



**Конвенция о ликвидации
всех форм дискриминации
в отношении женщин**

Distr.: General
13 July 2022
Russian
Original: Spanish

**Комитет по ликвидации дискриминации
в отношении женщин**

**Мнения в отношении сообщения № 149/2019, принятые
Комитетом в соответствии с пунктом 3 статьи 7
Факультативного протокола^{*,**}**

<i>Сообщение представлено:</i>	N.A.E. (представлено адвокатами Франсиской Фернандес Гильен и Мариной Морлой Гонсалес)
<i>Предполагаемая жертва:</i>	автор сообщения
<i>Государство-участник:</i>	Испания
<i>Дата сообщения:</i>	10 ноября 2018 года
<i>Справочная информация:</i>	Решение, принятое в соответствии с правилом 69 правил процедуры Комитета, препровождено государству-участнику 9 сентября 2019 года (в виде документа не издавалось)
<i>Дата принятия мнений:</i>	27 июня 2022 года

1.1 Автором сообщения является Н.А.Е., гражданка Испании, родившаяся 12 сентября 1986 года. Автор утверждает, что, пострадав от акушерского насилия во время родов в больнице, она стала жертвой нарушения Испанией ее прав по статьям 2, 3, 5 и 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Конвенция и Факультативный протокол к ней вступили в силу для государства-участника 4 февраля 1984 года и 6 октября 2001 года, соответственно. Автор представлена адвокатами.

* Приняты Комитетом на его восемьдесят второй сессии (13 июня — 1 июля 2022 года).

** В рассмотрении настоящего сообщения приняли участие следующие члены Комитета: Гладис Акоста Варгас, Хироко Акидзуки, Тамадер ар-Раммах, Николь Амелин, Марион Бетел, Летисия Бонифас Альфонсо, Луиза Шалаль, Коринн Деттмейер-Вермёлен, Наэла Мохамед Габр, Хилари Гбедема, Нахла Хайдар, Даля Лейнарте, Росарио Г. Манало, Лия Надарая, Бандана Рана, Рода Реддок, Эльгюн Сафаров, Наташа Стотт Десподжа и Франселин Тоэ-Буда. В соответствии с правилом 60 с) правил процедуры Комитета Ана Пелаэс Нарваэс не принимала участия в рассмотрении данного сообщения.



1.2 В период с 21 мая 2020 года по 30 июня 2020 года Комитет получил 11 заявлений от третьих сторон¹, которые были переданы обеим сторонам для комментариев.

Факты в изложении автора сообщения

Дородовой период, роды с помощью серьезной операции на брюшной полости (кесарево сечение) и послеродовой период

2.1 Во время первой беременности автора сообщения, которая протекала под контролем, — в то время ей было 25 лет и у нее не было проблем со здоровьем — она и ее партнер подали план родов в государственную больницу Доностии, входящую в состав Баскской службы здравоохранения, в котором они заявили, что не желают, чтобы применялись лекарства для искусственного вызывания или ускорения родов, что решения, которые должен принимать медицинский персонал, должны приниматься по обоюдному согласию, что в случае необходимости процедуры кесарева сечения ребенок должен находиться с матерью, когда он родится, или с отцом, если автору придется остаться в операционной, и что ребенка нельзя кормить из бутылочки.

2.2 9 июля 2012 года в 8 ч 00 мин на 38 неделе беременности автор обратилась в больницу, поскольку ночью, около 3 ч 00 мин, у нее отошли воды. По прибытии в больницу акушерка провела первичный вагинальный осмотр с целью убедиться, что плодный мешок «должным образом порван»².

2.3 Протокол больницы предусматривал 24-часовое ожидание перед тем, как начать вызывать роды. Однако в тот же день в 16 ч 00 мин гинеколог сообщила ей, что они собираются искусственно вызывать роды, потому что, по ее словам, «они не вызывают роды ночью». Автор утверждает, что не было никакой медицинской необходимости вызывать роды, поскольку с момента поступления в клинику она чувствовала регулярные схватки спонтанно, поэтому роды развивались. По словам автора, вместо того чтобы подождать в течение хотя бы 24 часа, что позволило бы шейке матки созреть и тем самым улучшить условия для естественных родов, в больнице предпочли вызвать роды для удобства обслуживающего персонала³. Таким образом, 9 июля 2012 года в 17 ч 10 мин, спустя 14 часов после того, как отошли воды, роды были вызваны медикаментозно, путем введения окситоцина. Она утверждает, что больница не только поставила удобства своего персонала выше ее безопасности и безопасности ее будущего ребенка, но и пошла на нарушение своего собственного протокола, в котором предусмотрен 24-часовой период ожидания, прежде чем вызывать роды.

2.4 Автор не давала согласия на искусственно вызванную родовую деятельность, или индукцию родов; ее неоднократные просьбы предоставить информацию о рисках и альтернативных вариантах остались без внимания.

¹ Перечень поступивших сообщений в хронологическом порядке: Центр по борьбе с акушерским насилием (Испания); Мария Фуэнтес Кабальеро, Центр здравоохранения «Артемиды» (Кадис); Центр исследований по вопросам прав человека и гуманитарного права Университета Пантеон-Ассас (Париж, Франция); родильный дом «Миджорн» (Барселона); платформа «Права по рождению»; Ассоциация акушеров, принимающих роды на дому (Каталония); Центр по борьбе с акушерским насилием (Чили); Ассоциация по деторождению на дому; Ассоциация по деторождению (Балеарские острова); Информационная группа по репродуктивному выбору (Мексика); и Сеть по гуманизации рождений и родов (Бразилия). Основные заявления рассмотрены в пунктах 6–12.

² Вагинальный осмотр состоит во введении одного или нескольких пальцев руки во влагалище беременной женщины для измерения параметров фазы раскрытия.

³ Процедура, направленная на облегчение процесса размягчения и расширения шейки матки.

2.5 Пока роды не были вызваны по медицинским показаниям, пациентка просила разрешения на прием пищи, в чем ей было отказано больницей, несмотря на то что прием пищи рекомендован в Руководстве по уходу при нормальных родах Министерства здравоохранения Испании, в котором говорится, что для обеспечения благополучия матери и плода необходимо питание для того, чтобы были силы для родовой деятельности.

2.6 В 17 ч 00 мин, за несколько минут до индукции родов, студентка-практикантка провела второй вагинальный осмотр, создав впечатление, что она не знала, как это делать, и это причинило автору сильную боль. При этом надо было учитывать не только просьбу автора о том, чтобы ей помогало минимальное количество персонала, но и Закон об автономии пациента⁴, предусматривающий неукоснительное уважение личной жизни и свободы личности.

2.7 В период с 20 ч 00 мин 9 июля до 7 ч 30 мин 10 июля было проведено еще семь вагинальных осмотров.

2.8 10 июля 2012 года в 9 ч 30 мин она прошла десятый вагинальный осмотр, и несмотря на то, что запись мониторинга самочувствия ребенка была в порядке, акушерка сообщила ей, что они рассматривают возможность проведения кесарева сечения, потому что роды якобы «застопорились». Автор попросила ее оценить дилатацию; когда выяснилось, что она прогрессировала, достигнув 7 сантиметров, и что ребенок передвинулся вниз, автор слезно попросила ее сообщить врачам. Однако врачи прибыли с заранее принятым решением, настаивая: «Только кесарево сечение, причем прямо сейчас». Когда автор попросила предоставить ей информацию, врач не сделал этого, а говорил с ней, как с ребенком, отвечая: «Не волнуйтесь, я о Вас позабочусь».

2.9 В 10 ч 00 мин студенты начали операцию без согласия автора. Врачи не разрешили мужу автора присутствовать при этом. По словам автора:

«Они положили меня на операционный стол, обращаясь со мной, как с куклой. Никто не представился, никто не заговорил со мной, никто не посмотрел мне в лицо. Никто не пытался меня успокоить. Я много плакала. Мои руки были скрещены и связаны. Операционная была полна людей, она походила на общедоступное для посещения место, присутствующие не обращали на меня никакого внимания и переговаривались между собой, бросая такие фразы, как, например, «бутылочка с плацентой пропала», «а где браслет ребенка» и т. п. Я лежала там одинокая и обнаженная, люди приходили и уходили, дверь постоянно открывалась и закрывалась [...]. Они говорили между собой о своих делах, о том, что они делали в выходные, говорили, не заботясь о том, что я нахожусь там и что мой сын собирается родиться — он, который может родиться только один раз в нашей жизни, — и они не давали мне возможности жить ожиданием этого».

2.10 Несмотря на то, что в соответствии с испанскими правилами в области здравоохранения ни один пациент не может быть использован в учебном проекте без его предварительного разрешения, врач руководил всеми действиями тех, кто оперировал автора, объясняя им, как резать и что резать, причем в подробностях, которые автор предпочла бы не слышать.

2.11 Сын автора родился в 10 ч 12 мин. После кесарева сечения протокол, согласно которому новорожденный должен оставаться с матерью в течение нескольких часов после немедленной реанимации, чтобы начать грудное вскармливание и контакт матери и ребенка (который улучшает частоту сердечных

⁴ Ley núm. 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

сокращений, нормализует температуру, уровень глюкозы в крови, иммунную систему и сон), снова не был соблюден. Однако младенца разлучили с матерью, чтобы отвезти к педиатру, без всякой на то причины, и у автора не было возможности установить с ним контакт «кожа к коже»; автор лишь мельком увидела его издалека. Когда его принесли обратно, чистого и одетого, его показали ей на уровне ее рук, но она не могла его коснуться, поскольку ее руки были связаны после операции. Его поднесли к ней для поцелуя, приблизив его к ее лицу, но сразу же его убрали, так что она не успела ничего сказать. Автор попросила отдать ребенка отцу, на что ей ответили: «Не волнуйся, девочка, это всё». Автор слышала, как студентам объясняли, как ее «сшивать». В итоге они ничего ей не сказали.

2.12 В течение следующих нескольких часов автор просила принести к ней ребенка, но его не принесли, что противоречит Рекомендациям по уходу и заботе о здоровом новорожденном Испанской ассоциации педиатрии.

2.13 Эта разлука ребенка с матерью усугубилась искусственным грудным вскармливанием, несмотря на заявленное семьей намерение насчет кормления грудью. Искусственное вскармливание впоследствии усложнило грудное вскармливание, когда спустя три часа новорожденного наконец вернули автору. В результате, вероятно, применения кормления из бутылочки ребенок плохо прикладывался к груди, поэтому родители были вынуждены обратиться за искусственным вскармливанием.

2.14 Впоследствии автор страдала от болей в животе в области рубца от кесарева сечения и болей в брюшной полости, а также недержания мочи. Ей предоставили лечение, предназначенное для обработки рубца, расслабления диафрагмы и снижения давления в брюшной полости.

2.15 Автору также пришлось обратиться к своему лечащему врачу по поводу симптомов тревоги, связанных с родами. В заключении от 7 июня 2013 года, выданном в Центре психического здоровья в муниципалитете Андоайн Баскской службы здравоохранения, автору был поставлен диагноз «послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство, страдания и преддверие тревоги, эмоциональная лабильность и реактивное депрессивное состояние» и назначено лечение анксиолитиками.

2.16 20 ноября 2014 года диагноз о «послеродовом посттравматическом стрессовом расстройстве» был подтвержден специалистом по психиатрии, профессором Университета Алькала-де-Энарес и техническим советником омбудсмена. Специалист по психиатрии подтвердила, что расстройство было вызвано тем, как за автором ухаживали во время рождения ее ребенка, и что, по ее собственным словам, «его можно было бы избежать с помощью информированного согласия, неотделимого от прав на моральную целостность и свободу, и что это свидетельствует о том, что лишение права человека на то, чтобы самому распоряжаться собой, может привести к психической травме». Она также заявила, что если бы с автором «обращались во время родов по-другому, то, вне сомнения, у нее не было бы таких сильных симптомов и она бы не продолжала сейчас испытывать таких страданий». Таким образом, она установила прямую причинно-следственную связь между полученным лечением и психологической травмой.

2.17 16 июля 2015 года специалист по психиатрии дополнила свое заключение заявлением о том, что послеродовые симптомы автора «соответствуют всем критериям диагноза посттравматического стрессового расстройства, что ее случай является весьма показательным и парадигматическим примером для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и экспертов по постродовым травмам, которые отмечают, что, помимо отсутствия заботы и уважения во время родов,

имело место последующее отрицание медицинскими работниками тяжести и последствий возникших симптомов.

Жалобы, поданные автором

2.18 9 июля 2013 года автор подала иск о финансовой ответственности государственной администрации за медицинскую халатность при оказании ей медицинской помощи во время родов против Баскской службы здравоохранения. Автор, в частности, упомянула: а) раннюю и ненужную индукцию родов «в обход протокола» без предоставления ей информации или получения ее согласия на форму индукции; б) проведение кесарева сечения без предоставления ей информации или получения на то ее согласия; в) тот факт, что кесарево сечение проводилось студентами под наблюдением куратора, без ее согласия на такую практику; г) ее разлучение с новорожденным без какой-либо необходимости; д) введение кормления из бутылочки без согласия на то родителей, выразивших желание применять грудное вскармливание; и е) физическую и психологическую травму, причиненную ей при родах, в нарушение ее физической и моральной целостности, попрание ее достоинства и ее личной и семейной неприкосновенности.

2.19 1 октября 2013 года автор направила в административное производство отчет акушерки, которая ассистировала при ее родах и согласно утверждениям которой не было риска потери плода в любой момент, было недостаточно времени для оценки показаний к проведению кесарева сечения и не было никаких форм согласия на индукцию или кесарево сечение.

2.20 В ответ на отсутствие реакции со стороны администрации и с учетом того, что администрация-ответчик значительно превысила сроки принятия решения, 25 марта 2015 года автор подала жалобу в Административный суд № 3 Доностии-Сан-Себастьяна на подразумеваемое отклонение ее требования о материальной ответственности.

2.21 К своему заявлению автор приложила отчет акушерки (п. 2.19), экспертное заключение специалиста по психиатрии (пп. 2.16 и 2.17) и экспертное заключение специалиста по гинекологии и акушерству, в котором говорится о недобросовестном оказании помощи и о том, что существуют альтернативы кесареву сечению. В частности, в отчете сделан вывод о том, что действия медицинского персонала не соответствовали *lex artis*, что не были соблюдены протоколы, что решение об индукции родов было принято без предварительной оценки акушерского состояния шейки матки, что индукция родов окситоцином была проведена без предварительного созревания шейки матки простагландинами, предусматриваемого всеми протоколами, что была проведена поспешная диагностика стационарных родов, также сократившая сроки, предусмотренные протоколами, и что если бы правила и протоколы были соблюдены, то роды у автора, скорее всего, прошли бы естественным путем. Налицо явные научные свидетельства того, что следовало бы действовать по-другому.

2.22 13 октября 2015 года Суд отклонил иск. В решении суда подчеркивалось, что план родов был лишь выражением пожеланий, и подтверждается, что в случаях, когда медицинская услуга осуществляется в соответствии с научными и техническими знаниями, возможный ущерб, причиненный ею, не влечет за собой ответственности администрации. По мнению Суда, индукция соответствовала *lex artis*, а кесарево сечение было проведено по причине задержки родов. Суд сослался на решение Административной палаты от 2 июля 2010 года, согласно которому роды представляют собой «естественный процесс, в отношении которого информированное согласие не имеет никакого значения, поскольку воля пациента никоим образом не может изменить ход событий». Что касается

посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), то Суд доверился только отчету государственного инспектора (который не является специалистом по психиатрии и не обследовал заявительницу), согласно которому ее опыт зависел от собственных идиосинкразий заявительницы, а не от лечения, которое она получала, чтобы сделать вывод об отсутствии доказательств в поддержку интерпретации заявительницы, которая была ее простым восприятием.

2.23 Поскольку речь шла об упрощенной процедуре в связи с выплатой суммы в размере менее 30 000 евро, в самом решении было указано, что обычная апелляция невозможна. Поэтому 30 ноября 2015 года (до истечения срока, установленного на 1 декабря 2015 года) автор подала в Конституционный суд заявление о нарушении конституционных прав на свободу, на физическую и моральную неприкосновенность, а также на личную и семейную тайну, которое было отклонено.

Положение, сложившееся в государстве-участнике, и характеристика фактов как явления «акушерское насилие»

2.24 Напоминая, что анализ этого положения занимает центральное место в процессе рассмотрения сообщений договорными органами, и ссылаясь на мнения Комитета по делу *Пиментел против Бразилии*, в котором Комитет, рассмотрев ситуацию, сложившуюся в области здравоохранения в Бразилии, сделал вывод о том, что плохое медицинское обслуживание во время родов жертвы являются системной проблемой в Бразилии, автор утверждает, что в настоящем сообщении особенно важно понять условия, в которых совершается акушерское насилие в государстве-участнике.

2.25 Таким образом, автор констатирует, что в государстве-участнике, согласно свидетельствам нескольких женщин, во время родов они регулярно страдают от таких комментариев, как «если тебе нравилось это делать, то теперь разродись» или «не плачь, всё не так уж плохо». Женщины также подвергаются ненужным медицинским процедурам и принимают ненужные препараты для ускорения родов, в частности окситоцин, кесарево сечение и эпизиотомия. В связи с этим испанская секция неправительственной организации «Врачи мира» пришла к выводу о том, что количество кесаревых сечений и эпизиотомий превышает уровень, рекомендованный ВОЗ. Автор также ссылается на отчет Наблюдательного совета по акушерскому насилию, согласно которому в 50 процентах случаев женщин не информируют о вмешательстве, которое проводится в их отношении; в 65,8 процента случаев план родов не соблюдается; в 55,7 процента случаев женщине не разрешают есть и пить; а в 74,7 процента случаев выбор позиции на третьей стадии родов не допускается⁵.

2.26 Автор утверждает, что весьма красноречивым является тот факт, что само государство-участник признало, что Испания характеризуется особо интервенционистским родовспоможением по сравнению со своими европейскими соседями и что это не сопровождается видимым улучшением результатов, например более низкими показателями смертности или перинатальной заболеваемости. Напротив, многие из европейских стран с самыми низкими показателями перинатальной и неонатальной смертности — это как раз страны, в которых самые низкие показатели акушерских вмешательств во время родов (страны Северной

⁵ Resultados de las encuestas realizadas por el Observatorio de violencia obstétrica (URL: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>); Cristina Medina Pradas and Paz Ferrer Ispizua, “Prevalence of obstetric violence in Spain”, infographic, 2017 (URL: <https://mamacapaz.com/wp-content/uploads/VO.pdf>).

Европы). Вмешательство в процесс родов также не имеет под собой оснований в виде имеющихся научных данных⁶.

2.27 Автор отмечает, что неправительственная организация «Врачи мира» определяет акушерское насилие как действия и поведение, которые дегуманизируют женщин и унижают их достоинство во время всего процесса беременности, родов и после них посредством физического и словесного насилия, унижения, отсутствия информации и согласия, злоупотребления медикализацией и патологизацией естественных процессов, что приводит к потере свободы, самостоятельности и способности свободно принимать решения относительно своего организма и сексуальности. Автор также упоминает, что, согласно определению Центра по борьбе с акушерским насилием, акушерское насилие — это акт игнорирования власти и автономии, которые женщины имеют над своей сексуальностью, своим организмом, своим ребенком и своим опытом беременности и родов. Это также игнорирование спонтанности, позы, ритма и времени, которые необходимы для нормального протекания родов.

2.28 Автор утверждает, что акушерское насилие негативно сказывается на глубинных переменах, связанных с присвоением медицинским персоналом контроля и ответственности за процесс родов. Кроме того, асимметричные отношения, существующие между женщинами и медицинскими работниками, усугубляют неравенство, вытекающее из иерархии «врач — пациент», в которой профессионал присваивает себе место «знания» (и власти) посредством этих действий, поскольку обладает необходимой социальной легитимацией для подтверждения своего статуса⁷. Тем самым подрывается способность женщин самостоятельно заботиться о себе, и они становятся зависимыми от медико-технического вмешательства⁸.

2.29 Автор утверждает, что акушерское насилие является одним из видов насилия, которое может быть совершено только в отношении женщин, и представляет собой одну из самых серьезных форм дискриминации. Дискриминация основана на гендерных стереотипах, цель которых заключается в увековечивании стигматизации, связанной с женским организмом и традиционной ролью женщины в обществе в плане половой жизни и воспроизводства населения.

2.30 Автор также отмечает, что Европейский суд по правам человека констатировал, что невозможность принятия самостоятельных медицинских решений во время беременности, родов и послеродового периода представляет собой нарушение права на частную и семейную жизнь⁹, и установил, что женщина имеет основополагающее право выбирать условия, в которых должны проходить ее роды¹⁰, что изъятие ребенка у матери после рождения требует исключительного обоснования как травмирующий акт¹¹ и что определенные действия или бездействие государств в отношении политики в области здравоохранения могут повлечь за собой ответственность за бесчеловечное или унижающее

⁶ Adela Recio Alcaide, “La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema”, *Dilemata*, año 7, núm. 18 (2015), págs. 13–26.

⁷ См. Laura Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, núm. 1 (7) (2013), págs. 25–32.

⁸ См. Marbella Camaraco, “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica”, *Revista venezolana de estudios de la mujer*, vol. 14, núm. 32 (2009).

⁹ См. European Court of Human Rights, *Konovalova v. Russia*, Application No. 37873/04, Judgment of 9 October 2014.

¹⁰ См. European Court of Human Rights, *Ternovszky v. Hungary*, Application No. 67545/09, Judgment of 14 December 2010.

¹¹ См. European Court of Human Rights, *P., C. and S. v. the United Kingdom*, Application No. 56547/00, Judgment of 16 July 2002.

достоинство обращение, вызывающее чувство незащищенности, страдания, неуверенность и унижения¹².

2.31 В связи с этим Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания заявил, что акушерское насилие причиняет физические и психологические страдания, которые могут быть приравнены к жестокому обращению¹³.

2.32 Автор отмечает, что акушерское насилие было признано таковым в 2014 году со стороны ВОЗ, которая заявила, что «многие женщины во время родов испытывают неуважительное и жестокое обращение в медицинских учреждениях всего мира. Такое отношение не только нарушает права женщин на уважительное медицинское обслуживание, но также представляет угрозу их правам на жизнь, здоровье, физическую неприкосновенность и свободу от дискриминации». ВОЗ подчеркнула необходимость «активизации действий, диалога, научных исследований и информационно-разъяснительной работы по этому важному вопросу в области общественного здравоохранения и прав человека»¹⁴. В 2016 году Совет по правам человека также впервые упомянул термин «акушерское насилие», рекомендовав государствам устанавливать наказания за гинекологическое и акушерское насилие¹⁵.

Жалоба

3.1 Автор утверждает, что исчерпала имеющиеся в ее распоряжении внутренние средства правовой защиты, добиваясь возмещения ущерба в связи с некачественной акушерской помощью, которая была ей оказана во время родов.

3.2 Автор утверждает, что следующие действия нарушили ее права по статьям 2, 3, 5 и 12 Конвенции: а) ненужная индукция родов, которая изменила ее естественный процесс, причем ей не предоставили никакой соответствующей информации и не дали ей возможность выбрать метод индукции; б) проведение кесарева сечения в отсутствие медицинской необходимости и предоставления ей информации о рисках и альтернативных вариантах операции, требующих ее согласия, поскольку речь идет о серьезной операции на брюшной полости с риском смертельного для матери исхода, превышающим в два-четыре раза тот, который существует при обычных родах, и с худшими последствиями для новорожденных, причем проведенной в операционной, превращенной к учебную аудиторию, где ее использовали в качестве подопытного образца для студентов, обучая их особенностям проведения кесарева сечения; автор обратила при этом внимание на проблемы в связи с двумя аспектами — уважением частной жизни и достижением согласия, а кроме того, этот процесс проходил без присутствия ее супруга или в отсутствие возможности увидеть его в последующие часы, что противоречит не только рекомендации ВОЗ о сопровождении женщины во время родов лицом по ее выбору, но и собственной рекомендации Министерства здравоохранения и социальной политики государства-участника, согласно которой всем женщинам следует обеспечить сопровождение лица по ее выбору во время родов¹⁶; в) физические последствия серьезной операции на брюшной полости, которые потребовали реабилитационного физиотерапевтического лечения; д) не мотивируемое медицинскими показаниями разлучение с новорожденным

¹² См. European Court of Human Rights, *P. and S. v. Poland*, Application No. 57375/08, Judgment of 30 October 2012.

¹³ См. *A/HRC/31/57*, п. 47.

¹⁴ См. ВОЗ, документ WHO/RHR/14.23.

¹⁵ См. *A/HRC/32/44*, п. 106 h).

¹⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social, *Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones* (URL: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>), pág. 43.

ребенком, которого она не смогла обнять, когда к ней подошли на секунду, потому что ее руки всё еще были связаны; е) неуважение ее самостоятельного выбора в отношении кормления ребенка; и f) психологическая травма — послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство — в результате пребывания в больнице.

3.3 Что касается нарушения статьи 5 Конвенции, то автор утверждает, что ей не был предоставлен надлежащий уход, на который она рассчитывала, по причине сохранения гендерных стереотипов, касающихся отсутствия у женщин самостоятельности в принятии решений относительно своего сексуального здоровья, деторождения и родов. В частности, использование врачами лексики, к которой прибегают обычно в общении с детьми, таких как обращение «девочка», явно было формой поведения, связанной со стереотипными предубеждениями или взглядами на женщин как на лиц, не способных к самоидентификации. Стереотипы также негативно повлияли на восприятие судьи, который просто сослался на отчет больницы, приняв на веру выдвинутые ею аргументы. Судья не принял во внимание ни пренебрежительное отношение к самим протоколам, ни отсутствие документов об информированном согласии, ни один из отчетов, которые автор представила в ходе разбирательства для доказательства недобросовестной работы, а именно отчет акушерки (п. 2.19) и экспертное заключение специалиста в области гинекологии и акушерства (п. 2.21). Судья также не принял во внимание отчеты, представленные в отношении диагноза послеродового посттравматического стрессового расстройства, а именно отчеты Центра психического здоровья Андоайн Баскской службы здравоохранения (п. 2.15) и специалиста-психиатра (пп. 2.16 и 2.17), а вместо этого объяснил травмы и последствия, понесенные автором, просто ее восприятием. Что касается отсутствия процедуры оценки показаний самих жертв, то автор напоминает, что в пункте 26 общей рекомендации № 33 Комитета говорится, что стереотипы также негативно сказываются на доверии к заявлениям женщин, приводимым ими аргументам и свидетельским показаниям в качестве сторон и свидетелей в суде. Таким образом, сначала медицинский персонал, а затем судьи посчитали, что женщины должны следовать предписаниям врачей, поскольку они не в состоянии принимать решения самостоятельно. Автор утверждает, что власти так и не сумели в полной мере осознать причины и последствия явления акушерского насилия как формы гендерного насилия, представляющего собой серьезное нарушение прав человека женщин. Она утверждает, что авторитарная и патерналистская модель отношений между врачом и пациентом привела к «нормальному восприятию» в общественном сознании представления о том, что женщины просто выполняют репродуктивную роль, но не имеют права решать, как им рожать. Автор напоминает, что для надлежащего осуществления статьи 5 Конвенции государства-участники обязаны принимать соответствующие меры для изменения стереотипных моделей поведения и ликвидации структурной дискриминации.

3.4 Что касается нарушения статей 2 и 12 Конвенции, то автор утверждает, что полученное ею лечение представляет собой нарушение ее прав на сексуальное и репродуктивное здоровье и доступ к безопасному, качественному материнству, свободному от дискриминации и насилия. Она утверждает, что медицинская помощь, с одной стороны, и последующее судебное разбирательство, с другой, свидетельствуют о том, что государство-участник не выполнило свои обязательства по защите женщин от дискриминации и насилия во время беременности, родов и послеродового периода. Она напоминает, что, согласно статье 2, государства-участники должны обеспечить, чтобы их учредительные органы воздерживались от действий, прямо или косвенно дискриминирующих женщин. Она отмечает, что это подразумевает обязательство добиться реальных результатов в

усилиях по применению любой практики, которая влечет за собой последствия в виде дискриминации, поскольку допущение дискриминационного отношения, основанного на гендерных стереотипах, является нарушением Конвенции¹⁷.

3.5 Что касается нарушения статьи 3 Конвенции, то автор утверждает, что ей не дали родить ребенка способом, совместимым с уважением ее прав человека. Она напоминает, что с 1985 года ВОЗ призывает правительства продвигать «акушерскую помощь, которая характеризуется критическим отношением к технологической помощи при родах и уважением эмоциональных, психологических и социальных аспектов, связанных деторождением», и указывает, что чрезмерная и неоправданная практика кесарева сечения должна «контролироваться путем изучения и распространения информации о ее вредных последствиях для матери и ребенка»¹⁸.

3.6 Автор ходатайствует о выплате ей индивидуальной компенсации за допущенные нарушения, а также ратует за проведение государством-участником исследований и сбора статистических данных для борьбы с акушерским насилием и повышение осведомленности о нем в качестве меры по недопущению повторения. Кроме того, автор обращается к Комитету с просьбой разработать общую рекомендацию об акушерском насилии, поскольку ему систематически подвергаются женщины во всем мире.

Замечания государства-участника относительно приемлемости и существа сообщения

4.1 В своем представлении от 9 марта 2020 года государство-участник утверждает, что сообщение является неприемлемым, поскольку в нем содержится требование о пересмотре процедуры оценки доказательств, проведенной судами. Согласно государству-участнику, национальные суды уже провели тщательную процедуру оценки доказательств.

4.2 Государство-участник также заявляет, что данное сообщение является неприемлемым, поскольку не были исчерпаны внутренние средства правовой защиты, так как в самой стране автор не обращалась с ходатайством на основании нарушения ее фундаментальных прав, а подала иск о привлечении к финансовой ответственности, после чего обратилась с ходатайствами об открытии судебного разбирательства и применении процедуры ампаро (как средства защиты конституционных прав).

4.3 Кроме того, государство-участник утверждает, что Конвенция не была нарушена, поскольку оценка доказательств не была произвольной, не было допущено никаких явных ошибок и не было отказано в правосудии.

4.4 В частности, государство-участник подчеркивает, что медицинские решения принимались не только в интересах здоровья автора, но и в интересах здоровья новорожденного ребенка и что этот аспект отсутствует в описаниях автора, в которых она лишь выражает свои пожелания и предпочтения. Государство-участник уточняет, что информированное согласие запрашивается только в случае планового кесарева сечения, и повторяет решение Административной палаты от 2 июля 2010 года, в котором говорится, что роды представляют собой «естественный процесс, в отношении которого информированное согласие не имеет никакого значения, поскольку воля пациента никоим образом не может изменить ход событий». Государство-участник подтверждает, что не существует такого понятия, как роды «по выбору из меню», и что решение относительно

¹⁷ Автор ссылается на общие рекомендации № 27 и № 28.

¹⁸ World Health Organization (WHO), “Appropriate technology for birth”, *The Lancet*, vol. 326, issue 8452 (24 August 1985).

непосредственного процесса деторождения является единственной и исключительной ответственностью медицинского работника. Государство-участник указывает, что кесарево сечение было проведено спустя 31 час после того, как отошли воды, и что решение об этом было принято потому, что роды остановились на отметке в 7 сантиметров в продвижении плода. Государство-участник также упоминает, что процент кесаревых сечений в этой конкретной больнице составляет 14,7 процента, что ниже среднего показателя по стране, составляющего 25 процентов.

4.5 Что касается посттравматического стрессового расстройства, то государство-участник утверждает, что «нет никаких доказательств в поддержку такого толкования, кроме как простого восприятия заявительницы».

4.6 Государство-участник также отмечает, что, хотя автор утверждает, что в своем плане родов отказалась от применения лекарств для вызывания или ускорения родов, по ее просьбе была проведена эпидуральная анестезия.

4.7 Государство-участник также утверждает, что операция проводилась не студентами, однако из списка участников операции ясно, что в ней участвовали стажеры-резиденты, проходящие обучение, наряду со специалистами-гинекологами.

4.8 В целом государство-участник также утверждает, что данное сообщение не является в должной мере индивидуальным сообщением и что поэтому автору следовало бы представить отчет для периодического обзора, учитывая, что конечная цель ее сообщения заключается в том, чтобы государство-участник стало заниматься проведением исследований и сбором статистических данных об акушерском насилии, а Комитет разработал общую рекомендацию по этому вопросу.

Комментарии автора по представлению государства-участника относительно приемлемости и существе сообщения

5.1 8 мая 2020 года автор указала, что не добивается пересмотра вынесенных в стране судебных решений, не добивается того, чтобы Комитет выступал в качестве апелляционного или кассационного суда, и не настаивает на повторном судебном разбирательстве. Она отметила, что цель ее сообщения состоит в том, чтобы после анализа всей совокупности представленных фактов и доказательств Комитет определил, выполнило ли государство-участник (система здравоохранения, административные и судебные органы) обязательства, взятые при ратификации Конвенции и Факультативного протокола, и рекомендовал возмещение, способствующее позитивным изменениям, для обеспечения неповторения подобных ситуаций.

5.2 Что касается предполагаемой неадекватности процедуры, выбранной для защиты ее прав, автор напоминает, что намерение требования об исчерпании внутренних средств правовой защиты заключается в обеспечении того, чтобы государства-участники имели возможность устранить нарушение. Это отнюдь не означает, что жертвы обязаны исчерпать все доступные средства правовой защиты, но они должны поднять вопрос с помощью одной из процессуальных альтернатив, которые являются действительными и уместными в рамках внутренней правовой системы. Если имеется более одного возможного эффективного средства, вы можете выбрать то средство, которое считаете наиболее подходящим. Она утверждает, что пройденный ею путь — иск о финансовой ответственности, административный судебный процесс и процедура ампаро, следуя которым она прямо ссылалась на нарушение своего права на физическую и моральную неприкосновенность, на личную и семейную тайну, на получение

информации и свободное принятие решений, аргументируя причины, по которым действия, которым она подверглась, представляют собой дискриминацию по признаку пола и гендера, — является законным и правомерным способом исчерпания внутренних средств правовой защиты.

5.3 Что касается существа сообщения, то автор указывает, что государство-участник опирается исключительно на отчет Баскской службы здравоохранения, т. е. той же администрации, к которой относится и национальный ответчик. Государство-участник повторяет те же гендерные стереотипы, отвергая все ее обвинения и не сознавая, что ее опыт должен быть классифицирован с той же тщательностью, что и медицинские оценки. Она утверждает, что государство-участник допускает увековечивание гендерных стереотипов и дискриминации в отношении женщин как в клиническом процессе родов, так и во время судебной процедуры.

5.4 Автор также указывает на то, что замечания государства-участника, которые отсылают к решению судьи, рассматривавшего ее дело (пп. 2.22 и 4.3), не являются точными в цитировании административного решения, которое они используют в обоснование того, что согласие якобы не было необходимым. Это решение, хотя оно действительно начинается со слов «процесс родов, когда они неизбежны и неизбежны, представляет собой естественный процесс, в отношении которого информированное согласие не имеет никакого значения, поскольку воля пациента никоим образом не может изменить ход событий», имеет продолжение, на которое не обратили внимания ни судья, ни государство-участник: «Другое дело, если для облегчения родов используются чрезвычайные средства, такие как метод кесарева сечения, в каком случае, за исключением причин крайней необходимости, необходимо получить информированное согласие пациента, но это не то обстоятельство, которое имело место в данном случае». Исходя из этого, автор утверждает, что Верховный суд заявляет противоположное доводам судьи, рассматривавшего ее дело, и государства-участника, которое просто повторяет эти доводы. Верховный суд заявляет, что согласие необходимо, когда применяется экстраординарное средство родоразрешения, такое как кесарево сечение, за исключением причин срочности, чего не было в ее случае. Автор утверждает, что в связи с этим Комитету необходимо подтвердить исполнимость информированного согласия в области сексуального и репродуктивного здоровья женщин, следуя своей собственной общей рекомендации № 24.

5.5 И снова ответ государства-участника только содержит ссылку на высказывание судьи о посттравматическом стрессовом расстройстве, которое якобы является вопросом «простого восприятия» (п. 2.22), также игнорируя объективные диагнозы, поставленные как психиатром из той же Баскской службы здравоохранения, которая лечила пациента, так и специалистом по психиатрии.

5.6 Автор также отмечает, что аргумент государства о том, что она сама попросила эпидуральную анестезию, является предвзятым. Согласие на вызывание или ускорение родов, от которого она категорически отказалась, не является взаимозаменяемым с согласием на эпидуральную анестезию. Препараты для вызывания или ускорения родов вызывают настолько сильную боль, что использование эпидуральных препаратов (препаратов для облегчения боли при родах) практически неизбежно. Государство-участник не может винить ее за то, что она прибегла к методам облегчения боли, усиленной именно введением препаратов для ускорения родов, от которых она отказалась, когда ее прямой отказ касался препаратов для ускорения родов, а не препаратов для облегчения боли.

5.7 Автор настаивает на контексте настоящего сообщения и просит Комитет начать процедуру расследования положения в связи с акушерским насилием в Испании. Она вновь подчеркивает в связи с этим жизненную необходимость

осуществлять возмещение, способствующее позитивным изменениям, для обеспечения неповторения подобных ситуаций.

Отзывы третьих сторон

6. 21 мая 2020 года Центр по борьбе с акушерским насилием заявил, что настоящее сообщение парадигматически отражает серьезную проблему системы здравоохранения, которую представляет собой акушерское насилие в государстве-участнике. Исследование показало, что согласие не запрашивается в 45,8 процента случаев, что ненужные процедуры проводятся в 38 процентах случаев и что в перинатальном уходе наблюдается чрезмерное предродовое вмешательство: в 53,3 процента случаев при самопроизвольных родах вводится синтетический окситоцин (препарат высокого риска), тогда как рекомендуемая норма составляет от 5 до 10 процентов; процент индуцированных родов составляет 19,4 процента (при рекомендуемой норме менее 10 процентов); маневр Кристеллера по-прежнему используется в 26 процентах родов (при рекомендуемом стандарте 0 процентов); частота проведения кесарева сечения составляет 22 процента (при рекомендуемой норме менее 15 процентов); и разлучение матери с ребенком по-прежнему происходит в 50 процентах случаев деторождений, что приводит к трудностям в установлении взаимосвязи и грудном вскармливании¹⁹.

7. 25 мая 2020 года Мария Фуэнтес Кабальеро из Центра здравоохранения «Артемиды» (Кадис) сообщила, что ежедневно женщин заставляют принимать нефизиологичные позы при родах, назначают лечение без достаточной информации или без причины разлучают с ребенком.

8.1 2 июня 2020 года студенты Центра исследований прав человека и гуманитарного права Университета Пантеон-Ассас (Париж, Франция) напомнили о том, что Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин и девочек, его причинах и последствиях использует термин «акушерское насилие» для обозначения насилия, которому подвергаются женщины во время родов²⁰. Подобная терминология также используется Комитетом Парламентской ассамблеи Совета Европы по равенству и недискриминации в своем докладе от 16 сентября 2019 года по вопросу об акушерском и гинекологическом насилии. В сообщении утверждается, что акушерское насилие является проявлением укореившейся гендерной дискриминации в области здравоохранения, усугубляемой тем, что в гинекологическо-акушерской сфере преобладают мужчины. Несмотря на жизненную важность деторождения, в отношении информационной составляющей деторождения существует настоящее табу, которое мешает жертвам давать показания и добиваться возмещения ущерба, что, в свою очередь, усугубляет безнаказанность и причиняет еще больше вреда пострадавшим.

8.2 В сообщении утверждается, что для предотвращения акушерского насилия на государства возложены обязательства в отношении обращения с женщинами в родильных палатах, в частности обязательство искоренить обычаи и практику, которые увековечивают представление о «неполноценности женщин», посредством программ повышения осведомленности медицинских служб, или обязательство гарантировать полное информированное согласие женщины. В сообщении содержится ссылка на то, что Панамериканская организация здравоохранения в своей публикации «Лечение осложнений беременности и родов:

¹⁹ Susana Iglesias Casás, Marta Conde, Sofía González y María Esther Parada. “Violencia obstétrica en España, ¿realidad o mito? 17.000 mujeres opinan”, Musas, vol. 4, núm.1, 2019, 77–97.

²⁰ Применение базирующегося на правах человека подхода к проблеме жестокого обращения с женщинами и насилия в их отношении при оказании услуг по охране репродуктивного здоровья с уделением особого внимания родам и акушерскому насилию, A/74/137.

руководство для акушерок и врачей» утверждает, что пациентка имеет право отказаться от медицинских действий, независимо от мнения врача.

8.3 В сообщении также утверждается, что на государства тоже возложены обязательства в отношении судебного и административного возмещения ущерба от акушерского насилия, включая: предоставление эффективных средств правовой защиты пострадавшим; обеспечение правосудия, свободного от стереотипов, чего не происходит, когда, согласно административным и судебным органам, например, сугубо врач сам решает, делать или не делать эпизиотомию, признавать или нет, является ли психологический вред вопросом «простого восприятия»; объявление вне закона акушерского насилия; и введение правовых санкций в свое национальное законодательство.

9. 10 июня 2020 года Наблюдательный совет по акушерскому насилию Чили указал, что аспекты настоящего сообщения являются общими для Чили: обращение с роженицами, как с детьми, преждевременные искусственные роды, приводящие к ненужным процедурам кесарева сечения, игнорирование физических и психологических потребностей рожениц, разлучение матерей с младенцами, запрет на сопровождение рожениц их партнерами.

10. 24 июня 2020 года Информационная группа по репродуктивному выбору (Мексика) сообщила, что она определяет акушерское насилие как особую форму насилия в отношении беременных женщин, которая возникает в результате действия или бездействия при беременности, родах и послеродовом уходе, в государственных и частных медицинских службах и которая причиняет физический и/или психологический вред беременной женщине, выражающийся в отсутствии доступа к услугам репродуктивного здоровья, жестоком, бесчеловечном или унижающем достоинство обращении или злоупотреблении медикализацией, подрывая тем самым способность свободно и осознанно принимать решения в отношении этих репродуктивных процессов. Акушерское насилие может быть физическим, в виде инвазивных методов, таких как кесарево сечение без клинических обоснований, применение лекарств в отсутствие необходимых показаний, задержка неотложной медицинской помощи или игнорирование сроков родов. Акушерское насилие может быть и психологическим, например в виде дискриминации, использовании оскорбительных, унижительных или саркастических высказываний и отсутствии своевременной информации о репродуктивном процессе.

11. 30 июня 2020 года организация «Сеть по гуманизации рождений и родов» (Бразилия) напомнила, что, по данным ВОЗ, растущая медикализация родовых процессов ослабляет способность женщин рожать и негативно влияет на их опыт деторождения²¹.

Комментарии и замечания относительно отзывов третьих сторон

12. 30 июля 2020 года автор выразила благодарность за интерес к ее сообщению, которое было охарактеризовано как парадигматически отражающее проблему международного масштаба. Автор согласна с предложенным определением.

13. 14 августа 2020 года государство-участник сообщило, что ратифицировало свои замечания.

²¹ См. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2019.

Вопросы и процедура их рассмотрения в Комитете

Рассмотрение вопроса о приемлемости

14.1 В соответствии с правилом 64 своих правил процедуры Комитет должен решить, является ли данное сообщение приемлемым в соответствии с Факультативным протоколом.

14.2 Как предусмотрено пунктом 2 а) статьи 4 Факультативного протокола, Комитет удостоверился в том, что этот же вопрос не был рассмотрен и не рассматривается в соответствии с другой процедурой международного разбирательства или урегулирования.

14.3 Комитет принимает к сведению аргумент государства-участника о том, что данное сообщение является неприемлемым, поскольку не были исчерпаны внутренние средства правовой защиты, так как автор не обращалась с ходатайством на основании нарушения ее фундаментальных прав, а подала иск о привлечении к финансовой ответственности, после чего обратилась с ходатайствами об открытии административного разбирательства и применении процедуры ампаро. Комитет также отмечает утверждение автора о том, что путь, по которому она пошла, является законным юридическим путем для исчерпания внутренних средств правовой защиты. В связи с этим Комитет напоминает, что авторы индивидуального сообщения не обязаны исчерпывать имеющиеся средства правовой защиты, а должны предоставить государству-участнику возможность — через соответствующий механизм по их выбору — урегулировать вопрос в рамках своей юрисдикции²². Комитет отмечает, что автор подняла в национальных судах все вопросы, касающиеся предполагаемого акушерского насилия, которому она подверглась (ранняя индукция родов без предоставления информации или получения согласия, кесарево сечение без ее согласия, проведенное врачами-резидентами, проходящими обучение под наблюдением наставников, разлучение с ребенком, его кормление из бутылочки, физическая и психологическая травма, утверждая о нарушении ее физической и моральной целостности, достоинства и личной и семейной тайны), и что она исчерпала доступные ей административные средства правовой защиты; впоследствии подала в Конституционный суд заявление о процедуре ампаро в связи с нарушением основных прав автора. Поэтому Комитет считает, что автор исчерпала все возможности, которые, как представляется, имели отношение к удовлетворению ее жалоб в Комитете, и, соответственно, приходит к выводу, что внутренние средства правовой защиты были исчерпаны для целей пункта 1 статьи 4 Факультативного протокола.

14.4 Комитет принимает к сведению аргумент государства-участника о том, что сообщение является неприемлемым, поскольку оно направлено на пересмотр оценки фактов и доказательств, сделанной национальными судами. Комитет также отмечает утверждение автора, согласно которому она не добивается пересмотра доказательств или повторного судебного разбирательства, а представила всю совокупность фактов и доказательств для ее утверждения о том, что судебный процесс по ее делу изобилует гендерными стереотипами в отношении деторождения, которые негативно сказались на восприятии судьбы. Комитет также принимает к сведению утверждение автора о том, судебные органы не приняли во внимание различные аспекты свидетельств экспертов, которые она представила в ходе судебного разбирательства. Комитет считает, что эти утверждения, которые касаются отказа в правосудии и дискриминации по признаку пола из-за стереотипов, относятся непосредственно к существу сообщения, и

²² См., в частности, мнения Комитета по делу *С.Ф.М. против Испании* (CEDAW/C/75/D/138/2018), п. 6.3.

поэтому приходит к выводу, что он уполномочен рассмотреть сообщение, чтобы определить, имело ли место какое-либо нарушение в судебном процессе в связи с акушерским насилием, о котором утверждает автор.

14.5 Комитет считает, что утверждения автора, касающиеся статей 2, 3, 5 и 12 Конвенции, были достаточно обоснованы для целей приемлемости сообщения, и, следовательно, признает сообщение приемлемым по этим статьям и приступает к его рассмотрению по существу.

Рассмотрение сообщения по существу

15.1 Комитет рассмотрел данное сообщение в свете всей информации, представленной ему автором и государством-участником, как это предусмотрено в пункте 1 статьи 7 Факультативного протокола.

15.2 Комитет отмечает утверждение автора о том, что ненужная индукция ее родов, последующее кесарево сечение, проведенное в отсутствие медицинской необходимости, без присутствия ее мужа и выполненное студентами под руководством наставников (всё это имело место без ее предварительного на то согласия), а также разлучение ее новорожденного ребенка с нею без обоснования, неуважение ее самостоятельности в отношении решения о кормлении ребенка и, наконец, послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство, которым она страдала, были вызваны структурной дискриминацией, основанной на гендерных стереотипах в отношении родов. Автор утверждает, что подобные стереотипы закрепились в административных и судебных инстанциях. Судья не только пренебрежительно отнесся к самим протоколам, но и проигнорировал отчеты, которые автор предоставила в доказательство недобросовестной работы, а также отчеты, представленные в связи с диагнозом послеродового посттравматического стрессового расстройства, приписав травмы, полученные автором, простому восприятию. Комитет отмечает, что, по словам автора, были нарушены ее права на сексуальное и репродуктивное здоровье и на доступ к безопасному и качественному материнству без дискриминации и насилия в нарушение статей 2, 3, 5 и 12 Конвенции. Комитет также отмечает, что, согласно заявлению государства-участника, кесарево сечение было проведено после рассмотрения возможности стационарных родов и что не существует родов «по выбору из меню», когда решение о ходе процесса завершения родов остается исключительно за медицинским работником. Комитет также отмечает, что, по мнению государства-участника, нет никаких доказательств, подтверждающих посттравматическое стрессовое расстройство, о котором утверждает автор, помимо ее простого восприятия.

15.3 Комитет напоминает, что, согласно его общей рекомендации № 24 (1999) «Женщины и здоровье», качественным медицинским обслуживанием является такое обслуживание, на которое женщина дает осознанное согласие и при котором обеспечивается уважение ее достоинства личности, гарантируется конфиденциальность и учитываются ее потребности и чаяния. Согласно этой же общей рекомендации, женщины имеют право на получение от персонала, прошедшего надлежащую подготовку, всесторонней информации об имеющихся у них вариантах в тех случаях, когда речь идет об их согласии на лечение или на участие в исследованиях, включая возможные выгоды и потенциально неблагоприятные последствия предлагаемых процедур и имеющихся альтернатив.

15.4 Комитет также считает целесообразным рассмотреть явление, описываемое как акушерское насилие. В связи с этим он отмечает, что Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин и девочек, его причинах и последствиях использует термин «акушерское насилие» для обозначения насилия, которому подвергаются женщины во время родов в медицинских

учреждениях, заявляя, что эта форма насилия носит масштабный и системный характер и представляет собой широко распространенное и прочно укоренившееся явление в системе здравоохранения²³. По мнению Докладчика, это часть непрерывной череды нарушений, которые совершаются в общих условиях структурного неравенства, дискриминации и патриархата, а также результат отсутствия надлежащего образования, профессиональной подготовки и уважения прав человека женщин и непризнания их равного статуса с мужчинами²⁴. Особое значение для настоящего сообщения имеют утверждения Докладчика о том, что кесарево сечение, проведенное без согласия женщины²⁵, и использование врачей-стажеров для проведения гинекологических осмотров являются действиями, которые могут представлять собой акушерское насилие²⁶. Также особенно актуальным является ее утверждение о том, что информированное согласие на медицинское лечение в рамках услуг по охране репродуктивного здоровья и во время родов является одним из основных прав человека. Женщины имеют право получать полную информацию о рекомендуемых методах лечения, с тем чтобы иметь возможность принимать обоснованные и взвешенные решения. Поэтому получение информированного согласия является для медицинских работников обязательным условием, даже несмотря на то, что этот процесс может быть сложным и времязатратным²⁷. Наконец, к настоящему сообщению также имеет отношение рекомендация относительно предотвращения акушерского насилия, согласно которой следует гарантировать соблюдение права женщин на выбор лица, которое будет присутствовать во время родов²⁸.

15.5 Комитет напоминает, что в своих заключительных замечаниях он отметил стремительный рост практики кесарева сечения без медицинской необходимости и без согласия рожениц, а также разлучение новорожденных со своими матерями без необходимости и медицинских показаний и отношение врачей с позиции превосходства²⁹, и он рекомендовал государствам-участникам «принимать юридические меры и меры на уровне политики для защиты беременных женщин во время родов, установить наказание за акушерское насилие, усилить программы совершенствования практикующих врачей и обеспечить регулярный контроль за лечением пациентов в медицинских центрах и больницах»³⁰. В рамках рассмотрения индивидуальных сообщений Комитет также вынес решения по фактам, аналогичным фактам, изложенным в настоящем деле, связанным с тем же контекстом в том же государстве-участнике, установив нарушения статей 2 b), c), d) и f), 3, 5 и 12 Конвенции³¹. Ранее он установил ответственность государства за предотвратимую смерть женщины от осложнений в результате акушерской практики после того, как ей было отказано в качественной материнской помощи³², а также за случай принудительной стерилизации³³.

15.6 Комитет напоминает, что, как правило, оценка фактов и доказательств, а также применения внутреннего законодательства в каждом конкретном случае относится к компетенции уполномоченных органов государств — участников Конвенции, если только не может быть установлено, что такая оценка носила предвзятый характер или базировалась на гендерных стереотипах,

²³ [A/74/137](#), пп. 4, 12 и 15.

²⁴ Там же, п. 9.

²⁵ Там же, п. 24.

²⁶ Там же, п. 26.

²⁷ Там же, п. 32.

²⁸ Там же, п. 81.

²⁹ См. [CEDAW/C/CZE/CO/5](#), пп. 36 и 37, и [CEDAW/C/CZE/CO/6](#), пп. 30 и 31.

³⁰ [CEDAW/C/CRI/CO/7](#), п. 31.

³¹ [CEDAW/C/75/D/138/2018](#).

³² [CEDAW/C/36/D/4/2004](#).

³³ [CEDAW/C/49/D/17/2008](#).

представляющих собой дискриминацию в отношении женщин, была явно произвольной или являлась равносильной отказу в правосудии³⁴. В настоящем сообщении Комитет должен оценить соблюдение государством-участником своего обязательства проявлять должную осмотрительность в ходе административных и судебных разбирательств, открытых в связи с действиями, являющимися предметом жалобы автора, и в целях искоренения гендерных стереотипов. В связи с этим Комитет принимает к сведению утверждение государства-участника о том, что национальные суды провели исчерпывающую оценку доказательств. Комитет также принимает к сведению утверждение автора о том, что, несмотря на различные элементы доказательств и заключений, свидетельствующих о причинно-следственной связи между действиями персонала медицинского учреждения и последовавшими негативными последствиями, административные и судебные органы продемонстрировали доверие лишь к заключениям, представленным больницей, сделав свои предположения исходя из стереотипов. Согласно гинекологическим и акушерским клиническим отчетам, представленным автором как в стране, так и в Комитете, действия медицинского персонала не соответствовали *lex artis*: не соблюдались протоколы, не было достаточно времени для кесарева сечения, был поставлен поспешный диагноз стационарных родов, имелись альтернативы кесареву сечению, отсутствовали формы согласия на индукцию или кесарево сечение, как того требует Закон об автономии пациента. Как вполне явствует из этих отчетов, если бы применимые правила и протоколы соблюдались, у автора, скорее всего, были бы роды, протекающие естественным путем (пп. 2.19 и 2.21). Кроме того, согласно психиатрическо-психологическим заключениям, представленным автором как в стране, так и в Комитете, симптомы автора после родов соответствуют всем критериям диагноза посттравматического стрессового расстройства; ее случай был описан специалистом в области психиатрии как показательный и парадигматический по отношению к фактам, наблюдаемым ВОЗ — ведущей организацией Организации Объединенных Наций в области здравоохранения (пп. 2.15–2.17). Однако Комитет отмечает, что национальные власти не провели тщательного анализа этих доказательств, представленных автором в настоящем деле. В связи с этим Комитет отмечает, что в решении, отклонившем жалобу автора, не придали значения этим доказательствам по сравнению с медицинским заключением, представленным больницей (в котором говорится, что именно медицинский специалист должен определить, соблюдены ли условия для кесарева сечения и были ли роды стационарными), а полагались исключительно на последнее, чтобы сделать вывод о том, что индукция и последующее кесарево сечение соответствовали *lex artis*. Поэтому Комитет отмечает, что, хотя, по мнению судьи, при рассмотрении дел о медицинской ответственности следует давать оценку медицинским заключениям, имеющимся в материалах дела, заключениям, представленным сторонами, наряду со состязательными документами или документами защиты, а также заключениям, представленным в суде, которые рассматриваются как более надежные в силу предположения, что они являются в большей степени независимыми и объективными, чем заключения сторон; тем не менее в данном деле судья не потребовал представления в суд какого-либо экспертного заключения. Комитет также считает, что в отношении послеродового посттравматического стрессового расстройства вынесено судебное заключение, согласно которому не было доказательств в поддержку интерпретации автора в отсутствие оснований доверять отчету специалиста по психиатрии, который установил прямую причинно-следственную связь между лечением автора и психологической травмой. В этом отчете отмечается, что диагноз послеродового посттравматического стрессового расстройства основан на лечении, которому подверглась автор

³⁴ CEDAW/C/70/D/76/2014, п. 7.7.

и которого «его можно было бы избежать с помощью информированного согласия, неотделимого от прав на моральную целостность и свободу, и что это свидетельствует о том, что лишение права человека на то, чтобы самому распоряжаться собой, может привести к психической травме», и что «если бы с автором обращались во время родов по-другому, то, вне сомнения, у нее не было бы таких сильных симптомов и она бы не продолжала сейчас испытывать таких страданий». Судебное заключение было вынесено на том основании, что в отчете установлена сомнительная причинно-следственная связь, обеспечивающая доверие сугубо к отчету привлеченного администрацией инспектора, который не осмотрел автора и который пришел к выводу о том, что опыт автора стал отражением черт ее характера.

15.7 Комитет считает, что не оспариваемые государством-участником факты по данному делу — в частности, индукция родов автора с помощью окситоцина спустя 14 часов после отхождения вод без предоставления ей информации или получения ее согласия, проведение нескольких вагинальных осмотров, запрет на прием пищи, обращение с ней, как с ребенком, проведение кесарева сечения врачами клиники и ординаторами в отсутствие согласия автора, без сопровождения ее мужа, при этом для проведения процедуры ей были связаны руки, разлучение с новорожденным, что сделало невозможным для них контакт «кожа к коже», — равно как и навязывание искусственного грудного вскармливания против желания родителей, а также физические и психологические последствия всего этого для автора, — свидетельствуют о совершении акушерского насилия.

15.8 В этом контексте Комитет напоминает, что в соответствии со статьями 2 f) и 5 государства-участники обязаны принимать соответствующие меры для изменения или отмены не только законов и постановлений, но и обычаев и практики, представляющих собой дискриминацию в отношении женщин³⁵. В связи с этим Комитет считает, что использование стереотипов сказывается на праве женщин на защиту от гендерного насилия, в данном случае акушерского насилия, и что органы, ответственные за анализ ответственности за такие действия, должны проявлять особую осторожность, чтобы не воспроизводить стереотипы. Комитет отмечает, что в данном деле административные и судебные органы государства-участника применяли стереотипные, а следовательно, дискриминационные представления, например полагая, что именно врач принимает решение о проведении кесарева сечения, и не проанализировав должным образом различные доказательства и отчеты, представленные автором, в которых утверждалось, что кесарево сечение не было единственной альтернативой, или полагая, что психологические травмы, полученные автором, являются вопросом простого восприятия.

15.9 В свете вышеизложенного Комитет, действуя в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Факультативного протокола, считает, что представленные ему факты свидетельствуют о нарушении прав автора по статьям 2 b), c), d) и f), 3, 5 и 12 Конвенции.

16. В свете вышеизложенных выводов Комитет выносит государству-участнику следующие рекомендации:

а) в отношении автора: обеспечить надлежащее возмещение ущерба, нанесенного ее физическому и психологическому здоровью, включая соответствующую финансовую компенсацию;

b) в целом:

³⁵ См. *Гонсалес Карреньо против Испании* (CEDAW/C/58/D/47/2012), п. 9.7.

- i) обеспечить права женщин на безопасное материнство и доступ к адекватной акушерской помощи для всех женщин в соответствии с общей рекомендацией № 24 (1999) «Женщины и здоровье», в частности предоставлять женщинам предварительную, полную и адекватную информацию на каждом этапе родов и установить обязательность получения их свободного, предварительного и информированного согласия на все инвазивные процедуры во время родовспоможения, уважая их автономию и способность принимать информированные решения относительно своего репродуктивного здоровья;
- ii) провести в государстве-участнике исследования в области акушерского насилия, чтобы пролить свет на ситуацию и благодаря этому определить направления государственной политики по борьбе с таким насилием;
- iii) организовать надлежащую профессиональную подготовку по вопросам, касающимся прав женщин на охрану репродуктивного здоровья, для акушеров и других медицинских работников;
- iv) обеспечить доступ к эффективным средствам правовой защиты в случае нарушения прав женщин на охрану репродуктивного здоровья, в том числе в случае акушерского насилия, и организовать профессиональную подготовку сотрудников судебных и правоохранительных органов.
- v) разработать, обнародовать и внедрить законопроект о правах пациентов.

17. В соответствии с пунктом 4 статьи 7 Факультативного протокола государство-участник надлежащим образом рассматривает мнения Комитета вместе с его рекомендациями и представляет Комитету в течение шести месяцев письменный ответ, в том числе информацию о любых мерах, принятых с учетом мнений и рекомендаций Комитета. Государству-участнику также надлежит опубликовать мнения и рекомендации Комитета и обеспечить их широкое распространение, чтобы ознакомить с ними представителей всех слоев общества.