

**Совет по правам человека**

Тридцать вторая сессия

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,  
гражданских, политических, экономических,  
социальных и культурных прав,  
включая право на развитие****Доклад Рабочей группы по вопросу о дискриминации  
в отношении женщин в законодательстве  
и на практике****Записка Секретариата**

Секретариат имеет честь препроводить Совету по правам человека доклад Рабочей группы по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законодательстве и на практике в соответствии с резолюциями 15/23 и 26/5 Совета. В своем докладе Рабочая группа рассматривает вопрос о дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения и безопасности. Инструментализация женского тела лежит в основе дискриминации в отношении женщин, препятствуя обеспечению им наивысшего достижимого уровня здоровья. Рабочая группа подчеркивает, в частности, положение со здоровьем и безопасностью тех женщин, которые сталкиваются с множественной и пересекающейся дискриминацией. Осуществление женщинами права на здоровье без какой-либо дискриминации должно быть независимым, эффективным и экономически доступным, и государство несет основную ответственность за соблюдение, защиту и осуществление права женщин на здоровье в законодательстве и на практике, в том числе там, где медицинские услуги предоставляются частными субъектами.

GE.16-05771 (R) 290416 020516



\* 1 6 0 5 7 7 1 \*

Просьба отправить на вторичную переработку



## Доклад Рабочей группы по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законодательстве и на практике

### Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение .....	3
II. Мероприятия .....	3
A. Сессии .....	3
B. Посещения стран .....	3
C. Сообщения и пресс-релизы .....	4
D. Другие мероприятия .....	4
III. Тематический анализ: ликвидация дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения и безопасности .....	5
A. Концептуальные рамки .....	5
B. Значение понятия равенства в вопросах здоровья и безопасности женщин .....	7
C. Дискриминационная практика .....	8
D. Инструментализация женского тела .....	15
E. Независимый, недорогой и эффективный доступ к медицинскому обслуживанию .....	21
IV. Выводы и рекомендации .....	24
A. Общие рекомендации .....	25
B. Равенство и недискриминация .....	25
C. Инструментализация женского тела .....	27
D. Независимый, недорогой и эффективный доступ к медицинскому обслуживанию .....	28

## I. Введение

1. Настоящий доклад охватывает деятельность Рабочей группы по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законодательстве и на практике, осуществленную со времени представления предыдущего доклада (A/HRC/29/40) и по март 2016 года. Он в основном посвящен проведенному Рабочей группой анализу дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения и безопасности.

2. Функции Председателя-докладчика и заместителя Председателя Рабочей группы до июня 2015 года выполняли Эмна Ауидж и Элеонора Зилинска соответственно, а на момент подготовки текста доклада – Элеонора Зилинска и Альда Фасио соответственно.

## II. Мероприятия

### A. Сессии

3. В течение отчетного периода Рабочая группа провела три сессии в Женеве. На своей тринадцатой сессии (4–8 мая 2015 года) она провела консультации по вопросам здоровья и безопасности женщин, включая их права на репродуктивное и сексуальное здоровье, с рядом заинтересованных сторон и экспертов, включая представителей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Научно-исследовательского института социального развития Организации Объединенных Наций, Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, организации гражданского общества, а также экспертов Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека (УВКПЧ).

4. На своей четырнадцатой сессии (12–16 октября 2015 года) Рабочая группа продолжила консультации по вопросам здоровья и безопасности женщин, в том числе с экспертами из Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), Межпарламентского союза, Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, секретариатами договорных органов УВКПЧ, Специальным докладчиком по вопросу о правах инвалидов и членами организаций гражданского общества. Рабочая группа обменялась мнениями с государствами-членами о своей работе и провела совещание с Верховным комиссаром Организации Объединенных Наций по правам человека.

5. На своей пятнадцатой сессии (25–29 января 2016 года) Рабочая группа провела в Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве совещание с постоянным представителем Организации исламского сотрудничества. Она начала консультации по разработке компендиума примеров наилучшей практики и провела брифинг с организациями гражданского общества.

### B. Посещения стран

6. Рабочая группа посетила Сенегал с 7 по 17 апреля 2015 года (A/HRC/32/44/Add.1) и Соединенные Штаты Америки с 30 ноября по 11 декабря 2015 года (A/HRC/32/44/Add.2). Она выражает благодарность правительствам этих стран за сотрудничество в период до этих поездок и в ходе посещений. Она благода-

рит правительства Венгрии и Кувейта за позитивные ответы на просьбы о визитах, которые состоятся с 17 по 27 мая 2016 года и с 6 по 15 декабря 2016 года соответственно.

### **С. Сообщения и пресс-релизы**

7. За отчетный период Рабочая группа в индивидуальном порядке или совместно с другими мандатариями направила правительствам сообщения по широкому спектру вопросов, относящихся к ее мандату, в частности касающихся дискриминационного законодательства и практики в отношении семейного положения, гражданства, утверждений о преследовании женщин-правозащитников и нарушениях их прав, гендерном насилии и правах в области сексуального и репродуктивного здоровья (см. A/HRC/30/27, A/HRC/31/79 и A/HRC/32/53). Наряду с этим Рабочая группа в индивидуальном порядке или совместно с другими мандатариями, договорными органами и региональными механизмами опубликовала ряд заявлений для прессы.

### **Д. Другие мероприятия**

8. 15 июня 2015 года один из членов Рабочей группы принял участие в экспертной дискуссии об эффективной социальной политике в интересах женщин в рамках рабочего совещания «Реальное равенство для женщин: установление связей между правами человека и государственной политикой», организованного Структурой Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины»), Научно-исследовательским институтом социального развития Организации Объединенных Наций и УВКПЧ.

9. Рабочая группа совместно с несколькими специальными процедурами 3 июля 2015 года направила открытое письмо Председателю Совета по правам человека, в котором она подчеркнула важность того, чтобы право женщин на равенство находилось в центре обсуждений в Совете, посвященных вопросам защиты семьи.

10. Один из членов Рабочей группы принял участие в экспертной дискуссии в рамках глобального семинара УВКПЧ по правам человека мигрантов с нерегулируемым статусом, работающих в качестве домашней прислуги, названного «За закрытыми дверями», состоявшегося 28 и 29 сентября 2015 года в Бангкоке.

11. Один из членов Рабочей группы выступил с докладом на консультации экспертов по гендерной проблематике в связи с пытками и другими жестокими, бесчеловечными или унижающими достоинство видами обращения или наказания, организованной 5 и 6 ноября 2015 года Специальным докладчиком по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения или наказания.

### **III. Тематический анализ: ликвидация дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения и безопасности<sup>1</sup>**

#### **A. Концептуальные рамки**

12. Настоящий доклад ставит своей целью прояснить значение понятия равенства в области здоровья и безопасности, выявить дискриминационные виды практики, разоблачить инструментализацию женского тела в ущерб человеческому достоинству женщин и выявить препятствия на пути независимого, эффективного и недорогого доступа женщин к медицинскому обслуживанию. Инструментализация определяется как использование природных биологических функций женщин в интересах политизированной патриархальной повестки дня, которое направлено на сохранение и увековечение определенных представлений о женственности в противопоставление мужественности или о подчиненной роли женщин в обществе.

13. Права женщин на равенство и на наивысший достижимый уровень здоровья, на пользование благами научного прогресса и медицинскими услугами, включая услуги, связанные с репродуктивным и сексуальным здоровьем, закреплены в международных и региональных правозащитных документах, подтверждены в консенсусных соглашениях, включая Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Пекинскую платформу действий, принятую на четвертой Всемирной конференции по положению женщин, а также в итоговых документах конференций по обзору и оценке, а также признаны в рамках международных, региональных и национальных механизмов и правовой практики. Участники Международной конференции по народонаселению и развитию, состоявшейся в 1994 году, признали права женщин на репродуктивное и сексуальное здоровье ключевым элементом обеспечения здоровья женщин. Дискриминация в отношении женщин в области здравоохранения и безопасности и отрицание их права контролировать свое собственное тело наносит серьезный ущерб их человеческому достоинству, которое, наряду с равенством, признается во Всеобщей декларации прав человека в качестве основы свободы, справедливости и мира во всем мире.

14. Государства обязаны обеспечить права женщин на наивысший достижимый уровень здоровья и безопасности, включая их основополагающие предпосылки, равный доступ женщин к услугам здравоохранения, в том числе связанным с планированием семьи, а также их права на частную жизнь, информацию и физическую неприкосновенность. Обязательство уважать, защищать и осуществлять права женщин на равный доступ к медицинскому обслуживанию и ликвидировать все формы дискриминации в отношении женщин в связи с их здоровьем и безопасностью нарушается вследствие игнорирования особых по-

---

<sup>1</sup> Содержащийся в настоящем докладе анализ снабжен минимальным количеством сносок ввиду ограничений по объему текста. Вариант доклада с полными сносками размещен по адресу [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx). Доклад основан на медицинских данных из источников ВОЗ и ЮНЭЙДС, а также опирается на работу УВКПЧ и международных правозащитных механизмов, включая Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин и мандатариев специальных процедур по вопросам здравоохранения, положения инвалидов, права на питание, положения пожилых людей, водоснабжения и санитарии и коренных народов.

требностей женщин в здравоохранении, отсутствия учета гендерных аспектов при проведении медицинских процедур, лишения женщин возможности самостоятельно принимать решения, а также криминализации или отказа в доступе к тем медицинским услугам, которые необходимы только женщинам. В некоторых ситуациях неспособность защитить права женщин на здоровье и безопасность могут быть равносильны жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию или пыткам или даже нарушению их права на жизнь.

15. ВОЗ определяет здоровье не просто как отсутствие болезней или недугов, но как состояние полного физического, умственного и социального благополучия. В настоящем докладе Рабочая группа рассматривает безопасность женщин в качестве неотъемлемой части их здоровья. Подверженность женщин гендерному насилию как в общественной, так и в частной сферах, в том числе в ситуациях конфликтов, является одним из основных факторов возникновения у женщин физических и психических заболеваний, а также снижения их благосостояния и представляет собой нарушение их прав человека.

16. Содержательное равенство в области здравоохранения и безопасности требует дифференцированного подхода. На протяжении всего их жизненного цикла, от детства до старости, женщины явно отличаются от мужчин своими медицинскими потребностями и видами уязвимости. Женщины отличаются особыми биологическими функциями, испытывают специфически женские проблемы со здоровьем, становятся жертвами широко распространенного гендерного насилия и, со статистической точки зрения, живут дольше, чем мужчины, что приводит к большей необходимости частого доступа к медицинским услугам, в том числе в пожилом возрасте. Таким образом, женщины и девочки в большей степени, чем мужчины, испытывают негативные последствия недостатков в медицинской сфере.

17. Женщины сталкиваются с непропорциональной угрозой оскорбительного и унижающего достоинство обращения в медицинских учреждениях, особенно во время беременности, родов и в послеродовой период. Кроме того, они особенно уязвимы к унижающему достоинство обращению в ситуациях, когда они лишены свободы, в том числе в центрах содержания мигрантов или психиатрических учреждениях. Они подвергаются унижительному обращению в системе медицинского обслуживания в связи с их гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией, иногда в явном виде во имя морали и религии, в качестве наказания за то, что считается «аморальным» поведением.

18. Тела женщин используются для культурных, политических и экономических целей, укорененных в патриархальных традициях. Инструментализация происходит внутри и за пределами сектора здравоохранения и глубоко укоренилась во множественных формах социального и политического контроля над женщинами. Она направлена на сохранение табу и стигматизации в отношении женского тела и традиционной роли женщины в обществе, особенно в связи с сексуальными и репродуктивными функциями. В результате женщины сталкиваются с постоянными проблемами в доступе к медицинскому обслуживанию и в самостоятельном принятии решений относительно их собственного тела. Понимание и искоренение инструментализации женского тела, которая основывается на вредных культурных нормах и стереотипах, а также ее пагубного воздействия на здоровье женщин имеют решающее значение для изменения существующего положения.

19. Широкий круг субъектов, как государственных, так и частных, играют определенную роль, которая влияет на здоровье женщин и их доступ к здравоохранению, при этом каждая из сторон несет ответственность за свои действия или бездействие. В частности, важная роль принципов, закрепленных в этических кодексах различных медицинских профессий, и правила, регулирующие корпоративную социальную ответственность в фармацевтической промышленности, является необходимым условием для проведения исследований и разработки лекарств и методов лечения с учетом гендерного фактора.

20. Государство несет ответственность за выполнение своих международных правозащитных обязательств обеспечить женщинам проведение исследований и разработку лекарств и медицинских мероприятий с учетом гендерного фактора, предоставить надлежащие и достаточные ресурсы на основе гендерных соображений, а также обеспечить систему эффективного мониторинга, подготовки бюджетов, средства правовой защиты и возмещения ущерба. Государство также обязано предоставить женщинам независимый, эффективный и недорогой доступ к услугам здравоохранения. Государство несет ответственность за устранение препятствий на пути осуществления женщинами права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, в том числе путем обеспечения должной осмотрительности.

21. Ряд других факторов и событий, которые имеют серьезные последствия для здоровья и безопасности женщин, не рассматриваются в настоящем докладе вследствие ограничений по объему. К ним относятся изменение климата и другие экологические катастрофы, а также деградация и гендерное насилие в условиях вооруженных конфликтов.

## **В. Значение понятия равенства в вопросах здоровья и безопасности женщин**

22. В области здоровья явно различные биологические и репродуктивные функции мужчин и женщин требуют дифференцированного подхода и надлежащих методов, чтобы обеспечить женщинам равный доступ и возможность пользоваться наивысшим возможным уровнем медицинского лечения. Идентичный подход к лечению, назначению лекарств, выделению бюджетов и обеспечению доступности фактически представляет собой дискриминацию.

23. Центральное место среди потребностей женщин и девочек в области здоровья занимают те из них, которые касаются их репродуктивного и сексуального здоровья. Содержательное равенство требует, чтобы государства учитывали те факторы риска, которые преимущественно касаются женщин. Например, поскольку только женщины могут стать беременными, отсутствие доступа к противозачаточным средствам неминуемо непропорционально сказывается на их здоровье. Равенство в области репродуктивного здоровья требует доступа, без какой-либо дискриминации, к недорогим и высококачественным средствам контрацепции; доступа к медицинскому уходу за матерями, в том числе во время родов и в послеродовой период; доступа к безопасным услугам по прерыванию беременности; доступа к эффективной диагностике и раннему лечению рака молочной железы и рака шейки матки; а также особого внимания к высокому уровню инфицирования ВИЧ среди молодых женщин и их лечения для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку.

24. Равенство также требует, чтобы политика в области здравоохранения основывалась исключительно на потребностях женщин и не находилась под влиянием инструментализации и политизации. Политические разногласия по вопросам о праве на репродуктивное и сексуальное здоровье остаются глобальной проблемой, что приводит к угрозе жизни и здоровью женщин. Приняв Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, государства обязались обеспечить всеобщий доступ к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение в этой области, а также включить вопросы охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы. Твердая приверженность защите сексуальных и репродуктивных прав женщин в международном праве и национальном законодательстве, стратегиях и программах имеет решающее значение для достижения гендерного равенства и обеспечения прав женщин и девочек на здоровье и благополучие.

25. Многие протоколы применения лекарственных средств и методы и процедуры лечения, назначаемые женщинам, основаны на исследованиях, проведенных на самцах биологических видов без каких-либо исследований и корректировок в соответствии с биологическими и гендерными различиями. Равенство требует проведения медицинских исследований с учетом особенностей женщин и биологических различий. Оно также требует соответствующего учета особых рисков для здоровья, которым женщины подвергаются непропорционально, например угрозы депрессии и самоубийства, а также учитывающего гендерные факторы надлежащего лечения тех заболеваний, которые зачастую некорректно рассматриваются как типично мужские, таких как сердечно-сосудистые заболевания.

26. Особые потребности женщин в области здравоохранения и безопасности требуют защищать их от гендерного насилия, которое влияет на их физическую неприкосновенность и психическое здоровье, в том числе в медицинских учреждениях.

27. Для обеспечения права женщин на равенство в области здравоохранения и безопасности необходимо устранять социальные, религиозные и культурные факторы, в результате воздействия которых игнорируется достоинство девочек и женщин.

### **С. Дискриминационная практика**

28. Дискриминационная практика в области здравоохранения и безопасности присутствует на всех этапах жизненного цикла женщин. Множественная дискриминация заслуживает особого внимания и обеспечения особых средств правовой защиты. Лишение женщин доступа к услугам, которые необходимы только им, а также неспособность решать их особые проблемы в области здоровья и безопасности, включая их потребности в области репродуктивного и сексуального здоровья, имеют по сути дискриминационный характер и препятствуют женщинам в осуществлении контроля над их собственными телом и жизнью. Гендерная дискриминация в сфере оказания медицинских услуг также нарушает права человека и достоинство женщин.

29. Отказ в доступе к основным медицинским услугам в связи с прерыванием беременности, к средствам контрацепции, а также к лечению венерических заболеваний и бесплодия имеет особенно серьезные последствия для здоровья и жизни женщин. Женщины могут быть лишены таких услуг вследствие их криминализации, сокращения их доступности, стигматизации, сдерживания или



уничжительного отношения медицинских работников. В действительности отказ в доступе загоняет эти услуги в подполье, в руки неквалифицированных лиц. Это усугубляет риски для здоровья и безопасности пострадавших женщин. Устойчиво высокие показатели материнской смертности часто отражают отсутствие инвестиций и недостаточное внимание к тем видам услуг, которые необходимы только женщинам.

30. Иногда дискриминация проявляется в унижительном обращении с женщинами, с которым они могут сталкиваться в учреждениях, предназначенных исключительно для них, таких как родильные дома, в которых, как неоднократно подчеркивалось правозащитными механизмами Организации Объединенных Наций и ВОЗ, они слишком часто подвергаются унижающему достоинство и иногда насильственному обращению.

31. Дискриминация в отношении женщин также проявляется в неравном предоставлении медицинских услуг, необходимых как женщинам, так и мужчинам. Эта проблема особенно остро стоит в тех странах, где женщинам запрещено получать медицинскую помощь от врачей-мужчин по соображениям «скромности».

32. Дискриминационные законы и практика способствуют прискорбной глобальной ситуации в сфере здравоохранения и безопасности женщин, которая требует незамедлительных, активных и эффективных действий. По данным ВОЗ, около 225 млн. женщин лишены доступа к основным видам современной контрацепции. Осложнения в период беременности и родов стали в 2013 году причиной смерти почти 300 000 женщин во всем мире. Ежегодно проводятся около 22 млн. небезопасных абортов, и, согласно оценкам, 47 000 женщин умирают от связанных с ними осложнений. Рак молочной железы и рак шейки матки остаются самыми распространенными видами онкологических заболеваний среди женщин в возрасте 20–59 лет и приводят к смерти 1 млн. женщин, в большинстве случаев в странах с низким и средним уровнем дохода, где диспансеризация, профилактика и лечение практически отсутствуют. Молодые женщины несут бремя новых ВИЧ-инфекций. Каждая третья женщина в возрасте до 50 лет стала жертвой физического или сексуального насилия со стороны интимного партнера или члена семьи. По меньшей мере не менее 200 млн. женщин и девочек подверглись калечащим операциям на половых органах.

## **1. Дискриминация на протяжении всей жизни женщины**

33. Рабочая группа с озабоченностью отмечает, что вопросы, касающиеся здоровья женщин, не рассматриваются комплексным образом в рамках политической повестки дня и стратегий в области здравоохранения на национальном и международном уровнях. Политика в отношении медицинских услуг для женщин часто ограничена вопросами «материнского здоровья». Несмотря на важность уделения приоритетного внимания этой проблеме, такой ограниченный подход не обеспечивает учета полного спектра прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье на всех этапах их жизни и способствует инструментализации женского тела, поскольку они рассматриваются главным образом в качестве средства воспроизводства населения.

34. В отношении девочек применяется широкий спектр видов практики, которые вредны для их здоровья и благосостояния, такие как калечение женских половых органов, дискриминация в распределении продовольствия, приводящая к недоеданию, а также дискриминация в доступе к профессиональной медицинской помощи. Кроме того, ранние браки и подростковая беременность оказывают долгосрочное воздействие на физическую неприкосновенность и

психическое здоровье девочек. Беременность и роды являются второй по значимости причиной смертности среди девушек в возрасте 15–19 лет, в результате чего они в высочайшей степени подвержены риску смерти или страдания на протяжении всей жизни от последствий травм, полученных в результате беременности. Например, до 65% женщин, страдающих от акушерской фистулы, которая делает их инвалидами и часто приводит к их социальной изоляции, получили эту травму в подростковом возрасте.

35. Девочки-подростки находятся под особой угрозой гендерного насилия в семье и на пути в школу и обратно, что оказывает крайне пагубное воздействие на их физическое и психическое здоровье. В своей резолюции 70/137 Генеральная Ассамблея призвала все государства повысить безопасность девочек на пути в школу и обратно и обеспечить, чтобы все школы были доступны, безопасны и свободны от насилия, а также предоставить отдельные и адекватные санитарно-гигиенические удобства, которые обеспечивали бы уединенность и уважение достоинства.

36. В некоторых странах ограничивается доступ девочек-подростков к информации и услугам по планированию семьи и прерыванию беременности, которые необходимы для защиты их здоровья и безопасности и предотвращения нежелательной беременности, связанной с повышенным риском, включая требование получения разрешения от третьей стороны.

37. Во время беременности многие женщины страдают от недоедания вследствие дискриминации в распределении продовольствия. Это может привести к серьезному и необратимому ухудшению общего состояния здоровья женщин и увеличить риск преждевременных родов, низкого веса ребенка при рождении и врожденных дефектов. После родов такая дискриминация может по-прежнему влиять на здоровье женщин, в том числе в связи с грудным вскармливанием. Кроме того, как отмечалось Специальным докладчиком по вопросу о праве на питание, структурное насилие является недостаточно изученным барьером на пути осуществления права женщин на достаточное питание. Гендерное насилие, которое является основной формой дискриминации, может препятствовать женщинам в доступе к достаточному питанию.

38. Задержки в получении надлежащей медицинской помощи, в достижении соответствующего медицинского учреждения и в получении надлежащего ухода в таком учреждении, наряду с отсутствием доступных услуг по здравоохранению матерей, являются основными причинами высоких показателей материнской смертности и заболеваемости. Поэтому подход на основе прав человека, который обеспечивает функционирование системы здравоохранения с достаточными ресурсами, оборудованием и инфраструктурой, а также эффективной системой связи, направлений к специалистам и транспорта, необходим для устранения этих предотвратимых смертей и обеспечения прав женщин на здоровье и жизнь.

39. Психическое здоровье женщин во время беременности, родов и в послеродовой период требует как стабильности в их окружении, так и эмоциональной поддержки. Сообщения о неуважительном и жестоком обращении во время родов в медицинских учреждениях во многих странах создают картину, вызывающую глубокую озабоченность масштабами подверженности женщин унижающему достоинство обращению, отсутствию конфиденциальности и даже словесным оскорблениям и физическому насилию. Беременным женщинам иногда отказывают в обезболивающих средствах во время родов или в анестезии во время прерывания беременности путем выскабливания. Использование в некоторых странах тюремного заключения или наказаний вместо воспитательных

мер по профилактике нанесения вреда плоду в результате потребления наркотиков или алкоголя зависимыми беременными женщинами является еще одним проявлением дискриминации по признаку пола.

40. Женщины отличаются большей продолжительностью жизни и особенно подвержены безнадзорности и жестокому обращению в пожилом возрасте, в том числе в медицинских учреждениях, и в большей степени подвержены риску таких заболеваний, как синдром Альцгеймера и другие формы деменции. Основанный на гендерных и возрастных факторах подход должен применяться с учетом конкретных потребностей в уходе и защите со стороны пожилых женщин, включая вдов, одиноких или перемещенных лиц, женщин, страдающих деменцией или другими формами инвалидности, нуждающихся в паллиативной и гериатрической помощи, а также находящихся в чрезвычайных ситуациях; эти женщины подвергаются наибольшему риску множественных форм дискриминации, насилия и нищеты.

41. Кроме того, проблемы, связанные со старением, непропорционально влияют на женщин вследствие кумулятивного воздействия на них дискриминационных видов практики, с которыми женщины сталкиваются на протяжении всей жизни, как это было описано Рабочей группой в ее докладе о дискриминации в отношении женщин в экономической и социальной жизни (A/HRC/26/39). Женщины чаще мужчин заботятся о мужчинах и остаются без супружеской поддержки. В то же время они чаще страдают от неблагоприятных экономических факторов, усугубляющихся пенсионными системами, в рамках которых они не имеют равных прав с мужчинами, а также чаще мужчин исключаются из систем социального обеспечения и медицинского страхования. Таким образом, женщины подвержены большему риску нищеты. Поэтому само по себе простое признание равных прав для всех без каких-либо различий является недостаточным для обеспечения на практике осуществления всех прав человека пожилых женщин, включая право на здоровье.

## **2. Женщины, сталкивающиеся с множественной и пересекающейся дискриминацией**

42. Понимание характера и последствий множественной и пересекающейся дискриминации в отношении женщин и решение связанных с ней проблем в национальных законах и на практике жизненно важно для защиты здоровья и безопасности женщин. Такие факторы, как социально-экономическое положение, принадлежность к группам меньшинств и этническим группам, религиозная принадлежность, расовая принадлежность, сексуальная ориентация, гендерная идентичность и выражение, инвалидность и разнообразие физических признаков усугубляют дискриминацию, с которой сталкиваются женщины, а также негативно воздействуют на их способность защищать свое здоровье и безопасность.

### *Женщины и бедность*

43. Рабочая группа особо обеспокоена дискриминацией, с которой сталкиваются женщины в силу их экономического положения. Во время посещения стран Рабочая группа непосредственно убедилась в том, что в плане доступа к медицинскому обслуживанию, особенно в сфере репродуктивного и сексуального здоровья и профилактического здравоохранения, несоразмерно страдают женщины, живущие в нищете.

44. Растет озабоченность по поводу феминизации нищеты и неравномерного воздействия глобальных экономических кризисов, мер жесткой экономии и изменения климата на здоровье и безопасность женщин. Гендерное неравенство сохраняется во всех регионах, а женщины и девочки по-прежнему в непропорционально высокой степени представлены среди населения мира, живущего в нищете. Женщины и девочки, особенно живущие в странах глобального Юга, несут непропорциональное бремя этих быстрых изменений в ущерб их личному здоровью и благополучию.

#### *Женщины-инвалиды*

45. Женщины-инвалиды сталкиваются с особыми препятствиями в доступе к медицинской помощи по причинам стоимости, расстояний, дискриминационного отношения и отсутствия физической доступности или информации. Это серьезно ограничивает их доступ к вакцинации, услугам в области репродуктивного здоровья и онкологической диспансеризации. В некоторых ситуациях женщины с инвалидностью, особенно с умственными расстройствами, подвергаются принудительной стерилизации или прекращению беременности или долгосрочной контрацепции, причем решения в этом отношении принимаются от их имени родственниками или врачами без их осознанного согласия и в нарушение их права осуществлять правоспособность, гарантированного Конвенцией о правах инвалидов.

46. Женщины с инвалидностью непропорционально подвергаются насилию со стороны интимных партнеров вследствие взаимоукрепляющей дискриминации по признаку пола и инвалидности.

47. Специальный докладчик по вопросу о правах инвалидов призвал государства гарантировать женщинам-инвалидам безопасное участие в решении вопросов, затрагивающих их жизнь, особенно в отношении их сексуальных и репродуктивных прав и гендерного насилия, включая сексуальное насилие, и эти вопросы отмечаются в недавнем исследовании в качестве приоритетных проблем, с которыми сталкиваются женщины-инвалиды и девочки-инвалиды.

#### *Женщины и ВИЧ/СПИД*

48. Женщины непропорционально уязвимы перед ВИЧ/СПИДом вследствие воздействия различных факторов, включая гендерное насилие и отсутствие возможности договариваться о безопасном и ответственном сексуальном поведении и принимать информированные решения, связанные со здоровьем. Даже когда у женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, есть возможность доступа к медицинским услугам, они часто сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией со стороны медицинских работников, начиная с оскорблений и заканчивая отказом в предоставлении услуг. Законы, меры политики и практика, которые мешают женщинам, живущим с ВИЧ, иметь детей, например принудительное прерывание беременности и принудительная стерилизация, представляют собой крайнюю форму дискриминации.

#### *Женщины-мигранты*

49. Женщины-мигранты часто находятся под значительной угрозой всех видов насилия, эксплуатации, торговли людьми и рабства во время перевозки или в заключении со стороны государственных органов или частных лиц. Эти виды практики могут представлять собой жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или пытки.

50. Трудящиеся женщины-мигранты, особенно с неурегулированным статусом, сталкиваются с более значительными трудностями в получении доступа к почти всем видам медицинской помощи, включая уход за матерями, неотложную медицинскую помощь и лечение хронических заболеваний и психических заболеваний, потому что они часто лишены этих прав по закону и/или они опасаются ареста и депортации. В некоторых странах, несмотря на расширение законного доступа к здравоохранению для женщин-мигрантов, они до сих пор не получают необходимых медицинских услуг, поскольку медицинские работники часто отказываются их лечить.

51. Даже когда они имеют право на неотложную медицинскую помощь, женщины-мигранты, работающие в качестве домашней прислуги, нередко исключаются из системы профилактики репродуктивного и сексуального здоровья, а также гинекологической и акушерской помощи из-за их статуса и отсутствия доступа к программам страхования или национального здравоохранения.

52. Физические, сексуальные и психологические злоупотребления в отношении трудящихся-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, широко распространены. Эти женщины часто подвергаются угрозам их здоровью и безопасности вследствие того, что им не предоставляется необходимая информация или надлежащая защита. Кроме того, условия труда и жизни многих незарегистрированных лиц, работающих в качестве домашней прислуги, которые равносильны рабству, а также их разлучение с членами своей семьи являются причинами серьезных медицинских проблем, особенно связанных с психическим здоровьем.

53. В некоторых странах женщины-мигранты по прибытии могут подвергаться обязательным тестам на беременность; если результат теста оказывается положительным, их не пускают в страну и/или депортируют. Кроме того, тесты на беременность могут проводиться в отношении женщин-мигрантов, работающих в качестве домашней прислуги, в период их занятости, в результате чего беременные женщины теряют работу и/или стремятся прервать беременность, иногда с помощью небезопасных методов, особенно в странах, где аборт является уголовным преступлением. В случае беременности, в том числе вследствие изнасилования, женщин-мигрантов обвиняли в «незаконных сексуальных отношениях». Их помещают в центры содержания под стражей в ужасных условиях до их депортации, а в тех странах, где сексуальные отношения вне брака являются уголовным преступлением, им грозит суровое наказание, включая смертную казнь.

#### *Женщины из числа коренных народов*

54. Женщины из числа коренных народов подвержены сложной комбинации взаимоусиливающих нарушений прав человека, которые вызваны пересекающимися формами дискриминации и маргинализации и подкрепляются патриархальными властными структурами и прошлыми и нынешними формами нарушений их прав на самоопределение и контроль над ресурсами. Эти пересекающиеся формы дискриминации имеют значительные последствия для здоровья женщин из числа коренных народов, особенно для их репродуктивного и сексуального здоровья. Специальный докладчик по вопросу и правах коренных народов сообщила (см. A/HRC/30/41) о препятствиях в доступе к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, с которыми сталкиваются женщины из числа коренных народов, а также об имевших место в прошлом и вновь повторяющихся нарушениях прав человека в связи с их сексуальными и репродуктивными правами. Например, среди женщин из числа коренных наро-

дов наблюдается непропорционально высокий уровень материнской смертности, девочки из числа коренных народов несоразмерно представлены среди беременных подростков, и женщины из числа коренных народов также отличаются более низкими показателями использования противозачаточных средств и более высоким уровнем заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД. Исторически также наблюдались случаи серьезных нарушений прав женщин из числа коренных народов в области репродуктивного здоровья в контексте отрицания прав коренных народов на самоопределение и культурную автономию. К числу таких нарушений относятся случаи принудительной стерилизации женщин из числа коренных народов и попытки заставить таких женщин рожать детей от мужчин из числа некоренного населения, продиктованные политикой культурной ассимиляции. Женщины из числа коренных народов могут также сталкиваться с препятствиями в доступе к профилактическим услугам, содействующим осуществлению ими права на здоровье, в частности к обследованиям на рак яичников и молочной железы.

55. Пагубные последствия для здоровья женщин из числа коренных народов вызваны десятилетиями угнетения и нарушений прав человека коренных народов, в особенности женщин. Кроме того, общие системы здравоохранения, как правило, не учитывают представлений о здоровье и здравоохранении, свойственных коренным народам, что создает препятствия в доступе к этим системам для женщин из числа коренных народов. Собираемые данные обычно не включают информацию об общинах коренных народов, делая их «невидимыми». Даже там, где такая информация существует, она, как правило, не собирается в разбивке по полу. Кроме того, женщины из числа коренных народов непропорционально страдают от болезней вследствие снижения их потенциала, вызванного отказом в других правах человека и крайней нищетой.

#### *Сельские женщины*

56. Сельские женщины особенно сильно страдают от патриархальных гендерных стереотипов в отношении их роли и чрезвычайно уязвимы перед вредными видами практики, такими как ранние или принудительные браки и калечение женских половых органов, а также уязвимы перед насилием и нищетой. Эти виды практики оказывают негативное воздействие на их право на здоровье. Обычно сельские женщины находятся в особо неблагоприятном положении в отношении доступа к услугам здравоохранения, включая услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья.

#### *Женщины из числа меньшинств*

57. Как отмечалось Специальным докладчиком по вопросам меньшинств (A/HRC/31/56), женщины из числа меньшинств, включая женщин, страдающих от дискриминации по признаку кастовой принадлежности, особенно уязвимы перед нарушением их права на здоровье, включая репродуктивное и сексуальное здоровье. У женщин, принадлежащих к «нижним кастам», наблюдаются наиболее серьезные проблемы со здоровьем, особенно с точки зрения продолжительности жизни, доступа к медицинским услугам для матерей, достаточного питания и частоты инфекций. Женщины-рома являются объектами унижающих достоинство стереотипов, поскольку они считаются «плодовитыми» и «порочными»; это повышает их уязвимость в отношении гендерного насилия и принудительной стерилизации.

*Сексуальная ориентация и гендерная идентичность женщин*

58. Во многих ситуациях, особенно там, где сексуальные отношения лиц одного пола по взаимному согласию запрещены, лесбиянки, бисексуалы и транс-сексуалы сталкиваются с препятствиями при обращении за медицинскими услугами вследствие страха подвергнуться аресту и судебному преследованию. Даже в тех странах, где однополая сексуальная ориентация не является преступлением, лесбиянки часто подвергаются дискриминации и жестокому обращению со стороны медицинских работников, что удерживает их от обращения за медицинскими услугами. В некоторых ситуациях они подвергаются принуждению, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению, такому как «корректирующие» или карательные изнасилования. Трансгендерные лица часто подвергаются в законодательстве и практике обязательному медицинскому вмешательству без предоставления возможности для принятия информированных решений и выбора. Их гендерная идентичность во многих странах считается патологией, и они часто подвергаются психиатрическим и медицинским обследованиям и лечению и принуждаются к прохождению «конверсионной терапии». Биологические потребности трансгендерных лиц, такие как медицинские услуги, связанные со сменой пола, диспансеризация в целях диагностики рака шейки матки, прерывание беременности и контрацепция, часто встречают отказ со стороны поставщиков таких услуг.

*Женщины, лишённые свободы*

59. У женщин, лишённых свободы, есть особые медицинские потребности, особенно с точки зрения психического и репродуктивного здоровья, которые часто игнорируются. Профилактические услуги, связанные с раком шейки матки и раком молочной железы часто им недоступны, а антиретровирусная терапия, даже для беременных женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, в некоторых учреждениях полностью отсутствует. Отсутствие у женщин-заключённых надлежащего доступа к средствам санитарии является типичной и важной проблемой во всех регионах мира, ставя под угрозу достоинство и здоровье женщин, лишённых свободы. Такие виды практики, как сковывание беременных заключённых во время родов, по-прежнему имеют место в некоторых странах. Женщины-заключённые также сталкиваются с насилием, включая сексуальное насилие, со стороны других заключённых или персонала.

60. Среди женщин-заключённых в высокой степени распространены психические заболевания, возникшие вследствие насилия и травм, которым они подверглись ранее и которые усугубляются тюремным заключением. Опасения по поводу своих детей также оказывают значительное влияние на психическое здоровье женщин-заключённых, особенно в период грудного вскармливания; разлучение с детьми порождает у них беспокойство и чувство вины, что приводит к значительным страданиям. Женщины более склонны нанести себе вред или совершить попытку самоубийства, находясь в заключении, чем мужчины. Широко распространённое превентивное использование психотропных лекарств по соображениям «безопасности» в таких ситуациях является одним из примеров чрезмерной медикализации.

**D. Инструментализация женского тела**

61. На протяжении всей жизни женщины ее тело воспринимается как инструмент, а ее биологические функции и потребности подвергаются стигматизации и рассматриваются в рамках политизированной патриархальной повестки

дня. Государства также часто рассматривают женщин всего лишь в качестве инструмента осуществления демографических программ и мер политики. Иногда это сопровождается применением уголовных санкций, а часто преподносится под видом охраны здоровья и безопасности женщин и оправдывается культурными или религиозными соображениями.

62. Многие случаи дискриминации в доступе женщин к услугам здравоохранения и возникающие по их причине болезни, которые можно было бы предотвратить, включая материнскую смертность, заболеваемость и бесплодие, могут считаться следствием инструментализации женского тела в политических, культурных, религиозных и экономических целях.

### **1. Отказ в самостоятельности**

63. В результате инструментализации женского тела медицинская помощь женщинам может предоставляться только с согласия супруга или опекуна-мужчины, что приводит к неоказанию или несвоевременному оказанию медицинской помощи, ограничению самостоятельности женщины и неуважению частной жизни, а также препятствует доступу женщин к услугам здравоохранения, особенно связанным с репродуктивным и сексуальным здоровьем. Отказ женщинам в возможности самостоятельно принимать решения, основанный на патриархальных представлениях, приводит к нарушению прав женщин на здоровье, личную жизнь, репродуктивную и сексуальную независимость, физическую неприкосновенность и даже на жизнь.

### **2. Последствия предпочтения, отдаваемого сыновьям**

64. В патриархальных культурах предпочтение отдается сыновьям, поэтому здоровье мальчиков и мужчин ценится больше, чем здоровье девочек и женщин, вследствие чего возникают дискриминационные практики, в частности женский инфантицид. Это ярко проявляется в культурных обычаях, связанных с питанием, в результате которых девочки и женщины, в том числе беременные и кормящие, намного чаще мужчин страдают от недоедания.

### **3. Вредные гендерные стереотипы**

#### *Объективизация женщин*

65. Инструментализация женского тела как объекта, используемого в сексуальных и иных целях, приводит к появлению таких практик, как инвазивные косметические процедуры. Нездоровая диета, особенно у девочек-подростков, может иметь разрушительные для здоровья последствия, приводя, в частности, к таким расстройствам пищевого поведения, как анорексия и булимия.

66. По данным ВОЗ, индекс массы тела ниже 16 означает чрезмерную худобу. Примерами передовой практики в данной области является установление минимальных, соответствующих медицинским рекомендациям стандартов массы тела для манекенщиц на уровне национального законодательства и политики и/или внутренних инструкций модельных агентств, а также проведение рекламных кампаний, демонстрирующих разнообразие форм женского тела. Еще одним примером является разработка новых моделей кукол с пропорциями тела, соответствующими пропорциям здоровой женщины.



*Стигматизация здоровья женщин*

67. Стигматизация представляет собой глубоко укоренившееся социальное и культурное явление, которое лежит в основе многочисленных нарушений прав человека и приводит к тому, что целые группы населения оказываются в неблагоприятном положении и в условиях социального отчуждения, как отметила Специальный докладчик по вопросу о праве человека на безопасную питьевую воду и санитарные услуги (A/HRC/30/39). Женщин воспринимают через призму вредных гендерных стереотипов или табу, связанных с их естественными биологическими функциями, например менструацией, грудным вскармливанием и менопаузой. Диагностика психических заболеваний у женщин проводится предвзято, подвергая их стигматизации; нередко она становится лишь предлогом для помещения женщин в стационары против их воли.

68. Предвзятости окружены и менструации, что приводит к остракизму и дискриминации женщин и девушек. В некоторых культурах женщины и девушки во время менструации считаются заразными и нечистыми, соответственно, в эти периоды на них налагаются ограничения и запреты. Даже там, где таких ограничений нет, женщины и девушки нередко стыдятся обсуждать менструации, и в результате сами подпитывают внутренние предвзятости в их отношении. Они не могут уединиться для мытья и стирки, боятся появления пятен и запаха, сталкиваются с антисанитарией в школьных или общественных туалетах.

69. Кроме того, многие девочки не получают полового воспитания, в том числе знаний о том, как функционирует их организм, а гигиенические средства для менструаций либо недоступны, либо слишком дороги. Им приходится пользоваться самодельными антисанитарными средствами, что может привести к протеканию или заражению.

70. Стигматизация и стыд, порожденные стереотипами о менструациях, серьезно воздействуют на все стороны жизни женщин и девочек, негативно влияя на их достоинство и благополучие, а также на их право на образование и труд, поскольку они могут быть вынуждены ежемесячно пропускать школу и работу по причине отсутствия необходимых удобств и гигиенических средств. Поскольку женские менструальные боли характеризуются как «психогенные», женщины неохотно обращаются за помощью, что приводит к поздней диагностике такого тяжелого и приводящего к нетрудоспособности заболевания, как эндометриоз, при котором ткани, в норме образующиеся в полости матки, начинают образовываться в других, не свойственных им анатомических областях.

71. Предвзятости в отношении менопаузы могут отрицательно сказываться на самоуважении женщин в профессиональной и частной жизни в связи с их дискриминацией по возрастному признаку на работе. В некоторых обществах пониманию и решению этого вопроса внимание не уделяется вообще или же уделяется в недостаточной степени. Медикализация менопаузы путем назначения гормонозаместительной терапии и навязывание ее женщинам трудоспособного возраста, даже при наличии медицинских противопоказаний, может оказывать отрицательное воздействие на психическое здоровье женщин.

72. Аналогичным образом проявляется инструментализация и стигматизация в отношении кормления детей грудью в общественных местах и на рабочих местах. Помимо того что грудное вскармливание часто поощряется или, напротив, не рекомендуется по экономическим соображениям, оно может считаться неприличным даже в тех странах, где такая практика юридически защищена, что подвергает женщин ненужному стрессу и давлению по причине их запугивания

и преследования. По данным Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), в мире насчитывается около 830 млн. работающих женщин, и большинству из них на рабочих местах не предоставляются никакие меры поддержки кормящих матерей.

#### **4. Патологизация поведения женщин и их чрезмерная медикализация**

73. Явление гендерно обусловленной патологизации поведения женщин существует уже давно и проявляется в восприятии поведения и нормальной физиологии женщины, в особенности ее репродуктивных функций и сексуальности, как симптомов медицинского характера. Исторически сложилось так, что патологизация, чрезмерная медикализация и принудительное помещение в психиатрические стационары всегда представляли собой определенные формы общественного контроля, к которым патриархальные институты прибегали в целях сохранения гендерной роли женщин. Патологизация поведения женщин подтверждается психиатрическими диагнозами, в которых нередко прямым текстом говорится, что в основе психического заболевания или нарушения лежит так называемое аморальное поведение, в частности нетрадиционное половое поведение или интеллектуальная независимость.

74. Рабочая группа обеспокоена тем, что во многих национальных законах и политических программах предусматривается чрезмерная медикализация некоторых услуг, в которых женщины нуждаются для сохранения здоровья и которые предоставляются без медицинских показаний. Одним из примеров является требование того, чтобы определенные процедуры, в частности медикаментозное прерывание беременности или акушерское пособие, выполнялись исключительно врачами. Во многих странах женщины не вправе самостоятельно выбрать способ родов. Кесарево сечение по медицинским показаниям может иметь решающее значение для предотвращения смертности и заболеваемости матерей и новорожденных. Однако исследования ВОЗ показали, что применение кесарева сечения более чем к 10% женщин не ведет к снижению показателей смертности. 30-процентный показатель кесарева сечения в некоторых странах выявляет чрезмерную медикализацию процесса родов с вытекающим из нее риском послеродовых осложнений и проблем со здоровьем.

75. Чрезмерная медикализация может затруднить доступ женщин к необходимым услугам или снизить доступность этих услуг, а также создать препятствия для развития адекватных альтернативных услуг, которые могут предоставляться прошедшими необходимую подготовку медсестрами, акушерками или младшим медицинским персоналом, в стационарных условиях либо на дому. Такое «перераспределение обязанностей», особенно в районах с нехваткой квалифицированных врачей, могло бы повысить доступность данных услуг. Еще одно препятствие связано с тем, что право назначать противозачаточные средства дается только врачам. В целях обеспечения доступности данных услуг, особенно для малоимущих женщин или девочек-подростков, необходимо разрешить фармацевтам отпускать средства контрацепции, в том числе экстренной контрацепции, без рецепта.

#### **5. Дискриминационное применение уголовного законодательства**

76. Дискриминационное применение уголовного законодательства, штрафных санкций и правовых ограничений в целях регулирования права женщины распоряжаться собственным телом представляет собой грубую и неоправданную форму государственного контроля. К ней могут относиться карательные положения уголовного, гражданского и административного законодательства, а

также положения, регулирующие внебрачные сексуальные отношения по обоюдному согласию, сексуальные отношения взрослых людей одного пола по обоюдному согласию, нетрадиционные формы гендерного самовыражения, процессы воспитания и информирования, связанные с вопросами репродуктивного здоровья и сексуального поведения, прерывание беременности и занятие проституцией (работу в секс-индустрии). Применение подобных положений ведет к стигматизации и дискриминации, нарушая права человека женщин. Оно ущемляет достоинство и физическую неприкосновенность женщин, ограничивая их самостоятельность в принятии решений относительно собственной жизни и здоровья.

77. Кроме того, наказывая женщин за половое или репродуктивное поведение, которое не должно запрещаться уголовным законодательством, например за прелюбодеяние, проституцию или прерывание беременности, государства нарушают их право на охрану здоровья и безопасность; а при установлении таких наказаний, как забрасывание камнями и порка, государства также нарушают и Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания.

78. Введение уголовной ответственности за определенное поведение, применяющейся исключительно к женщинам, само по себе является дискриминационным, а также порождает и закрепляет их стигматизацию. Вследствие угрозы уголовного наказания ограничивается доступ женщин к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья; эта угроза также выступает в качестве сдерживающего фактора для медицинских работников, тем самым препятствуя доступу женщин и девушек к медицинской помощи.

*Криминализация и ограничения в предоставлении безопасных и законных услуг прерывания беременности, а также доступа к таким услугам*

79. Криминализация прерывания беременности – один из самых разрушительных видов инструментализации и политизации тела и жизни женщины, подвергающий опасности ее жизнь и здоровье во имя сохранения ее функций как инструмента воспроизводства населения и лишаящий ее самостоятельности в принятии решений относительно собственного тела. Ограничительные законы применяются к 40% женщин во всем мире. В некоторых странах в результате принятия регрессивных законов о запрете абортот женщин заключают под стражу за выкидыш, что имеет неприемлемые негативные последствия для самих женщин, их семей и общества, в котором они живут.

80. По данным ВОЗ, криминализация прерывания беременности не уменьшает потребность в нем. Напротив, по всей вероятности, она приводит к увеличению числа женщин, выбирающих подпольные и небезопасные варианты этой практики. В странах Северной Европы, где женщины получили право на прерывание беременности в 1970-х или 1980-х годах и имеют доступ ко всем видам противозачаточных средств и информации о них, зафиксированы самые низкие показатели прерывания беременности. В конечном счете криминализация наносит тяжкий вред здоровью и правам человека женщины посредством стигматизации безопасной и необходимой медицинской процедуры. В странах, где искусственное прерывание беременности ограничено законодательством и/или недоступно, безопасное прерывание беременности является привилегией богатых женщин, в то время как выбор малоимущих женщин практически полностью ограничен небезопасными процедурами, которые выполняют некомпетентные поставщики таких услуг. Это приводит к серьезной дискриминации в отношении малоимущих женщин, которую Рабочая группа подчеркнула в ходе своих посещений стран.

81. Необходимо напомнить о том, что применение эффективных противозачаточных средств может привести к сокращению числа случаев нежелательной беременности. Однако даже применение противозачаточных средств не может полностью устранить потребность женщин в доступе к процедурам прерывания беременности, например в случае изнасилования. Кроме того, ни один метод контрацепции не обеспечивает стопроцентной гарантии предотвращения беременности.

82. Помимо этого, вследствие ограничения доступа к информации о прерывании беременности и связанных с ним услугах женщины могут отказываться от обращения за профессиональной медицинской помощью, что приводит к пагубным последствиям для их здоровья и безопасности. Примерами такого ограничения являются: введение уголовной ответственности для медицинских работников, предоставляющих данные услуги; запрет на доступ к информации о законных способах прерывания беременности; требование разрешения от третьей стороны, а именно от одного или нескольких медицинских работников, медицинской комиссии, родителя, опекуна или супруга; отказ медицинских работников от выполнения процедуры по религиозно-нравственным соображениям без предложения альтернативных вариантов; введение обязательного периода ожидания; исключение прерывания беременности из перечня услуг, покрываемых медицинской страховкой. Ни одно из этих требований не имеет обоснований медицинского характера.

83. Международные и региональные правозащитные органы призвали государства отменить уголовную ответственность в связи с доступом к прерыванию беременности и провести либерализацию законов и политики в целях предоставления женщинам доступа к безопасным услугам. Договорные органы, включая Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин и Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, в своей правовой практике, своих замечаниях общего порядка и рекомендациях и заключительных замечаниях обращаются к государствам с просьбой о пересмотре национального законодательства с целью упразднить уголовную ответственность за прерывание беременности и гарантировать право женщины на прерывание беременности в случаях, когда беременность угрожает ее жизни или здоровью, либо возникает в результате изнасилования или инцеста. Комитет против пыток и Комитет по правам человека определили, что в некоторых случаях принуждение донашивать плод нежелательной беременности равносильно жестокому и бесчеловечному обращению.

*Криминализация действий женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии)*

84. Уголовное законодательство и другие карательные положения устанавливают для женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии), наказания в виде лишения свободы, что, как показывает практика, скорее приносит им вред, нежели обеспечивает защиту. Рабочая группа считает, что криминализация действий женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии), делает их положение несправедливым и уязвимым, способствует их стигматизации и противоречит положениям международного права в области прав человека. Рабочая группа отмечает, что в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин содержится призыв к запрету эксплуатации проституции, а не к наказанию самих женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии); давно сформировавшаяся позиция Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин состоит в том, что женщины не должны привлекаться к уголовной ответственности

за занятие проституцией; а положения Протокола о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, дополняющего Конвенцию Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности (Палермского протокола), гласят, что необходимо прилагать усилия для противодействия спросу, порождающему эксплуатацию женщин, в том числе торговлю ими для целей сексуальной эксплуатации.

85. Международные организации и правозащитные органы призвали государства, как минимум, гарантировать женщинам, занимающимся проституцией (работающим в секс-индустрии), право на доступ к медицинским услугам в сфере сексуального здоровья, свободу от насилия и дискриминации, будь то со стороны государственных служащих или частных лиц, а также доступ к равной защите со стороны закона. В частности, государствам нужно следить, чтобы сотрудники правоохранительных органов выполняли свои защитные функции вместо того, чтобы применять насилие в отношении женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии), или способствовать сохранению практики такого насилия. В ряде государств были приняты положения, регулирующие вопросы здравоохранения и безопасности, в том числе вопросы доступа к медицинским услугам, медицинскому страхованию и социальным пособиям, что положительно повлияло на положение женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии).

## **Е. Независимый, недорогой и эффективный доступ к медицинскому обслуживанию**

### **1. Независимый доступ**

86. Независимый доступ к медицинскому обслуживанию означает обеспечение права женщин самостоятельно принимать решения относительно своего здоровья, деторождения и сексуальности без принуждения и насилия. Ключом к этому является понятие выбора. Права на осознанное согласие и конфиденциальность имеют решающее значение для обеспечения того, чтобы женщины могли свободно принимать решения. Эти права предусматривают соответствующие обязанности со стороны медицинских учреждений, которые должны раскрывать информацию о предлагаемых процедурах и альтернативных решениях, чтобы способствовать осознанному согласию и соблюдать право на отказ от лечения; кроме того, они обязаны обеспечивать конфиденциальность, чтобы позволить женщинам принимать личные решения без вмешательства других лиц, с которыми они решили не консультироваться и которые могут не учитывать их наилучшие интересы. Независимость означает, что женщина, желающая воспользоваться услугами в связи с ее здоровьем, деторождением или сексуальностью, имеет право рассматриваться как полноправный субъект, единственный бенефициар услуг, предоставляемых медицинским специалистом, и как лицо, имеющее полное право принимать решения относительно собственного здоровья. Этот вопрос, среди прочего, связан с правом женщин на равенство перед законом.

### **2. Экономически доступное здравоохранение**

87. Даже там, где для обеспечения всеобщего здравоохранения выделяются значительные ресурсы, женщины по-прежнему не имеют равного доступа к высококачественным медицинским услугам во многих странах. Это часто случается потому, что услуги здравоохранения, которые необходимы только женщинам, исключены из страхового покрытия и не являются экономически доступными.

88. Находящиеся в экономически неблагоприятном положении женщины, которые не имеют средств для доступа к частной медицинской помощи и услугам, несоразмерно страдают от ценовых барьеров. Поэтому государствам важно обеспечить экономическую доступность всей медицинской помощи и ликвидировать юридические ограничения, которые фактически являются дискриминационными для женщин, находящихся в экономически неблагоприятном положении.

89. Медицинское обслуживание часто является экономически недоступным из-за дискриминационного медицинского страхования. Некоторые полисы и программы медицинского страхования не покрывают различные аспекты репродуктивного здоровья, включая современные формы контрацепции, прекращение беременности и уход за матерями. Кроме того, некоторые программы частного медицинского страхования предполагают страхование потребностей женщин в области репродуктивного здоровья, но при этом размер страховых взносов, уплачиваемых женщинами, повышается. Рекомендуемая практика должна предусматривать меры, которые не поощряют страховые компании повышать размеры страховых взносов, уплачиваемых женщинами, по сравнению с взносами мужчин вследствие предполагаемых более высоких расходов, связанных с потребностями женщин в области репродуктивного здоровья.

90. Государственное финансирование необходимо для субсидирования первичных медицинских услуг, включая лекарства, средства контрацепции, законное прерывание беременности и лечение инфекций, передающихся половым путем. Такие услуги должны быть доступными по цене, а в случае экономически обездоленных женщин должны предоставляться бесплатно. Практика «неформальной» платы за медицинские услуги повышает риск того, что такие женщины либо откажутся от услуг, либо прибегнут к некачественным услугам, возможно, оказываемым неквалифицированными лицами.

91. Рекомендуемая практика предусматривает включение в качестве основных лекарственных средств всех тех лекарств, которые указаны как необходимые для охраны здоровья женщин в «Типовом перечне основных лекарственных средств» ВОЗ, государственное субсидирование стоимости услуг в области здравоохранения для всех женщин, а также выделение субсидий женщинам определенного возраста или с определенным уровнем дохода.

92. Недоступность лекарств также тесно связана с законами об интеллектуальной собственности, многие из которых предусматривают эксклюзивные патенты на новые лекарства в течение длительных периодов времени. Однако законы об интеллектуальной собственности, которые препятствуют удовлетворению медицинских потребностей женщин, ограничивают доступ к лекарствам, способствуя повышению цен на них, а также затрудняя производство и распространение недорогих непатентованных лекарственных средств. Право на здоровье требует от государств обеспечить, чтобы фармацевтические компании, владеющие патентами на основные лекарственные средства и медицинское оборудование, использовали все доступные им возможности, чтобы сделать лекарства доступными для всех.

### 3. Эффективный доступ

*Отказ в предоставлении медицинских услуг по соображениям совести*

93. Неадекватно регулируемый отказ по соображениям совести может являться препятствием в осуществлении женщинами их права на доступ к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья. Правовая практика до-

говорных органов по правам человека показывает, что там, где отказ по соображениям совести разрешен, государства все равно обязаны обеспечить неограниченный доступ женщин к услугам в области репродуктивного здоровья, а также обеспечить, чтобы отказ по соображениям совести являлся личной, а не институциональной практикой.

94. В ряде стран существуют правовые гарантии, обеспечивающие защиту женщин в случае отказа им в медицинской помощи по соображениям совести. Эти гарантии включают в себя требование о передаче пациента поставщикам услуг, не придерживающихся практики таких отказов, регистрацию/письменное уведомление работодателя и/или государственного органа, раскрытие пациентам информации о практике отказа по соображениям совести, которой придерживаются определенные поставщики услуг, предоставление услуг в чрезвычайных ситуациях и ограничение права на отказ лицами, непосредственно участвующими в медицинских вмешательствах, без распространения такого права на учреждения или косвенных поставщиков, таких как фармацевты. Рабочая группа вновь утверждает, что осуществление права на свободу религии или убеждений не может использоваться для оправдания дискриминации по признаку пола и поэтому не должно использоваться в качестве оправдания для препятствования реализации права женщин на наивысший достижимый уровень здоровья.

#### *Образование и информация*

95. Существующие во многих странах ограничения в доступе девочек и женщин к свободному от догматики и качественному образованию, включая научно обоснованное всеобъемлющее половое воспитание, а также в доступе к информации о том, где и как получить основные медицинские услуги, препятствуют принятию женщинами свободных и информированных решений о своем здоровье и безопасности и, таким образом, препятствуют их надлежащему доступу к здравоохранению. Это особенно справедливо для подростков и женщин из числа маргинализированных групп, которые сталкиваются с множественными и пересекающимися формами дискриминации. Такие ограничения являются проявлениями цензуры, которые ограничивают выбор женщин и девочек.

96. Государства обязаны обеспечивать образование, одна из целей которого заключается в облегчении доступа к научным и техническим знаниям. Это имеет решающее значение в отношении вопросов сексуальности, деторождения и санитарного просвещения. Государства обязаны разрешать свободное распространение информации о здоровье без вмешательства государства по моральным или иным соображениям. Это также включает в себя обеспечение возможности свободного распространения информации негосударственными субъектами, в том числе в связи с вопросами сексуальности и сексуального и репродуктивного здоровья. При этом государства также обязаны решать проблемы, связанные с вредными и неправильными гендерными стереотипами, которые способствуют нарушениям прав женщин на здоровье и безопасность, а также искоренять их.

97. Все большее число стран мира подтверждают свою приверженность всеобъемлющему половому воспитанию в качестве одного из приоритетов для достижения национальных целей в области развития, здравоохранения и образования. В своей резолюции 70/137 Генеральная Ассамблея призвала все государства разработать и осуществлять учебные программы и учебные материалы, а также другие программы подготовки кадров для систем формального и неформального образования, в том числе подготовленные на основе полной и точной

информации всесторонние и научно обоснованные программы полового воспитания для всех подростков и молодежи; изменить социальные и культурные модели поведения мужчин и женщин всех возрастов, покончить с предрассудками и поощрять и укреплять навыки принятия решений, коммуникации и снижения риска в интересах формирования уважительных отношений на основе гендерного равенства и прав человека.

#### IV. Выводы и рекомендации

98. В контексте здоровья и безопасности женщин и девочек равенство означает предоставление дифференцированных услуг, лечения и лекарственных средств в соответствии с их конкретными биологическими потребностями на протяжении всей их жизни. Во многих странах наблюдается дискриминационное исключение и игнорирование женщин в сфере обеспечения им наивысшего достижимого уровня здоровья. Дискриминация особенно очевидна в отношении права женщин на репродуктивное и сексуальное здоровье. Это положение усугубляется в случае женщин из числа маргинализированных групп. Дискриминация в отношении женщин и девочек, ведущая к нарушению их права на здоровье и безопасность, отрицает их право на человеческое достоинство.

99. Рабочая группа выяснила, что инструментализация и политизация биологических функций женщин во многих странах делает законодательство и политику в отношении здоровья и безопасности женщин и девочек инструментами патриархальной повестки дня, особенно в связи с вопросами репродуктивного и сексуального здоровья и психического здоровья. Рабочая группа нашла во всех регионах подобные проявления инструментализации, табу в отношении менструации и грудного вскармливания, а также стереотипы, которые приводят к такой пагубной практике, как калечение женских половых органов, или которые оказывают негативное воздействие на образы женского тела, ведущее к применению женщинами инвазивных косметических процедур.

100. Доступ женщин к услугам здравоохранения во многих странах не является независимым, недорогим и эффективным, при том, что эти факторы имеют важное значение для государств в деле соблюдения, защиты и осуществления прав женщин и девочек на жизнь, здоровье, неприкосновенность частной жизни, равенство и человеческое достоинство. Основным препятствием в этом отношении является отсутствие доступа вследствие исключения из программ страхования тех видов лечения, которые специфически необходимы женщинам и девочкам, или исключение из них групп женщин-мигрантов. Отсутствие доступа особенно сильно дискриминирует женщин, живущих в нищете. В число таких препятствий также входят ограничительные законодательные требования, предвзятое и связанное со стигматизацией предоставление услуг, а также отказ в предоставлении услуг по соображениям совести.

101. Медицинские услуги предоставляются различными субъектами, как государственными, так и негосударственными. Все субъекты несут определенную ответственность за обеспечение равного доступа женщин к наивысшему достижимому уровню здоровья, в том числе в отношении репродуктивного и сексуального здоровья. Государство обязано проявлять должную осмотрительность в обеспечении того, чтобы частные субъекты не осуществляли дискриминацию в отношении женщин.



102. В результате различных форм дискриминации в отношении женщин предоставление медицинских услуг становится дорогостоящим и трагичным явлением в случае предотвратимых заболеваний женщин.

#### **A. Общие рекомендации**

103. Рабочая группа обращается к Совету по правам человека с просьбой настоятельно призвать государства во всем мире принять все необходимые меры, чтобы уважать, защищать и осуществлять право женщин на наивысший достижимый уровень здоровья, в том числе в отношении их репродуктивного и сексуального здоровья, а также уделять приоритетное внимание тщательному изучению этой проблемы, в том числе путем созыва соответствующего форума для решения этого важного вопроса.

104. Рабочая группа призывает все государства-члены подтвердить и уважать обязательства, взятые ими в Пекине и в Каире, а также в связи с целями устойчивого развития, в отношении осуществления всеобъемлющих положений, касающихся охраны здоровья женщин, содержащихся в заключенных ими соглашениях, а также в отношении разработки национальных законов, мер политики и программ в рамках международных норм в области прав человека.

#### **B. Равенство и недискриминация**

105. Рабочая группа рекомендует государствам:

a) применять стандарты в области прав человека и принципы равенства, недискриминации и расширения возможностей женщин в качестве основы для всех действий, касающихся охраны здоровья женщин и их безопасности;

b) в разработке мер политики и при распределении ресурсов руководствоваться таким пониманием права женщин на равенство, которое требует дифференцированного подхода в области здравоохранения, в том числе и за пределами сферы сексуального и репродуктивного здоровья;

c) принимать во внимание влияние безопасности женщин на их физическое и психическое здоровье и защищать женщин и девочек от насилия в семье, на их пути в школу и обратно, а также в других общественных местах и в медицинских учреждениях;

d) применять всеобъемлющий подход к здоровью и безопасности женщин, рассматривая всю их жизнь от детства до старости как взаимосвязанные этапы, характеризующиеся особыми признаками и потребностями, и в этой связи:

i) принять эффективные меры для предупреждения детских браков и подростковой беременности и обеспечить девочкам всеобъемлющее и основанное на научных данных образование по вопросам здоровья, включая вопросы сексуальности;

ii) ликвидировать гендерную дискриминацию, которая существует в некоторых культурах в отношении питания детей женского пола, в том числе путем расширения прав и возможностей женщин и девочек;

- iii) разрешать беременным девочкам и подросткам прекращать нежелательную беременность в качестве меры обеспечения равенства и защиты их здоровья, чтобы они могли завершить свое школьное образование, а также защищать их от высокого риска для их жизни и здоровья, в том числе от акушерских свищей, связанного с сохранением беременности;
  - iv) принять меры для сокращения материнской смертности и заболеваемости путем обеспечения надлежащего ухода во время беременности, родов и в послеродовой период, включая, при необходимости, безопасное прерывание беременности;
  - v) принять меры для сокращения материнской смертности среди женщин с ВИЧ/СПИДом, как путем предотвращения заражения, особенно среди женщин, занимающихся проституцией (работающих в секс-индустрии), так и путем свободного и безопасного предоставления презервативов и антиретровирусной терапии для беременных женщин;
  - vi) обеспечить надлежащее питание и бесплатные услуги для беременных и кормящих женщин, как этого требуют Комитет по экономическим, социальным и культурным правам и Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин;
  - vii) обеспечить, чтобы законы, меры политики и практика неизменно обеспечивали уважение к самостоятельности женщин в процессе принятия решений, особенно в отношении беременности, родов и послеродового ухода;
  - viii) предоставлять услуги здравоохранения для пожилых женщин с учетом гендерных и возрастных факторов, принимая во внимание их повышенную уязвимость в сфере здоровья и безопасности;
- e) создать специальные службы защиты и поддержки для женщин, сталкивающихся с множественными формами дискриминации, и в этой связи:
- i) обеспечить, чтобы услуги здравоохранения, включая услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья, для женщин-инвалидов были доступны на равной основе с другими, а также гарантировать их автономию и возможность самостоятельно принимать решения, в том числе в отношении их сексуального и репродуктивного здоровья, в соответствии с принципами Конвенции о правах инвалидов;
  - ii) обеспечить охват медицинской помощью женщин-мигрантов и домашней прислуги, чьи права на сексуальное и репродуктивное здоровье, профилактическое здравоохранение и защиту от гендерного насилия в ином случае ущемляются;
  - iii) обеспечить социальные и медицинские пособия, права и защиту для лесбиянок и бисексуалов и трансгендерных лиц без дискриминации;
  - iv) обеспечить доступ к превентивным и коррективным медицинским услугам для женщин-заключенных, в том числе в связи с раком шейки матки и раком молочной железы, средствам контрацепции, антиретровирусной терапии и смене пола, а также принять все необходимые меры для их защиты от насилия;

в) применять меры наказания, не связанные с лишением свободы, для беременных женщин и женщин, имеющих детей-иждивенцев, в соответствии с требованиями Правил Организации Объединенных Наций, касающихся обращения с женщинами-заключенными и мер наказания для женщин-правонарушителей, не связанных с лишением свободы (Бангкокские правила).

### С. Инструментализация женского тела

106. Рабочая группа рекомендует государствам:

а) принять меры по пресечению и ликвидации всех форм инструментализации женского тела и биологических функций женщины, существующих в законодательстве, политике, культурной практике и социальных стереотипах;

б) искоренить вредные гендерные стереотипы, которые могут привести к анорексии и булимии или обусловить применение инвазивных косметических процедур;

в) предотвратить вытеснение из общественного пространства женщин в период менструации или грудного вскармливания; предотвратить дискриминацию на рабочих местах в связи с менопаузой;

г) принимать и осуществлять активные и результативные меры по предупреждению калечащих операций на женских половых органах и иных видов вредной практики;

д) отменить уголовную ответственность за формы сексуального и репродуктивного поведения, приписываемые исключительно или по большей части женщинам, включая прелюбодеяние, проституцию и прерывание беременности;

е) бороться со стереотипами и предоставлять девочкам право и возможность заботиться о своем здоровье и безопасности с самого раннего возраста, в школе и дома; информировать женщин о функционировании их организма и наделять их правами и возможностями в этом отношении на каждом этапе жизни;

ж) регулировать деятельность родовспомогательных учреждений для обеспечения уважения к самостоятельности, частной жизни и человеческому достоинству женщин, в том числе к выбору женщинами домашних родов при отсутствии конкретных медицинских противопоказаний;

з) предотвращать инструментализацию женщин в процессе родов и устанавливать наказания за гинекологическое и акушерское насилие, в том числе за насильственное выполнение кесарева сечения, отказ от предоставления женщинам обезболивания во время родов либо хирургического прерывания беременности, неоправданное применение эпизиотомии;

и) заменять содержание под стражей и иные карательные меры воспитательной и общественно полезной работой при необходимости предотвращения повреждений плода в результате употребления наркотиков или алкоголя зависимыми от них беременными женщинами;

к) контролировать и предотвращать неоправданное помещение женщин в стационары под предлогом психических расстройств, используемое в качестве механизма общественного контроля.

107. В отношении охраны репродуктивного и сексуального здоровья Рабочая группа рекомендует государствам:

а) упразднить запрет на использование средств контрацепции, в том числе экстренной контрацепции, и обеспечить доступ к недорогим современным противозачаточным средствам;

б) отменить ограничительные законы и политические меры в отношении прерывания беременности, особенно при наличии угрозы для жизни и здоровья, а именно в случаях психических расстройств у беременной женщины, изнасилования, инцеста или несовместимой с жизнью патологии плода; признать, что такие законы и политические меры в любом случае вредят прежде всего малообеспеченным женщинам и являются в высшей степени дискриминационными;

в) признать право женщин на прекращение нежелательной беременности и обеспечить их доступ к недорогим и эффективным услугам планирования семьи. Учитывая, что во многих странах, где женщины имеют право на аборт по собственному желанию и где в поддержку этого права им предоставляются недорогие и эффективные услуги планирования семьи, регистрируются самые низкие в мире показатели абортов, государствам следует разрешить женщинам прерывать беременность по собственному желанию в течение первого триместра, а также позднее – в вышеперечисленных особых случаях;

г) прекратить применение уголовного законодательства для наказания женщин за прерывание беременности; предоставлять женщинам и девушкам медицинскую помощь в случае выкидыша или осложнений небезопасной процедуры прерывания беременности;

д) устранить дискриминационные препятствия, затрудняющие доступ женщин к законным способам прерывания беременности без медицинских показаний, в том числе периоды ожидания между принятием и осуществлением решения о прерывании беременности, требование предъявлять разрешения руководству и персоналу клиник репродуктивной медицины, а также чрезмерно ограничительные толкования правовых оснований для прерывания беременности.

#### **D. Независимый, недорогой и эффективный доступ к медицинскому обслуживанию**

108. Рабочая группа рекомендует государствам:

а) обеспечить, чтобы доступ к здравоохранению был независимым, недорогим и эффективным;

б) устранить основополагающие причины отказа женщинам в возможности самостоятельного принятия решений, касающихся их собственной жизни, здоровья или тела, посредством образования, предоставления информации и создания механизмов контроля для обеспечения соблюдения их автономии на всех уровнях системы здравоохранения;

в) упразднить зависимость доступа женщин и девочек к медицинскому обслуживанию от стороннего разрешения;

d) обеспечить подготовку медицинских работников, в том числе по вопросам гендерного равенства и недискриминации, уважения права женщин и достоинства и признания альтернативной медицины;

e) обеспечить недискриминационное медицинское страхование для женщин без доплат за покрытие стоимости услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья;

f) включить в услуги всеобщего здравоохранения контрацептивные средства по выбору, профилактику и лечение рака шейки матки и рака молочной железы, прекращение беременности и уход за матерями или субсидировать предоставление этих методов лечения и лекарственных средств для обеспечения их экономической доступности;

g) ограничить отказ от медицинского обслуживания по соображениям совести кругом лиц, непосредственно участвующих в медицинском вмешательстве, и допускать отказы по соображениям совести только там, где пациенту доступно альтернативное лечение в течение времени, необходимого для выполнения процедуры;

h) применять должную осмотрительность для обеспечения того, чтобы различные субъекты и корпоративные и индивидуальные поставщики медицинских услуг, которые обеспечивают медицинское обслуживание или производят лекарственные средства, действовали без дискриминации, а также установить в их кодексах поведения руководящие принципы равного обращения с женщинами-пациентами;

i) обеспечивать соответствующее возрасту, всеобъемлющее и инклюзивное половое воспитание, основанное на научных данных и соблюдении прав человека, для девочек и мальчиков в рамках обязательной школьной программы. При этом особое внимание должно уделяться вопросам гендерного равенства, сексуальности, взаимоотношений, гендерной идентичности, включая нетрадиционную гендерную идентичность, а также вопросам ответственного поведения родителей и ответственного сексуального поведения в целях предотвращения ранних беременностей и инфекций, передаваемых половым путем;

j) обеспечить, чтобы стандарты, содержащиеся в настоящих рекомендациях, соблюдались и применялись всеми медицинскими работниками частных и государственных поставщиков услуг, а также привлекать как женщин, так и мужчин, с учетом ситуации, к деятельности по борьбе с дискриминацией, стереотипами и инструментализацией женского тела и биологических функций.