



## Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
16 July 2021  
Russian  
Original: English

---

### Семьдесят шестая сессия

Пункт 75 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 доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Тлаленг Мофокенг, представленный в соответствии с резолюциями Совета по правам человека 6/29 и [42/16](#).

---

\* [A/76/150](#).



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

### **Права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья: проблемы и возможности в период пандемии COVID-19**

#### *Резюме*

В своем первом докладе Генеральной Ассамблее Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Тлаленг Мофокенг уделяет особое внимание правам на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, а также возможностям и проблемам, возникающим в период пандемии COVID-19. Заняв позицию, согласно которой патриархальное угнетение распространено повсеместно и лежит в основе культуры контроля над женским телом и сексуальностью, она рассматривает многообразные исторические последствия колониализма для этих прав. Она размышляет о важности основополагающих и социальных детерминантов здоровья и фактического равенства для реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и проясняет характер правовой основы, закрепляющей сексуальные и репродуктивные права, с уделением особого внимания праву на охрану сексуального и репродуктивного здоровья как неотъемлемой составляющей права на здоровье.

Специальный докладчик приводит доказательства того, что пандемия COVID-19 стала еще одним фактором, препятствующим реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья женщин, подростков, девочек и всех лиц, способных забеременеть. Через призму интерсекциональности она анализирует вопросы, касающиеся роли законодательства и политики, услуг и финансирования в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, планирования семьи и контрацепции, подросткового полового и репродуктивного здоровья и комплексной поддержки, предоставляемой жертвам сексуального и гендерного насилия, а также вопросы, связанные с ВИЧ/СПИДом и раковыми заболеваниями репродуктивных органов. Она отмечает важные позитивные возможности, которые открывает цифровое здравоохранение при условии преодоления глобального цифрового и гендерного разрыва. Специальный докладчик подтверждает ключевые принципы недискриминации, равенства и неприкосновенности частной жизни.

## Содержание

I.	Введение: взгляд на права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья через призму колониализма и его пережитков . . . . .	4
II.	Основополагающие и социальные детерминанты здоровья и фактическое равенство . . . . .	6
III.	Методология . . . . .	9
IV.	Правовая основа . . . . .	10
V.	Право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья: проблемы и возможности в период пандемии COVID-19 . . . . .	12
A.	Услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей . . . . .	13
B.	Планирование семьи, контрацепция, включая средства экстренной контрацепции, и аборты . . . . .	16
C.	Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков . . . . .	19
D.	Комплексная поддержка жертв сексуального и гендерного насилия всех полов: предотвращение и реагирование . . . . .	21
E.	ВИЧ/СПИД . . . . .	22
F.	Забытые заболевания: раковые заболевания репродуктивных органов . . . . .	24
G.	Цифровые инновации и мероприятия: возможности и риски . . . . .	25
H.	Финансирование сферы здравоохранения, глобальная поддержка и благотворительность в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья . . . . .	27
VI.	Выводы и рекомендации . . . . .	28

## I. Введение: взгляд на права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья через призму колониализма и его пережитков

1. Контроль над сексуальностью, в частности над женской сексуальностью, уходит корнями в патриархат. Патриархальное угнетение не ограничено одной страной или регионом — оно повсеместно. Оно проникло во все сообщества во всем мире, что имеет разрушительные последствия. Колониализм усилил патриархальный контроль над сообществами, их патриархальное угнетение, а также контроль над сексуальностью<sup>1</sup>. Тела женщин, девочек и лиц нетипичной гендерной идентичности уже давно подвергаются дискриминации, насилию и угнетению; таким нарушениям прав человека нет конца. Как указано в подготовленном Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Тлаленг Мофокенг первом тематическом докладе, в котором изложены стратегические приоритеты, право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья является неотъемлемой составляющей права на здоровье<sup>2</sup>. Однако на пути к реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья люди сталкиваются со множеством препятствий. Эти взаимосвязанные и укоренившиеся препятствия возникают на разных уровнях: в рамках больничного обслуживания, на уровне систем здравоохранения и в контексте основных детерминантов здоровья. Колоссальное значение для реализации права на здоровье, и в особенности права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, имеют ключевые принципы, определяющие права человека, в первую очередь недискриминация, равенство и неприкосновенность частной жизни, а также целостность, независимость, достоинство и благополучие людей.

2. Исторические последствия колониализма для прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья многообразны. В целом колониальные режимы рассматривали рождаемость прежде всего как инструмент, поощряя ее, когда прирост населения считался полезным для достижения экономических или политических целей, и сдерживая ее, когда прирост считался нежелательным. В частности, программы охраны здоровья матерей, которые осуществлялись европейскими колониальными державами в Африке и Карибском регионе в начале XX века, были в значительной степени обусловлены ощутимой нехваткой рабочих рук, необходимых для работы на плантациях и в экспортных отраслях<sup>3</sup>. В середине XX века колониальные и постколониальные режимы, а также многие международные организации перешли к сдерживанию рождаемости и поощрению идеи планирования семьи, поскольку тогда считалось, что небольшие семьи будут способствовать национальному экономическому развитию и обеспечению глобальной безопасности<sup>4</sup>. Взаимосвязь между рождаемостью, размером семьи

<sup>1</sup> A/HRC/29/40, пп. 13 и 14.

<sup>2</sup> A/HRC/47/28, п. 65.

<sup>3</sup> Lynn M. Thomas, *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Juanita De Barros, *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery* (Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 2014).

<sup>4</sup> Rickie Solinger and Mie Nakachi, eds., *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy* (Oxford, Oxford University Press, 2016); Betsy Hartmann, *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control* (Boston, Massachusetts, South End Press, 1995); Matthew Connelly, *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population* (Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press, 2008); Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley, California, University of California Press, 2003); Susanne Klausen, *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910-39* (Basingstoke, United Kingdom, Palgrave Macmillan, 2004);

и социальным и экономическим развитием в более широком смысле оставалась темой для обсуждения, популярность которой росла на фоне возвращения пропаганды контроля над численностью населения в контексте изменения климата<sup>5</sup>. Следует отметить, что в эпоху изменения климата такие темы поднимаются в рамках социальных и политических дискуссий, которые сводятся к тому, что ухудшение состояния окружающей среды обусловлено высокой рождаемостью среди бедных слоев населения, коренных народов и лиц африканского происхождения. Согласно деколониальному подходу, при обсуждении этой темы следует полностью отказаться от идеи инструментализма и призвать к обеспечению полноценного доступа к услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья как к одному из основных прав человека по своей сути, а не как к средству достижения цели, определяемой приоритетами государства.

3. Колониализм и его влияние на законы и политику также позволяют понять важность такого жестокого исторического явления, как основанный на применении концепции евгеники контроль рождаемости, в результате которого бедные чернокожие женщины и женщины из маргинализированных этнических групп на глобальном Юге и коренные народы на глобальном Севере<sup>6</sup> стали разменной монетой в интересах сдерживания «перенаселения». В основу этой концепции, на которую ссылаются и сегодня, легли расизм и классовая дискриминация, как об этом говорится в теории «стратифицированного воспроизводства» (термин был придуман Шелли Колен)<sup>7</sup>.

4. Стратифицированное воспроизводство ведет к тому, что пока одних людей поощряют или принуждают к производству потомства, другим в этом систематически препятствуют. Поощрение государствами высокого уровня рождаемости среди «предпочтительных» групп населения возникает в результате проведения пронаталитской политики, направленной на обеспечение национальной мощи, экономического роста и защиты от внешней агрессии, а также на сохранение «национальной идентичности»<sup>8</sup>. Возможностью самостоятельного репродуктивного выбора обладают не все; наличие этой возможности зависит от расы, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, половых признаков, пола, классовой принадлежности и социально-экономического статуса. Кроме того, стратифицированное воспроизводство шире обычного воспроизводства и охватывает такие аспекты, как зачатие, контрацепция, дородовой медицинский уход, уход за детьми и роль матери в жизни ребенка. То, как в жизни женщины соседствуют эти показатели сексуального и репродуктивного здоровья, зависит от того, насколько привилегированным или угнетенным является ее положение, в том числе ее положение по отношению к своему партнеру. Изучив прогресс в отношении задачи 5.6 цели 5 в области устойчивого развития, касающейся нормативно-правовой базы для обеспечения прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и принятия женщинами решений, связанных с репродуктивной жизнью, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) установил, что в начале 2020 года в 57 странах четверть женщин не могли самостоятельно принимать решения об обращении за

Sanjam Ahluwalia, *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877-1947* (Urbana, Illinois, University of Illinois Press, 2008); and Nicole Bourbonnais, *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930-1970* (New York, Cambridge University Press, 2016).

<sup>5</sup> См. тематический раздел “Populationism”, *Gender, Place and Culture*, vol. 27, No. 3 (March 2020).

<sup>6</sup> Ross and Rickie Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction* (Berkeley, California, University of California Press, 2017).

<sup>7</sup> Faye D. Ginsburg and Rayna Rapp, “Introduction: conceiving the new world order”, in *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Faye D. Ginsburg and Rayna Rapp, eds. (Berkeley, California, University of California Press, 1995), p. 3.

<sup>8</sup> A/HRC/32/44, пп. 61 и 62.

медицинской помощью и не имели возможности отказаться от секса с мужем или партнером, а почти каждая десятая женщина не имела права голоса в вопросе использования средств контрацепции.

5. Кроме того, особое внимание при обсуждении вопросов защиты, реализации и уважения прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья должно уделяться чернокожим женщинам, цветным женщинам и женщинам из числа коренных народов глобального Юга, которым история уготовила роль прежде всего жертв сексуального насилия или переносчиков заболеваний, передающихся половым путем, но никак не самодостаточных претендентов на получение сексуальных прав и удовольствия<sup>9</sup>.

6. Принятые европейские колониальными режимами особые законы, в том числе ограничивающие право на аборт и право на добровольные однополые половые акты, до сих пор имеют силу в бывших колониях. Более того, вопреки популярной точке зрения, заключающейся в том, что продвижение сексуальных прав и права на аборт на международном уровне является современной формой «колонизации» Западом, реальным наследием колониального правления являются поддерживаемые государством гомофобия, привилегированное положение гетеросексуалов и ограничение прав женщин на физическую неприкосновенность. Такие законы формируют современную геополитику, касающуюся финансирования и оказания услуг в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих режимов проверки, что усиливает дисбаланс в распределении услуг по оказанию медицинской помощи между двусторонними донорами и охваченными странами. Как утверждает М. Жаки Александр, не отменяя эти законы, постколониальное или «неоколониальное» государство «продолжает осуществлять полицейский контроль над сексуально объективированными телами... как будто по-прежнему находится под бдительным оком колониальных хозяев»<sup>10</sup>. Деколониальный подход требует обеспечения полной телесной и эротической автономии, наделяющей всех людей правом принимать решения без вмешательства государств — колониальных и любых других.

## II. Основополагающие и социальные детерминанты здоровья и фактическое равенство

7. В свете стратегических приоритетов Специального докладчика подчеркивается важность фактического равенства в области прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

8. Специальный докладчик согласна со следующим утверждением Амартьи Сена: «...равенство в области здравоохранения имеет много аспектов, и его лучше всего рассматривать как многомерную концепцию. Помимо охвата услугами здравоохранения оно включает в себя вопросы, связанные с обеспечением здоровья и возможностью достижения высокого уровня здоровья. Еще одним его аспектом является справедливость процессов; таким образом, большое

<sup>9</sup> Susie Jolly, Andrea Cornwall and Kate Hawkins, *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure* (London, Zed Books, 2013).

<sup>10</sup> M. Jacqui Alexander, "Erotic autonomy as a politics of decolonization: an anatomy of feminist and state practice in the Bahamas tourist economy", in *Feminist Genealogies, Colonial Legacies, Democratic Futures*, M. Jacqui Alexander and Chandra Talpade Mohanty, eds. (New York, Routledge, 1997), p. 83.

значение при предоставлении медицинского обслуживания должно придаваться принципу недискриминации»<sup>11</sup>.

9. Специальный докладчик подчеркивает, что, помимо обеспечения равенства в области здравоохранения, к чему государства могут стремиться или не стремиться<sup>12</sup>, право прав человека юридически обязывает государства обеспечить недискриминацию и равноправие при предоставлении услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья для всех. Она присоединяется к заключению Рабочей группы по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законодательстве и на практике, признавая, что «различные биологические функции мужчин и женщин требуют дифференцированного подхода» и что «выполнение этих различных функций требует фактического равенства и, таким образом, обязывает государства предоставлять женщинам и девочкам дифференцированные услуги, лечение и лекарственные средства, связанные с охраной сексуального и репродуктивного здоровья, на протяжении всей их жизни»<sup>13</sup>. Кроме того, фактическое равенство также требует удовлетворения особых потребностей лиц с небинарной гендерной идентичностью в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья.

10. С равенством в области здравоохранения и фактическим равенством связана разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) рамочная программа по вопросам социальных детерминантов здоровья, определяемых как немедицинские факторы, влияющие на состояние здоровья человека, то есть «условия, в которых люди рождаются, развиваются, работают, живут и стареют»<sup>14</sup>. В частности, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам признал, что «социальные детерминанты здоровья влияют на реализацию права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья»<sup>15</sup>. Как между странами, так и внутри них, в закономерностях, связанных с реализацией прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, обычно находят отражение социальное неравенство и распределение власти на основе доходов, пола, происхождения, гражданства, возраста, наличия инвалидности, систематической дискриминации и других факторов. Например, среди жителей стран с низким и средним уровнем дохода показатели заболеваемости и смертности, связанные с нарушениями прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, намного выше, чем среди жителей стран с высоким уровнем дохода<sup>16</sup>. Однако во всех странах маргинализированным лицам, таким как люди с низким уровнем дохода, лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсексы и квиры (ЛГБТИК+), подростки, мигранты, бездомные лица, инвалиды, люди, живущие с ВИЧ, и работники секс-индустрии, труднее реализовать свои права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, чем среднестатистическому жителю их страны<sup>17</sup>.

11. Пандемия COVID-19 еще ярче продемонстрировала влияние социального неравенства на здоровье населения: среди и без того маргинализированных

<sup>11</sup> “Why health equity?”, *Health Economics*, vol. 11, No. 8 (December 2002), pp. 659–666.

<sup>12</sup> См. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true).

<sup>13</sup> Информацию о значении фактического равенства в контексте охраны здоровья женщин и девочек см. в документах A/HRC/32/44, пп. 13, 16, 22–27 и 100; и A/HRC/47/38.

<sup>14</sup> World Health Organization, “Social determinants of health”. URL: [www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).

<sup>15</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год).

<sup>16</sup> World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation* (Geneva, 2010).

<sup>17</sup> Ibid.

групп населения зафиксированы более высокие показатели связанных с пандемией COVID-19 заболеваемости и смертности, и такие группы сталкиваются с более значительными перебоями с получением медицинских услуг, в том числе в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья<sup>18</sup>. В связи с пандемией COVID-19 во многих частях мира были приняты чрезвычайные меры, которые не всегда соответствовали праву прав человека<sup>19</sup>. За конъюнктурно принятыми поправками к законам и другими решениями скрывались draconовские меры, которые еще больше ограничили права человека, особенно в части прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав представителей ЛГБТИК+<sup>20</sup>. Например, в Венгрии был представлен новый законопроект, который «лишает транссексуалов и лиц нетипичной гендерной идентичности права на юридическое признание и самоопределение»<sup>21</sup>, в то время как в Польше в сжатые сроки была принята поправка к уголовному законодательству, ужесточившая наказание за создание риска заражения ВИЧ, неразглашение информации о ВИЧ-статусе и передачу инфекции<sup>22</sup>.

12. Меры по сдерживанию пандемии COVID-19 имели тяжелые последствия для работников секс-индустрии<sup>23</sup>. Они подвергались нападкам как «переносчики» вируса<sup>24</sup>; они лишились источника дохода из-за того, что во многих странах публичные дома были закрыты, а работа в секс-индустрии — запрещена; многие работники секс-индустрии по всему миру были арестованы<sup>25</sup>. Кроме того, из-за правового статуса своей трудовой деятельности или распространенной стигматизации секс-индустрии они часто не имели права на получение финансовой помощи<sup>26</sup>. В ходе опроса, проведенного Глобальной сетью проектов в сфере секс-индустрии среди 156 секс-работников из 55 стран, большинство респондентов из всех регионов, кроме Европы, сообщили об ухудшении доступа к презервативам, лубрикантам, а также к диагностированию и лечению инфекций, передающихся половым путем<sup>27</sup>.

13. Сейчас, когда с начала пандемии COVID-19 прошло более года, необходимо отменить до сих пор применяющиеся и сохраняющиеся регрессивные меры. Уже доказано, что пандемия способствует созданию условий, которые увековечивают глубокое неравенство, о чем лучше всего свидетельствует процесс развертывания вакцинации против COVID-19, в рамках которого более богатые страны получили преимущества в ущерб странам с низким и средним уровнем дохода. В этой связи Комитет по экономическим, социальным и культурным правам обращает внимание на право каждого человека пользоваться плодами научного прогресса. Комитет подчеркивает, что пандемии самым наглядным образом демонстрируют необходимость международного научного

<sup>18</sup> Lauren Paremoer and others, “Covid-19 pandemic and the social determinants of health”, *BMJ*, vol. 372, No. 129 (29 January 2021). URL: [www.bmj.com/content/372/bmj.n129](http://www.bmj.com/content/372/bmj.n129).

<sup>19</sup> Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, «COVID-19: Эксперты ООН заявили, что государства не должны злоупотреблять чрезвычайными мерами для ограничения прав человека» (Женева, 16 марта 2020 года).

<sup>20</sup> См.

<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25832&LangID=E>.

<sup>21</sup> См. <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25844>.

<sup>22</sup> См. [www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/2-0200409\\_laws-covid19](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/2-0200409_laws-covid19).

<sup>23</sup> См. материал, представленный Швейцарией, с. 2.

<sup>24</sup> См. материал, представленный Глобальной сетью проектов в сфере секс-индустрии (НСВП), с. 2.

<sup>25</sup> См. [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/prevailing-against-pandemics\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf), сс. 22 и 31.

<sup>26</sup> См. материал, представленный Швейцарией.

<sup>27</sup> См. [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/prevailing-against-pandemics\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf), с. 32.



сотрудничества в интересах противостояния транснациональным угрозам. Вирусы и другие патогены невозможно задержать при пересечении границ или с помощью дипломатических средств контроля. Неравенство сохраняется, миллиарды людей на глобальном Юге лишены доступа к вакцинам против COVID-19, в то время как развитые страны защищают своих граждан и доходы от продажи фармацевтических препаратов, прикрываясь Соглашением Всемирной торговой организации по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (Соглашение по ТРИПС) и не желая проявить гибкость в его применении и дать странам с низким и средним уровнем дохода возможность увеличить масштабы производства и распространения вакцин и расширить программы вакцинации<sup>28</sup>.

### III. Методология

14. Настоящий доклад подготовлен с учетом обсуждений, проведенных Специальным докладчиком с правообладателями, представителями гражданского общества и других соответствующих заинтересованных сторон, включая государства-члены, с начала действия ее мандата, вступившего в силу в августе 2020 года; непрерывно поступающей информации о правах на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе о предполагаемых нарушениях таких прав; и сообщений, направленных государствам-членам и коммерческим субъектам в этой связи<sup>29</sup>.

15. Специальный докладчик обратилась к соответствующим заинтересованным сторонам, в том числе к государствам-членам, международным организациям и гражданскому обществу, включая практикующих врачей и представителей научного сообщества, с призывом представлять письменные материалы<sup>30</sup>. Специальный докладчик благодарит всех тех, кто внес свой вклад в подготовку доклада.

16. При подготовке доклада использовались доступная литература и исследовательские материалы, посвященные правам на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и смежным вопросам. К другим используемым источникам относятся предыдущие доклады, выпущенные в рамках мандата<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, “UN experts: G7 Governments must ensure vaccines’ access in developing countries” (Geneva, 9 June 2021).

<sup>29</sup> Чили, 4/2021 (и следующие сообщения, связанные с ним: Бразилия, 5/2021; Китай, 6/2021; Германия, 5/2021; Соединенные Штаты Америки, 22/2021; другое, 194/2021; другое, 195/2021; другое, 196/2021; другое, 197/2021; другое, 198/2021; другое, 199/2021); Колумбия, 1/2021; Аргентина, 4/2020; Бразилия, 9/2020; Сальвадор, 2/2020; Соединенные Штаты Америки, 11/2020; Словакия, 1/2019 (и предыдущие сообщения, относящиеся к той же теме: Сальвадор, 3/2016; Сальвадор, 2/2016; Сальвадор, 1/2016; Сальвадор, 1/2014; Сальвадор, 1/2013I; Польша, 1/2018).

<sup>30</sup> С материалами, представленными заинтересованными сторонами, можно ознакомиться по следующей ссылке: <http://www.ohchr.org/en/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx>.

<sup>31</sup> См. следующие доклады о поездках в страны: A/HRC/47/28/Add.1 (Фиджи, 2020 год), A/HRC/41/34/Add.2 (Канада, 2018 год), A/HRC/34/Add.1 (Кыргызстан, 2018 год) и A/HRC/35/21/Add.2 (Хорватия, 2016 год). См. также следующие тематические доклады: A/HRC/32/32 о праве подростков на здоровье (2016 год), A/66/254 об установлении уголовной ответственности в связи с сексуальным и репродуктивным здоровьем (2011 год), A/HRC/14/20 об установлении уголовной ответственности за однополые связи и сексуальную ориентацию, работу в секс-индустрии и передачу ВИЧ (2010 год), A/61/338 о праве на здоровье и снижении уровня материнской смертности (2006 год) и E/CN.4/2004/49 о праве на охрану сексуального и репродуктивного здоровья (2004 год).

## IV. Правовая основа

17. На протяжении многих лет суть сексуальных и репродуктивных прав разъяснялась в имеющих обязательную силу договорах по правам человека, в рамках судебной практики и в принятых на основе консенсуса итоговых документах международных конференций.

18. В целом, помимо права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, сексуальные и репродуктивные права включают право на безопасную сексуальную жизнь, которая приносит удовольствие и удовлетворение, без дискриминации, принуждения и насилия; и свободу выбора в принятии решения о том, когда и как часто производить потомство, и делать ли это вообще, а также право на необходимые для принятия этого решения информацию и средства<sup>32</sup>. Право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья признается в статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и в региональных документах<sup>33</sup>. Кроме того, сексуальные и репродуктивные права опираются на следующие права: право на жизнь, на достоинство, на образование и информацию, на равенство перед законом и недискриминацию; право решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями; право на неприкосновенность частной жизни; право на здоровье; права на свободу мнений и их свободное выражение; право на согласие на вступление в брак и равенство в браке; и право на свободу от гендерного насилия, вредной практики, пыток и жестокого обращения, а также право на эффективное средство правовой защиты в случае нарушения основных прав<sup>34</sup>.

19. В 2016 году Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в замечании общего порядка № 22 разъяснил, что право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья как неотъемлемая составляющая права на здоровье предусматривает ряд свобод и правомочий. В число сексуальных и репродуктивных свобод входит «право на контроль за своим здоровьем и телом»<sup>35</sup> и «право принимать свободные и ответственные решения и делать выбор без насилия, принуждения и дискриминации по вопросам, связанным с собственным телом и сексуальным и репродуктивным здоровьем»<sup>36</sup>. К соответствующим

<sup>32</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год), п. 10; A/66/254, п. 10; Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, издание Организации Объединенных Наций ((A/CONF.171/13/Rev.1), 1994 год, глава VII.A, пп. 7.2 и 7.3); Пекинская декларация и Платформа действий, 1995 год (Платформа действий, пп. 30, 74, 83 к) и 92–100); Итоговый документ Всемирного саммита 2005 года, п. 57 g); и обязательство принять меры для осуществления права каждого человека на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, содержащееся в итоговом документе пленарного заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия (сентябрь 2010 года), п. 75 а).

<sup>33</sup> См. статью 16 Африканской хартии прав человека и народов о праве на здоровье; статью 14 Протокола к Африканской хартии прав человека и народов о правах женщин в Африке и соответствующее замечание общего порядка № 2 о правах на сексуальное и репродуктивное здоровье; и статью 10 Сан-Сальвадорского протокола к Межамериканской конвенции по правам человека о праве на здоровье.

<sup>34</sup> См. статьи 5, 10 h), 11 f), 12 и 16 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; статьи 17, 23–25 и 27 Конвенции о правах ребенка; статью 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах; статьи 23 и 25 Конвенции о правах инвалидов; и статьи 2 (п. 3), 3, 6, 7, 17 и 19 Международного пакта о гражданских и политических правах. См. также Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 3 (1990 год), п. 5.

<sup>35</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год), п. 8.

<sup>36</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22

правомочиям относятся наличие беспрепятственного доступа к целому ряду связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем качественных учреждений, услуг и товаров, включая основные лекарственные средства, и наличие в безопасной физической и географической досягаемости и в достаточном количестве общедоступных программ в области сексуального и репродуктивного здоровья, «соответствующих принципу уважительного отношения к культуре лиц, меньшинств, народов и общин и отвечающих требованиям, продиктованным гендерными соображениями, возрастом, инвалидностью, сексуальным многообразием и жизненными циклами»<sup>37</sup>.

20. Сексуальное и репродуктивное здоровье охватывает охрану здоровья матерей; информацию и услуги, связанные с использованием контрацептивных средств, и соответствующие товары; безопасные аборт; а также профилактику, диагностику и лечение бесплодия, раковых заболеваний репродуктивных органов, инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ/СПИДа, в том числе с помощью непатентованных лекарственных препаратов<sup>38</sup>. К соответствующим правам относятся охрана физического и психического здоровья жертв сексуального и бытового насилия во всех ситуациях, включая доступ к профилактическому лечению после контакта, средствам экстренной контрацепции и безопасным аборт, наличие профессиональных медицинских работников и квалифицированного персонала, а также право на основанную на фактических данных информацию обо всех аспектах сексуального и репродуктивного здоровья<sup>39</sup>. Специальный докладчик обращает особое внимание на важность обеспечения гормонального лечения пожилых женщин и лиц с небинарной гендерной идентичностью и проведения хирургических операций и лечения для приведения их тел в соответствие с гендерной принадлежностью, а также обеспечения физической неприкосновенности детей и взрослых с интерсексуальными признаками и их защиты от вредной практики, в том числе касающейся их независимости и прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и влияющей на такую независимость и права<sup>40</sup>. В этой связи:

«Все лица и группы должны иметь равные возможности доступа к одинаковым с точки зрения ассортимента, качества и уровня учреждениям, информации, товарам и услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также осуществлять свои права на сексуальное и репродуктивное здоровье без какой бы то ни было дискриминации»<sup>41</sup>».

21. Для обеспечения недискриминации требуется также существование фактического равенства, поэтому необходимо учитывать особые потребности в области здравоохранения и препятствия, с которыми сталкиваются отдельные лица или группы лиц, женщины, девочки, подростки, лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсексуалы и инвалиды, в частности те из них, кто сталкивается с множественными и перекрестными формами дискриминации, и применять дифференцированный подход.

22. В соответствии с правом на охрану сексуального и репродуктивного здоровья у государств есть три основных обязательства. Обязательство уважать

(2016 год), п. 5. См. представленные Инициативой в защиту сексуальных прав материалы о растущем признании органами Организации Объединенных Наций права на физическую неприкосновенность, с. 2.

<sup>37</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), пп. 15–21.

<sup>38</sup> Там же, пп. 5 и 45.

<sup>39</sup> Там же, пп. 18 и 19.

<sup>40</sup> См. [www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E](http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E).

<sup>41</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), пп. 7–9 и 22.

требует от государств «воздерживаться от прямого или косвенного вмешательства» в осуществление отдельными лицами этого права, в том числе путем пересмотра законов, препятствующих осуществлению права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, таких как «законы, устанавливающие уголовную ответственность за аборт, неразглашение ВИЧ-статуса, создание риска заражения и передачи ВИЧ, половые связи между взрослыми людьми по их согласию или трансгендерное самосознание или самовыражение»<sup>42</sup>. Обязательство защищать, в свою очередь, требует от государств принятия мер для недопущения создания третьими сторонами, такими как представители частного сектора, препятствий для осуществления этого права. Обязательство обеспечивать осуществление требует от государств наибольшей инициативности по сравнению с другими двумя обязательствами в интересах принятия мер для «обеспечения полной реализации права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья». Комитет по экономическим, социальным и культурным правам признал, что хотя полная реализация этого права достигается постепенно и требует времени, определенные шаги на пути к этой цели (например, ликвидация дискриминации) должны предприниматься безотлагательно, а регрессивные меры, такие как отмена государственного финансирования услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, должны пресекаться.

23. Специальный докладчик напоминает, что в соответствии с действующими стандартами в области прав человека государства несут четкие юридические обязательства по обеспечению уважения, защиты и осуществления прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья в разгар пандемии COVID-19. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин признал, что охрана сексуального и репродуктивного здоровья охватывает основные услуги, и подчеркнул, что государства должны продолжать обеспечивать конфиденциальный доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья с учетом гендерных аспектов, включая охрану здоровья матерей, предоставление современных средств контрацепции, проведение безопасных аборт и оказание услуг в последующий период, в рамках мер реагирования на пандемию COVID-19<sup>43</sup>.

## V. Право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья: проблемы и возможности в период пандемии COVID-19

24. Пандемия COVID-19 стала еще одним фактором, препятствующим реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Согласно сообщениям, в некоторых регионах мира медицинские учреждения сократили объем предоставляемых услуг, связанных с осуществлением права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, или приостановили их предоставление, в то время как в других регионах поставщикам услуг было указано перенаправить свои усилия на борьбу с пандемией COVID-19<sup>44</sup>. Даже в тех случаях, когда страны классифицировали услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья как основные, препятствия, такие как запреты в сфере транспорта и

<sup>42</sup> Там же, п. 40.

<sup>43</sup> Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, директивная записка по КЛДОЖ и COVID-19, апрель 2020 года, URL: [www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/COVID-19-and-TreatyBodies.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/COVID-19-and-TreatyBodies.aspx).

<sup>44</sup> Taylor Riley and others, “Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 46 (Guttmacher Institute, 2020), pp. 73–76.

запреты на передвижение, не позволяли пациентам и поставщикам услуг приходить в клиники, в особенности на начальных этапах пандемии, когда исключения, позволяющие обращаться за неотложной медицинской помощью, еще не были предусмотрены. Это повлияло на возможности пациентов, связанные с охраной их сексуального и репродуктивного здоровья, недопущением незапланированной беременности, предотвращением заболевания ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем, и их лечением, а также замедлило получение доступа к диагностике и лечению раковых заболеваний репродуктивных органов. Несмотря на то, что многие новаторские стратегии позволили обеспечить непрерывность предоставления услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья во время пандемии, лица, и без того маргинализированные обществом, в частности лица, находящиеся в непрекращающемся состоянии кризиса из-за нищеты или продолжающейся дискриминации по множественным признакам, включая расу, этническую принадлежность и исторические факторы, часто оставались без внимания и страдали больше других.

25. Ниже рассматривается воздействие связанных с конкретными аспектами прав по охране сексуального и репродуктивного здоровья политики, услуг и финансирования, включая их влияние на реализацию этих прав, до и во время пандемии.

#### **A. Услуги по охране здоровья матерей, новорожденных и детей**

26. Одна из юридических и моральных обязанностей государств — защищать право на доступ к высококачественным и своевременным услугам по охране здоровья матерей, новорожденных и детей даже во время кризиса<sup>45</sup>. Как гарантируется в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, государства должны обеспечивать доступ к соответствующему обслуживанию в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления<sup>46</sup>. Для снижения показателей материнской смертности и заболеваемости необходимо оказание неотложной акушерской помощи и прием родов квалифицированным персоналом, в том числе в сельских и удаленных районах, а также исключение небезопасных абортов и предоставление послеродового ухода, свободного от принуждения, дискриминации и насилия<sup>47</sup>. Кроме того, государства должны гарантировать женщинам в сельских районах «доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию, включая информацию, консультации и обслуживание по вопросам планирования размера семьи»<sup>48</sup>. В соответствии с правом на здоровье государства обязаны также «обеспечить репродуктивное здоровье, а также здоровье матерей (в дородовой

<sup>45</sup> См. статью 12 (п. 2) Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и статью 12 (п. 2 а)) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. См. Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 20 (2016 год), п. 59; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год), п. 44 а); Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах; Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, пп. 8.12–8.27; и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, “Maternal mortality and morbidity” («Материнская смертность и заболеваемость»), серия информационных материалов по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам (2020 год).

<sup>46</sup> Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 12 (п. 2).

<sup>47</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), п. 28. См. также [A/HRC/21/22](#) (2012).

<sup>48</sup> Статья 14 (п. b)) Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

и послеродовой периоды) и детей» и «снизить уровень материнской смертности и заболеваемости»<sup>49</sup>.

27. Снижение уровня материнской смертности и заболеваемости остается ключевым компонентом национальных и международных обязательств. В соответствии с целями в области устойчивого развития государства договорились к 2030 году снизить коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений (задачи 3.1 и 3.2 цели 3 в области устойчивого развития). Тем не менее в 2017 году ежедневно 810 женщин умирали от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами. Специальный докладчик хотела бы присоединиться к высказыванию Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека о том, что «смерть и тяжелые травмы, полученные женщинами во время беременности и родов, являются не неизбежными событиями, а скорее прямым результатом дискриминационных законов и практики, неспособности создать и поддерживать функционирующие системы и услуги в области здравоохранения, а также отсутствия подотчетности»<sup>50</sup>.

### **Влияние пандемии COVID-19 на здоровье матерей, новорожденных и детей**

28. Данные о влиянии пандемии COVID-19 на беременных и новорожденных ограничены<sup>51</sup>. По данным ЮНФПА, услуги по охране здоровья матерей (предоставляемые в дородовой и послеродовой периоды) в той или иной мере гарантированы в большинстве стран, и в этой связи имеются положительные примеры государственной инициатив, включая четкое признание необходимости обеспечения непрерывности оказания услуг по охране материнского здоровья и смежных услуг Индией и Китаем в рамках руководящих принципов, а также Грузией и Тунисом в рамках официального заявления и министерского циркуляра соответственно<sup>52</sup>. Кроме того, другие страны, в частности Мексика<sup>53</sup>, признали охрану здоровья матерей одной из основных услуг. Гватемала утвердила руководство для коренных народов на период пандемии COVID-19, в котором признала роль акушерок из числа коренных народов и избавила их от необходимости соблюдения комендантского часа, с тем чтобы они могли оказывать услуги по охране здоровья матери и ребенка<sup>54</sup>.

29. Вместе с тем для миллионов женщин по всему миру услуги по охране здоровья матерей и новорожденных стали менее доступными или недоступными физически или в силу их высокой стоимости в результате введенных из-за пандемии ограничений на передвижение<sup>55</sup>. Например, в исследовании, проведенном в интересах Бангладеш, Нигерии и Южной Африки и охватывающем период с марта по май 2020 года, было отмечено снижение объема оказываемых услуг по охране здоровья матерей и новорожденных, в частности связанных с дородовым

<sup>49</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год), пп. 14 и 21. См. также A/61/338 (2006); Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24 (1999 год), п. 27; Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, пп. 8.21–8.25.

<sup>50</sup> A/HRC/45/19.

<sup>51</sup> См. [www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_Maternity\\_Services\\_TB\\_Package\\_UPDATE\\_2\\_14072020\\_SBZ.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Maternity_Services_TB_Package_UPDATE_2_14072020_SBZ.pdf).

<sup>52</sup> См. материалы, представленные Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения, сс. 2 и 4. URL: [www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx).

<sup>53</sup> См. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos\\_Prevencion\\_COVID19\\_Embarazos\\_V2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf).

<sup>54</sup> См. [oacnudh.org.gt/images/CONTENIDOS/ARTICULOS/INFORMESANTERIORES/2020.pdf](http://oacnudh.org.gt/images/CONTENIDOS/ARTICULOS/INFORMESANTERIORES/2020.pdf).

<sup>55</sup> Dorit Stein, Kevin Ward and Catherine Cantelmo, “Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low- and middle-income countries” (2020), Health Policy Plus website.

уходом, планированием семьи и иммунизацией<sup>56</sup>. Аналогичная тенденция наблюдалась в ряде стран восточной и южной частей Африки<sup>57</sup>. Во время локдауна в Зимбабве заметно снизился объем оказываемых услуг по охране материнского здоровья, а также ухудшился доступ к программам лечения акушерского свища (то есть доступ к операциям по его устранению)<sup>58</sup>.

30. Кроме того, данные, собранные в четырех странах с низким и средним уровнем дохода (Индия, Индонезия, Нигерия и Пакистан), свидетельствуют о том, что подходы, применяемые большинством стран для борьбы с пандемией в данный момент, скорее всего, приведут к более чем 30-процентному увеличению числа случаев материнской смертности и смертности новорожденных<sup>59</sup>. Рост уровня материнской смертности уже наблюдался в других странах, таких как Монголия и Непал<sup>60</sup>, а в регионе Центральной и Латинской Америки пандемия COVID-19 стала основной причиной смерти беременных женщин в Мексике (10,5), Перу (10,3), Боливии (Многонациональное Государство) (10,1) и Доминиканской Республике (9,2)<sup>61</sup>. В Южной Азии Лаосская Народно-Демократическая Республика сообщила также об ожидаемом росте уровня материнской смертности из-за влияния пандемии COVID-19; а в Мьянме и Непале уже зафиксирован рост такого уровня, при этом Непал сообщил о 50-процентном росте за первые восемь месяцев пандемии.

31. По данным исследования, проведенного Глобальным фондом финансирования, в Либерии число женщин, совершающих рекомендованные визиты к врачу во время беременности, снизилось на 18 процентов, а в Нигерии число женщин, обращающихся за медицинской помощью во время беременности, снизилось на 16 процентов. В Демократической Республике Конго ежегодно фиксируется 16 000 случаев материнской смертности, а в Нигерии — 67 000, и прогнозируется увеличение этих показателей на 1280 и 6700 соответственно. Результаты этого исследования показали, что из всех услуг, предоставляемых в исследуемых странах, наибольшее число перебоев было связано с вакцинацией детей<sup>62</sup>.

32. Правозащитными механизмами были зафиксированы случаи жестокого обращения, насилия и акушерского насилия в отношении женщин при оказании услуг по охране репродуктивного здоровья<sup>63</sup>. Поступившие из стран Европы и

<sup>56</sup> Tanvir Ahmed and others, “The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, No. 1 (15 March 2021), p. 77. URL: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01414-5>.

<sup>57</sup> UNFPA and UN-Women, “Impact of COVID-19 on gender equality and women’s empowerment in East and Southern Africa”, abridged version (Nairobi, UN Women East and Southern Africa Regional Office, March 2021), URL: [https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/abridged\\_-\\_impact\\_of\\_covid19\\_on\\_gender\\_equality\\_and\\_women\\_empowerment\\_in\\_east\\_and\\_southern\\_africa.pdf](https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/abridged_-_impact_of_covid19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa.pdf).

<sup>58</sup> См. [www.amnesty.org/download/Documents/AFR4641122021ENGLISH.pdf](http://www.amnesty.org/download/Documents/AFR4641122021ENGLISH.pdf), p. 15.

<sup>59</sup> Dorit Stein, Kevin Ward and Catherine Cantelmo, “Estimating the potential impact of COVID-19 on mothers and newborns in low- and middle-income countries” (2020), Health Policy Plus website. URL: [www.healthpolicyplus.com/covid-mnh-impacts.cfm](http://www.healthpolicyplus.com/covid-mnh-impacts.cfm).

<sup>60</sup> См. материалы, представленные ЮНФПА, с. 5. URL: [www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx).

<sup>61</sup> См. [www.gob.mx/AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf](http://www.gob.mx/AvisoEpidemiologicoEmbarazo-COVID28enero12hrs.pdf).

<sup>62</sup> Global Financing Facility, “New findings confirm global disruptions in essential health services for women and children from COVID-19” (2020) URL: <https://www.globalfinancingfacility.org/new-findings-confirm-global-disruptions-essential-health-services-women-and-children-covid-19>.

<sup>63</sup> См. A/74/137; и мнения в отношении сообщения № 138/2018, принятые Комитетом по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в соответствии со статьей 4 (п. 2 с) Факультативного протокола (CEDAW/C/75/D/138/2018).

Латинской Америки доклады свидетельствуют о том, что пандемия лишь усугубила ситуацию<sup>64</sup>.

## **В. Планирование семьи, контрацепция, включая средства экстренной контрацепции, и аборты**

33. Доступ к услугам по планированию семьи, контрацепции, включая средства экстренной контрацепции, безопасным абортam и услугам в последующий период является одной из составляющих права на здоровье, в частности права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья<sup>65</sup>. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин гарантирует право женщин «свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рождениями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять это право»<sup>66</sup>.

34. В соответствии с задачей 3.7 цели 3 в области устойчивого развития государства должны к 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах<sup>67</sup>. По данным ЮНФПА, в 2021 году 49 процентов женщин в возрасте от 15 до 49 лет во всем мире и 32 процента женщин такого возраста в наименее развитых странах используют тот или иной метод контрацепции<sup>68</sup>.

### **Влияние пандемии COVID-19 на планирование семьи и контрацепцию**

35. Пандемия COVID-19 усугубила типичные факторы, которые препятствуют доступу девочек-подростков к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья: выросли показатели неудовлетворения потребностей в медицинских услугах, усложнились социальные и логистические аспекты доступа к уходу и ограничился доступ к программам по защите, включая программы предоставления юридических услуг.

36. По данным проведенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) исследования, охватившего 105 стран, из-за пандемии COVID-19 90 процентов таких стран испытали перебои с предоставлением медицинских услуг, а 68 процентов — с предоставлением услуг по планированию семьи<sup>69</sup>. В частности, в Эквадоре из-за пандемии COVID-19 объем предоставляемых услуг по

<sup>64</sup> См. материалы, представленные ассоциацией «Эль парто эс нуэстро». См. также <https://the-citizen.medium.com/obstetric-violence-in-latin-america-the-pandemic-only-made-things-worse-93c5031eee01>.

<sup>65</sup> Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12 (п. 2 а)); Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), п. 14, и замечание общего порядка № 14 (2000 год), пп. 34 и 35; и Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, “Contraception and family planning” («Контрацепция и планирование семьи»), серия информационных материалов по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам (2020 год).

<sup>66</sup> Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, статья 16.

<sup>67</sup> Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development* («Планирование семьи и Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»), информационный буклет (2019 год). URL: [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning\\_DataBooklet\\_2019.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf).

<sup>68</sup> UNFPA, World population dashboard (2021).

<sup>69</sup> См. [www.who.int/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic](http://www.who.int/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic).



планированию семьи сократился на 26,5 процента<sup>70</sup>, доступ к дородовому уходу — на 45 процентов, а доступ к контрацепции — на 60 процентов<sup>71</sup>.

37. Доступа к контрацепции лишились 12 миллионов женщин, что привело к 1,4 миллиона случаев незапланированной беременности; такие перебои с доступом по-прежнему вызывают беспокойство в свете ограниченности данных и наличия ряда несоответствий между странами, требующих непрерывных мониторинга и анализа<sup>72</sup>.

38. Кроме того, в рамках исследования ВОЗ было выявлено непропорционально сильное воздействие на женщин и молодежь: вероятность незапланированной беременности в результате влияния прямых и косвенных факторов высока из-за локдауна, перебоев с обслуживанием, дефицита товаров и финансовых трудностей<sup>73</sup>. В период с января по июнь 2020 года Министерство здравоохранения Сальвадора зафиксировало 258 случаев беременности девочек в возрасте от 10 до 14 лет и 6577 случаев беременности девочек и молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет<sup>74</sup>.

39. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что пандемия COVID-19 оказывает непосредственное влияние на намерения женщин в отношении рождения детей: согласно сообщениям, около 34 процентов женщин в Соединенных Штатах Америки откладывают беременность или принимают решение иметь меньшее число детей<sup>75</sup>. Аналогичная ситуация наблюдается также в Кении, Буркина-Фасо и Демократической Республике Конго, где, согласно сообщениям, от 9 до 14 процентов женщин передумали забеременеть из-за связанных с пандемией COVID-19 опасений, что свидетельствует о важности планирования семьи<sup>76</sup>.

## Аборты

40. Женщины, подростки, девочки и все лица, способные забеременеть, имеют право принимать информированные, свободные и ответственные решения, касающиеся производства ими потомства, собственного тела и сексуального и репродуктивного здоровья, без дискриминации, принуждения и насилия<sup>77</sup>. Это право, основанное на правах на физическую неприкосновенность и самоопределение, гарантирует всем способным забеременеть лицам реальную

<sup>70</sup> Post-Disaster Needs Assessment PDNA 2020. URL: [https://sni.gob.ec/documents/10180/4534845/Informe+Evaluaci%C3%B3n+Socio+Economica\\_PDNA.pdf/bf1ff6a4-4a67-4f5f-abab-5512f821d270](https://sni.gob.ec/documents/10180/4534845/Informe+Evaluaci%C3%B3n+Socio+Economica_PDNA.pdf/bf1ff6a4-4a67-4f5f-abab-5512f821d270).

<sup>71</sup> См. <http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/climate-and-disaster-resilience/resilient-recovery/PDNA-and-CRNA-Assessments/Socioeconomic-Assessment-COVID-19-PDNA-Ecuador.html>.

<sup>72</sup> A/HRC/47/38. См. также [www.unfpa.org/news/one-year-pandemic-unfpa-estimates-12-million-women-have-seen-contraceptive-interruptions](http://www.unfpa.org/news/one-year-pandemic-unfpa-estimates-12-million-women-have-seen-contraceptive-interruptions).

<sup>73</sup> Там же.

<sup>74</sup> Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), *Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador 2020*, p. 20.

<sup>75</sup> Laura D. Lindberg and others, “Early impacts of the COVID-19 pandemic: findings From the 2020 Guttmacher survey of reproductive health experiences” (June 2020). URL: [www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health](http://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health).

<sup>76</sup> Данные проекта PMA: COVID-19 и PMA. См. панель для отображения результатов ([www.pmadata.org/technical-areas/covid-19](http://www.pmadata.org/technical-areas/covid-19)).

<sup>77</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), п. 5, и замечание общего порядка № 14 (2000 год), п. 8; Статья 16 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; и Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (1994 год) (A/CONF.171/13/Rev.1), глава VII. См. также A/HRC/32/44 и A/HRC/47/38.

самостоятельность в принятии решения о том, производить ли им потомство<sup>78</sup>. На государствах «лежит основное обязательство обеспечить осуществление права на сексуальное и репродуктивное здоровье хотя бы на минимальном необходимом уровне, в том числе принять меры для предупреждения небезопасных аборт»<sup>79</sup>. Безопасные и легальные аборт являются неперенным компонентом комплексного медицинского обслуживания.

41. В своем замечании общего порядка № 36 (2018 год) Комитет по правам человека подчеркнул обязанность государств обеспечивать безопасный, законный и эффективный доступ к абарту в тех случаях, когда жизнь и здоровье беременной женщины или девочки находятся под угрозой или когда донашивание плода причинит беременной женщине или девочке сильную боль или страдание, особенно в тех случаях, когда беременность наступила в результате изнасилования или инцеста или плод нежизнеспособен. По мнению Комитета по правам человека, хотя государства-участники могут принимать меры, направленные на регулирование добровольного прерывания беременности, эти меры не должны приводить к нарушению права на жизнь беременной женщины или девочки или ее других прав, закрепленных в Международном пакте о гражданских и политических правах<sup>80</sup>. Комитет подкрепил это заявление утверждением, что государства-участники не могут регулировать беременность или аборт таким образом, чтобы это противоречило их обязанности обеспечивать, чтобы женщинам и девочкам не приходилось прибегать к небезопасным абортам, и им следует соответствующим образом пересмотреть свое законодательство об абортах<sup>81</sup>.

42. По данным анализа, проведенного Центром за репродуктивные права, около 90 миллионов женщин репродуктивного возраста живут в странах, где аборт не разрешены ни при каких обстоятельствах, включая случаи, когда жизнь или здоровье женщины находятся под угрозой<sup>82</sup>. ВОЗ объявила предоставление безопасного комплексного ухода при абрте одной из основных медицинских услуг, оказание которой возможно в течение ограниченного времени<sup>83</sup>.

<sup>78</sup> Charles Ngwena and Ebenezer Durojaye, eds., *Strengthening the Protection of Sexual and Reproductive Health and Rights in the African Region Through Human Rights* (Pretoria, South Africa, Pretoria University Law Press (PULP), 2014), p. 263. См. также [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.aspx).

<sup>79</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), п. 49.

<sup>80</sup> Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 36 (2011 год), п. 8.

<sup>81</sup> Там же.

<sup>82</sup> По данным Центра за репродуктивные права, к таким странам относятся Андорра, Гаити, Гондурас, Доминиканская Республика, Египет, Ирак, Конго (Браззавиль), Лаосская Народно-Демократическая Республика, Мавритания, Мадагаскар, Мальта, Никарагуа, Палау, Сальвадор, Сан-Марино, Сенегал, Суринам, Сьерра-Леоне, Тонга, Филиппины и Ямайка. Кроме того, аборт запрещены в любых обстоятельствах на Арубе, Западном берегу реки Иордан и Кюрасао. См. [https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/05/WALM\\_2021update\\_V1-1.pdf](https://oltem1bixlohb0d4busw018c-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/05/WALM_2021update_V1-1.pdf).

<sup>83</sup> Всемирная организация здравоохранения, *Maintaining Essential Health Services: Operational Guidance for the COVID-19 Context — Interim Guidance, 1 June 2020* («Непрерывное оказание основных услуг здравоохранения: оперативное руководство в контексте COVID-19 — временное руководство»), 1 июня 2020 года, сс. 29 и 30. См. также Всемирная организация здравоохранения, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Детский фонд Организации Объединенных Наций, *Continuing essential sexual, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: operational guidance for South and South-East Asia and Pacific regions* («Непрерывное оказание основных услуг по охране сексуального, репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья во время пандемии COVID-19: оперативное руководство для регионов Южной и Юго-Восточной Азии и Тихого океана»), 2020 год.

43. Некоторые государства создали благоприятные условия для обеспечения доступа к этим услугам, в то время как другие продолжают создавать дополнительные препятствия<sup>84</sup>. Ряд государств ввели ограничения или вновь ввели касающиеся планирования семьи правила и практику или соответствующие требования, в результате чего доступ к аборту — процедуре, возможной в течение ограниченного времени, — ухудшился<sup>85</sup>. Несмотря на то, что ряд государств по всему миру признали, что право на охрану сексуального и репродуктивного здоровья должно осуществляться во время пандемии в рамках основных услуг<sup>86</sup>, такие европейские страны, как Австрия, Германия, Румыния и Хорватия, этого не сделали<sup>87</sup>, а 11 штатов в Соединенных Штатах Америки на том или ином этапе пандемии высказывали противоположное мнение<sup>88</sup>. Польша совершила ряд действий, с тем чтобы принять более регрессивное законодательство об абортах и заставить несогласных молчать<sup>89</sup>; Министерство здравоохранения Бразилии сделало обращение в полицию обязательным условием для получения доступа к аборту в случае изнасилования; женщины в Италии и Российской Федерации сталкивались с препятствиями, которые ограничивали доступ к безопасным абортам или задерживали его получение<sup>90</sup>. В то же время доступ к безопасным и легальным абортам был расширен в разгар пандемии благодаря внедрению удаленного медицинского консультирования для проведения абортов в Бразилии, Ирландии и Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии; легализации абортов в Аргентине; смягчению правил в Германии и Франции; и принятию особых мер в Южной Африке<sup>91</sup>. Недавно администрация Соединенных Штатов объявила, что не будет вводить ограничения на выдачу лекарств для прерывания беременности в условиях общенациональной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения<sup>92</sup>.

### C. Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков

44. Подростки имеют право выражать свои взгляды по всем вопросам, касающимся здоровья и сексуальности, и иметь доступ к бесплатным, конфиденциальным и обеспечивающим учет потребностей подростков услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, а также к соответствующим информации и образованию, предоставляемым как очно, так и в онлайн-режиме<sup>93</sup>. «Отсутствие доступа к таким услугам приводит к тому, что девочки-подростки оказываются в группе наиболее высокого риска гибели или страданий от

<sup>84</sup> Elizabeth Chloe Romanis and Jordan A. Parsons, “Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19” (15 September 2020). См. <https://doi-org.uplib.idm.oclc.org/10.1002/ijgo>.

<sup>85</sup> Ibid.

<sup>86</sup> См. [www.partners-popdev.org/wp-content/uploads/2020/05/Joint-Press-Statement-052020..pdf](http://www.partners-popdev.org/wp-content/uploads/2020/05/Joint-Press-Statement-052020..pdf).

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Алабама, Соединенные Штаты Америки, ноябрь 2020 года. См. также материалы, представленные организацией «План Интернэшнл», с. 2.

<sup>89</sup> См. [www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26434&LangID=](http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26434&LangID=). См. также материалы, представленные организацией «План Интернэшнл», с. 2.

<sup>90</sup> См. материалы, представленные Латиноамериканским консорциумом против небезопасных абортов, сс. 5, 18 и 19; организацией «Хьюман райтс уотч», с. 2; Ассоциацией по правам женщин в процессе развития, сс. 2–4; и Италией.

<sup>91</sup> См. материалы, представленные организацией «Эм-эс-ай Рипродактив Чойсиз», с. 2; Бразилией, сс. 2 и 3; и Аргентиной, сс. 3–5. Вопрос о внедрении удаленного медицинского консультирования для проведения абортов в настоящее время находится на рассмотрении в Бразилии. См. материалы, представленные организацией «Анис» и прочими организациями.

<sup>92</sup> См. материалы, представленные организацией «План Си».

<sup>93</sup> Комитет по правам ребенка, замечание общего порядка № 20 (2016 год), пп. 23, 59 и 61. См. также [A/HRC/32/32](http://www.unhcr.org/refugees/32/32).

тяжелых или неизлечимых травм, связанных с беременностью и родами»<sup>94</sup>. Медицинские услуги для подростков должны охватывать предоставление информации, касающейся вопросов ВИЧ, а также обеспечение соответствующих тестирования, диагностики, ухода и лечения; предоставление информации о контрацепции и использовании презервативов, а также о безопасном аборте и уходе в последующий период<sup>95</sup>.

45. Комитет по правам ребенка дополнительно пояснил, что «такие препятствия, как требования согласия или разрешения от третьей стороны, недопустимы» и что государства должны прилагать усилия для преодоления препятствий, связанных со стигматизацией обращающихся за такими услугами девочек-подростков, подростков-инвалидов и подростков из числа ЛГБТИК+.

46. Также важно исключить неправомерные требования, являющиеся предварительным условием для изменения имени, юридического пола или гендерной принадлежности, включая принудительную, вынужденную или иную недобровольную стерилизацию; медицинские процедуры, касающиеся перехода, включая хирургические операции и гормональную терапию; прохождение медицинской диагностики, психологической экспертизы или иных медицинских или психосоциальных процедур или лечения; требования, касающиеся экономического положения, здоровья, брачного, семейного или родительского статуса; а также мнения какой-либо третьей стороны. Это должно распространяться и на обеспечение того, чтобы судимость, иммиграционный или иной статус лица не использовались для предотвращения изменения имени, юридического пола или гендерной принадлежности<sup>96</sup>.

47. Специальный докладчик обращает внимание на важность предоставления детям и подросткам с трансгендерной и иной гендерной идентичностью доступа к лечению для приведения их тел в соответствие с гендерной принадлежностью при обеспечении уважения их достоинства, а также приоритетность предоставления подросткам-инвалидам возможности получения образования и информации в доступных форматах.

### **Влияние пандемии COVID-19 на сексуальное и репродуктивное здоровье подростков**

48. В период пандемии COVID-19 ряд факторов затруднил и без того ограниченный доступ подростков к правам на охрану сексуального и репродуктивного здоровья<sup>97</sup>. Связанные с локдауном меры влияют на возможность подростков посещать медицинские учреждения и нарушают цепочки поставок контрацептивов, что еще больше ограничивает доступ подростков к информации о сексуальном здоровье и соответствующей медицинской помощи<sup>98</sup>. Закрытие школ привело к ухудшению доступа к предлагаемым в школах мероприятиям, таким как просвещение по вопросам менструации, предоставление гигиенических прокладок и всестороннее сексуальное просвещение, которое забыли обеспечить в рамках онлайн-образования<sup>99</sup>. Например, в период пандемии девочки (и

<sup>94</sup> Там же, п. 59.

<sup>95</sup> Там же, пп. 60–63.

<sup>96</sup> См. A/73/152, п. 81 b).

<sup>97</sup> Zara Ahmed, “COVID-19 could have devastating effects on adolescents’ sexual and reproductive health and rights” (Guttman Institute, June 2020). URL: [www.guttman.org/article/2020/06/covid-19-could-have-devastating-effects-adolescents-sexual-and-reproductive-health](http://www.guttman.org/article/2020/06/covid-19-could-have-devastating-effects-adolescents-sexual-and-reproductive-health).

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> См. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2770536>. Смотрите также материалы, представленные организацией «План Интернэшнл», с. 2.

женщины) в восточной и южной частях Африки столкнулись с ограниченным доступом к санитарно-гигиеническим средствам или отсутствием таких средств<sup>100</sup>.

49. Девочки-подростки находятся в еще более неблагоприятных условиях, прежде всего те из них, кто проживает в странах Африки к югу от Сахары, где многие из них подвергаются высокому риску столкнуться с насилием, детскими браками, подростковой беременностью, сексуальным насилием и эксплуатацией, а также калечащими операциями на женских половых органах<sup>101</sup>.

50. Специальный докладчик ранее отмечала полезность ориентированных на молодежь цифровых мероприятий по охране здоровья, которые позволяют молодым людям решать многочисленные медицинские вопросы, связанные с переходом к взрослой жизни.

#### **D. Комплексная поддержка жертв сексуального и гендерного насилия всех полов: предотвращение и реагирование**

51. Составляющей полноценного набора качественных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которые обязаны предоставлять государства, является наличие у жертв сексуального и бытового насилия всех полов доступа к всеобъемлющему уходу за физическим и психическим здоровьем, в том числе к профилактическому лечению после контакта, средствам экстренной контрацепции и безопасным абортам<sup>102</sup>. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин признал, что такая всесторонняя поддержка также является формой возмещения ущерба лицам, пережившим гендерное насилие, представляющее собой запрещенную обычным правом форму дискриминации в отношении женщин и нарушение их прав, которое может приравниваться к пыткам или жестокому обращению, а в некоторых случаях может представлять собой международное преступление<sup>103</sup>.

52. Несмотря на глобальные усилия, направленные на обеспечение гендерного равенства и ликвидацию всех форм насилия в отношении женщин и девочек к 2030 году<sup>104</sup>, гендерное насилие по-прежнему имеет место во всех регионах мира и с начала пандемии COVID-19 лишь повсеместно усилилось<sup>105</sup>, в частности в регионе Латинской Америки<sup>106</sup>. Материалы, полученные в ответ на призывы представить информацию для данного доклада, также свидетельствуют о росте числа случаев гендерного насилия во время пандемии в странах всех регионов мира<sup>107</sup>. Локдаун и другие меры, ограничивающие передвижение людей и

<sup>100</sup> См. [https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impact\\_of\\_covid-19\\_on\\_gender\\_equality\\_and\\_women\\_empowerment\\_in\\_east\\_and\\_southern\\_africa0704202101\\_1.pdf](https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impact_of_covid-19_on_gender_equality_and_women_empowerment_in_east_and_southern_africa0704202101_1.pdf), p. 22.

<sup>101</sup> Ibid.

<sup>102</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), п. 45.

<sup>103</sup> Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 35 (2017 год), пп. 1, 2 и 18.

<sup>104</sup> Цель 5 в области устойчивого развития, задачи 5.2 и 5.3 (см. <https://sdg-tracker.org/gender-equality>).

<sup>105</sup> См. [issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf](https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf) (unwomen.org).

<sup>106</sup> Plan International, “Surge in violence against girls and women in Latin America and Caribbean”. Доступно на сайте [plan-international.org](http://plan-international.org). См. также [www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46422/S2000875\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46422/S2000875_es.pdf).

<sup>107</sup> См. материалы, представленные Азиатско-Тихоокеанским консультативным и исследовательским центром для женщин, с. 8; организацией «Джендер хэлс энд джастис рिसерч юнит», с. 6; фондом помощи «Элизка», с. 4; организацией «План Интернэшнл», сс. 2 и 3; организацией «Саус кориан сивик эсэйети»; сообществом активистов в Ливане «Уи лид», с. 2;

усиливающие стресс, вызванный тревогой по поводу безопасности, состояния здоровья и финансового положения, усилили изоляцию женщин и девочек и создали условия, в которых они подвергаются жестокому обращению, а также могут становиться все более зависимыми от своих обидчиков и быть вынуждены чаще подчиняться запретам, которые те устанавливают. Эти меры также привели к отсутствию или ограничению доступа к специализированным услугам и механизмам оказания поддержки, включая приюты для женщин. В Азиатско-Тихоокеанском регионе 12 процентов организаций гражданского общества, работающих над ликвидацией насилия в отношении женщин, полностью приостановили свою деятельность, а 71 процент таких организаций функционируют лишь частично<sup>108</sup>.

53. Вызванный пандемией рост сексуального и гендерного насилия и насилия на почве сексуальности затрагивает подростков, которые особенно уязвимы к насилию со стороны интимного партнера. По данным исследования, проведенного Международным сообществом женщин, живущих с ВИЧ, в Азиатско-Тихоокеанском регионе при поддержке Группы региональной поддержки ЮНЭЙДС для Азии и Тихого океана в июне 2020 года, почти 30 процентов респондентов сталкивались с той или иной формой гендерного насилия, включая стигматизацию и дискриминацию<sup>109</sup>.

54. Для молодых людей из числа ЛГБТИК+, которые в некоторых случаях отдалились или отстранились от своих семей по причине дискриминации и насилия, меры локдауна сопряжены с особыми трудностями. Теперь у таких молодых людей только два варианта: терпеть насилие из-за зависимости от своей семьи или стать бездомными. Доступ к консультационным услугам и приютам был ограничен еще до пандемии; сейчас ситуация ухудшилась, в результате чего молодые люди из числа ЛГБТИК+ лишились средств к существованию и стали еще более уязвимы к насилию.

## **Е. ВИЧ/СПИД**

55. В рамках осуществления права на здоровье государства должны обеспечить профилактику ВИЧ/СПИДа, а также соответствующее лечение, уход и поддержку для детей и взрослых; запрещается дискриминация в доступе к медицинским услугам по признаку состояния здоровья в связи с ВИЧ/СПИДом<sup>110</sup>.

56. С начала эпидемии ВИЧ/СПИДа около 77,5 миллиона человек были инфицированы, 34,7 миллиона человек умерли; в 2020 году 37,6 миллиона человек во всем мире жили с ВИЧ/СПИДом<sup>111</sup>.

57. Биомедицинские методы профилактики ВИЧ/СПИДа, а именно лечение ВИЧ/СПИДа как профилактика и пероральная доконтактная профилактика ВИЧ, дают надежду на установление контроля над эпидемией ВИЧ/СПИДа. Тем не менее одним из важных факторов, способствующих распространению ВИЧ-

и организацией «Эм-эс-ай Ю-кей Рипродактив Чойсиз», с. 5.

<sup>108</sup> Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, публикация «Народонаселение мира в 2021 году». Доклад доступен по ссылке [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021\\_Report\\_-\\_EN\\_web.3.21\\_0.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf), с. 127.

<sup>109</sup> См. [www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210308\\_gender-inequalities-asia-pacific](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210308_gender-inequalities-asia-pacific). См. также материалы, представленные ЮНЭЙДС.

<sup>110</sup> См. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12 (п. 2 а)); Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 14 (1984 год), пп. 16–18; и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016 год), пп. 13, 30 и 45.

<sup>111</sup> ЮНЭЙДС, «Глобальная статистика по ВИЧ и СПИДу», информационный бюллетень.

инфекции, остается неравенство. В странах, в которых в связи с ВИЧ установлена уголовная ответственность и существует высокий уровень гендерного неравенства и гендерного насилия, включая изнасилования и детские, ранние и принудительные браки, женщины, подростки, представители ЛБГТИК+ и лица, находящиеся в уязвимом положении, подвержены повышенному риску ВИЧ-инфицирования.

58. Если нынешняя правовая и политическая обстановка не изменится, прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году, как это предусмотрено Повесткой дня в области устойчивого развития и глобальными обязательствами по ускорению темпов борьбы с ВИЧ, будет невозможно. Крайне важно увеличить инвестиции в такие стратегии улучшения правовой и политической обстановки, как социальные механизмы, меры реагирования на уровне сообществ и меры по обеспечению прав человека, что, в свою очередь, будет способствовать усилиям по профилактике ВИЧ<sup>112</sup>.

### **Влияние пандемии COVID-19 на ситуацию с ВИЧ/СПИДом**

59. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) задокументировала влияние таких связанных с пандемией COVID-19 факторов, как локдаун, ограничения на поездки, закрытие границ и сокращение и перенаправление ресурсов, на положение людей, живущих с ВИЧ, и представителей уязвимых и маргинализированных групп населения<sup>113</sup>. Были зафиксированы перебои с оказанием услуг, связанных с ВИЧ, и истончение цепочек поставок основных средств; сократилось число новых поставленных диагнозов ВИЧ и увеличился период до начала лечения; меньше людей начинают антиретровирусную терапию, в то время как приверженность курсу терапии возросла. По оценкам, 4 миллиона человек, нуждающихся в лечении, остались без него<sup>114</sup>. Представленные ЮНЭЙДС странами данные легли в основу прогнозов, согласно которым «перебои в связи с пандемией COVID-19 могут привести к еще 123 000–293 000 случаев ВИЧ-инфицирования и 69 000–148 000 дополнительных смертей, связанных со СПИДом, во всем мире»<sup>115</sup>.

60. Страны Африки к югу от Сахары продолжают нести тяжкий груз, связанный с распространенностью ВИЧ; пандемия COVID-19 еще больше усугубила ситуацию, о чем свидетельствует сокращение объемов тестирования на ВИЧ и предоставления других услуг, включая предоставление жизненно важного медикаментозного лечения<sup>116</sup>. В докладе Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией говорится о том, что пандемия COVID-19 оказывает большое влияние на системы здравоохранения; прежде всего это касается вопросов ВИЧ, туберкулеза и малярии в странах Африки и Азии. Согласно докладу, связанные с COVID-19 локдаун и ограничительные меры сильнее всего сказываются на услугах по тестированию, профилактике и уходу в связи с ВИЧ;

<sup>112</sup> M. Stacey and others, *Expanding Needs, Diminishing Means: Mapping of Trends in Funding Social Enablers in Southern and East Africa* (AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA), 2020), p. 5.

<sup>113</sup> См. ЮНЭЙДС, «Преодоление пандемий: ставя интересы людей в центр внимания», Доклад ко Всемирному дню борьбы со СПИДом 2020 года (Женева, ноябрь 2020 года), с. 10. URL: [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/prevailing-against-pandemics\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf). См. также материалы, представленные ЮНЭЙДС.

<sup>114</sup> ЮНЭЙДС, «Преодоление пандемий: ставя интересы людей в центр внимания», с. 28.

<sup>115</sup> Там же, с. 35.

<sup>116</sup> Chris Beyrer, “A pandemic anniversary: 40 years of HIV/AIDS”, *Lancet*, vol. 397, No. 10290 (5 June 2021), pp. 2142–2143. См. также ARASA, “Impact of the COVID-19 national measures on community-led HIV responses in SADC” (2020), проект доклада.

почти две трети стран Африки и Азии сталкиваются с теми или иными перебо-ями с оказанием этих услуг<sup>117</sup>.

61. Согласно опросу, проведенному ЮНЭЙДС среди 2300 человек в 28 странах Латинской Америки и Карибского бассейна в онлайн-режиме, 7 из 10 респондентов в настоящее время не обладают такими запасами антиретровирусных препаратов, которые позволили бы им пережить локдаун длительностью более 60 дней, а 56 процентов респондентов опасаются обусловленной ВИЧ дискриминации в связи с тем, что они живут с ВИЧ в разгар пандемии COVID-19<sup>118</sup>.

## **Г. Забытые заболевания: раковые заболевания репродуктивных органов**

62. Несмотря на опасения, связанные с изменением глобальных приоритетов в области здравоохранения во время пандемии COVID-19, 3 августа 2020 года Всемирная ассамблея здравоохранения в ходе своей семьдесят третьей сессии приняла резолюцию WHA73.2, которая подготовила почву для начала осуществления Глобальной стратегии по ускорению ликвидации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения на период 2020–2030 годов, что свидетельствует о результативности усилий по информированию о правах на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

63. Специальный докладчик обращает внимание на то, что рак шейки матки является четвертым по распространенности раковым заболеванием среди женщин во всем мире, и выражает сожаление в связи с отсутствием равного доступа к вакцинам против вируса папилломы человека (ВПЧ) в странах с низким и средним уровнем дохода<sup>119</sup>. Девяносто пять процентов девочек-подростков, получивших дозы вакцины против ВПЧ в период с 2006 по 2017 год (примерно 100 миллионов), проживают в странах с высоким уровнем дохода<sup>120</sup>. Тем не менее анализ электронных детских медицинских карт в Соединенных Штатах показал, что во время пандемии COVID-19 (в период с февраля по начало апреля 2020 года) число случаев вакцинации против ВПЧ сократилось на 68 процентов. Это сокращение было больше сокращения числа случаев применения других педиатрических вакцин<sup>121</sup>. В Кении из-за связанного с COVID-19 закрытия учреждений 400 000 девочек в возрасте 10 лет не смогли принять участие в государственной программе иммунизации против рака шейки матки, осуществляемой среди учащихся начальных школ<sup>122</sup>. По последним данным ВОЗ и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), «такие достижения как проведение вакцинации против ВПЧ в 106 странах» могут быть утрачены в связи с сокращением масштабов иммунизации во время пандемии COVID-19<sup>123</sup>.

64. Подростки становятся взрослыми, чье право на здоровье и хорошее состояние здоровья в будущем ставится под угрозу из-за имевших место в прошлом и продолжающихся нарушений и отсутствия комплексных и свободных от

<sup>117</sup> Ibid.

<sup>118</sup> См. <http://onusidalac.org/1/images/infographic2-survey-ENG.pdf>.

<sup>119</sup> A/HRC/47/29, пп. 105 и 106.

<sup>120</sup> См. <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/GO.20.00504>.

<sup>121</sup> Laura D. Lindberg, David L. Bell and Leslie M. Kantor, “The sexual and reproductive health of adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 52, No. 2 (Guttmacher Institute, June 2020), pp. 75–79. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1363/psrh.12151>.

<sup>122</sup> Aggrey Omboki, “Kenya: Covid-19 hampers Kenya's cervical cancer vaccination campaign”, AllAfrica.com (28 July 2020).

<sup>123</sup> Пресс-релиз Всемирной организации здравоохранения, «ВОЗ и ЮНИСЕФ предупреждают о сокращении масштабов вакцинации во время пандемии COVID-19» от 15 июля 2020 года.



стигматизации услуг. Укрепление таких механизмов, как вакцинация представителей этой возрастной группы против ВПЧ, а также предоставление диагностических услуг и лечения даже во время кризисов в области здравоохранения позволят сформировать ключевые методы повсеместной интеграции подростков в систему общественного здравоохранения.

## **Г. Цифровые инновации и мероприятия: возможности и риски**

65. «Цифровое здравоохранение» — это термин, объединяющий различные информационно-коммуникационные технологии, применяемые в системах здравоохранения, начиная от мобильных приложений и заканчивая системами управления информацией в области здравоохранения, а также многое другое. Цифровое здравоохранение призвано улучшить физическую и финансовую доступность, приемлемость и качество медицинских услуг для всех. Такие технологии призваны помочь удовлетворить особые потребности различных групп населения, обеспечив доступ к информации и услугам для людей, которые в противном случае могли бы столкнуться с препятствиями. В замечании общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам подчеркивается, что учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны для всех, «особенно для наиболее уязвимых и социально отчужденных слоев населения», без дискриминации<sup>124</sup>. Тем не менее широко распространенное социальное и политическое неравенство может привести к появлению особых изъятий в цифровых инструментах, используемых в связи с реализацией прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

66. Глобальный цифровой разрыв отражает широкое социально-экономическое неравенство: разрывы, существующие внутри стран и между ними, между мужчинами и женщинами, между поколениями, между социальными группами и между теми, кто имеет разный уровень доступа к образованию. Из-за ограниченного доступа к образованию и трудоустройству женщины во всем мире реже, чем мужчины, пользуются Интернетом для скачивания программного обеспечения и онлайн-взаимодействия<sup>125</sup>. По данным глобальной ассоциации операторов мобильной связи, число женщин, имеющих доступ в Интернет на мобильном телефоне, более чем на 300 миллионов меньше соответствующего числа мужчин. Гендерный разрыв наиболее велик в Южной Азии, за которой следуют страны Африки к югу от Сахары<sup>126</sup>. Уровень цифровой грамотности женщин в целом ниже, чем у мужчин<sup>127</sup>. В результате девочки значительно реже, чем мальчики, задумываются о карьере в сфере технологий<sup>128</sup>.

67. Для преодоления цифрового гендерного разрыва государства — члены Организации Объединенных Наций в рамках цели 5 в области устойчивого развития взяли на себя обязательство расширить доступ женщин и девочек к соответствующим технологиям.

<sup>124</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000 год), п. 12 b).

<sup>125</sup> GSMA Connected Women, *The Mobile Gender Gap Report 2020* (March 2020). URL: [www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2020/05/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2020.pdf](http://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2020/05/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2020.pdf).

<sup>126</sup> Ibid.

<sup>127</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, *Bridging the Digital Gender Divide: Include, Upskill, Innovate* (2018). URL: [www.oecd.org/digital/bridging-the-digital-gender-divide.pdf](http://www.oecd.org/digital/bridging-the-digital-gender-divide.pdf).

<sup>128</sup> Ibid.

68. Специальный докладчик по вопросу о современных формах расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости обратила внимание на примеры расовой дискриминации в сфере появляющихся цифровых технологий<sup>129</sup>. В рамках одного из обзоров было установлено, что наиболее широко используемые в сфере здравоохранения биомедицинские технологии искусственного интеллекта не обеспечивают учет пола и гендера, а также того, как эти факторы могут влиять на различия в состоянии здоровья и протекании заболеваний<sup>130</sup>.

69. Погрешности в работе алгоритмов могут быть отчасти обусловлены предубеждениями, содержащимися в наборах данных. Стигматизация и установление уголовной ответственности могут приводить к появлению скрытых групп населения, данные о здоровье которых не учитываются при определении приоритетов и разработке механизмов, что усиливает существующие формы дискриминации<sup>131</sup>.

70. Организация «Прайвэси Интернэшнл» установила, что молодые женщины подвергаются нападкам в Интернете со стороны организаций, которые стремятся ограничить их сексуальный и репродуктивный выбор<sup>132</sup>.

71. 18 декабря 2013 года Генеральная Ассамблея приняла резолюцию 68/167, в которой выразила глубокую обеспокоенность по поводу негативных последствий слежения для осуществления и реализации прав человека. Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству выразила обеспокоенность в связи с масштабным государственным слежением и тем, что онлайн-слежение может подорвать доверие, необходимое для предоставления медицинской информации в онлайн-режиме<sup>133</sup>.

72. Несмотря на вышеупомянутые опасения, цифровое здравоохранение открывает важные позитивные возможности для инициативного устранения социального неравенства благодаря расширению прав и возможностей женщин и маргинализированных групп и удовлетворению их реальных потребностей. Все большее число исследований свидетельствуют о том, что мобильное здравоохранение может расширить охват медицинскими услугами в труднодоступных районах, помогая тем группам населения, которые сталкиваются с трудностями в получении доступа к формальной системе здравоохранения, в том числе благодаря предоставлению информации о сексуальном и репродуктивном здоровье в рассылаемых текстовых сообщениях, установлению доверительных отношений с медицинскими работниками, документированию случаев нарушений прав и созданию коллегиальных сетей для оказания взаимной поддержки.

73. Специальный докладчик получила информацию о ряде новаторских инициатив, осуществляемых в поддержку прав на охрану сексуального и

<sup>129</sup> Совет по правам человека, «Расовая дискриминация и инновационные цифровые технологии: правозащитный анализ» (A/HRC/44/57, 18 июня 2020 года), доклад Специального докладчика по вопросу о современных формах расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости, п. 12.

<sup>130</sup> David Cirillo and others, “Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare”, *npj Digital Medicine*, vol. 3, No. 81 (1 June 2020). URL: <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0288-5>.

<sup>131</sup> Sara L.M. Davis, *The Uncounted: Politics of Data in Global Health* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, 2020).

<sup>132</sup> Privacy International, “How anti-abortion activism is exploiting data”. URL: <https://privacyinternational.org/long-read/3096/how-anti-abortion-activism-exploiting-data>.

<sup>133</sup> Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству, «Риски, права и здоровье», дополнение (июль 2018 года), с. 23. URL: [https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN\\_2020.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).

репродуктивного здоровья во время пандемии<sup>134</sup>. Приложение для смартфонов Safe Delivery используется в 40 странах мира, позволяя работающим в условиях ограниченных ресурсов акушеркам защитить себя, матерей и новорожденных<sup>135</sup>.

## **Н. Финансирование сферы здравоохранения, глобальная поддержка и благотворительность в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья**

74. Донорское финансирование, поступающее от национальных правительств, многосторонних доноров (таких как Глобальный фонд и ЮНФПА) и благотворительных организаций, является значительным источником финансирования сферы здравоохранения и покрывает в среднем 30 процентов расходов на здравоохранение в странах с низким уровнем дохода (в четырех странах с низким уровнем дохода — более половины расходов на здравоохранение)<sup>136</sup>.

75. В 2019 году объем официальной помощи в целях развития (ОПР) в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья составил 7,9 млрд долл. США, что ниже рекордного показателя в 11,3 млрд долл. США, выделенных на эти цели в 2017 году<sup>137</sup>. Доля донорского финансирования в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья в общем объеме финансирования сферы здравоохранения также сократилась: в 2017 году доноры отвели на охрану сексуального и репродуктивного здоровья 42 процента от всех выделенных средств по сравнению с 52 процентами в 2011 году<sup>138</sup>. В 2019 году эксперты прогнозировали, что донорские инвестиции в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья будут продолжать сокращаться из-за замедления темпов роста мировой экономики и наличия конкурирующих приоритетов, таких как изменение климата и потребности в других сферах<sup>139</sup>. Пандемия COVID-19 еще больше подорвала перспективы роста финансирования в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья в связи с перенаправлением средств на реагирование на пандемию и осуществление усилий по восстановлению.

### **Проблемы с донорским финансированием в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья**

76. Еще до пандемии COVID-19 уровень неудовлетворенных потребностей в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья был достаточно высок. По оценкам, в 2019 году 218 миллионов женщин репродуктивного

<sup>134</sup> См. материалы, размещенные по следующей ссылке:

[www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/sexual-reproductive-health-covid.aspx).

<sup>135</sup> Приложение было разработано в партнерстве с Фондом материнства, организацией «План Интернэшнл», Копенгагенским университетом, организацией «Лаэрдал глобал хэлс» и ЮНФПА. См. материалы, представленные организацией «План Интернэшнл», с. 6.

<sup>136</sup> Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, “Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities” (Geneva, 23 December 2019). URL: [www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr\\_forecast\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1). См. также World Health Organization, *New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage*, Global report (Geneva, 2017). URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10-eng.pdf?ua=1>.

<sup>137</sup> Kalila Jaeger and Zoe Johnson, “Generation equality? trends from a decade of donor Funding for SRHR”, Donor Tracker (1 March 2021). URL : <https://donortracker.org/insights/generation-equality-trends-decade-donor-funding-srhr>.

<sup>138</sup> Ibid.

<sup>139</sup> Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, “Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities” (Geneva, 23 December 2019). URL: [www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr\\_forecast\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1).

возраста в странах с низким и средним уровнем дохода не могли удовлетворить потребность в контрацепции<sup>140</sup>. Каждый год десятки миллионов лиц рожают в условиях, где нет доступа к надлежащему уходу за беременными и новорожденными<sup>141</sup>. По оценкам, во время пандемии COVID-19 доступ к услугам по планированию семьи и соответствующим товарам потеряли десятки миллионов женщин (в основном из числа беднейших и наиболее уязвимых групп населения мира)<sup>142</sup>. Два мировых субрегиона, на которые приходится самый высокий уровень неудовлетворенных потребностей в услугах, связанных с реализацией прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, — это страны Африки к югу от Сахары и Южная Азия<sup>143</sup>.

77. Зависимость от донорского финансирования услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода ставит под угрозу реализацию прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Необходимо деколонизировать помощь. В соответствии с установившейся неокOLONиалистской тенденцией объем финансирования в высокой степени зависит от политической повестки, и уровни финансирования могут существенно различаться из года в год. Кроме того, способы расходования средств, связанных с реализацией прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, во многом определяются приоритетами тех, кто их предоставляет, а не потребностями стран- и организаций-получателей. Такое событие, как пандемия COVID-19, может привести к резкому увеличению потребности в финансировании в интересах реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и в то же время заставить доноров перенаправить средства на другие цели, с тем чтобы поддержать чрезвычайные меры.

78. Соединенное Королевство сократило расходы на цели международного развития с 0,7 до 0,5 процента от валового национального дохода (ВНД); 40 процентов такого сокращения, составившего 4 млрд фунтов стерлингов, пришлось на сферу здравоохранения. Это решение напрямую повлияло на помощь, предоставляемую ЮНФПА и его страновым отделениям, а также на помощь, предоставляемую в рамках осуществления программы комплексной охраны сексуального здоровья женщин Международной федерации планируемого родительства, и приведет к перебоям с оказанием услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья<sup>144</sup>.

## VI. Выводы и рекомендации

**79. Пандемия COVID-19 привела к росту числа изъятий в системах здравоохранения, в частности тех из них, которые связаны с услугами, имеющими большое значение для утверждения и реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Для реализации многих**

<sup>140</sup> Elizabeth Sully and others, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (New York, Guttmacher Institute, July 2020). URL: [www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#](http://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#).

<sup>141</sup> Ibid.

<sup>142</sup> Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, «Воздействие COVID-19 на ход достижения ЦУР: перспективы с точки зрения статистики», ООН/ДЭСВ, Аналитическая записка № 81 (27 августа 2020 года). URL: [www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-81-impact-of-covid-19-on-sdg-progress-a-statistical-perspective/](http://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-81-impact-of-covid-19-on-sdg-progress-a-statistical-perspective/).

<sup>143</sup> Elizabeth Sully and others, *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019* (New York, Guttmacher Institute, July 2020). URL: [www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#](http://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#).

<sup>144</sup> См. материалы, представленные организацией «Эм-эс-ай Ю-кей Рипродактив Чойсиз», с. 6.

национальных мер реагирования на пандемию COVID-19 было необходимо изменить политику, а также обеспечить применение новаторского и гибкого подхода; в результате некоторые регионы продемонстрировали способность обеспечить оказание медицинской помощи при соблюдении прав человека. Если чрезвычайные обстоятельства требуют ограничения прав, то такие ограничения должны соответствовать международному праву прав человека, согласно которому любые меры должны быть соразмерными и разумными, приниматься лишь в случае крайней необходимости и носить как можно менее запрещающий характер<sup>145</sup>. Поскольку изменения политики, происходящие во время чрезвычайных ситуаций, часто сохраняются в законодательстве в течение длительного периода после завершения таких ситуаций, очень важно, чтобы случившиеся за время пандемии изменения политики были изучены на предмет их будущего влияния на равенство и справедливый доступ к правам на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

80. Специальный докладчик считает, что медицинская практика сама по себе является инструментом для продвижения прав человека, поэтому медицинские работники играют ключевую роль в изменении патриархальных и патерналистских систем медицинской практики.

81. Большинство проявлений дискриминации, с которыми сталкиваются женщины и девочки при осуществлении своих прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, могут объясняться инструментализацией и политизацией их тела.

82. Специальный докладчик отмечает глобальную патриархальную культуру, принятие регрессивных мер, противодействие реализации прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и сопротивление установлению гендерного равенства. Успехи, которых удалось добиться в этих областях за последние десятилетия, могут быть сведены на нет, а права и интересы женщин, девочек и представителей ЛГБТИК+ могут отойти на второй план.

83. Несмотря на то, что подростки способны самостоятельно вносить вклад в свое здоровье и благополучие, им удастся это сделать лишь в том случае, если государства будут уважать и защищать их права.

84. Специальный докладчик напоминает государствам, что они должны создавать для подростков необходимые условия и предоставлять им доступ к услугам и информации<sup>146</sup>. Однако дети имеют право не только на выживание, но и на процветание, всестороннее развитие для полноценной реализации своего потенциала и хорошее физическое и психическое здоровье в устойчивом мире<sup>147</sup>.

85. Сложившаяся ситуация с финансированием сферы здравоохранения характеризуется хронической нехваткой средств и постоянно возникающими проблемами в рамках финансирования систем здравоохранения во

<sup>145</sup> Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, «Договорные органы ООН по правам человека призывают применять подход на основе прав человека в борьбе с COVID-19», Женева, 24 марта 2020 года; R. Rima Jolivet and others, “Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 22, No. 1 (June 2020), URL: [www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter](http://www.hhrjournal.org/2020/05/upholding-rights-under-covid-19-the-respectful-maternity-care-charter); Andrea Boggio and others, “Limitations on human rights: are they justifiable to reduce the burden of TB in the era of MDR- and XDR-TB?”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 10, No. 2 (December 2008), pp.121–126.

<sup>146</sup> *A/HRC/32/32* (2016).

<sup>147</sup> См. [www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GroupsInVulnerableSituations.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/GroupsInVulnerableSituations.aspx).

всем мире<sup>148</sup>. Несмотря на то, что внутренние расходы на здравоохранение в странах с низким и средним уровнем дохода растут, вполне вероятно, что в обозримом будущем реализация прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья в таких странах будет по-прежнему в значительной степени зависеть от донорского финансирования<sup>149</sup>.

86. Специальный докладчик рекомендует государствам стремиться к обретению большей независимости от донорской помощи для выполнения своих обязательств.

87. Специальный докладчик рекомендует обеспечить, чтобы биомедицинские технологии искусственного интеллекта ни в коем случае не способствовали сохранению идей расизма, сексизма и эйблизма, а также дискриминации по признаку сексуальной ориентации и пола. Для того чтобы преодолеть гендерный цифровой разрыв, государства должны устранить социальное и политическое неравенство, принимая во внимание потребности инвалидов, что предусматривает, помимо прочего, обеспечение защиты от дискриминации и насилия, связанных с использованием цифровых инструментов и технологий.

88. Внедрение инноваций и новых технологий может стать одним из инструментов продвижения фактического равенства.

89. Специальный докладчик обращает особое внимание на то, что «гражданское общество играет ключевую роль в качестве движущей силы перемен; доверительные партнерские отношения между государственными учреждениями, государственными службами здравоохранения и некоммерческим сектором, включая гражданское общество, представляют собой одну из основ эффективной системы здравоохранения и выступают в качестве гарантии эффективного осуществления связанных с охраной здоровья прав человека»<sup>150</sup>.

90. Специальный докладчик рекомендует государствам уважать и защищать ключевые принципы недискриминации, равенства и неприкосновенности частной жизни, а также целостности, независимости, достоинства и благополучия людей, особенно в том, что касается прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

---

<sup>148</sup> A/67/302 (2012).

<sup>149</sup> Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, “Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities” (Geneva, 23 December 2019). URL: [www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr\\_forecast\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/media/news/2019/srhr_forecast_web.pdf?ua=1).

<sup>150</sup> A/HRC/29/33 (2015).