

**Совет по правам человека**

Тридцать вторая сессия

Пункт 3 повестки дня

Поощрение и защита всех прав человека, гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, включая право на развитие**Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья****Записка секретариата**

Секретариат имеет честь препроводить Совету по правам человека доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Настоящий доклад, подготовленный во исполнение резолюции 24/6 Совета, посвящен праву подростков на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и настоятельной необходимости принятия мер по гарантированию оптимального здоровья и развития с учетом специфики подросткового возраста.

В настоящем докладе Специальный докладчик подробно рассматривает аспекты психического здоровья и прав на сексуальное и репродуктивное здоровье, проблемы токсикомании и борьбы с наркотиками, учитывая те особые трудности, которые они создают при обеспечении баланса между зарождающейся самостоятельностью подростков и их правом на защиту.

GE.16-05387 (R) 181416 180416



* 1 6 0 5 3 8 7 *

Просьба отправить на вторичную переработку



Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
II. Понимание подросткового возраста и его последствий для права на здоровье	4
A. Переходный период	4
B. Проблемы для права подростков на здоровье	6
C. Возможности для осуществления права на здоровье	7
III. Право на здоровье в подростковом возрасте	8
A. Концепция права на здоровье	8
B. Здравоохранение и другие медицинские услуги, имеющие жизненно важное значение для здоровья подростков	9
C. Глубинные и социальные факторы, определяющие состояние здоровья	10
D. Право не подвергаться дискриминации	13
E. Участие	14
F. Подотчетность	16
IV. Укрепление эмоционального благополучия и психического здоровья	17
A. Характер и масштабы распространения психических проблем в подростковом возрасте	17
B. Развитие эффективной системы услуг в области психического здоровья	19
V. Права подростков на сексуальное и репродуктивное здоровье	21
A. Природа прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и связанные с ними проблемы	21
B. Предоставление подросткам эффективных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья	23
VI. Подростки и борьба с токсикоманией и применением наркотиков	25
A. Природа подростковой токсикомании и связанные с ней проблемы	25
B. Предоставление эффективных услуг по борьбе с подростковой токсикоманией	26
VII. Выводы и рекомендации	28

I. Введение

1. Подростковый возраст (10–19 лет) является этапом жизни, на котором начинают наблюдаться более острые проявления неравенства в доступе к услугам, принятии жизненных решений и планах на будущее. Заложенные в этом возрасте основы, касающиеся эмоциональной защищенности, здоровья, образования, навыков, сопротивляемости и осознания прав, будут оказывать большое влияние на социальное, экономическое и политическое становление подростков. Поскольку невнимание к подросткам чревато серьезными потерями, существует убедительная аргументация в пользу уделения повышенного внимания праву подростков на наивысший достижимый уровень здоровья и развития.

2. В международных кругах, занимающихся вопросами здравоохранения и развития, подростковой проблематике придается растущее значение, что наиболее убедительно отражено в Глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 годы. Речь идет о значимых, обнадеживающих обязательствах, которые теперь необходимо проводить в жизнь на местах.

3. Согласно оценкам, в мире насчитывается более 1,2 млрд. подростков, 88% которых проживают в развивающихся странах¹. Подростки составляют 18% мирового населения. Хотя для лиц подросткового возраста изначально характерен относительно низкий уровень смертности в сравнении с другими возрастными группами, этот возраст ассоциируется с появляющимися комплексными факторами риска, которые приводят к моделям поведения, влияющим на долгосрочные показатели заболеваемости и смертности². Верно и то, что подростки являются одной из групп, которые наименее качественно обслуживаются существующими учреждениями здравоохранения³.

4. По оценочным данным, в 2012 году по предотвратимым или излечимым причинам в мире умерло 1,3 млн. подростков⁴. Около 40% всех смертных случаев среди подростков (лиц в возрасте 15–24 лет) приходится на долю дорожно-транспортных происшествий, самоубийств и убийств, проявлений насилия и военных действий, утоплений и инцидентов с огнем⁵. Небольшая часть подростков страдает опасными для жизни и подчас неизлечимыми заболеваниями, причем, согласно оценкам, у большинства из них нет доступа к паллиативному уходу⁶.

5. Недостаток доступа к безопасным услугам и информации в сфере репродуктивного здоровья приводит к тому, что девочки-подростки относятся к группам наиболее высокого риска гибели или страданий от тяжелых или пожизненных травм, связанных с ранней беременностью и родами. Отсутствие эффективных стратегий и услуг в области психического здоровья подростков

¹ United Nations, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (2011).

² World Health Organization (WHO), *World Health Statistics 2014*.

³ WHO, *Health for the World's Adolescents*. См. на веб-сайте http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf.

⁴ WHO, “Adolescents: health risks and solutions”, factsheet No. 345 (2014).

⁵ George Patton and others, “Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data”, *The Lancet*, vol. 374 (2009), pp. 881-892.

⁶ Stephen Connor and others, “Assessment of the need for palliative care for children in South Africa”, *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 20, No. 3 (March 2014), pp. 130-134; и WHO and the World Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at End of Life* (2014), p. 19.

чревато серьезными пробелами в психосоциальном развитии, включая насилие в отношении подростков и в самой подростковой среде. Почти все указанные риски являются предотвратимыми, поскольку итоговые показатели зависят от физической и социальной среды, но при этом зачастую подвергаются воздействию моделей поведения подростков.

6. Степень и масштабы изменений в развитии, наблюдаемых в подростковом возрасте, по своей значимости уступают лишь опыту, пережитому в раннем детстве⁷. Хотя благодаря инвестициям, осуществленным за последние 20 лет, удалось добиться огромных положительных результатов для детей младшего возраста⁸, в то же время последствиям развития в течение второго десятилетия жизни директивные органы придавали намного меньше значения. За истекшие 50 лет состояние здоровья подростков улучшилось в значительно меньшей степени по сравнению с детьми младшего возраста⁹.

7. Хотя в подростковой среде есть много аспектов из области здоровья, которые вызывают озабоченность, в настоящем докладе Специального докладчика основное внимание уделено аспектам психического здоровья, проблемам токсикомании и борьбы с наркотиками и правам на сексуальное и репродуктивное здоровье, учитывая те особые трудности, которые они создают при обеспечении баланса между зарождающейся самостоятельностью подростков и их правом на защиту. Приняв за основу систему права на здоровье, Специальный докладчик подчеркивает значимость ценностного восприятия потенциала подростков и взаимодействия с ними как с партнерами в процессе разработки мероприятий, необходимых для осуществления права на здоровье и обеспечения оптимального подросткового развития.

8. Специальный докладчик признает неоднородность подростковой среды и тот факт, что в разных странах и регионах существуют различные дефиниции термина «подростковый возраст». Тем не менее в интересах согласованности и для удобства определения уровня здоровья подростков в настоящем докладе используется определение Всемирной организации здравоохранения, согласно которому подростками считаются лица в возрасте от 10 до 19 лет (вплоть до наступления двадцатилетия)¹⁰.

II. Понимание подросткового возраста и его последствий для права на здоровье

A. Переходный период

9. Подростковый возраст – это жизненный период с собственной внутренней значимостью, а не просто переход от детства к взрослой жизни. Он является важнейшим этапом развития человека, характеризующимся расширением когнитивных способностей и психологических навыков, в ходе которого мозг об-

⁷ R.M. Viner and others, “Adolescence and the social determinants of health”, *The Lancet*, vol. 379, No. 9826 (April 2012), pp. 1641-1652.

⁸ A/70/213.

⁹ Susan Sawyer and others, “Adolescence: a foundation for future health”, *The Lancet*, vol. 379, No. 9826 (April 2012), pp. 1630-1640.

¹⁰ См. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/en/ и www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/.

ладает высокой нейтральной пластичностью¹¹. Тот физический и психосоциальный потенциал, который накапливается в течение второго десятилетия, способствует расширению интеллектуальных способностей и эмоциональному функционированию во взрослой жизни человека¹².

10. Подростковое здоровье является результатом взаимодействия между развитием в раннем детстве и конкретным изменением биологических и социальных функций, наступающим с пубертатностью индивида, на которое оказывают влияние социальные устои, а также факторы риска и защиты, воздействующие на процесс приобретения стилей поведения в области здоровья¹³. Хотя у подростков есть возможность самостоятельно вносить вклад в собственное здоровье и благополучие, они могут достичь этой цели лишь при условии, если государства будут уважать и защищать их права и обеспечат им доступ к необходимым условиям, услугам и информации.

11. Подростковый возраст – это период движения по пути наращивания потенциала для самостоятельного принятия решений и отхода от защитной среды, ассоциируемой с ранним детством. Он сопровождается более активным экспериментированием, рискованностью и импульсивностью, увеличением влияния со стороны группы сверстников. Такие модели поведения способствуют росту сопротивляемости, характера и уверенности в себе, исследованию и осознанию установленных границ и отражают процесс постепенного отвыкания от защиты и привыкания к самостоятельности. Таким образом, хотя подростки в возрасте моложе 18 лет в соответствии с Конвенцией о правах ребенка продолжают иметь право на защиту от насилия, злоупотребления и эксплуатации, а также на наилучшее обеспечение их интересов, в характере этих мер защиты и их применении должны учитываться навыки, приобретенные в подростковом возрасте.

12. Переход к взрослой жизни характеризуется изменением природы взаимоотношений. В различных культурах подростки начинают придавать больше значения группе своих сверстников и подвергаться с ее стороны большему влиянию, нежели со стороны членов семьи и опекунов¹⁴. Кроме того, подростки начинают открывать свою сексуальность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность. Существует большое разнообразие сочетаний гендерной идентичности, выражения гендерной принадлежности и сексуальной ориентации, причем независимо от того, принимается ли такое разнообразие в рамках той или иной культуры¹⁵. Становится все более очевидным, что сексуальная ориентация и гендерная идентичность основаны на сложном взаимодействии биологических, генетических и социальных факторов и что у индивидов практически нет выбора при их определении¹⁶.

¹¹ Susan Sawyer and others, “Adolescence: a foundation for future health”.

¹² WHO, *Health for the World's Adolescents*.

¹³ Susan Sawyer and others, “Adolescence: a foundation for future health” (реферат).

¹⁴ Clea McNeely and Krishna Bose, “Adolescent social and emotional development : a developmental science perspective on adolescent human rights”, в публикации *Human Rights and Adolescence*, Jacqueline Bhabha, ed. (2014).

¹⁵ Ibid.

¹⁶ См. www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx.

13. Для оказания подросткам содействия в успешном преодолении нелегкого пути к здоровому эмоциональному, психосоциальному, физическому и сексуальному развитию необходимо признать их права на получение информации, на свободу выражения мнений и свободу ассоциации, на защиту от всех форм насилия, безопасность, физическую неприкосновенность и семейную жизнь, а также на уважение их достоинства и на развитие способностей.

В. Проблемы для права подростков на здоровье

14. Хотя за последние годы возможности подростков в разных частях мира расширились, второе десятилетие жизни сопряжено с растущим воздействием рисков для права на здоровье, включая риски насилия, надругательства, сексуальной или экономической эксплуатации, торговли людьми, пагубных видов традиционной практики, миграции, радикализации, вербовки в преступные или военизированные группы, самоповреждения, токсикомании, наркотической зависимости и ожирения. Проявления гендерного неравенства становятся более явными, например, в случаях, когда девочки начинают страдать от детских браков, сексуального насилия и низких уровней доступа к среднему образованию. Мир, в котором живут подростки, изобилует серьезными проблемами, включая бедность и неравенство, изменение климата и ухудшение состояния окружающей среды, урбанизацию и миграцию, коренные изменения возможностей в сфере занятости, старение населения, рост расходов на медицинское обслуживание и эскалацию кризисов, связанных с гуманитарной сферой и безопасностью¹⁷.

15. Слишком часто государственная политика в отношении подростков характеризуется целевыми или карательными мероприятиями, направленными на решение таких проблем, как подростковая преступность и насилие, а также на преодоление потенциальных вызовов, включая токсикоманию и половую жизнь; при этом, как правило, мало внимания уделяется формированию позитивной среды, обеспечивающей успешное развитие подростков. В ходе принятия карательных и чрезмерных биомедицинских мер не учитываются мощные социально-экономические факторы, влияющие на поведение, возможности и благополучие подростков. Стигматизация, демонизация и дискриминация подростков, например, путем представления их поведения и разнообразия в виде преступных или патологических проявлений, оказывает негативное воздействие на ту роль, которая отведена им в обществе, на их самоуважение, благополучие и чувство уверенности в собственных силах. В таких подходах игнорируются интересы подростков, комплексный характер их развития и присущее им право на здоровье.

16. Универсальная политика, ориентированная на детей и молодежь, зачастую не обеспечивает решение проблем подростков, особенно в возрасте 10–14 лет. Ввиду недостаточной осведомленности о специфике их здравоохранительных потребностей или понимания этих потребностей подростки могут оказаться выпавшими из поля зрения. На пути к медицинскому обслуживанию они сталкиваются с многочисленными препятствиями, включая ограничительные законы и политику; отсутствие контрацептивов или безопасных абортов; недоступность услуг из-за отсутствия информации, их удаленности или стоимости; неспособность обеспечить неприкосновенность частной жизни и

¹⁷ UNICEF, *The State of the World's Children 2011: Adolescence — An Age of Opportunity* (2011).

конфиденциальность; требования о согласии или уведомлении родителей; оказание услуг в неуважительной, враждебной, предвзятой или невежливой форме; и дискриминацию в отношении определенных групп подростков, в том числе подростков-инвалидов, подростков, живущих и работающих на улице, пострадавших от секс-торговли или относящихся к традиционным маргинальным группам¹⁸. Государства несут позитивные обязательства в области прав человека, которые предусматривают гарантирование прав подростков и осмысленное взаимодействие с ними в целях выявления их потребностей и приоритетов.

17. Стремительная глобализация и связанные с ней социальные и культурные изменения, стимулируемые наступлением цифровых технологий, приводят к тому, что многие подростки живут в мире, который резко отличается от мира окружающих их взрослых с точки зрения информации, скорости перемен, социальных норм, рисков, устремлений и перспектив. Хотя эта активно меняющаяся среда открывает перед подростками большие возможности, в то же время она может создать и серьезные проблемы для их прав, например, на неприкосновенность частной жизни, на осознанное согласие и свободу от эксплуатации, которые чреваты тяжелыми последствиями, в частности для их психического здоровья и благополучия. Кроме того, скорость изменений может затруднять взаимопонимание между поколениями, подрывая возможности родителей и других опекунов по даче рекомендаций, необходимых для защиты и поощрения права подростков на здоровье.

18. Одной из наиболее серьезных проблем для поощрения прав подростков является отсутствие данных в разбивке по возрасту, полу и инвалидности¹⁹. Без адекватных данных государства оказываются лишенными фактического материала для выработки политики в сфере здравоохранения, выявления пробелов и аргументации в пользу выделения соответствующих ресурсов.

С. Возможности для осуществления права на здоровье

19. Подростки являются проводниками перемен в обществе: они способны привнести динамизм, гибкость, творчество и энергию для осуществления собственного права и права других людей на здоровье. Государствам следует заложить правозащитную основу для обеспечения здоровья подростков, руководствуясь признанием их сил, способностей и наработок, в то же время занимаясь вопросами воздействия социальных детерминантов здоровья. Уважение подростков, взаимодействие с ними и отношение к ним как к источнику жизненных сил способствует заложению основ эмоциональной безопасности, здравоохранения, образования и навыков, которые необходимы для всесторонней и эффективной реализации права на здоровье.

20. Подростки вправе выполнять все более важную роль в определении собственного здравоохранения. Уважение и признание их способностей неразрывно связано с наращиванием положительных результатов в сфере медицинского обслуживания. Налаживание партнерских отношений с подростками является ключевым условием для формирования среды, обеспечивающей реализацию их права на здоровье.

¹⁸ WHO, *Making Health Services Adolescent Friendly* (2012).

¹⁹ UNICEF, *The State of the World's Children 2011*.

21. В частности, ведущая роль подростков в применении и разработке новых коммуникационных технологий открывает перед ними возможности для выстраивания и использования систем поощрения их права на здоровье, например, благодаря распространению информации, сбору данных, разработке кампаний в области здравоохранения, просвещению в вопросах здоровья, разъяснительной работе и консультированию в кругу сверстников и посредничеству в урегулировании конфликтов. Целый ряд электронных ресурсов и мобильных приложений по тематике здоровья позволяют предоставлять информацию, расширять доступ к медицинской помощи, привлекать подростков к прохождению лечения и инициировать их выход из-под опеки. Наличие таких навыков и возможностей означает, что подростки находятся в уникальном положении для содействия в достижении целей в области устойчивого развития, в частности Цели 3, а также для мониторинга и подотчетности правительств в связи с заявленными обязательствами (резолюция 70/1 Генеральной Ассамблеи).

III. Право на здоровье в подростковом возрасте

A. Концепция права на здоровье

22. Если Конвенция о правах ребенка обеспечивает всеобъемлющую и обязательную нормативную базу для решения вопросов, связанных с правом на здоровье для подростков в возрасте до 18 лет, то другие договоры – такие, как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, – заложили правовую основу для всех категорий подростков, включая тех, чей возраст составляет 18–19 лет.

23. Дополнительные средства защиты для определенных групп населения предусмотрены в других договорах по правам человека, однако передовую роль в приложении усилий по осуществлению права на здоровье в отношении подростков играл Комитет по правам ребенка, прежде всего в своих замечаниях общего порядка № 4 (2003 год) о здоровье и развитии подростков в контексте Конвенции о правах ребенка и № 15 (2013 год) о праве ребенка на наивысший достижимый уровень здоровья.

24. Право подростков на здоровье тесно связано с другими правами человека, предусмотренными в этих договорах, такими как права ребенка на здоровое развитие, образование, досуг и отдых, социальное обеспечение и частную жизнь, а также не свободу от пыток, от всех форм насилия и от экономической, сексуальной и иной эксплуатации. Кроме того, право на здоровье неразрывно связано с недискриминацией и равенством, участием в жизни общества и подотчетностью. Здоровье и развитие подростков необходимо поощрять с применением комплексного, всеобъемлющего подхода к более широким детерминантам, которые влияют на возможности, выбор и дальнейшее развитие подростков.

25. Право на здоровье обеспечивает ценную нормативную основу, закрепленную в обязательстве относительно наилучшего обеспечения интересов подростков, наряду с признанием их растущих возможностей по принятию на себя более высокой ответственности за заботу о собственном здоровье. Кроме того, оно налагает на государства правовое обязательство по постепенному обеспечению подросткам наивысшего достижимого уровня здоровья; ликвидации дискриминации и проявлений неравенства, препятствующих справедливому пользованию правом на здоровье; обеспечению участия подростков в приложе-

нии соответствующих усилий; направлению максимального объема имеющихся ресурсов на реализацию права детей на здоровье; разработке надлежащего законодательства и политики, включая всеобъемлющий национальный план в области здравоохранения, в котором учитывается право подростков на здоровье; и по обеспечению подотчетности, в том числе эффективных средств правовой защиты.

26. Во многих странах частный сектор является важным поставщиком медицинских услуг и играет весьма заметную роль в сфере разработки и совершенствования лекарственных препаратов, товаров и технологий здравоохранения. Государствам следует обеспечивать распространение этих выгод на всех подростков²⁰.

В. Здравоохранение и другие медицинские услуги, имеющие жизненно важное значение для здоровья подростков

27. Государства должны принимать меры к тому, чтобы системы здравоохранения, включая службы по оказанию медицинской помощи, совместно с другими компетентными службами – такими как социальная служба, служба защиты детей и служба образования, – учитывали право подростков на здоровье. Им следует рассматривать весь комплекс аспектов подросткового здоровья и развития, включая укрепление здоровья, сексуальное и репродуктивное здоровье, психическое здоровье, паллиативный уход, непреднамеренное и преднамеренное нанесение телесных повреждений, насилие и вредные для здоровья модели поведения, которые могут появиться в подростковом возрасте.

28. Следует направлять усилия не столько на подготовку отдельных мероприятий и объектов инфраструктуры для подростков, сколько на уделение подросткам надлежащего внимания в рамках всех направлений политики, стратегий и программ, которые имеют к ним отношение. Нужно выстраивать системы здравоохранения и предоставлять услуги таким образом, чтобы при этом соблюдалось право на здоровье и другие соответствующие права подростков с учетом развития их потенциала. Этого можно достичь только путем гарантирования права подростков быть заслушанными и вносить вклад в планирование, осуществление, мониторинг и оценку услуг.

29. Право на здоровье предполагает обязанность государства обеспечивать наличие, доступность, приемлемость и качество медицинских услуг, товаров и учреждений. Государства должны принимать меры по обеспечению достаточного числа медицинских учреждений, товаров, услуг и программ для удовлетворения потребностей подростков, особенно тех, которые относятся к наиболее маргинальным группам.

30. Медицинские услуги, товары и учреждения должны быть доступны всем подросткам без дискриминации по какому бы то ни было признаку. Эта сфера включает в себя доступ к информации об их здоровье, а также о характере, наличии, местонахождении, стоимости и времени оказания услуг. Эти услуги должны быть физически доступными, в том числе для подростков из отдаленных или сельских общин и для подростков-инвалидов, а также предоставляться в местах, вселяющих в подростков уверенность в том, что их конкретные потребности в медицинской помощи будут удовлетворены.

²⁰ Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 15, пункт 42.

31. Услуги и товары должны быть экономически доступными, поскольку подростки редко имеют финансовые средства или являются финансово самостоятельными, чтобы ими можно было воспользоваться напрямую и без помощи родителей. На практике не следует забывать о том, что взимание платы с пациентов может стать препятствием для доступа к услугам.

32. Государствам следует разработать основной пакет мероприятий в интересах подростков, включая услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, которыми можно воспользоваться бесплатно. Эти услуги должны разрабатываться и предоставляться с учетом растущего потенциала, потребностей развития и принципа наилучшего обеспечения интересов подростков. При оказании услуг необходимо уважать права подростков на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, учитывать различные культурные особенности и ожидания и руководствоваться этическими нормами. Такие услуги должны оказываться с учетом гендерных аспектов и принадлежности пациента к сообществу лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов; они должны носить непредвзятый характер в отношении личностных характеристик подростков, выбора ими стиля или условий жизни и обеспечивать достойное и уважительное отношение ко всем подросткам сообразно их статусу носителей прав.

33. Все виды медицинского обслуживания должны быть целесообразными и качественными, оказываться квалифицированным персоналом, прошедшим соответствующую подготовку, особенно по аспектам права подростков на здоровье. Оборудование и медикаменты должны быть подходящими для подростков и регулярно проходить оценку на предмет качества оказываемых медицинских услуг.

34. Сектору здравоохранения следует играть ведущую роль в реализации планов развития в области права подростков на здоровье. При этом ключевое значение имеет межсекторальное сотрудничество, в том числе между секторами образования и социальной защиты, а соображения, касающиеся права на здоровье, должны включаться в соответствующие политические программы и стратегии.

С. Глубинные и социальные факторы, определяющие состояние здоровья

35. Право на здоровье – это не только право на медицинское обслуживание, но и право на обеспечение основополагающих социальных предпосылок для здоровья. Социальными предпосылками являются те условия, в которых человек рождается, растет, живет, трудится и стареет, влияющие на его состояние здоровья. Практика убедительно показывает, что наиболее важными предпосылками, определяющими здоровье подростков в мировом масштабе, являются факторы структурного порядка, такие, как национальное богатство, неравенство доходов, гендерные системы и доступ к образованию²¹. К дополнительным предпосылкам относятся общественные нормы, законодательство, политика и физическая среда, а также пространство онлайн-социальных сетей, которое оказывает растущее влияние на жизнь подростков.

²¹ R.M. Viner and others, “Adolescence and the social determinants of health”.

36. Государства должны принимать правовые, политические и иные меры с целью воздействия на основополагающие социальные предпосылки для здоровья подростков, включая дорожную и экологическую безопасность; расовые предрассудки; доступ к образованию; сохранение принудительных и ранних браков; телесные наказания; социальные, экономические, политические, культурные и правовые препятствия для медицинского обслуживания, в том числе услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья; неадекватность социальной защиты; помещение в учреждения; карательные законы о наркотиках; отсутствие всеобщего полового воспитания; криминализацию передачи и заражения ВИЧ и несообщение ВИЧ-статуса; криминализацию однополых отношений; и недостаточно строгое законодательство о продаже табачной и алкогольной продукции и товаров быстрого питания.

37. Меры по рассмотрению права на здоровье должны носить комплексный и всеобъемлющий характер, выходить за рамки оказания медицинских услуг и опираться на межведомственное взаимодействие. Государствам следует принимать во внимание и реагировать на особые проблемы, с которыми сталкиваются различные группы, такие, как подростки младшего и старшего возраста, мужчины, женщины и лица, относящиеся к лесбиянкам, геям, бисексуалам, трансгендерам и интерсексуалам.

Право на защиту от всех форм насилия

38. Угроза подвергнуться насилию в подростковый период возрастает настолько, что является одной из основных причин смертности и заболеваемости на втором десятилетии жизни²². Насилие проявляется в семье, в общине, на работе или в среде государственных субъектов.

39. К лицам, наиболее уязвимым от насилия, относятся девочки-подростки, подростки-инвалиды, подростки из числа лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов, подростки, проживающие в учреждениях, и подростки из общин, охваченных нерегулируемым оборотом оружия или вооруженным конфликтом. Среди опасностей, которые угрожают девочкам, следует отметить, например, сексуальное насилие и эксплуатацию, принудительные и ранние браки, убийства в защиту чести и ненадлежащие виды практики, нередко осуществляемые в учреждениях здравоохранения, такие, как принудительная стерилизация и принудительное производство аборта для девочек-инвалидов, а также принудительная проверка девственности²³.

40. Насилие в близких отношениях между подростками также широко распространено; оно влечет за собой как непосредственные, так и потенциально долгосрочные последствия для их физического, психического и социального здоровья. Помимо непосредственных последствий для здоровья, травма в результате насилия со стороны близкого партнера может привести к долгосрочным физическим нарушениям, к возникновению немедленных или затяжных проблем со здоровьем и к синдрому повторной виктимизации²⁴.

²² WHO, *Health for the World's Adolescents*.

²³ См. совместные общую рекомендацию № 31 Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин/замечание общего порядка № 18 Комитета по правам ребенка о вредной практике.

²⁴ C.C. Pallitto and V. Murillo, "Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador", *Journal of Adolescent Health*, vol. 42, No. 6 (2008), pp. 580-586.

41. Молодежь из числа лесбиянок, бисексуалов и трансгендеров подвергается опасности «карательного» изнасилования по признаку их сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Подростки непропорционально страдают от последствий вооруженного насилия; множество подростков получают увечья или гибнут в результате вооруженных конфликтов.

42. Отрядным фактом является то, что в формулировках целей в области устойчивого развития особое внимание уделено борьбе с насилием в отношении женщин и девочек. Однако масштабному насилию подвергаются и мальчики подросткового возраста. Мальчики, ставшие жертвой насильственного преступления, зачастую подвергаются суровым наказаниям со стороны государств, что создает порочный круг нарастающего насилия с нанесением серьезного ущерба их физическому и психическому здоровью и благополучию.

43. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка и рекомендациями Комитета по правам ребенка государства должны принимать меры с целью защиты подростков от конкретных форм насилия, с которыми они сталкиваются²⁵. Признание права подростков брать на себя более высокую ответственность не должно освобождать государства от обязательства гарантировать им защиту.

44. Право на защиту и право на более активное участие являются взаимоусиливающимися правами. Гарантирование подросткам права быть заслушанными, оспаривать нарушения своих прав и добиваться их восстановления дает им возможность активно осуществлять собственную защиту²⁶. При отсутствии таких гарантий миллионы подростков во всем мире будут обречены страдать от постоянных и крайне тяжелых нарушений своих прав.

45. Право на защиту распространяется и на проявления насилия в цифровой среде. С ростом масштабов пользования социальными сетями и онлайн-активности подростки становятся все более уязвимыми от «кибердавления», которое ассоциируется с широким спектром психических, психосоциальных, когнитивных, образовательных и медицинских проблем, включая депрессию и суицид, а также от других неудачных способов реагирования на проблемы, таких, как алкоголизм и наркомания. Однако принятие мер по ограничению доступа подростков к киберпространству не представляется ни целесообразным, ни возможным. Поэтому государствам следует выполнять свои обязательства через принятие комплексных стратегий, направленных на укрепление потенциала подростков в области самозащиты от ущерба в онлайн-среде, на усиление законодательства и механизмов правоприменения для борьбы со злоупотреблениями в Интернете, включая трансграничные злоупотребления, на борьбу с безнаказанностью и на подготовку родителей и специалистов по работе с детьми.

²⁵ См. статьи 19, 37 и 39 Конвенции о правах ребенка и замечание общего порядка № 13 Комитета по правам ребенка (2011 год) о праве ребенка на свободу от всех форм насилия.

²⁶ Замечание общего порядка № 13 Комитета по правам ребенка, пункт 63.

Семейная жизнь

46. Семья в ее различных формах и разновидностях представляет собой основную среду для обеспечения благополучия, защиты и развития детей и подростков. Признание разнообразных форм семьи необходимо для защиты и поощрения прав всех детей и подростков без какой бы то ни было дискриминации.

47. Безопасные семьи, на которые можно опереться, играют ключевую роль в оказании подросткам помощи в развитии их полномасштабного потенциала и достижении наивысшего здоровья во взрослой жизни. Поэтому поддержка семейного окружения очень важна для физического и психического здоровья детей и подростков. Государствам следует разрабатывать политику и услуги для поддержки семьи и повышения уровня их родительской квалификации, чтобы все дети могли расти в здоровой семейной среде.

48. При проведении политики защиты семьи и семейных ценностей следует избегать принятия мер, которые подрывают права человека отдельных членов семьи, в том числе женщин, подростков и детей младшего возраста²⁷. Такие подходы способны причинить вред, поскольку они могут во имя традиционных ценностей допускать или оправдывать насилие, закреплять неравенство полномочий внутри семьи и тем самым лишать подростков возможности пользоваться своими основными правами.

49. Государствам следует принимать конкретные меры к тому, чтобы подростки-инвалиды могли пользоваться своим правом на семейную жизнь и не разлучались со своими семьями против их воли. Государства должны обеспечивать предоставление родителям информации, подготовки и поддержки, чтобы они могли помочь своим детям подросткового возраста добиться наивысшего достижимого уровня здоровья.

D. Право не подвергаться дискриминации

50. Право не подвергаться дискриминации имеет основное значение для осуществления права подростков на здоровье. Дискриминация означает любое различие, исключение или ограничение, имеющие целью или следствием уничтожение или умаление признания, использования или осуществления всеми лицами на равных началах всех прав и свобод²⁸.

51. Подростковый возраст как таковой может служить основанием для дискриминации, поскольку многие подростки считаются опасными или враждебными, неспособными к принятию решений, их заключают под стражу, эксплуатируют или подвергают насилию непосредственно из-за их возраста. Поставщики медицинских услуг могут способствовать укоренению дискриминации в отношении подростков, отказывая им в медицинской помощи или в снабжении контрацептивами или же подвергая их грубому обращению, что отворачивает подростков от стремления получить медицинскую помощь, в которой они нуждаются. Подросткам, относящимся к маргинальным группам или слоям населения, таким как девочки, расовые или этнические меньшинства и коренные

²⁷ См. A/HRC/31/37, пункт 23.

²⁸ См. замечание общего порядка № 18 Комитета по правам человека (1994 год) относительно недискриминации.

народы, подросткам из числа лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов, подросткам-беженцам и подросткам-инвалидам грозит повышенная опасность социального отчуждения.

52. Для достижения фактического равенства государства должны принимать особые меры по сокращению или устранению условий, порождающих дискриминацию²⁹, путем введения всеобъемлющего законодательства и политики, а также меры позитивной дискриминации в целях сокращения или ликвидации структурных барьеров и исторических условий, которые приводят к прямой или косвенной дискриминации по любым признакам в отношении любой группы подростков.

Е. Участие

53. Согласно международным стандартам в области прав человека, люди должны принимать свободное, активное и значимое участие в принятии решений, касающихся их жизни³⁰. В частности, обязательства государств по статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах предусматривают, что право лиц и групп лиц на участие в процессах принятия решений, касающихся их здоровья и развития, должно являться неотъемлемым компонентом любой политики, программы или стратегии.

Право подростков быть заслушанными и рассматриваться в качестве носителей прав

54. Дети, в том числе подростки, не имеют полной самостоятельности взрослых, являясь в то же время носителями прав. В статье 12 Конвенции о правах ребенка рассматривается правовой и социальный статус ребенка, признается его способность формулировать свои собственные взгляды и свободно выражать эти взгляды по всем вопросам, затрагивающим ребенка, наряду с уделением взглядам ребенка должного внимания в соответствии с его возрастом и зрелостью³¹.

55. Эти положения получили широкое концептуальное осмысление в качестве права и принципа участия, которое имеет ключевое значение для реализации права подростков на здоровье как в индивидуальных вопросах, касающихся их собственного медицинского обслуживания, так и в более масштабных аспектах, таких, как формирование и развитие услуг в сфере здравоохранения. Наличие такого права предполагает фундаментальный сдвиг в традиционном статусе ребенка как пассивного получателя решений и действий со стороны взрослых.

56. Для обеспечения актуальности и эффективности предпринимаемых действий следует учитывать опыт, озабоченности, знания и творческие способности детей в ходе разработки, осуществления и мониторинга соответствующего законодательства, стратегий, услуг и программ, которые касаются их права на здоровье и развитие в школе, в общине, на местном и национальном уровнях³².

²⁹ См. замечание общего порядка № 15 Комитета по правам ребенка, пункт 12, и № 5 (2003 год) относительно общих мер по осуществлению Конвенции о правах ребенка, пункт 12.

³⁰ Всеобщая декларация прав человека, статья 21, и Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 25.

³¹ См. замечание общего порядка № 12 Комитета по правам ребенка (2009 год) о праве ребенка быть заслушанным.

³² Там же.

Для обеспечения права ребенка быть заслушанным и восприниматься серьезно одних лишь консультативных механизмов недостаточно. Подросткам необходимо предоставить безопасные пространства наряду с возможностями определять для себя наиболее проблемные аспекты и наделять их потенциалом для действия по этим аспектам. Особое внимание следует уделять подросткам-инвалидам, которым для реализации этого права необходимо предоставить помощь сообразно их инвалидности и возрасту³³.

Право на уважение развивающихся способностей

57. В подростковом возрасте право быть заслушанным и восприниматься серьезно переходит в право принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья и лечения. Концепция развивающихся способностей детей является правообразующим принципом, касающимся процесса взросления и обучения, в рамках которого дети постепенно приобретают знания и навыки³⁴.

58. Подростковый возраст – это не только период чрезвычайно активного когнитивного развития; он еще и связан с более глубоким осмыслением самого себя и общества, а также с навыками решения сложных вопросов и принятия во внимание точек зрения других людей³⁵. Эти события существенно отражаются на способности подростков брать на себя более высокую ответственность за принятие решений, связанных с правом на здоровье.

59. Тем не менее государства по-прежнему слишком часто отказывают подросткам в праве принимать самостоятельные и конфиденциальные решения относительно доступа к медицинскому обслуживанию, требуя от них уведомления или согласия родителей. Такие ограничения нередко отбивают у подростков желание обращаться за необходимыми услугами, чтобы избежать обращения к родителям за согласием, которое может обернуться для них отказом, порицанием, проявлением враждебности или даже насилием.

60. Государствам настоятельно рекомендуется рассмотреть вопрос о законодательном введении принципа презумпции компетентности, согласно которому подросток, нуждающийся в профилактическом или срочном получении товаров и услуг в сфере здравоохранения, в том числе в связи со своим сексуальным и репродуктивным здоровьем, имел бы необходимый статус для доступа к таким товарам и услугам. Как указал Комитет по правам, в случаях, когда предусмотрен минимальный возраст для выражения согласия, любой подросток, не достигший этого возраста, но проявляющий достаточный уровень понимания, должен иметь возможность давать согласие или отказываться в даче согласия. Государствам следует хотя бы обеспечить введение минимального возраста значительно ниже 18 лет, по достижении которого подростки имеют право давать согласие на услуги или отказываться от них без обязательного разрешения или уведомления их родителя, опекуна, супруга или близкого партнера. Право давать согласие на принятие тех или иных медицинских мер не идентично праву

³³ Конвенция о правах инвалидов, статья 7 (3).

³⁴ См. статью 5 Конвенции о правах ребенка и замечание общего порядка № 7 Комитета по правам ребенка (2006 год) об осуществлении прав ребенка в раннем детстве.

³⁵ Sarah-Jayne Blakemore and S. Choudhury, “Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, Nos. 3-4 (2006), pp. 296-312; и Sarah-Jayne Blakemore and Katheryn L. Mills, “Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?”, *Annual Review of Psychology*, vol. 65 (2014), pp. 187-207.

на получение консультативной помощи и рекомендаций, и поэтому в отношении последнего нельзя устанавливать какие-либо возрастные ограничения³⁶.

61. Особое внимание должно уделяться препятствиям, с которыми сталкиваются подростки-инвалиды, поскольку их мнения следует надлежащим образом учитывать сообразно их возрасту и зрелости на основе равенства с другими и поскольку им нужно предоставлять возможности для поддержки в принятии решений³⁷.

Г. Подотчетность

62. Подотчетность, включая ее составные компоненты – мониторинг, надзор и возмещение ущерба, – имеет основное значение для превращения права на здоровье из чаяния в реальность³⁸. Подотчетность позволяет определить, где удалось и где не удалось достичь прогресса, дает носителям обязанностей возможность пояснить, какую работу они проделали, и внести в нее коррективы, а также открывает перед носителями прав, включая подростков, перспективу взаимодействия с носителями обязанностей в области поощрения и защиты их прав и стремления к получению компенсации в случаях, когда были совершены нарушения³⁹.

63. Обязательство повышать уровень национальной и глобальной подотчетности, в том числе в вопросах здоровья подростков, предусмотренное в Глобальной стратегии по охране здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 годы, является отрадным фактом, как и расширенное обязательство в отношении подотчетности, фигурирующее среди целей в области устойчивого развития. В этой связи государствам следует обеспечивать качество и своевременный сбор надлежащих дезагрегированных данных, а также транспарентный и регулярный пересмотр законов, стратегий и программ, касающихся здоровья подростков. Мероприятия по национальной оценке или общественные исследования по вопросам права подростков на здоровье являются целесообразными и могли бы проводиться национальными учреждениями.

64. Подростки наряду с другими ключевыми субъектами гражданского общества должны играть в системе подотчетности динамичную роль: их следует активно привлекать к определению индикаторов на национальном и местном уровнях, отражающих те аспекты, которые, по их мнению, крайне важны для осуществления права на здоровье.

65. Для достижения этой цели необходимо разработать соответствующие стратегии и периодически пересматривать их в рамках транспарентного процесса и при участии подростков; в них следует включать индикаторы и контрольные показатели, касающиеся права на здоровье⁴⁰. Индикаторы должны указываться в разбивке по соответствующим признакам, включая те, которые

³⁶ Замечание общего порядка № 12 Комитета по правам ребенка.

³⁷ Замечание общего порядка № 1 Комитета по правам инвалидов (2014 год) о равенстве перед законом.

³⁸ WHO Commission on Information and Accountability, *Keeping Promises: Measuring Results* (2011).

³⁹ Helen Potts, *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (2008).

⁴⁰ Замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (2000 год) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, пункт 43 f).

определены в целях в области устойчивого развития, а именно по возрасту, доходу, полу, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности и местонахождению, чтобы отслеживать состояние здоровья маргинальных групп и слоев подросткового населения (см. задачу 17.18). Подростков и других соответствующих субъектов гражданского общества следует также активно вовлекать в процедуры проведения обзоров.

66. Государствам нужно принимать меры по обеспечению подросткам доступа к эффективным средствам правовой защиты для вынесения решений по делам о нарушениях их права на здоровье путем предоставления благоприятных, отвечающих интересам детей механизмов восстановления прав, уполномоченных выносить решения по жалобам, составленным подростками и поданным от их имени, а также доступа к субсидируемой или бесплатной правовой помощи и другим соответствующим видам содействия (см. A/HRC/25/35). Кроме того, государствам следует ввести превентивные средства правовой защиты, благодаря которым подростки могли бы оспаривать отказы в доступе к медицинским услугам⁴¹.

IV. Укрепление эмоционального благополучия и психического здоровья

A. Характер и масштабы распространения психических проблем в подростковом возрасте

67. Согласно оценкам, в мировом масштабе примерно 20% лиц в возрасте 14–24 лет ежегодно испытывают проблемы с психическим здоровьем⁴². Переход из детства во взрослую жизнь – это период повышенной уязвимости (половина всех пожизненных нервных расстройств проявляется к 14-летнему возрасту), которая в значительной степени обусловлена физическими, психологическими и эмоциональными изменениями, происходящими в течение этого периода. Исследования показывают, что депрессия является первопричиной заболеваний и инвалидности среди подростков, а самоубийство – третьей по счету причиной их смерти⁴³.

68. Слабое психическое здоровье может воздействовать на общее состояние здоровья и развитие подростков; с ним связаны многочисленные пагубные медицинские и социальные проявления, такие, как токсикомания, неспособность завязывать отношения, школьный отсев или неуспеваемость в учебе, противоправное поведение наряду с возросшей вероятностью наступления бедности и ограниченных возможностей для трудоустройства⁴⁴.

69. Риск приобретения психического расстройства усугубляется вследствие бедности и тяжелых событий, пережитых в детстве, включая, например, сексуальное и эмоциональное надругательство, издевательство и потерю родителей.

⁴¹ См. *LC v. Peru; P&S v. Poland*.

⁴² Vikram Patel, Benedetto Saraceno and Arthur Kleinman, “Beyond evidence: the moral case for international mental health”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, No. 8 (2006), pp. 1312-1315; и UNICEF, *The State of the World’s Children 2012: Children in an Urban World* (2012).

⁴³ WHO, “Adolescents: health risks and solutions”, factsheet No. 345.

⁴⁴ United Nations, *Mental Health Matters: Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions*, (2014).

Кроме того, более высокая степень опасности грозит подросткам, которые находятся в обстановке после конфликта или стихийного бедствия, которые являются бездомными и безнадзорными, сиротами, лесбиянками, геями, бисексуалами, трансгендерами и интерсексуалами либо которые попали в систему отправления правосудия в отношении несовершеннолетних. Среди подростков, оказавшихся в системе отправления правосудия в отношении несовершеннолетних, уровень психических расстройств намного выше, чем среди населения в целом: согласно оценкам, 70% из них имеют как минимум одно диагностируемое психическое заболевание⁴⁵.

70. В международной системе прав человека предусмотрена непосредственная обязанность государств укреплять психическое здоровье и эмоциональное благополучие подростков, предоставлять соответствующее психическое лечение и уход и обеспечивать полное признание прав лиц, страдающих психическим заболеванием, в законодательстве о психическом здоровье⁴⁶. Задача 3.4 целей в области устойчивого развития заключается в сокращении на одну треть показателя преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний путем профилактики, лечения и укрепления психического здоровья и благополучия. Эта задача должна в полной мере распространяться и на подростков.

71. Несмотря на эти обязательства и устремления, во многих странах налицо вызывающее тревогу отсутствие признания или осознания характера и масштабов проблем в сфере психического здоровья среди подростков. Факты показывают, что многие подростки считают эмоциональное благополучие наиболее важной здравоохранительной проблемой, с которой они сталкиваются, и им хотелось бы иметь более широкий доступ к качественной психиатрической помощи⁴⁷.

72. Потребности подростков в сфере психического здоровья по своему характеру отличаются от потребностей взрослых и требуют оказания целевых услуг. Однако наличие национальной системы здравоохранения с четко функционирующими, эффективными и ориентированными на подростков службами по-прежнему является скорее исключением, нежели правилом. Менее одной трети стран с низкими и средним доходом имеют специализированный орган по проблемам психического здоровья молодежи; при этом в большинстве из них отсутствует целевая политика, направленная на обеспечение психического здоровья молодежи⁴⁸. В странах, где такие органы существуют, они зачастую не соответствуют стандартам качества и даже способны нанести вред здоровью и развитию подростков. Подростки могут длительное время содержаться в переполненных стационарах, где попытки обеспечить их реабилитацию или социальную интеграцию практически не предпринимаются⁴⁹. Такие подходы приводят к нарушению прав человека подростков и не только не улучшают, но еще и ухудшают состояние их психического здоровья.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Конвенция о правах ребенка, статьи 24 (1) и (2) (b) и 6; замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам; и E/1995/22-E/C.12/1994/20.

⁴⁷ WHO, *Health for the World's Adolescents*.

⁴⁸ United Nations, *Mental Health Matters*.

⁴⁹ Vikram Patel and others, "Mental health of young people: a global public-health challenge", *The Lancet*, vol. 369, No. 9569 (2007), pp. 1302-13.

73. Предосудительное отношение к психическим заболеваниям со стороны общества и самих больных, проблемы с конфиденциальностью и отсутствие общей концепции являются препятствиями на пути к получению помощи, особенно для подростков, причем в странах с низким и средним доходом эта проблема усугубляется нехваткой качественных психиатрических услуг⁵⁰. Для подростков отношение поставщиков таких услуг является более важным, чем их технический опыт. Стремясь получить услуги, подростки нередко сталкиваются с негативной или враждебной реакцией со стороны сотрудников учреждений здравоохранения, что отворачивает их от продолжения попыток получения помощи. Однополое влечение по-прежнему рассматривается врачами многих стран как психическое отклонение⁵¹. Подростки из числа лесбиянок, геев и бисексуалов могут подвергаться вредным терапевтическим вмешательствам, направленным на устранение или подавление их половых инстинктов. Такая терапия была сочтена неэтичной, ненаучной, неэффективной, а в некоторых случаях и равносильной пыткам⁵².

В. Развитие эффективной системы услуг в области психического здоровья

74. Профилактика психических заболеваний и укрепление психического благополучия должны являться одним из главных направлений национальной политики в области здравоохранения. В планы действий следует включать программы научно обоснованных мероприятий, которые надлежащим образом финансируются и отслеживаются и которые направлены на усиление факторов защиты подростков, их семей и общин.

75. Таким образом, основное внимание должно уделяться повышению сопротивляемости, родительской поддержке, стимулированию адекватного стремления к получению помощи, формированию позитивно настроенных групп ровесников и школьной среды, обеспечению возможностей для оказания влияния и принятия решений, расширению прав и возможностей и эмоциональному просвещению. С другой стороны, в рамках таких программ может вестись борьба с опасными поведенческими проявлениями, такими как издевательства, суицидальное поведение, домашнее насилие и токсикомания.

76. От моделей, которые основаны на чрезмерной медикализации и на помещении в стационары, следует отказаться и заменить их ранними вмешательствами и всеобъемлющими многоотраслевыми ответными мерами на уровне общин. Стратегии обеспечения здоровья подростков должны разрабатываться при участии профессионалов в секторах здравоохранения, образования и социального обеспечения, которые могут наладить гибкую сеть услуг, включая школы, общинные профилактории и дневные психиатрические службы, встроенные в научно обоснованную биопсихосоциальную модель⁵³.

⁵⁰ Amelia Gulliver, Kathleen Griffiths and Helen Christensen, "Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review", *BMC psychiatry*, vol. 10, No. 1 (2010), p. 113.

⁵¹ United Nations Development Programme and USAID, "Being LGBT in Asia: China country report" and "Being LGBT in Asia: Cambodia country report".

⁵² A/HRC/29/23.

⁵³ G. Thornicroft and M. Tansella, "The balanced care model for global mental health", *Psychological Medicine*, vol. 43, No. 4 (2013), pp. 849-863.

77. Экономически эффективное государственное здравоохранение и психосоциальные мероприятия, включая социальную защиту, психовоспитание, наставничество, консультирование и психотерапию, а также подготовку родителей, должны иметься в наличии и быть доступны для всех нуждающихся подростков и их семей. Целью таких подходов является совершенствование поведения, комплексное развитие и привитие конкретных жизненных навыков, а также снижение потребности в медикаментозном лечении⁵⁴. Медикаментозная терапия и стационарные услуги могут быть необходимы как часть протоколов лечения в случаях тяжелых психических заболеваний, однако эти методы лечения следует применять с осторожностью. Школы находятся в благоприятном положении для укрепления эмоционального благополучия и психического здоровья и для профилактики психических расстройств, например, в рамках занятий по просвещению в вопросах психического здоровья⁵⁵.

78. Психосоциальные виды вмешательства не являются излишеством; напротив, они приобретают жизненно важное значение, когда применяются в соответствии с правами подростков, с соблюдением этических норм и на основе фактического материала. Так, Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции 65.4 отметила все более широкое подтверждение эффективности и рентабельности таких подходов для укрепления психического здоровья и профилактики нервных расстройств, особенно среди подростков. Кроме того, Комитет по правам ребенка настоятельно рекомендовал государствам применять и наращивать такие вмешательства в соответствии со своими обязательствами по поощрению права подростков на здоровье⁵⁶.

79. Государствам следует вкладывать средства в реализацию программ по изжитию устаревших воззрений и негативных взглядов на психические расстройства посредством распространения информации. В ходе планирования, разработки, осуществления и мониторинга услуг в сфере психического здоровья следует проводить консультации с подростками разных возрастов и представляющих различные взгляды. Необходимо направлять инвестиции на борьбу с гендерной дискриминацией в области психического здоровья и охватывать маргинальные группы населения, которые более других уязвимы от психических заболеваний и сталкиваются с более серьезными препятствиями при доступе к услугам.

80. Право на психическое здоровье должно опираться на правовую основу, полностью отвечающую стандартам в области прав человека, которые предусматривают уважение развивающихся способностей подростков-инвалидов и их физической неприкосновенности. Подростки, страдающие инвалидностью, которые содержатся в психиатрических учреждениях, уязвимы от пренебрежительного отношения, психического и физического надругательства, сексуального насилия, принудительной стерилизации или контрацепции.

⁵⁴ Peter Fonagy and others, *What Works for Whom?: A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents* (2014).

⁵⁵ "A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems: final report" (2015).

⁵⁶ Замечание общего порядка № 15 Комитета по правам ребенка.

81. Поэтому всем учреждениям следует принять и опубликовать принципы и нормы в сфере ухода за пациентами и создать безопасные и эффективные механизмы и системы отчетности для обеспечения соблюдения международных стандартов⁵⁷. Должны внедряться механизмы мониторинга, благодаря которым можно было бы сообщать о случаях нарушения прав подростков в психиатрических учреждениях и добиваться восстановления этих прав.

82. Вызывает беспокойство уязвимость постоянно растущего числа подростков среди жителей лагерей беженцев или просителей убежища. Государствам следует помнить о своих масштабных международных обязательствах по защите беженцев⁵⁸ и обеспечивать им необходимую помощь в осуществлении их прав, включая право на оптимальный уровень здоровья и благополучия.

V. Права подростков на сексуальное и репродуктивное здоровье

A. Природа прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и связанные с ними проблемы

83. Для здорового полового развития требуется не только физическая зрелость, но также понимание здорового сексуального поведения и позитивный смысл сексуального благополучия. Посвящение в половые отношения можно рассматривать как естественный, здоровый аспект подросткового возраста, и подростки имеют право на получение инструментов и информации для безопасной половой жизни. Сексуальная активность среди подростков широко распространена, хотя ее показатели весьма вариативны. При этом подростки во всем мире сталкиваются со значительными проявлениями дискриминации и препятствиями в доступе к информации, услугам и товарам, необходимым для защиты их сексуального и репродуктивного здоровья, что приводит к нарушениям их права на здоровье.

84. Многие подростки, в частности девочки и те, кто считает себя лесбиянками, геями, бисексуалами и трансгендерами, не решаются обращаться к медицинским работникам, ожидая от них предвзятого отношения, продиктованного общественными нормами или законами, которые стигматизируют или криминализируют их сексуальное поведение. Кроме того, для многих подростков право на сексуальное и репродуктивное здоровье еще в большей степени ущемляется из-за проявлений насилия, включая насилие на сексуальной почве и насилие в учреждениях, из-за принуждения к половым отношениям или браку, патриархальных и гетеронормативных устоев и ценностей. Это усиливает вредные гендерные стереотипы и неравенство полномочий, вследствие чего многим девочкам-подросткам трудно отказываться от половых отношений или настаивать на применении безопасных и ответственных форм сексуальной практики.

85. Необходимо обращать особое внимание на уязвимость мальчиков от физического и сексуального надругательства, а также на те серьезные препятствия, с которыми они сталкиваются при доступе к информации и услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. Подростки-интерсексуалы нередко сталкиваются с особыми проблемами вследствие необратимых хирургических операций, которые им проводят в раннем детстве без их согласия, а так-

⁵⁷ См. www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf.

⁵⁸ Конвенция о правах ребенка, статья 22.

же вследствие естественного развития их тел⁵⁹. Дискриминация в семье и обществе наряду с проявлениями дискриминации со стороны поставщиков медицинских услуг могут привести к отказу в доступе к медицинскому обслуживанию, а недостаток знаний и осведомленности в медицинском сообществе еще в большей степени затрудняет доступ к качественному обслуживанию⁶⁰.

86. Подростки-инвалиды нередко подвергаются принудительным медицинским процедурам, включая стерилизацию, аборт и контрацепцию, которые могут представлять собой пытку или жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение⁶¹. Девочки-инвалиды особенно часто сталкиваются с вызывающими тревогу проявлениями физического и сексуального насилия, причем зачастую не имея каких-либо средств правовой защиты или доступа к правосудию⁶². Многие медицинские учреждения придерживаются ошибочных, стереотипных взглядов на лиц, страдающих инвалидностью, в частности, считая их асексуальными, что способствует отказу этим лицам в доступе к информации, услугам и товарам из сферы сексуального и репродуктивного здоровья, а также к всеобъемлющему половому воспитанию⁶³.

87. Второй общемировой причиной смертности среди подростков является СПИД⁶⁴. В мировом масштабе подростки из ключевых групп населения, в том числе геи и мальчики-бисексуалы, подростки-трансгендеры, подростки, занимающиеся сексом за деньги, товары или блага, и подростки, употребляющие наркотики путем инъекций, также подвергают себя повышенной опасности заражения СПИДом. Особо уязвимыми являются девочки-подростки в странах с высоким уровнем распространения ВИЧ – в 2013 году на их долю пришлось 75% случаев нового инфицирования в Африке⁶⁵, – которые страдают от гендерного неравенства, вредной традиционной практики и карательных законов о совершеннолетии, признанных факторами распространения эпидемии этого заболевания⁶⁶. Упомянутым слоям и группам населения грозит непропорционально высокий риск стигматизации, дискриминации, насилия, отторжения со стороны семьи, криминализации и других нарушений прав человека при стремлении получить услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе риск отказа в доступе к медицинскому обслуживанию, такому, как взятие анализов, консультирование и лечение в связи с ВИЧ.

88. Таким образом, права на сексуальное и репродуктивное здоровье имеют жизненно важное значение. Сексуальное здоровье определено как «состояние физического, эмоционального, умственного и социального благополучия, связанного с сексуальностью, а не просто отсутствие болезней, дисфункций или недугов»⁶⁷. В статье 24 (2) (f) Конвенции о правах ребенка и в статье 12 (2) Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин признается право на просвещение и услуги в области планирования размера семьи,

⁵⁹ A/70/213.

⁶⁰ A/HRC/32/44.

⁶¹ A/HRC/22/53.

⁶² A/66/230.

⁶³ Handicap International and Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities* (2011), p. 13.

⁶⁴ WHO, *Health for the World's Adolescents*.

⁶⁵ UNAIDS and the African Union, *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the End of the AIDS Epidemic in Africa* (2015).

⁶⁶ E/CN.4/2005/72.

⁶⁷ Paul Hunt and Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (2006).

в том числе для подростков, без проявления дискриминации по какому бы то ни было признаку⁶⁸. Однако договорные органы Организации Объединенных Наций последовательно выражали озабоченность в связи с предоставлением информации, услуг и товаров, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья. Наряду с этим они четко заявляли, что сексуальное и репродуктивное здоровье подростков предполагает наличие широкого спектра прав человека, включая право на недискриминацию, право на свободу от пыток или жестокого обращения, право на неприкосновенность частной жизни и право на образование⁶⁹.

В. Предоставление подросткам эффективных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья

89. Учитывая масштабы этих озабоченностей, нужно приветствовать задачу 3.7 целей в области развития, касающуюся всеобщего доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Для решения этой задачи государствам потребуется проводить в отношении всех подростков всеобъемлющую, учитывающую гендерные аспекты и недискриминационную политику в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и включать ее в национальные стратегии и программы⁷⁰.

90. Эта политика должна соответствовать стандартам в области прав человека и признавать, что неравенство доступа подростков представляет собой дискриминацию⁷¹. Всем подросткам должен быть гарантирован доступ к конфиденциальной, доброжелательной и недискриминационной информации, товарам и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, современные виды контрацепции, консультирование, предзачаточный уход, уход в связи с беременностью и родами, заболевания, передаваемые половым путем, диагностику и лечение и безопасное производство аборта⁷². Оказание подросткам услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья должно носить приветливый, доброжелательный, непредвзятый характер наряду с гарантированием неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности. Кроме того, медицинским учреждениям следует рассмотреть вопрос о введении специальных часов приема и альтернативных мест для подростков, особенно при оказании услуг, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем.

91. С другой стороны, государствам следует ввести меры по повышению осведомленности подростков об их правах на сексуальное и репродуктивное здоровье и на получение услуг и товаров на уровне семьи, школы и общины. Соответствующее возрасту, всеобъемлющее и инклюзивное половое воспитание, основанное на научном материале и правах человека, должно являться частью программы обязательного школьного обучения с уделением особого внимания вопросам взаимоотношений, сексуальности, гендерного равенства и идентичности и половых характеристик, включая нестандартные гендерные

⁶⁸ Замечание общего порядка № 15 Комитета по правам ребенка.

⁶⁹ *К.Л. против Перу*, ССРР/С/ДП/СО/1 и САТ/С/РЕР/СО/4.

⁷⁰ WHO, *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations* (2014).

⁷¹ Замечание общего порядка № 20 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (2009 год) о недискриминации в области экономических, социальных и культурных прав.

⁷² Замечания общего порядка № 4 и № 15 Комитета по правам ребенка.

идентичности, родительскую ответственность и сексуальное поведение, а также предупреждению ранней беременности и инфекций, передаваемых половым путем⁷³.

92. Государствам настоятельно предлагается отменить уголовное преследование за аборт в соответствии с международными нормами в области прав человека и принять меры по обеспечению доступа к законным и безопасным услугам по производству аборта. Наличие закона об уголовном преследовании за аборт приводит к многочисленным случаям смерти, ухудшению показателей психического и физического здоровья, ущемлению достоинства и нарушает обязательства государств по гарантированию права девочек-подростков на здоровье⁷⁴. Кроме того, информация об услугах по производству аборта и доступе к таким услугам должна быть доступной и качественной и предоставляться без проявления дискриминации, как минимум, в следующих случаях: когда жизнь или здоровье матери находится в опасности, когда мать является жертвой изнасилования или инцеста и когда налицо тяжелое или смертельное повреждение плода. Послеабортный уход должен быть доступен для всех девочек-подростков вне зависимости от правового статуса аборта.

93. Профилактика, уход, лечение и поддержка являются взаимоусиливающими элементами в области принятия всеобъемлющих и эффективных мер борьбы с ВИЧ/СПИДом⁷⁵. Все подростки должны иметь доступ к сдаче анализов и консультированию в связи с ВИЧ и к программам научно обоснованной профилактики и лечения ВИЧ. В связи с проблемой ВИЧ медицинские учреждения должны предоставлять информацию, проверку анализов, услуги сексуального и репродуктивного здоровья, противозачаточные средства, презервативы и услуги по уходу и лечению ВИЧ-инфицированных, в том числе с помощью антиретровирусных и иных препаратов, диагностику и сопутствующие методы лечения ВИЧ/СПИДа, смежных оппортунистических инфекций и других состояний, хорошее питание и социальную, духовную и психологическую поддержку, а также уход в кругу семьи, в общине или в домашней обстановке.

94. Специальный докладчик сожалеет о применении лечебных методов при попытках изменить сексуальную ориентацию и гендерную идентичность, включая принудительные хирургические операции по навязыванию пола для интерсексуальной молодежи, принудительные стерилизации и аборты для девочек-инвалидов, применение хирургии и гормональной терапии для замедления роста детей с отклонениями в развитии и удаления их репродуктивных органов и квалификацию трансгендерной идентичности и однополого влечения в качестве психических отклонений. Государствам следует искоренять подобные виды практики и упразднить все законы, которые криминализируют или иным образом дискриминируют лиц на основе их сексуальной ориентации или гендерной идентичности и самовыражения⁷⁶. Налицо необходимость реформирования и обновления национальных систем информации о здравоохранении, чтобы

⁷³ Резолюция 70/137 Генеральной Ассамблеи и *Международное техническое руководство по половому просвещению*, ЮНЕСКО (2009 год).

⁷⁴ A/66/254 и A/HRC/32/44.

⁷⁵ Замечание общего порядка № 3 Комитета по правам ребенка (2003 год) о ВИЧ/СПИДе и правах ребенка.

⁷⁶ См. A/HRC/22/53; CRC/C/RUS/CO/4-5; CRC/C/GAM/CO/2-3, пункты 29–30; и CRC/C/CHE/CO/2-4, пункты 42–43.

включить в них концептуальные понятия и переменные величины в области прав человека, такие, как статус лесбиянок, геев, бисексуалов и интерсексуалов⁷⁷.

VI. Подростки и борьба с токсикоманией и применением наркотиков

A. Природа подростковой токсикомании и связанные с ней проблемы

95. Подростковый возраст – это период рискованных поступков и экспериментов с большей вероятностью приобщения к токсикомании. Подросткам грозит повышенная опасность причинения наркотического вреда здоровью, тогда как приобретенная в этом возрасте токсикомания чаще приводит к устойчивой зависимости, чем приобщение к ней во взрослом возрасте. Наиболее часто используются алкоголь, табак и растворители. Незаконное употребление наркотиков, в частности каннабиса, также широко распространено; в последние же годы серьезную озабоченность вызывают психоактивные вещества нового типа, не подпадающие под правовое регулирование⁷⁸.

96. Если не считать стран с высоким доходом, то данные о масштабах подростковой токсикомании и сопутствующего вреда здоровью весьма незначительны. Существенные различия наблюдаются внутри и среди стран между подростками и более взрослыми группами, а также между группами подростков. Например, в молодежной среде чаще распространены тяжелое эпизодическое употребление или повышенная склонность к употреблению веществ, прежде всего алкоголя⁷⁹. Доступ подростков к веществам ограничен по сравнению со взрослыми: например, для несовершеннолетних недоступны некоторые виды услуг. В число подростков, относящихся к группе наивысшего риска причинения ущерба от наркотиков, входят безнадзорные подростки, те, кто исключен из школы, пережил травмирующие события, распад семьи или надругательство, а также подростки, живущие в семьях, преодолевающих наркотическую зависимость. Девочкам-подросткам грозит более серьезная опасность причинения некоторых видов ущерба по сравнению с мальчиками, включая заражение ВИЧ как половым путем, так и от применения небезопасных инъекционных методов. Для преодоления этих факторов требуются согласованные усилия по сбору данных в разбивке по соответствующим признакам для более углубленного анализа картины уязвимости, чтобы принимаемые меры носили целевой характер и финансировались надлежащим образом.

97. Наряду с токсикоманией наблюдаются серьезные последствия для физического и психического здоровья из-за участия подростков в производстве и сбыте токсичных веществ. Подростки вовлечены во все этапы функционирования законных и незаконных производственно-сбытовых цепочек лекарственных препаратов. Что касается запрещенных наркотиков, то в дополнение к подчас опасной работе подростки могут пострадать от организованной преступной деятельности, применения насилия и проведения операций по борьбе с наркотиками. Необходимы более подробные исследования воздействия на здоровье

⁷⁷ Резолюции CD50.R8 и CD52.R6 Панамериканской организации здравоохранения.

⁷⁸ UNODC, *World Drug Report 2015* (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

⁷⁹ WHO, *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*.

подростков, связанного с производством наркотических средств и насилием, которое совершается на криминальном рынке.

98. Вред, причиняемый вследствие употребления наркотиков и причастности к сбыту наркотических средств, нельзя рассматривать в отрыве от ответных действий со стороны государства. Практический опыт показывает, что применение репрессивных и карательных мер против оборота наркотиков оказалось неэффективным с точки зрения сокращения объемов их употребления или предложения⁸⁰ и что они привели к негативным последствиям, в том числе к насилию и коррупции⁸¹. Введение уголовной ответственности за употребление и хранение наркотиков, а также ведение журналов учета лиц, употребляющих наркотики, и проявление насилия сотрудниками полиции отворачивают молодых людей от услуг, обеспечивающих эффект сглаживания последствий для здоровья. Благодаря программам по профилактике и просвещению, направленным на обеспечение «нулевой терпимости», создается обстановка, в которой подростки могут быть менее заинтересованы в получении информации о вреде от употребления таких веществ. Подростки теряли родителей из-за насильственных действий, связанных с наркотиками, или длительного содержания под стражей за ненасильственные преступления, что приводило к серьезным последствиям для их психического здоровья.

В. Предоставление эффективных услуг по борьбе с подростковой токсикоманией

99. Государствам следует принимать соответствующие меры для защиты детей от употребления запрещенных наркотиков и от вовлечения в незаконную торговлю наркотиками⁸². Однако этот аспект нужно рассматривать в контексте средств защиты, которые обеспечивают Конвенция о правах ребенка и другие обязательства в области прав человека⁸³. Почти все государства несут обязательства по трем конвенциям Организации Объединенных Наций о контроле над наркотиками, которые должны рассматриваться в совокупности с параллельными обязательствами в области прав человека⁸⁴. В Рамочной конвенции по борьбе против табака содержатся конкретные положения, направленные на защиту детей и молодежи и дополняющие право на здоровье.

⁸⁰ Louisa Degenhart and others, “Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys”, *PLOS Medicine*, vol. 5, No. 7 (2008); и European Commission, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction and Rand Europe, *A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007* (2009).

⁸¹ E/CN.7/2008/CRP.17.

⁸² Конвенция о правах ребенка, статья 33.

⁸³ Damon Barrett and John Tobin, “Article 33: protection of children from narcotic drugs and psychotropic substances”, в публикации *A Commentary to the United Nations Convention on the Rights of the Child*, John Tobin and Philip Alston, eds. (Oxford University Press, готовится к печати).

⁸⁴ См. A/65/255, пункт 13.

100. Государства должны предоставлять без проявления дискриминации услуги по профилактике, сокращению ущерба и лечению от зависимости, а также выделять достаточный бюджет для постепенного осуществления права на здоровье. Речь идет не о параллельных или альтернативных стратегиях, а о необходимых компонентах всеобъемлющего подхода к вопросу предоставления подросткам возможностей для доступа к медицинскому обслуживанию и информации, которые они вправе получать. Все услуги такого рода должны отвечать критериям наличия, доступности, приемлемости и качества.

101. Для профилактики токсикомании детям и молодежи следует предоставлять точную и объективную информацию⁸⁵, которая должна быть доступна в доходчивых форматах или на шрифте Брайля. Применение тактики запугивания и дезинформации оказалось неэффективным; обнадеживающих результатов удалось достичь благодаря укреплению сопротивляемости и доверия наряду с уделением особого внимания лицам, которые следуют рискованным моделям поведения. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) подготовило руководство по стандартам в области профилактики употребления наркотиков⁸⁶, которым нужно пользоваться при разработке профилактической политики и программ.

102. Меры профилактики не могут служить оправданием для непропорционального ущемления прав подростков, включая их права на неприкосновенность частной жизни, физическую неприкосновенность и образование. Государствам предлагается продолжать ограничивать – а при необходимости и запрещать – рекламу алкогольной и табачной продукции, которая весьма часто ориентирована на молодежь.

103. Лечение токсикомании должно строиться с учетом конкретных потребностей подростков. Ни при каких обстоятельствах нельзя лишать подростков их права на участие из-за их пристрастия к употреблению различных веществ. У подростков есть право быть заслушанными при изложении их мнений о медицинском уходе за ними и при выражении согласия на лечение в соответствии с их развивающимися способностями⁸⁷. Консультации и информация должны им предоставляться на основе конфиденциальности и без согласия родителей. Необходимо закрыть все наркологические центры, где подростки содержатся произвольно и подвергаются вопиющим надругательствам.

104. Налицо вызывающий тревогу дефицит услуг по сокращению ущерба от ВИЧ для подростков, употребляющих наркотики путем инъекций, а также многочисленные препятствия для доступа к таким услугам, включая законодательные возрастные ограничения, и отсутствие данных о масштабах инъекционного употребления наркотиков среди детей и молодежи по большинству стран⁸⁸. Были разработаны технические руководящие принципы профилактики и лечения ВИЧ, ухода за инфицированными больными и оказания поддержки молодым людям, употребляющим наркотики путем инъекций⁸⁹, которые должны служить основой для деятельности государств в этом направлении.

⁸⁵ См. CRC/C/GUY/CO/2-4, пункт 50 (d); CRC/C/ALB/CO/2-4, пункт 64 (b); CRC/C/ROM/CO/4, пункт 71; CRC/C/SWE/CO/4, пункт 49 (a); и CRC/C/BGR/CO/2, пункт 50.

⁸⁶ <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

⁸⁷ Замечание общего порядка № 15 Комитета по правам человека.

⁸⁸ Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2012* (2012), p. 140.

⁸⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf?ua=1.

105. Следует всячески приветствовать активизацию международных дискуссий и усилий со стороны ряда государств по поиску альтернативы проведению карательной или репрессивной политики борьбы с наркотиками, включая отмену уголовной ответственности и правовое регулирование.

VII. Выводы и рекомендации

106. Инвестирование средств в обеспечение права подростков на здоровье создает мощный потенциал по наращиванию позитивных наработок с раннего возраста, в то же время открывая возможность для смягчения последствий раннего негативного опыта и для укрепления сопротивляемости будущему вредному воздействию.

107. Проводя политику в сфере здравоохранения и других областях, направленную на инвестирование средств в развитие подростков, государства должны руководствоваться принципом, согласно которому подростковый возраст – это период движения по пути наращивания потенциала для принятия самостоятельных решений. Подростки нуждаются в защите от насилия, эксплуатации и других пагубных проявлений, однако в характере этой защиты и при ее применении нужно учитывать появляющиеся знания и развивающиеся способности, которые приобретаются в подростковый период.

108. Государствам следует направлять усилия на расширение возможностей подростков путем уважения их прав и самостоятельности, признания их потенциала и содействия в укреплении их здоровья и сопротивляемости. Все инициативы, касающиеся физического, психического и сексуального здоровья подростков, должны осуществляться в соответствии с международными обязательствами в области прав человека, с учетом мнений подростков и с применением научно обоснованных подходов.

109. Стратегии и виды услуг в области поддержки семьи являются важнейшей частью усилий государств по созданию условий для того, чтобы подростки росли и развивались, превращаясь в здоровых и ответственных взрослых людей. При реализации таких стратегий следует соблюдать и защищать права человека каждого отдельного члена семьи и исключать применение мер, подрывающих права отдельных членов семьи, в том числе подростков.

110. Специальному докладчику хотелось бы увязать свои рекомендации с глобальным призывом к удвоению объема инвестиций в подростков в качестве основного предварительного условия для успешной реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и целей в области устойчивого развития.

111. В этой связи Специальный докладчик рекомендует правительствам:

а) выполнить свое основное обязательство по признанию подростков носителями прав, уважая их развивающиеся способности и их право на участие в разработке, проведении и оценке всех стратегий и услуг, затрагивающих их здоровье и благополучие;

- b) устранить все юридические препятствия для доступа к медицинским учреждениям, товарам и услугам, такие, как законы о совершеннолетию, которые необоснованно посягают на права подростков быть заслушанными и восприниматься серьезно, а в конечном счете – и на их право принимать самостоятельные решения;
- c) обеспечивать качество и своевременный сбор данных в разбивке по соответствующим признакам для использования при выработке государственной политики и для повышения наглядности реального положения и потребностей подростков;
- d) применять правозащитный подход при рассмотрении вопросов, касающихся здоровья подростков, обеспечивая уделение в планах и стратегиях здравоохранения приоритетного внимания комплексному анализу глубинных и социальных факторов и обеспечению равновесия между предоставлением лечебных услуг и инвестициями в повышение сопротивляемости и самостоятельности подростков;
- e) гарантировать готовность систем здравоохранения реагировать на весь спектр медицинских и психосоциальных потребностей подростков и обеспечивать применение комплексного, многоотраслевого подхода к секторам социальной сферы, защиты детей и образования;
- f) обеспечить предоставление медицинских услуг в условиях уважения права подростков на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, учета их различных культурных потребностей и ожиданий и соблюдения этических норм;
- g) принять меры к тому, чтобы поставщики медицинских и иных услуг, в том числе социальные работники и педагоги, не препятствовали доступу подростков к медицинским учреждениям, товарам и услугам, противодействуя проявлениям дискриминации и стигматизации посредством проведения информационных и просветительских кампаний;
- h) обеспечить подросткам бесплатный доступ к основному комплексу медицинских услуг, включая услуги в областях психического, сексуального и репродуктивного здоровья, и устранить практические препятствия в виде платы за пользование с целью формирования базового набора услуг для подростков в рамках их обязательств по всеобщему охвату медицинским обслуживанием;
- i) защищать подростков от вмешательства и нанесения вреда со стороны негосударственных субъектов и третьих сторон, включая частных поставщиков услуг, принимая меры к тому, чтобы они не снижали уровень наличия, доступности, приемлемости и качества медицинского обслуживания и других соответствующих услуг, объектов и товаров для подростков;
- j) ограждать подростков от насилия и пренебрежения, в том числе в семейном кругу, в частности путем обеспечения их права на получение конфиденциальных услуг и консультаций без согласия родителей;
- k) принимать необходимые меры по защите семьи, в том числе благодаря предоставлению профессиональной подготовки и услуг, расширять возможности родителей по воспитанию детей и подростков в компетентной и доверительной атмосфере и укреплять их навыки в области ненасильственного урегулирования различных ситуаций;

l) поддерживать национальные учреждения по правам человека в процессе проведения общенациональных оценок или публичных обзоров состояния дел в области права подростков на здоровье.

112. В области психического здоровья Специальный докладчик рекомендует правительствам:

a) в соответствии с задачей 3.4 целей в области устойчивого развития разработать и проводить в жизнь национальную политику обеспечения психического здоровья подростков, создающую условия для развития комплекса профилактических и лечебных услуг в консультации с подростками и с учетом их прав и потребностей;

b) развивать систему услуг по обеспечению психического здоровья подростков, которая включена в общинную инфраструктуру секторов здравоохранения, образования и социального обеспечения;

c) разрабатывать и проводить психологические мероприятия в интересах подростков на общинном уровне, соблюдая при этом этические нормы и права подростков и опираясь на имеющиеся научные факты, чтобы сделать такие услуги доступными и приемлемыми и не допускать помещения подростков в учреждения и чрезмерного применения психотропных препаратов;

d) обеспечить независимый мониторинг психиатрических учреждений, предоставляющих услуги подросткам с психическими отклонениями, в том числе с психосоциальными и умственными расстройствами, чтобы создать условия для постепенного выполнения стандартов, установленных Комитетом по правам инвалидов.

113. В связи с правами на сексуальное и репродуктивное здоровье Специальный докладчик рекомендует правительствам:

a) в соответствии с задачей 5.6 целей в области устойчивого развития проводить или включать всеобъемлющую политику в сфере сексуального и репродуктивного здоровья в отношении всех подростков в национальные стратегии и программы в целях обеспечения всеобщего доступа к медицинским услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;

b) отменить уголовную ответственность за аборты и гарантировать всем подросткам доступ к конфиденциальной, чуткой к подростковым проблемам и недискриминационной информации, услугам и товарам в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, консультирование, предзачаточный уход, уход в связи с беременностью и родами, заболевания, передаваемые половым путем, диагностику и лечение, а также современные виды контрацепции, в том числе экстренную контрацепцию, безопасное производство аборта и послеабортные услуги;

c) обеспечивать приветливый, доброжелательный к подросткам, непредвзятый и гарантирующий неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность характер услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;

d) гарантировать в рамках школьной программы предоставление соответствующего возрасту, всеобщего и инклюзивного полового воспитания, основанного на научных данных и правах человека;

е) упразднить законы, которые криминализируют или иным образом допускают дискриминацию в отношении лиц на основе их сексуальной ориентации или гендерной идентичности, и прекратить практику и обращение, направленные на изменение сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

114. В области борьбы с токсикоманией и употреблением наркотиков Специальный докладчик рекомендует правительствам:

а) немедленно закрыть все наркологические центры для подростков, обеспечить без проявления дискриминации предоставление услуг по профилактике, уменьшению вреда и лечению от зависимости и выделить достаточный бюджет для постепенного осуществления права на здоровье;

б) изыскивать альтернативы карательной или репрессивной политике в области борьбы с наркотиками, включая отмену уголовной ответственности и правовое регулирование и контроль, и активизировать международные дискуссии по этим аспектам, в ходе которых основное внимание должно по-прежнему уделяться праву на здоровье;

в) использовать систему права на здоровье для проведения в жизнь стратегий профилактики употребления наркотиков в подростковой среде с помощью научно обоснованных мероприятий, а также точных и объективных образовательных программ и информационных кампаний.
