному негативному воздействию из-за общего страха быть разоблаченной и подвергнуться судебному преследованию и наказанию в рамках системы уголовного правосудия. Кроме того, хотя есть много документальных подтверждений психологического воздействия, испытываемого во время поисков незаконного аборта или вынашивания нежелательной беременности, каких-либо соответствующих доказательств, подтверждающих существование долгосрочных последствий для психического здоровья в результате аборта по собственному решению пациентки, не существует²³.

²¹ WHO, *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health* (Geneva, 2008), p. 54.

²² Там же, стр. 52.

²³ Vignetta E. Charles and others, "Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence", *Contraception*, vol. 78, No. 6. (December 2008), p. 436.

2. Контроль над поведением во время беременности и родов и их криминализация

37. Охрана здоровья матери, до- и послеродовой уход и доступ к информации — все это составные элементы права на здоровье, подробно изложенного в Замечании общего порядка № 14. Кроме того, в статье 10.2 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах предусматривается, что матерям следует предоставлять особую защиту. В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин также признается, что женщинам следует предоставлять соответствующие услуги в связи с беременностью. В главе VII.A Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию отмечается, что репродуктивное здоровье включает в себя доступ к услугам, обеспечивающим женщинам возможность безопасно проходить через беременность и деторождение²⁴. Несмотря на эти позитивные обязательства в поддержку женщин во время беременности и после рождения, некоторые государства подготавливают и принимают уголовные законы или иные правовые ограничения, запрещающие определенные формы поведения, что нарушает право на здоровье затрагиваемых женщин.

38. В некоторых юрисдикциях беременные женщины подвергаются судебному преследованию за различные виды поведения во время беременности. Ряд преследований имел место в отношении использования беременными женщинами незаконных лекарственных препаратов, в том числе в соответствии с ранее существовавшими законами, касающимися жестокого обращения с ребенком, покушения на убийство, убийства по неосторожности и убийства в результате преступной халатности. Уголовные законы также используются для судебного преследования женщин за другие виды поведения, включая употребление алкоголя во время беременности, рождение мертворожденного ребенка или выкидыш плода (см. A/HRC/17/26/Add.2, пункт 68), несоблюдение распоряжений врача, воздержание от сексуальных отношений и сокрытие факта рождения.

39. В некоторых случаях гражданское законодательство, касающееся благополучия ребенка, расширяется и включает в себя карательные санкции за дородовое употребление наркотиков, где такое употребление может служить основанием для лишения родительских прав и изъятия ребенка после рождения. В соответствии с этими законодательными системами положительные результаты токсикологического обследования беременной женщины или клинические признаки присутствия наркотиков в крови новорожденных могут считаться доказательством жестокого обращения с ребенком или недостаточного ухода за ним. В некоторых юрисдикциях медицинские специалисты обязаны проверять беременных женщин или новорожденных на присутствие наркотиков или могут это делать при условии уведомления женщины. В других системах принято законодательство, разрешающее институционализацию женщин, употребляющих наркотики во время беременности. Медицинские работники могут быть также обязаны информировать правительство о результатах проверки на наркотики.

40. В некоторых государствах криминализована также перинатальная передача ВИЧ. Например, в одной юрисдикции лицо, инфицированное ВИЧ (и осведомленное об этом факте), должно принимать все разумные меры предосторожности

²⁴ United Nations, *Treaty Series*, vol. 1249, No. 20378, art. 12.

рожности для предотвращения передачи ВИЧ другим лицам и, в случае беременной женщины, плоду, причем несоблюдение этого требования влечет за собой применение уголовных санкций (см. A/HRC/14/20, пункт 67). В этом случае не допускается никакого исключения или оправдания в связи с отсутствием доступа или недостаточным доступом к профилактическим медицинским товарам, услугам и информации. Законы из других юрисдикций, которые устанавливают ответственность за передачу ВИЧ в целом, могут также применяться к перинатальной передаче.

41. Криминализация поведения во время беременности препятствует доступу к медицинским товарам и услугам, посягая на право на здоровье беременных женщин. Там, где женщины боятся уголовного преследования, они могут воздерживаться от доступа к медицинским услугам и уходу, а также к информации, связанной с беременностью. Например, женщины могут не обращаться за предродовыми услугами, если им грозит опасность судебного преследования за передачу ВИЧ, что создает опасность для их здоровья и здоровья плода. Это подрывает задачи общественного здравоохранения в связи с ВИЧ, поскольку женщины могут совсем отказаться от тестирования, если им грозит уголовное наказание за передачу.

42. Хотя посягательство на личные свободы можно в какой-то степени оправдать целями общественного здравоохранения, существует много документальных свидетельств того, что цели общественного здравоохранения не реализуются посредством криминализации; скорее они ею чаще подрываются (см. A/HRC/14/20, пункт 51). Применение уголовного права для регулирования такого поведения, как употребление алкоголя во время беременности, является несоразмерной ответной мерой и неэффективным сдерживающим средством. Ряд профессиональных медицинских ассоциаций возражают против использования уголовного права в качестве средства борьбы со злоупотреблением беременными женщинами психоактивными веществами по причине его неэффективности и несоразмерности²⁵. В целях эффективного осуществления мероприятий в области общественного здравоохранения и одновременного поощрения права женщин на здоровье государствам следует не криминализировать такие виды поведения во время беременности, а скорее обеспечить предоставление медицинских товаров, услуг и информации, которые способствуют сохранению здоровья во время беременности и родов.

43. Некоторые уголовные законы эффективно перекладывают бремя реализации права на здоровье с государства на беременных женщин, наказывая женщин за недостаточно эффективное обеспечение медицинских товаров, услуг и просвещения правительством. Например, когда женщина, живущая с ВИЧ, должна принять все разумные меры предосторожности для предотвращения передачи плоду ВИЧ-инфекции, но имеет ограниченный доступ или совсем не имеет доступа к медицинскому обслуживанию и антиретровирусному лечению, государство оказывается неспособным обеспечить то, что необходимо женщине для того, чтобы избежать уголовного преследования. Специальный докладчик отметил, что там, «где право на доступ к адекватному медицинскому обслуживанию ... не обеспечивается, женщины просто не в состоянии принять необходимые меры предосторожности для предотвращения передачи инфек-

²⁵ National Advocates for Pregnant Women. "What's wrong with making it a crime to be pregnant and to have a drug problem?" (9 March 2006).

ции, что может поставить их под угрозу уголовной ответственности» (см. A/HRC/14/20, пункт 66). Поскольку предоставление медицинских товаров и услуг и обеспечение доступа к ним является ответственностью государства, то возможность того, что в соответствии с уголовным правом женщины могут наказываться за неадекватные действия правительства в этом отношении, представляется особенно неправильным.

3. Контрацепция и планирование семьи

44. ВОЗ определяет планирование семьи как процесс, который позволяет людям достичь желаемого количества детей и определять интервалы между беременностями, что достигается за счет использования методов контрацепции и лечения бесплодия²⁶. Использование методов планирования семьи является неотъемлемым компонентом права на здоровье. Контрацепция является методом регулирования рождаемости, с помощью которого осуществляется планирование семьи. Некоторые формы могут также использоваться для профилактики инфекций, передаваемых половым путем, прежде всего с помощью физических барьерных методов контрацепции, таких как презервативы. Существуют и другие различные формы контрацепции, от хирургической стерилизации до фармацевтических методов, таких как принимаемые перорально противозачаточные таблетки, которые не защищают от инфекций, передаваемых половым путем.

45. Планирование семьи дает возможность женщинам принимать самостоятельные и обоснованные решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья. Это снижает материнскую смертность благодаря более позднему сроку беременности у молодых женщин, которые в противном случае сталкивались бы с повышенным риском проблем со здоровьем и смерти в результате раннего возраста деторождения. Опыт показывает, что доступ к добровольному планированию семьи может снизить уровень материнской смертности в пределах от 25 до 40 процентов²⁷. Планирование семьи также ведет к снижению числа случаев небезопасного аборта и перинатальной передачи ВИЧ-инфекции. Использование презервативов приводит не только к снижению числа случаев инфекции, передаваемой половым путем, так как мужские презервативы, если они используются правильно и последовательно, на 98 процентов эффективны в предотвращении беременности²⁸.

46. Глобальная неудовлетворенная потребность в планировании семьи остается значительным препятствием на пути достижения целей, связанных с правами человека и развитием. По оценкам ВОЗ, 200 миллионов пар в развивающихся странах хотели бы отсрочить деторождение или прекратить рожать детей, но они не используют ни одного из методов контрацепции²⁶. В 2009 году 24 процента женщин репродуктивного возраста в наименее развитых странах, которые состояли в браке или в брачном союзе, сообщили, что они не хотят больше детей или хотят отсрочить рождение своего следующего ребенка²⁸. К причинам такой глобальной неудовлетворенной потребности относятся: огра-

²⁶ WHO, Family Planning, Fact sheet No. 351 (April 2011).

²⁷ World Bank, "Population issues in the 21st century: the role of the World Bank", Health, Nutrition and Population (Washington, D.C., April 2007).

²⁸ *World Contraceptive Use 2010* (POP/DB/CP/Rev 2010), available from <http://www.un.org/esa/populations/wcu2010/Main.html>.

ниченный доступ к средствам контрацепции; ограниченный выбор методов контрацепции; страх побочных эффектов или наличие такого опыта; сопротивление по культурным или религиозным причинам; низкое качество предоставляемых услуг; и гендерные барьеры.

47. Планирование семьи позволяет женщине принимать решение о деторождении и его сроках и, таким образом, является неотъемлемой частью развития и всестороннего участия женщины в жизни общества. В некоторых районах Африки к югу от Сахары показатели использования противозачаточных средств среди женщин со средним образованием в четыре раза выше, чем среди женщин без какого-либо образования, и почти в четыре раза выше среди женщин в наиболее богатых домохозяйствах, чем среди женщин в самых бедных домохозяйствах²⁹. По данным одного межнационального исследования, доля женщин в составе рабочей силы непосредственно связана с национальными показателями рождаемости³⁰. Была также отмечена сильная связь между использованием женщинами средств контрацепции и возможностями для работы вне дома; в одной стране средний рост дохода у женщин, имеющих от одной до трех беременностей, был вдвое выше, чем у женщин, которые были беременны более семи раз³⁰.

48. Уголовное законодательство и другие правовые ограничения, которые сужают или закрывают доступ к товарам и услугам в связи с планированием семьи, или к некоторым современным методам контрацепции, таким как экстренная контрацепция, представляют собой нарушение права на здоровье. В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин содержится призыв к государствам обеспечить доступ к специальной информации образовательного характера в целях содействия обеспечению здоровья и благосостояния семей, включая информацию и консультации по планированию семьи, а также доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, включая информацию, консультации и услуги в области планирования семьи³¹. В Замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам содержится призыв к государствам принять меры по «повышению качества услуг в области здоровья матери и ребенка, полового и репродуктивного здоровья, включая доступ к программам планирования семьи ... и доступ к информации и ресурсам, необходимым для принятия мер в соответствии с этой информацией» (см. E/C.12/2000/4, пункт 14).

49. В принципе 8 главы II Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию подтверждается, что государства должны принимать все необходимые меры, чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин всеобщий доступ к медицинским услугам, в том числе услугам, связанным с охраной репродуктивного здоровья, которое включает в себя планирование семьи и сексуальное здоровье. Здесь же подчеркивается необходимость участия и отмечается, что программы планирования семьи являются наиболее успешными, когда женщины в полной мере участвуют в разработке, обеспечении, предоставлении и оценке услуг. Далее там же говорится, что правительства должны устранить все ненужные юридические, медицинские, кли-

²⁹ *Millennium Development Goals Report 2010* (United Nations publication, Sales No. E.10.I.7), p. 37.

³⁰ World Bank, "Population issues", p. 26 (см. сноску 27 выше).

³¹ United Nations, *Treaty Series*, vol. 1249, No. 20378, articles 10(h), 14(b).

нические и нормативные барьеры для информации и для доступа к услугам и методам в области планирования семьи. В пункте 96 Пекинской платформы действий заявляется, что права человека женщин включают в себя их право контролировать и свободно и ответственно решать вопросы, связанные с их сексуальностью, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, без принуждения, дискриминации и насилия.

50. Тем не менее, во многих государствах доступ к товарам и услугам в области планирования семьи серьезно ограничен уголовными законами и иными правовыми ограничениями. В этих юрисдикциях женщины и мужчины (особенно из бедных слоев населения) не имеют доступа к безопасной и эффективной контрацепции и лишены права свободно решать вопросы своего воспроизводства.

51. Например, некоторые государства ввели уголовную ответственность за распространение и использование экстренной контрацепции³², обосновывая существование таких законов утверждениями, что экстренная контрацепция является абортивным средством. ВОЗ, однако, подтверждает, что экстренная контрацепция является допустимой формой контрацепции³³. Женщины, которые в результате таких законов сохраняют незапланированную беременность, также могут столкнуться с неблагоприятными последствиями для физического и психического здоровья³⁴. В то же время женщины, которые не имеют доступа к экстренной контрацепции в результате уголовно-правовых запретов, в конечном итоге могут быть вынуждены искать возможность сделать подпольный аборт, тем самым подвергая себя связанному с этим риску для здоровья.

52. Ограничение доступа к хирургическим методам контрацепции также противоречит обязательствам государств обеспечивать предоставление и доступность качественных услуг. Например, перевязка маточных труб, безопасная и эффективная процедура стерилизации для женщин, в некоторых странах по закону запрещена, за исключением небольшого числа обстоятельств, когда эта процедура необходима с терапевтической точки зрения. В совокупности с законами, устанавливающими уголовную ответственность за насилие, ставшее причиной необратимого членовредительства, данный закон предусматривает для медицинских работников, которые выполняют эту процедуру, уголовную ответственность, тем самым ограничивая доступ женщин к этому методу контрацепции. Вместо этого женщины могут обращаться за услугами по выполнению процедуры перевязки маточных труб в нелегализованные медицинские учреждения, и тогда им потенциально угрожает опасность столкнуться с осложнениями для здоровья, а также женщины из бедных слоев населения, которые не могут позволить себе такие процедуры, практически лишаются к ним доступа.

53. К другим законам, ограничивающим доступ к программам планирования семьи и контрацепции, относится общегородской *де-факто* запрет на так называемую «искусственную» контрацепцию в одной юрисдикции, который создает значительные трудности для женщин в получении доступа к надежным

³² Eileen Kelly. "Crisis of conscience: pharmacist refusal to provide health care services on moral grounds", Employee Responsibility Rights, vol. 23, No. 1 (2011), 37–54.

³³ WHO, Emergency contraception, Fact Sheet No. 244 (revised October 2005). Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>.

³⁴ WHO, *Mental health*, p. 55 (см. сноску 21 выше).

формам контроля над рождаемостью (см. A/HRC/14/20/Add.1). В общей сложности 70 процентов соответствующего населения, большая часть которого принадлежит к бедным и маргинализированным слоям, зависит от правительственных учреждений в плане получения услуг, включая женскую стерилизацию, оральные контрацептивы, внутриматочные средства и инъекции (там же). Данный запрет привел к абсолютному лишению многих женщин и мужчин доступа к услугам по планированию семьи и контрацепции. В других случаях государства требуют, чтобы перед приобретением различных форм контрацепции женщины получали согласие супруга, а подростки получали согласие родителей. Другие юрисдикции разрешают фармацевтам, а в некоторых случаях аптекам, не отпускать средства экстренной контрацепции, которые в иных случаях отпускаются на законных основаниях. Эти законы непосредственно нарушают право женщин и девочек принимать свободные и осознанные решения в отношении своего сексуального и репродуктивного здоровья и отражают дискриминационные представления о роли женщины в семье и обществе.

54. Женщины также имеют право участвовать в принятии всех решений, затрагивающих вопросы их сексуального и репродуктивного здоровья, на всех уровнях принятия решений. Опыт показывает, что участие женщины в решении вопросов использования контрацептивных средств на уровне общины повышает ее самостоятельность и способность свободно решать вопрос использования презервативов, что не только обеспечивает ее средствами контроля над рождаемостью, но и защищает ее собственное здоровье в плане предотвращения инфекций, передаваемых половым путем³⁵.

55. Обязательство уважать право на здоровье требует от государств воздерживаться от ограничения доступа к противозачаточным и другим средствам поддержания сексуального и репродуктивного здоровья. Поэтому государствам следует упразднить уголовные законы и другие правовые ограничения, в том числе законы, требующие родительского согласия, и другие разрешения третьей стороны, в целях обеспечения доступа к программам планирования семьи и товарам, услугам и информации в отношении контрацепции. Обязательство защищать требует от государств обеспечивать, чтобы ни третьи стороны, ни вредная общественная или традиционная практика не мешали доступу к пред- и послеродовому уходу и планированию семьи (см. E/C.12/2000/4, пункт 35), и не ограничивали доступ к некоторым или всем методам контрацепции. И наконец, обязательство обеспечивать включает в себя принятие и осуществление национальной стратегии общественного здравоохранения, которая предусматривает обеспечение «широкого ассортимента услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая доступ к планированию семьи (...) и доступ к информации (см. E/CN.4/2004/49, пункт 29)».

³⁵ Например, в Калькутте, Индия, уровень использования презервативов среди работников секс-бизнеса вырос с 3 до 90 процентов в течение семи лет в результате возглавляемого общиной структурного мероприятия под названием «Проект Сонагачи». См. T. Ghosea and others, "Mobilizing collective identity to reduce HIV risk among sex workers in Sonagachi, India: the boundaries, consciousness, negotiation framework", *Social Science Medicine*, vol. 67, No. 2 (2008), pp. 311–320.

4. Просвещение и информация по охране сексуального и репродуктивного здоровья

56. Предоставление комплексного просвещения и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья является важным компонентом права на здоровье и на осуществление других прав, таких как право на просвещение и на доступ к информации. Таким образом, уголовные и другие законы, ограничивающие доступ к комплексному просвещению и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья, несовместимы с полным осуществлением права на здоровье и должны быть государствами упразднены (см. E/C.12/2000/4, пункт 11). С неблагоприятным воздействием таких барьеров сталкиваются и женщины, и мужчины. Женщины, однако, испытывают несоразмерно большее воздействие.

57. В Замечании общего порядка № 14 акцент делается на доступ к информации, поскольку этот аспект весьма важен для права на здоровье (там же, сноска 8), и, в частности, гарантируется доступ к информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья. От государств дополнительно требуется обеспечивать адекватные ресурсы и воздерживаться «от проверки, сокрытия или преднамеренного искажения информации по вопросам здоровья, включая информацию и учебные материалы по вопросам полового здоровья (см. E/C.12/2000/14, пункт 14)». Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин рекомендовал, чтобы во всеобщем понимании содержание сексуального и репродуктивного просвещения включало в себя темы репродуктивных прав, ответственного сексуального поведения, сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД, профилактики подростковой беременности и планирования семьи³⁶, и подчеркнул, что крайне необходимы просветительские кампании для борьбы с вредной практикой, такой как нанесение увечий женским половым органам³⁷. Комплексное просвещение и информация по охране сексуального и репродуктивного здоровья также полезны в деле сокращения разрыва в знаниях между мужчинами и женщинами по этим вопросам³⁸.

58. В Международных руководящих принципах по вопросам сексуального просвещения Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) оптимальное сексуальное просвещение описывается как «соответствующий возрасту и комплексный подход, учитывающий культурные особенности ..., который включает программы, обеспечивающие получение научно обоснованной, реалистичной, непредвзятой информации»³⁹. Кроме того, комплексное просвещение и информация по охране сексуального и репродуктивного здоровья должны обеспечивать «возможности для изучения собственных ценностей и установок и для развития навыков в принятии решений, общении и снижении рисков по всем аспектам сексуальности»³⁹. Специальный докладчик по вопросу о праве на образование также подчеркнул, что комплексная учебная программа должна учитывать сексуальное разнообразие и гендерные аспекты (см. A/65/162, пункт 23).

³⁶ См. A/56/38, пункт 224; A/56/38, пункт 303; A/53/38, пункт 349; CEDAW/C/PHI/CO/6, пункт 28.

³⁷ См. E/C.12/1/Add.78, пункт 31; и E/C.12/1/Add.62, пункт 39.

³⁸ UNAIDS, *Global Report on the AIDS Epidemic 2008* (Geneva, 2008).

³⁹ UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach to Effective Sex, Relationships and HIV/STI Education* (Paris, 2009), p. 61.

59. Законы, ограничивающие информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье и предусматривающие цензуру дискуссий по вопросам гомосексуализма в классе, усиливают стигму и дискриминацию уязвимых меньшинств⁴⁰. Например, законы и стратегии, поддерживающие просвещение, основанное исключительно на методах воздержания, сводит сексуальное просвещение, учитывая его сосредоточенность на продолжении рода, до представлений и стереотипов, признающих нормальными только гетеросексуальные отношения; некоторые из этих программ даже имеют явно дискриминационный характер по отношению к гендерной и сексуальной ориентации⁴¹. В некоторых случаях за участие в дискуссиях на «неуместные» сексуальные темы с их учениками в ходе обсуждения вопросов сексуального и репродуктивного здоровья в классе учителям грозило увольнение или возбуждение судебного дела. В других случаях, в русле политики, основанной только на методах воздержания и борьбы с непристойностью, школьные округа, суды и законодатели запрещают организациям гражданского общества проводить встречи в государственных школах. Такие законы и политика закрепляют ложные и негативные стереотипы в отношении сексуальности, настраивают учащихся против нетрадиционной сексуальной ориентации и препятствуют принятию учащимися полностью обоснованных решений в отношении их сексуального и репродуктивного здоровья.

60. Даже в тех юрисдикциях, где просвещение по охране сексуального и репродуктивного здоровья в той или иной форме допускается, политические предписания могут значительно понизить его качество и эффективность. Государства содействуют распространению ложной информации об использовании презервативов либо путем распространения материалов, содержащих недостоверную информацию, либо путем замалчивания этой темы, что обеспечивает возможность распространения противоречивых и недостоверных сведений⁴². Аналогичным образом, кампании по пропаганде методов, основанных исключительно на воздержании от половых сношений в качестве средства предотвращения инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности, представляют собой не комплексный, а скорее узкий и односторонний подход. Опыт показывает, что такие программы, которым часто не достает точной и научно-обоснованной информации, почти или совсем не влияют на снижение передачи венерических заболеваний.

61. Исследования показали, что лишь некоторые молодые люди имеют точные знания о ВИЧ/СПИДе⁴³, при этом женщины, как правило, даже хуже информированы, чем мужчины. В одном исследовании ЮНЭЙДС для 147 стран было установлено, что тогда как более 70 процентов молодых мужчин признали, что презервативы могут защитить от ВИЧ, лишь 55 процентов молодых женщин назвали презервативы в качестве эффективной стратегии профилактики ВИЧ⁴⁴. Женщины и девочки испытывают непропорционально большое влияние правовых ограничений в отношении просвещения и информации по

⁴⁰ См. The International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHT) v. Croatia; Human Rights Watch, Rights at Risk, Executive Summary (2011); и BBC, "Brazil sex education material suspended by President" (25 May 2011). Available from <http://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-13554077>.

⁴¹ См. A/65/162, пункты 68 и 69; и A/HRC/14/20/Add.3, пункт 25.

⁴² UNESCO, Review of sex, relationships and HIV education in schools (2007), pp. 16 and 17.

⁴³ UNAIDS, *Global Report* 2008, p. 98 (см. сноску 38 выше).

⁴⁴ Там же.

охране сексуального и репродуктивного здоровья, что усиливает и усугубляет гендерное неравенство, как и демонстрируют эти цифры. Наличие правовых ограничений в отношении доступа к информации и просвещению по охране сексуального и репродуктивного здоровья приводит к предоставлению недостоверной информации через неофициальные источники, которые зачастую являются неточными и могут усиливать негативные гендерные стереотипы. В результате молодые женщины оказываются в меньшей степени подготовленными к сексуальной и репродуктивной жизни, что делает их уязвимыми к принуждению, насилию и эксплуатации, а также повышает риск незапланированной беременности, небезопасного аборта, материнской смертности, ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передаваемых половым путем⁴⁵.

62. В юрисдикциях, где аспекты сексуального и репродуктивного здоровья являются уголовно наказуемыми деяниями, наличие и доступность связанной с этим информации существенно ограничены. Например, уголовные кодексы могут содержать конкретные положения, запрещающие распространение информации по вопросам предотвращения или прерывания беременности или материалов, которые якобы вступают в конфликт с понятиями морали и приличия. Наказания могут быть в диапазоне от штрафа до лишения свободы. Более того, ограничение информации, касающейся здоровья, может быть непреднамеренным результатом законов, относящихся к другой информации, таких как законы о порнографии, которые могут также распространяться на уголовную ответственность за материалы о сексуальном и репродуктивном здоровье⁴⁶. Таким образом, реально запрещаются программы и мероприятия в области общественного здравоохранения и расширения прав и возможностей, которые полагаются на такую информацию — просветительские кампании по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и венерических заболеваний, планирования семьи, домашнего насилия, дискриминации по признаку пола, калечащих операций на женских половых органах, сексуального разнообразия, сексуального и репродуктивного здоровья в целом. Наиболее вероятно, что из-за этого пробела в наличии услуг и программ пострадают женщины и девочки, потому что они подвергаются повышенному риску в отношении ВИЧ/СПИДа и венерических заболеваний, материнской смертности, небезопасных аборт и нежелательной или незапланированной беременности.

63. Неоднократно доказано, что адекватные знания о сексуальном и репродуктивном здоровье являются эффективным средством снижения показателей материнской смертности; предупреждения нежелательной беременности, небезопасных аборт, ВИЧ/СПИДа и других инфекций, передаваемых половым путем; отсрочки наступления половой активности; расширения знаний о способах планирования семьи, а также защиты от гендерного насилия (см. E/C.12/2000/4, пункт 21). Расширение прав и возможностей женщин на основе комплексного просвещения и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья также необходимо потому, что молодые женщины часто имеют меньше власти или прав в своих взаимоотношениях, что делает их особенно уязвимыми к принуждению, насилию и эксплуатации⁴⁷. В качестве инструмента для расширения прав и возможностей и средства критической оценки ген-

⁴⁵ UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education*, p. 2 (см. сноску 39 выше).

⁴⁶ Amnesty International, *Left Without Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia* (London, 2010).

⁴⁷ См. UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education*, p. 20 (см. сноску 39 выше).

дерного неравенства и стереотипов, комплексное просвещение и информация становятся также одним из способов разрушения глубоко укоренившейся системы патриархата; системы, которая закрепляет нарушения прав женщин, в том числе их права на здоровье (см. A/65/162, пункты 7–9). Обеспечивая женщин знаниями и навыками, касающимися их сексуального и репродуктивного здоровья, связанные с этим просвещение и информация повышают их свободу в принятии обоснованных решений в отношении здоровья и содействуют их равноправному участию в жизни общества.

64. Государства, которые осуществляют и обеспечивают соблюдение уголовных или других законов в целях ограничения доступа к информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья, активно сужают доступ к информации и, следовательно, не выполняют свои обязательства уважать право на здоровье. Вследствие таких законов и стигмы, которую они порождают, третьи стороны, такие как учителя, издатели или книготорговцы также могут лишать женщин и девочек доступа к необходимым материалам по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Обязанность государств обеспечивать право на здоровье требует, чтобы они разрабатывали стратегии для обеспечения возможности каждому, особенно женщинам и молодым девочкам, получать комплексное просвещение и информацию по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

V. Рекомендации

65. Применяя подход, основанный на праве на здоровье, государства должны проводить реформы, направленные на разработку и реализацию политики и программ, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья, в соответствии с требованиями международного права в области прав человека. В этой связи Специальный докладчик призывает государства:

а) разрабатывать политику и программы в области общественного здравоохранения, обеспечивающие распространение фактологической информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, а также о профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции;

б) разрабатывать комплексную политику и программы планирования семьи, которые обеспечивают товары, услуги и информацию по контрацепции широкого спектра и имеющиеся в наличии, доступные и хорошего качества;

в) отменить уголовную ответственность за предоставление и использование всех форм контрацепции и добровольной стерилизации для контроля над рождаемостью и упразднить требования о согласии супругов и/или родителей;

г) принять меры для обеспечения наличия, доступности и качества полного спектра методов контрацепции, включая как фармацевтические, так и хирургические методы контрацепции;

е) отменить уголовную ответственность за предоставление информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, включая основанное на

фактических данных просвещение по охране сексуального и репродуктивного здоровья;

f) разработать стратегии для обеспечения того, чтобы существующие уголовные законы, например, касающиеся порнографии, не применялись для ограничения доступа к основанной на фактах информации и просвещению по охране сексуального и репродуктивного здоровья;

g) принять меры по унификации национальных учебных программ в целях обеспечения того, чтобы просвещение по охране сексуального и репродуктивного здоровья носило комплексный характер, было основано на фактических данных и включало в себя информацию, касающуюся прав человека, гендерных аспектов и сексуальности;

h) отменить уголовную ответственность за аборт, в том числе связанные с этим законы, например те, которые касаются подстрекательства к абарту;

i) поручить уполномоченным органам, в качестве временной меры, рассмотреть возможность разработки политики и протоколов о введении моратория на применение уголовного законодательства в отношении аборт, включая юридические обязанности медицинских работников сообщать о женщинах в правоохранительные органы;

j) обеспечить безопасные, высокого качества медицинские услуги, включая аборт, с использованием услуг в соответствии с протоколами ВОЗ;

k) разработать политику и создать программы для обеспечения доступности и наличия безопасных, надежных и высококачественных услуг для лечения осложнений, связанных с аборт, и ухода после аборт, в соответствии с протоколами ВОЗ, особенно в странах, где аборт запрещен законом;

l) обеспечить общедоступность точной, научно-обоснованной информации, касающейся аборт и возможностей его законного предоставления, а также информации о том, что медицинские работники полностью осведомлены о законодательстве, касающемся аборт, и изъятиях из него;

m) обеспечить, чтобы изъятия, допускающие возможность отказа по моральным соображениям, были четко определены в своем охвате и хорошо регулировались в применении и чтобы в случае отказа со стороны лица, оказывающего услугу, выдавались направления в другие учреждения и предоставлялись альтернативные услуги;

n) приостановить/упразднить применение действующего уголовного законодательства в отношении различных форм поведения во время беременности, таких как поведение, связанное с вынашиванием плода, в первую очередь самопроизвольный аборт, употребление алкоголя и наркотиков и передача ВИЧ-инфекции.