



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

Distr.: General
27 September 2011
Russian
Original: English

**Комитет по ликвидации дискриминации
в отношении женщин**
Сорок девятая сессия
11–29 июля 2011 года

Мнения

Сообщение № 17/2008

<i>Представлено:</i>	Мария ди Лурдис да Силва Пиментел, представляемая Центром по защите репродуктивных прав и организацией «Объединение граждан за права человека»
<i>Предполагаемая жертва:</i>	Алини да Силва Пиментел Тейшейра (покойная)
<i>Государство-участник:</i>	Бразилия
<i>Дата сообщения:</i>	30 ноября 2007 года (первоначальное представление)

25 июля 2011 года Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин принял прилагаемый текст в качестве мнения Комитета, выраженного в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Факультативного протокола в отношении сообщения № 17/2008.



Приложение

Мнения Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин, выраженные в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Факультативного протокола к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (сорок девятая сессия)

Сообщение № 17/2008*

<i>Представлено:</i>	Мария ди Лурдис да Силва Пиментел, представляемая Центром по защите репродуктивных прав и организацией «Объединение граждан за права человека»
<i>Предполагаемая жертва:</i>	Алини да Силва Пиментел Тейшейра (покойная)
<i>Государство-участник:</i>	Бразилия
<i>Дата сообщения:</i>	30 ноября 2007 года (первоначальное представление)

Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, учрежденный в соответствии со статьей 17 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин,

на заседании, состоявшемся 25 июля 2011 года,

принимает следующее:

Мнения в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Факультативного протокола

1. Автор сообщения от 30 ноября 2007 года — Мария ди Лурдис да Силва Пиментел, мать Алини да Силва Пиментел Тейшейры (покойной). Ее интересы представляют Центр по защите репродуктивных прав и организация «Объединение граждан за права человека»¹. Они заявляют, что Алини да Силва Пимен-

* В рассмотрении настоящего сообщения участвовали следующие члены Комитета: г-жа Айше Фериде Ачар, г-жа Николь Амелин, г-жа Магалис Ароча Домингес, г-жа Вайолет Тсисига Авори, г-жа Барбара Эвелин Бейли, г-жа Олинда Барейро-Бобадиля, г-жа Мерием Бельмихуб-Зердани, г-н Никлас Брун, г-жа Наела Мохамед Габр, г-жа Руфь Гальперин-Каддари, г-жа Йоко Хаяси, г-жа Исмаат Джахан, г-жа Соледад Мурильо де ла Вега, г-жа Виолета Нойбауэр, г-жа Прамила Паттен, г-жа Мария Елена Лопиш ди Жезуш Пиреш, г-жа Виктория Попеску, г-жа Зохра Расех, г-жа Патриция Шульц, г-жа Дубравка Шимонович и г-жа Цзоу Сяоцяо. В соответствии с правилом 60 правил процедуры Комитета член Комитета г-жа Силвия Пиментел не участвовала в рассмотрении настоящего сообщения.

¹ Комитет получил меморандумы *amicus curiae* от Латиноамериканско-карибского комитета по защите прав женщин, Международной комиссии юристов и «Международной амнистии», содержащие общую информацию касательно права на здоровье и материнской смертности в Бразилии и привлекающие внимание к международным обязательствам государств.

тел Тейшейра стала жертвой нарушения государством-участником ее права на жизнь и здоровье в соответствии со статьями 2 и 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Конвенция и Факультативный протокол к ней вступили в силу для государства-участника 2 марта 1984 года и 28 сентября 2002 года, соответственно.

Факты в изложении автора

2.1 Алини да Силва Пиментел Тейшейра, гражданка Бразилии африканского происхождения, родилась 29 сентября 1974 года. Она была замужем и воспитывала дочь, А.С.П., родившуюся 2 ноября 1997 года.

2.2 11 ноября 2002 года г-жа да Силва Пиментел Тейшейра, испытывая сильную тошноту и боли в животе, отправилась в медицинский центр «Каза ди Сауди Носса Сеньора ди Глорья ди Белфорд-Рошу» (далее «медицинский центр»). В это время она была на шестом месяце беременности. Принимавший ее акушер-гинеколог выписал ей лекарство от тошноты, витамин В-12 и препарат местного действия для лечения вагинальной инфекции, назначил ей в качестве меры предосторожности стандартные анализы крови и мочи на 13 ноября 2002 года и отправил г-жу да Силва Пиментел Тейшейру домой. Она немедленно начала принимать выписанные ей лекарства.

2.3 В период с 11 по 13 ноября 2002 года состояние г-жи да Силва Пиментел Тейшейры значительно ухудшилось, и 13 ноября 2002 года она отправилась в медицинский центр вместе со своей матерью, чтобы попасть на осмотр к акушеру-гинекологу до назначенного взятия анализов крови и мочи. Акушер-гинеколог принял ее в медицинский центр и осмотрел ее в 8 ч. 25 м.

2.4 В родильном отделении г-жу да Силва Пиментел Тейшейру осмотрел другой врач, который не смог обнаружить сердцебиение плода. К 11 ч. 00 м. это подтвердило ультразвуковое исследование.

2.5 Врачи медицинского центра сообщили г-же да Силва Пиментел Тейшейре, что ей требуется принять медицинские препараты для того, чтобы стимулировать рождение мертвого плода, и начали стимулировать схватки примерно в 14 ч. 00 м. К 19 ч. 55 м. г-жа да Силва Пиментел Тейшейра родила 27-недельного мертвого ребенка. Сразу после этого у нее помрачилось сознание.

2.6 14 ноября 2002 года, по прошествии около 14 часов после родов, г-же да Силва Пиментел Тейшейре сделали хирургическое выскабливание, чтобы удалить остатки плаценты и последа. После этого ее состояние продолжало ухудшаться (сильное кровотечение, рвота с кровью, низкое кровяное давление, помрачение сознания и крайняя физическая слабость в течение продолжительного времени, неспособность глотать пищу). Мать и муж покойной не посетили в тот день медицинский центр, положившись на полученные по телефону заверения в том, что г-жа да Силва Пиментел Тейшейра чувствует себя хорошо.

2.7 По утверждению автора, 15 ноября 2002 года у г-жи да Силва Пиментел Тейшейры еще сильнее помрачилось сознание, сохранялось низкое кровяное давление, продолжались рвота и кровотечение и было затруднено дыхание. Сотрудники медицинского центра выполнили пункцию брюшной полости, но крови не обнаружили. Г-жа да Силва Пиментел Тейшейра получала кислород, циметидин, маннитол, декадрон и антибиотики. Врачи объяснили ее матери,

что ее симптомы соответствуют симптомам женщины, которая никогда не получала дородовой помощи, и что ей необходимо переливание крови. На этом этапе мать вызвала мужа г-жи да Силва Пиментел Тейшейры, который поехал в медицинский центр. В 13 ч. 30 м. сотрудники центра, не найдя в нем медицинской карты беременной, справились о ней у матери г-жи да Силва Пиментел Тейшейры.

2.8 Врачи медицинского центра обратились в более крупные больницы, как государственные, так и частные, с просьбой принять г-жу да Силва Пиментел Тейшейру. Свободное место оказалось только в муниципальной больнице «Жерал ди Нова-Игуасу», но эта больница отказалась предоставить свою единственную машину скорой помощи для немедленной перевозки больной. Ее мать и муж не смогли заказать частную машину скорой помощи, и г-жа да Силва Пиментел Тейшейра в течение восьми часов ожидала машину скорой помощи для перевозки в больницу, при этом в течение последних двух часов она находилась в критическом состоянии с выраженными клиническими симптомами комы.

2.9. На момент прибытия г-жи да Силва Пиментел Тейшейры в больницу в сопровождении двух врачей и мужа 15 ноября 2002 года в 21 ч. 45 м. у нее наблюдались пониженная температура тела и острая дыхательная недостаточность; такая клиническая картина совместима с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Кровяное давление пациентки упало до нуля, и ей нужно было провести реанимацию. В больнице ей временно выделили часть помещения в вестибюле реанимационного отделения, поскольку свободных коек не было.

2.10 Медицинские работники не привезли в больницу медицинскую карту пациентки. Вместо этого они коротко изложили ее симптомы лечащему врачу.

2.11 16 ноября г-жу да Силва Пиментел Тейшейру посетила ее мать. Пациентка была бледна; на губах и на одежде у нее была кровь. Сотрудники больницы отправили мать г-жи да Силва Пиментел Тейшейры в медицинский центр за ее медицинской картой. В медицинском центре мать пациентки спрашивали, для чего ей нужна карта, и заставили ждать.

2.12 16 ноября 2002 года в 19 ч. 00 м. г-жа да Силва Пиментел Тейшейра скончалась. Официальной причиной смерти, установленной при вскрытии, было желудочно-кишечное кровотечение. По словам врачей, оно было вызвано рождением мертвого плода.

2.13 17 ноября 2002 года по просьбе больницы мать г-жи да Силва Пиментел Тейшейры вновь отправилась в медицинский центр, чтобы забрать медицинские документы дочери. Врачи медицинского центра сказали ей, что плод находился в утробе мертвым в течение нескольких дней, что и стало причиной смерти.

2.14 Согласно материалам дела, 11 февраля 2003 года муж г-жи да Силва Пиментел Тейшейры² подал иск против органов здравоохранения о возмещении материального и морального ущерба.

² В досье по данному делу содержится противоречивая информация о том, кто именно подал гражданский иск 11 февраля 2003 года. В некоторых случаях указывается, что это была мать покойной, а в некоторых — что это был ее муж.

Жалоба

3.1 Автор утверждает, что статья 2 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин требует безотлагательных мер по ликвидации дискриминации в отношении женщин, определяемой в статье 1 этой Конвенции, в случаях нарушения права женщины на жизнь вследствие того, что не обеспечивается безопасность женщины во время беременности и родов.

3.2 Автор утверждает, что статья 2(с) Конвенции требует не только правовых мер по борьбе с дискриминацией, но и обеспечения безотлагательной практической реализации этих мер и прав. Комитет установил, что государственные органы должны обеспечивать, чтобы как законодательные и исполнительные меры, так и политика отвечали обязательству соблюдать, защищать и осуществлять право женщин на охрану здоровья, а также должны внедрять систему, обеспечивающую эффективную судебную деятельность. Невыполнение этого требования составляет нарушение статьи 12 Конвенции. Кроме того, Комитет отметил, что следует уделять особое внимание потребностям и правам в сфере охраны здоровья женщин, принадлежащих к уязвимым и незащищенным группам, и что в обязанность ликвидировать дискриминацию при обеспечении доступности здравоохранения входит и обязанность учитывать взаимосвязь между охраной здоровья и социальными факторами, которые различны для различных групп женщин.

3.3 По утверждению автора, обязательства в сфере охраны здоровья в соответствии со статьями 2 и 12 Конвенции являются непосредственно применимыми, поскольку права на жизнь и недискриминацию непосредственно исполнимы и их нарушения требуют немедленного вмешательства со стороны государства. Ссылаясь на Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, автор утверждает, что обязательства «обеспечивать» подлежат безотлагательному исполнению и, в отличие от обязательств, касающихся «признания», не могут осуществляться постепенно.

3.4 По заявлению автора, Бразилия не обеспечила доступ к качественному родовспоможению, нарушив тем самым свои обязанности в соответствии со статьями 2 и 12 Конвенции³. Поскольку основную причину смерти беременных женщин составляют отсрочки в предоставлении неотложной помощи в случаях осложнения беременности — как это и произошло с г-жой да Силва Пиментел Тейшейрой, — квалифицированная помощь при беременности, включая неотложную акушерскую помощь, является одним из жизненно важных факторов предотвращения материнской смертности.

3.5 Хотя г-жа да Силва Пиментел Тейшейра получила помощь акушера-гинеколога и, таким образом, формально имела доступ к услугам квалифицированного медицинского работника, низкое качество предоставленной ей помощи сыграло решающую роль в ее смерти. Компетентный медицинский специалист, как сообщается, обратил бы внимание на то, что сильная тошнота и боли в животе, на которые она жаловалась на шестом месяце беременности,

³ В этой связи автор ссылается на общую рекомендацию № 24 (1999 год) Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин по статье 12 Конвенции (женщины и здоровье) и на замечание общего порядка № 14 (2000 год) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам о праве на наивысший достижимый уровень здоровья (ст. 12).

свидетельствуют о наличии потенциально серьезной проблемы, и распорядился бы о надлежащем лечении. Если бы анализы крови и мочи были сделаны в тот же день, то было бы обнаружено, что плод погиб и что следует немедленно стимулировать роды, что предотвратило бы ухудшение ее состояния.

3.6 Автор заявляет, что г-жу да Силва Пиментел Тейшейру следовало прооперировать сразу после стимуляции схваток, чтобы удалить плаценту и послед, которые не вышли полностью, как это происходит при нормальных родах, что и могло вызвать у нее кровотечение, осложнения и, в итоге, смерть. Утверждается также, что для проведения операции пациентку следовало перевести в более хорошо оснащенное учреждение, поскольку операция была сделана на фоне аномальной ситуации. Вместо этого пациентку прооперировали наутро после родов в медицинском центре. Как сообщается, только по прошествии суток с того момента, как у нее началось сильное кровотечение, ее попытались перевести в больницу. Этот перевод, который, как сообщается, занял больше восьми часов, не помог пациентке получить квалифицированную помощь, поскольку ее разместили в вестибюле больницы и оставили практически без внимания на 21 час, пока она не умерла. Неспособность своевременно и эффективно организовать направление пациентки в другое учреждение и передать туда ее данные служит еще одним примером некомпетентности при оказании помощи г-же да Силва Пиментел Тейшейре.

3.7 Автор придерживается мнения, что отсутствие доступа к качественным медицинским услугам при родах свидетельствует о более общих системных проблемах в управлении кадрами в системе здравоохранения Бразилии. Обеспечение квалифицированной помощи во время родов непосредственно зависит от функционирования системы охраны здоровья⁴. Для этого требуются: достаточное количество квалифицированного персонала везде, где это необходимо; удовлетворительная заработная плата и возможность карьерного роста; эффективные механизмы надзора; действующие механизмы повышения качества; и бесперебойная система перевода и транспортировки больных, позволяющая обеспечить своевременный доступ к высококвалифицированной медицинской помощи, особенно в чрезвычайных ситуациях. Проведенные учреждениями Организации Объединенных Наций исследования показывают, что в национальной системе здравоохранения Бразилии имеются значительные изъяны по всем вышеуказанным направлениям. По сведениям, проблемы, связанные с низкой квалификацией персонала, включая низкие требования к персоналу, острее ощущаются на муниципальном уровне, например, в таких медицинских центрах, как «Каза ди Сауди Носа Сеньора ди Глория ди Белфорд-Рошу», нежели на уровне штатов или на федеральном уровне.

3.8 Автор придерживается мнения, что Бразилия в нарушение статей 2 и 12 Конвенции не обеспечила своевременный доступ к неотложной акушерской помощи. С учетом как тех конкретных недостатков, которые проявились в данном деле, так и более системных недостатков в борьбе государства-участника с предотвратимой материнской смертностью, особенно актуальны как минимум три показателя доступности и качества неотложной акушерской помощи. Это следующие показатели, на которые ссылается автор и которые включены в

⁴ См. "Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant", a joint statement by the World Health Organization (WHO), the International Confederation of Midwives and the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (2004).

«Руководящие принципы контроля за наличием и использованием акушерских услуг» (октябрь 1997 года) Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА):

а) справедливое географическое распределение учреждений неотложной акушерской помощи (четыре учреждения по оказанию первой неотложной акушерской помощи и одно учреждение по оказанию комплексной неотложной акушерской помощи на каждые 500 000 человек населения);

б) удовлетворение потребностей женщин в неотложной акушерской помощи (такую помощь должно получать как минимум большинство нуждающихся в ней женщин);

с) показатель смертности среди женщин с родовыми осложнениями, поступивших в учреждение неотложной акушерской помощи, должен составлять не более 1 процента.

По мнению автора, отрицательный результат в любой из этих трех категорий предполагает, что государство не выполняет своего обязательства по охране материнства.

3.9 По заявлению автора, как факты по настоящему делу, так и данные исследований по вопросу о материнской смертности в Бразилии свидетельствуют о несоблюдении обязательства обеспечивать охрану материнства. Налицо доказательства того, что справедливое географическое распределение учреждений неотложной акушерской помощи отсутствует (первый показатель), что потребности женщин остаются неудовлетворенными чаще, чем это допустимо (второй показатель) и что уровень смертности во время родов в соответствующих учреждениях выше допустимого (третий показатель). Это свидетельствует о том, что государство-участник не обеспечивает доступность и качество неотложной акушерской помощи в соответствии со своими обязательствами согласно статье 12 Конвенции, касающимися права на медицинское обслуживание.

3.10 Отчасти вследствие неравномерного распределения учреждений здравоохранения более высокого уровня г-жа да Силва Пиментел Тейшейра столкнулась с большими трудностями при поисках больницы именно тогда, когда ей требовалась немедленная медицинская помощь: единственная больница, готовая ее принять, находилась в соседнем муниципалитете примерно в двух часах езды. С учетом того, что на путь до ближайшей больницы требовалось то время, которое в среднем может прожить женщина в ее состоянии, можно сказать, что у нее не было реального доступа к необходимой неотложной помощи. Столь же неравномерно распределяются учреждения здравоохранения и по штатам.

3.11 По заявлению автора, в настоящем деле из-за отсутствия или неэффективности системы перевода из медицинского центра в учреждения более высокого уровня, а также из-за отсутствия координации действий между дородовой и акушерской помощью доступ жертвы к услугам был отложен на критически долгий срок и, вероятно, стоил ей жизни. Из всех больниц, в которые обратились из медицинского центра, только в одной оказалось свободное место. Не была обеспечена перевозка г-жи да Силва Пиментел Тейшейры, поскольку эта больница отказалась выделить свою единственную машину скорой помощи. У

медицинского же центра не было собственного транспорта для перевозки больных, а мать пациентки не смогла найти частную машину скорой помощи. В больнице не было свободных коек, и врачи из медицинского центра не направили туда медицинскую карту пациентки.

3.12 С учетом того, что как произошедшее с г-жой да Силва Пиментел Тейшейрой, так и многочисленные исследования по материнской смертности в Бразилии указывают на то, что низкое качество неотложной акушерской помощи является главной причиной высокой материнской смертности в Бразилии, а уровень смертности во многих учреждениях можно считать выше приемлемого, автор выражает мнение, что ключевую роль в смерти жертвы сыграли некомпетентность и халатность врачей и неоказание своевременной медицинской помощи.

3.13 По мнению автора, государство-участник нарушило права г-жи да Силва Пиментел Тейшейры в соответствии со статьей 2(с) Конвенции, не обеспечив эффективную защиту прав женщин. Автор ссылается на практику Комитета в сообщении 5/2005 (*«Шахида Гёкче (покойная) против Австрии»*), в котором Комитет заявил, что создание государством-участником правовых и других средств защиты [от бытового насилия] должно поддерживаться государственными субъектами, которые придерживаются взятых государством-участником обязательств по соблюдению должной осмотрительности. Кроме того, автор упоминает, сколь серьезное значение придает Межамериканская комиссия по правам человека обязательствам государств по организации своих правительственных структур с тем, чтобы обеспечить предотвращение, расследование и наказание насилия и дискриминации, а также компенсацию для женщин. Факты данного дела свидетельствуют о том, что государство-участник явно не привело в действие систему, обеспечивающую эффективные судебные действия и защиту в случаях нарушений в сфере охраны репродуктивного здоровья. По мнению автора, отсутствие мер реагирования со стороны судебной системы явным образом указывает на систематический отказ государства-участника от признания необходимости принятия мер по возмещению, которые обеспечивали бы женщинам, подвергшимся дискриминационному обращению, компенсацию и реституцию.

3.14 Что касается исчерпания всех внутренних средств судебной защиты, то автор настаивает на том, что доступ к правосудию является иллюзорным. 11 февраля 2003 года, через три месяца после смерти пациентки, муж покойной подал от своего имени и от имени их пятилетней дочери гражданский иск о возмещении материального и морального ущерба и дважды просил об оформлении tutela anticipada⁵. Первая просьба, поданная семьей покойной 11 февраля 2003 года, была проигнорирована. Судья также отказал и во второй просьбе, поданной 16 сентября 2003 года. При этом судебная деятельность, осуществляемая в течение четырех с половиной лет по этому гражданскому иску, весьма незначительна, и вероятно, что на принятие судебного решения уйдет еще несколько лет. В частности, до сих пор не было слушания, и у суда ушло три года

⁵ Tutela anticipada — судебный механизм, требующий, чтобы решение судьи предусматривало защитные меры. Он может использоваться для того, чтобы избежать неоправданных задержек в принятии судебного решения, которые могут привести к непоправимому или серьезному ущербу.

и 10 месяцев на то, чтобы пригласить медицинского эксперта, хотя правила суда требуют, чтобы это было сделано в течение 10 дней.

3.15 Отсутствие эффективных и своевременных судебных мер губительно сказалось на семье, особенно на дочери покойной, оставленной отцом и проживающей со своей бабушкой по материнской линии в небезопасных условиях (недоступность психологической помощи, недостаток средств для удовлетворения даже самых основных потребностей, например в еде, одежде и т.д.). Чрезвычайное затягивание принятия решения по просьбе о *tutela antecipada* и бездействие в отношении гражданского иска дополнительно ставят под угрозу права дочери жертвы и несут риск невозможного ущерба.

3.16 Кроме того, автор заявляет, что в своих предыдущих решениях Комитет поддерживал применимость исключений из правила об исчерпании внутренних средств правовой защиты. Утверждается также, что заключение Комитета в отношении длительности судопроизводства в деле «*A.T. против Венгрии*» (сообщение 2/2003) — т.е. о том, что дела о бытовом насилии не пользуются в судопроизводстве приоритетным вниманием, — относится и к ситуации в Бразилии, где процессы, касающиеся насилия против женщин и здоровья женщин, особенно принадлежащих к уязвимым группам, в том числе с низким социально-экономическим статусом и африканского происхождения, не рассматриваются в судебной системе в качестве приоритетных.

3.17 По утверждению автора, гражданский иск не только не может считаться эффективным средством возмещения вреда от нарушений прав человека, обвинение в которых содержится в сообщении, но и подрывает саму цель судебной защиты, которая состоит в эффективном решении проблем данной семьи и безотлагательном удовлетворении ее практических нужд. Отсрочка равносильна отказу в правосудии.

3.18 По мнению автора, этот вопрос еще не рассматривался и до сих пор не рассматривается в рамках какого-либо международного расследования или урегулирования.

Замечания государства-участника относительно приемлемости и существа

4.1 В своем единственном представлении от 13 августа 2008 года государство-участник указывает, что, по его мнению, настоящее дело связано со следующими вопросами: а) ликвидацией дискриминации в отношении женщин по вопросам доступа к медицинскому обслуживанию, особенно относящемуся к беременности и родам; б) принятием на законодательном уровне государственной политики и других конкретных мер, обеспечивающих оказание услуг по охране репродуктивного здоровья; в) лежащей на государстве основной ответственностью за охрану здоровья женщин; и д) требованием о том, чтобы существующие учреждения здравоохранения гарантировали полное осознанное согласие, уважение достоинства всех и конфиденциальности; е) чтобы работники здравоохранения учитывали особые потребности женщин. Государство-участник объясняет, что право на охрану здоровья, предусмотренное статьями 6 и 196 Федеральной конституции Бразилии, определяет субъективное право лиц, в соответствии с которым у государства имеются как позитивные, так и негативные обязательства. Оно объясняет, что медицинские услуги, оказываемые на основе государственной политики в области здравоохранения, являются государственным механизмом, который отвечает за реализацию этого права, а

также подробно описывает как профилактическую, так и защитную функцию государства в сфере здравоохранения. Государство-участник далее отмечает, что понятие права на охрану здоровья включает несколько элементов, поскольку здоровье определяется как полное социальное, душевное и физическое благосостояние, и право на медицинское обслуживание представляет собой лишь один его аспект. Кроме того, оно отмечает разницу между правом на охрану здоровья и правом на медицинскую помощь, поскольку последнее сводится к медицинской деятельности, осуществляемой в целях диагностики и лечения заболеваний, и связано с правом на охрану здоровья в плане возможности излечивать болезни и продлевать жизнь. Право на охрану здоровья или медицинскую помощь по определению требует организации и функционирования служб по оказанию помощи.

4.2 Государство-участник также рассмотрело право на охрану здоровья в контексте своей Федеральной конституции и компетенции в этой области соответствующих политических механизмов и частного сектора. Статья 196 Федеральной конституции определяет охрану здоровья в качестве всеобщего права и обязанности государства, осуществление которых гарантируется как с помощью политических мер, так и с помощью всеобщего равного доступа к деятельности и услугам, направленным на профилактику, охрану и восстановление здоровья. Деятельность и услуги по охране здоровья могут осуществляться государством напрямую либо через третьи стороны, причем за государством сохраняется исключительная компетенция по регулированию, контролю и надзору. Государство осуществляет всю эту деятельность и оказывает все эти услуги с помощью единой системы охраны здоровья, имеющей региональную иерархическую структуру (Sistema Único de Saúde). Поэтому вышеупомянутые деятельность и услуги по охране здоровья охватывают как здравоохранение или медицинскую помощь, так и ряд других функций (например, надзор за охраной здоровья), которые в совокупности охватывают право на здоровье.

4.3 Федеральная конституция устанавливает, что частный сектор может лишь оказывать медицинскую помощь. Он не уполномочен осуществлять деятельность в сфере охраны здоровья, которую предусматривает статья 200 Конституции⁶ и которая не связана со здравоохранением. Частные учреждения могут участвовать в системе здравоохранения в соответствии с ее руководящими принципами на основе контракта или соглашения, заключенных в рамках публичного права. Что касается распределения обязанностей среди политических органов власти, то часть VII статьи 30 Конституции Бразилии предусматривает, что муниципальные правительственные органы обеспечивают услуги в сфере

⁶ Согласно этому положению, в компетенцию единой системы здравоохранения в дополнение к другим установленным законом обязанностям входят надзор и контроль за процессами, продуктами и веществами, представляющими интерес для здравоохранения; участие в производстве лекарств, оборудования, иммунобиологической продукции, продуктов крови и других ресурсов; исполнение функций санитарно-эпидемиологического надзора, а также функций, относящихся к здоровью работников; организация подготовки персонала в сфере здравоохранения; участие в определении политики и в осуществлении основных санитарных мероприятий; содействие (в рамках своих функций) научно-техническому прогрессу; надзор и контроль за потребляемыми людьми пищевыми продуктами, в том числе за их питательной ценностью, а также за водой и напитками; участие в надзоре и контроле за производством, транспортировкой, хранением и использованием психотропных, токсических и радиоактивных веществ и продуктов; а также сотрудничество в охране окружающей среды, в том числе на рабочем месте.

здравоохранения для населения при техническом и финансовом содействии федерального правительства и правительств штатов.

4.4 В соответствии с разделением обязанностей, установленным Конституцией, обязанности, касающиеся права на здоровье в его самом широком и полном понимании, включая здравоохранение и другие действия и услуги по охране здоровья, являются исключительной прерогативой государства, равно как и их регулирование, приведение в действие и контроль. Частный сектор уполномочен оказывать медицинскую помощь, охватывающую медицинские и фармацевтические услуги, а муниципии несут единоличную ответственность за услуги по охране здоровья населения в целом. Таким образом, сфера деятельности государства значительно шире той, которая устанавливается для частного сектора. Иными словами, политика в сфере здравоохранения, равно как и деятельность по наблюдению за услугами в сфере здравоохранения, оказываемыми частным сектором, является прерогативой политических органов.

4.5 Государство-участник далее объясняет свою обязанность регулировать, приводить в действие и контролировать действия и услуги по охране здоровья. Министерство здравоохранения создает национальную ревизионную систему (Sistema Nacional de Auditoria) и координирует техническую и финансовую оценку системы здравоохранения по всей территории страны при техническом содействии штатов, муниципиев и Федерального округа. Национальная ревизионная система децентрализованным путем осуществляет научно-техническую оценку, бухгалтерские, финансовые и имущественные ревизии системы здравоохранения. Децентрализация обеспечивается государственными и муниципальными органами, а также органами министерства здравоохранения в каждом бразильском штате и в Федеральном округе.

4.6 Частные учреждения могут юридически принадлежать к системе здравоохранения только в случае, если услуги недостаточно доступны для того, чтобы гарантировать их населению данной географической местности. Таким образом, роль частных учреждений в рамках системы здравоохранения состоит в оказании медицинской помощи, а не в деятельности по обеспечению, контролю, регулированию или осуществлению государственной политики в рамках этой системы. В том что касается оценки качества услуг, эти учреждения подчиняются принципам системы здравоохранения и национальной ревизионной системы.

4.7 В отношении заявлений о том, что государство-участник нарушило статьи 2 и 12, не приняв меры по ликвидации дискриминации против женщин в сфере охраны здоровья, что непосредственно привело к низкому качеству медицинского обслуживания, предоставленного г-же да Силва Пиментел Тейшейре, государство-участник отмечает, что в настоящее время разрабатывается целый ряд политических мер по удовлетворению особых потребностей женщин, особенно находящихся в уязвимом положении. Такая политика направлена на решение проблемы равенства мужчин и женщин. Государство-участник считает, что суть жалобы состоит в недостатке доступа к услугам по охране здоровья, поскольку в сообщении не прослеживается никакой связи между полом пациентки и теми медицинскими ошибками, которые, возможно, были совершены. Государство-участник ссылается на заключение, сделанное в отчете о технической инспекции Ревизионного департамента Рио-де-Жанейро, о том, что неэффективность оказанной г-же да Силва Пиментел Тейшейре медицин-

ской помощи связана не с дискриминацией против женщин, а, скорее, с низким качеством и недостаточностью оказываемых населению услуг, которые объясняются вышеописанными фактами. Государство-участник признает, что уязвимое состояние г-жи да Силва Пиментел Тейшейры требовало особого лечения, которое не было ей предоставлено, но при этом заявляет, что причиной того, что ей якобы не была оказана специальная медицинская помощь, не было отсутствие государственной политики и мер в рамках обязательства государства-участника по борьбе с дискриминацией в отношении женщин во всех областях. В деле идет речь о возможном провале при оказании медицинской помощи частным медицинским учреждением, а также о сбоях в механизмах использования частных услуг здравоохранения и в их контроле и инспекции, но не об отсутствии готовности государства бороться с дискриминацией в отношении женщин.

4.8 По мнению государства-участника, эту линию аргументации подтверждают выводы отчета Государственного комитета по вопросу о материнской смертности о проведенном на эту тему расследовании, изданного Государственным секретариатом здравоохранения Рио-де-Жанейро. По данным этого отчета, смерть г-жи да Силва Пиментел Тейшейры, по всей вероятности, была вызвана не беременностью и родами, а желудочно-кишечным кровотечением. Кроме того, в отчете приводится краткая информация, относящаяся к ее смерти, включая сведения о первоначально оказанной медицинской помощи, о приеме пациентки в больницу и наконец о ее смерти; дополнительно приводятся сведения о причине ее смерти и об основных этапах ее лечения, а также замечания и рекомендации. Сводный отчет о расследовании — это документ, который Государственный комитет по вопросу о материнской смертности анализирует и использует в целях подготовки ежегодного доклада с изложением конкретных дел и превентивных мер, осуществляемых в целях снижения материнской смертности.

4.9 Государство-участник далее выражает мнение, что в настоящем деле выявляются возможные недостатки в оказании помощи медицинским центром «Каза ди Сауди Носа Сеньора ди Глория ди Белфорд-Рошу», который, согласно национальному реестру учреждений здравоохранения, является частной коммерческой больницей, уполномоченной выполнять процедуры средней и высокой сложности. «Каза ди Сауди» функционирует на основе соглашения между системой здравоохранения и муниципальной администрацией. В ответ на заявления автора о том, что это частное учреждение нарушило право пациентки на охрану здоровья, а также о том, что муниципий Белфорд-Рошу не выполнил своей обязанности по оценке и контролю оказываемых медицинских услуг, министерство здравоохранения потребовало, чтобы Национальный ревизионный департамент системы здравоохранения провел техническую инспекцию в муниципиях Белфорд-Рошу и Нова-Игуасу, Рио-де-Жанейро, для сбора фактов по данному делу и установления вероятности халатности или ошибок медицинских работников при оказании помощи беременной женщине. В отчете технической инспекции было рекомендовано передать вопрос советам специалистов («Conselhos de Classe»), чтобы проверить факты, относящиеся к специалистам-медикам (врачам и медицинским сестрам), которые лечили пациентку, и Национальному руководящему комитету по сокращению материнской и младенческой смертности при министерстве здравоохранения.

4.10 В отношении судебного иска, поданного 11 февраля 2003 года родственниками г-жи да Силва Пиментел Тейшейры и другими лицами, добивавшимися возмещения вреда, государство-участник заявляет, что после завершения устных аргументов обеих сторон по официальному докладу экспертов (*laudo pericial*) данное дело находится на стадии подготовки решения и, поскольку никаких неоправданных задержек не предвидится, принятие решения по существу ожидается в июле 2008 года. При сложности данного гражданского процесса, в котором задействовано более одного ответчика и требуются доказательства экспертов, сроки рассмотрения данного дела не вышли за пределы, нормальные для судебных процессов такого рода.

4.11 Государство-участник отвергает заявление автора о том, что произошедшее с г-жой да Силва Пиментел Тейшейрой отражает недостаточную решимость государства-участника сократить детскую смертность и что это государство систематически не справляется с задачей защиты основных прав человека женщин. Оно представляет подробный обзор различных мер, принятых в стране на сегодняшний день, а также действующих национальных механизмов и национальных планов по реализации прав женщин, включая их права в сфере охраны здоровья, сексуальной и репродуктивной сферах, что свидетельствует о согласованной политике государства-участника по ликвидации дискриминации в отношении женщин. Государство-участник признает, что предотвратимая смерть женщин детородного возраста составляет нарушение прав человека, и именно по этой причине федеральное правительство, прежде всего в его нынешнем составе, уделяет приоритетное внимание вопросу женского здоровья. Оно далее представляет данные, свидетельствующие о сокращении материнской смертности, особенно в южных и юго-восточных районах, и утверждает, что настоящее дело представляет собой исключение, вызванное профессиональной халатностью, перегрузкой, неадекватной инфраструктурой и недостаточной профессиональной подготовкой. Что касается наличия дискриминации, то, поскольку дело касается афро-бразильской женщины с городской окраины, то государство-участник подчеркивает тот факт, что в отчете технической инспекции, составленном Ревизионным департаментом системы здравоохранения, не было выявлено фактов дискриминации. Тем не менее государство-участник не исключает возможность того, что дискриминация могла сыграть в этом инциденте определенную роль, хотя и не решающую. Неоказание пациентке необходимой неотложной помощи, ставшее причиной ее смерти, скорее произошло в результате совпадения или объединения целого ряда вышеописанных факторов.

4.12 Государство-участник объясняет, что одним из приоритетных направлений «Национального плана по вопросам политики в отношении женщин» является содействие оказанию квалифицированной и гуманной акушерской помощи, особенно афро-бразильским женщинам и женщинам из числа коренного населения, включая оказание внимания проблеме небезопасных аборт в целях снижения материнской заболеваемости и смертности. В этих целях в 2011 году министерство здравоохранения планирует провести 18 мероприятий. В 2004 году министерство здравоохранения приняло документ «Национальная политика комплексной охраны здоровья женщин: принципы и направления» (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*), который отражает решимость осуществлять деятельность по охране здоровья, содействующую гарантированному соблюдению прав человека женщин и сни-

жению заболеваемости и смертности по предотвратимым причинам. Государство подчеркивает, что в разработке этой политики участвовали Специальный секретариат по содействию расовому равенству (Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial), женское движение, движение афро-бразильских женщин и сельских работников, научные ассоциации, советы специалистов, ученые и профессура соответствующего профиля, административные работники системы здравоохранения и учреждения по международному сотрудничеству.

4.13 Наконец, государство-участник подробно объясняет то, какие усилия оно предпринимает в плане охраны здоровья в течение репродуктивного цикла, и какие меры оно принимает для обеспечения комплексной и всеобъемлющей охраны здоровья беременных женщин с помощью надлежащей дородовой помощи, специализированных услуг для беременных женщин из групп риска, медицинской помощи во время и после родов, неотложной акушерской помощи и деятельности по планированию семьи.

4.14 Государство-участник заключает, что оно, безусловно, отнюдь не игнорирует свое обязательство осуществлять политику в сфере охраны здоровья, направленную на оказание специальной помощи женщинам. Эти усилия не ограничиваются правами в сексуальной и репродуктивной сферах, но охватывают женское здоровье в более широком смысле, включая общую заботу о физическом и душевном благополучии женщин.

Комментарии автора по замечаниям государства-участника в отношении приемлемости и существа

5.1 В своем представлении от 19 января 2009 года автор напоминает, что обязательство сократить материнскую смертность является одним из основных обязательств, вытекающих из права на здоровье. Автор указывает на то, что государство-участник признало, что предотвратимая смерть является в Бразилии серьезной проблемой и что неспособность решать эту проблему составляет серьезное нарушение прав человека. Однако, несмотря на риторическое признание государством-участником проблемы материнской смертности, оно не выполняет свое обязательство гарантировать женщинам право на жизнь и здоровье. Автор приводит статистические данные, в том числе данные ВОЗ, согласно которым в Бразилии ежегодно фиксируется более 4000 случаев материнской смертности, что составляет одну треть всех случаев материнской смертности в Латинской Америке. В представлении также упоминается оценка Организации Объединенных Наций, согласно которой показатели материнской смертности «значительно выше, чем в странах с более низким уровнем экономического развития, и в целом считаются неприемлемыми»⁷. Сохраняющийся высокий уровень материнской смертности в государстве-участнике свидетельствует о систематическом отсутствии защиты основных прав человека женщин и приоритетного внимания к ним. Случай предотвратимой смерти г-жи да Силва Пиментел Тейшейры как нельзя более ярко это иллюстрирует.

5.2 Автор вновь заявляет о том, что смерть г-жи да Силва Пиментел Тейшейры составляет нарушение права на жизнь закрепленного в статье 6 Международного пакта о гражданских и политических правах, права на эффективную

⁷ United Nations country team, *A UN Reading of Brazil's Challenges and Potential* (2005), para. 40 (имеется по адресу: [http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20\(eng\).pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20(eng).pdf)).

защиту прав женщин и права на здоровье в соответствии со статьями 2(с) и 12 Конвенции. Говоря более конкретно, государство-участник не обеспечивает доступ к качественному медицинскому обслуживанию во время родов и к своевременной неотложной акушерской помощи, подразумевающей право на недискриминацию на основе пола и расы. Невозможность получения от государства компенсации для семьи покойной составляет нарушение права на эффективную защиту.

5.3 Автор подвергает сомнению заверения государства-участника в том, что сроки рассмотрения этого дела не вышли за нормальные для судебного процесса такого рода рамки, косвенно утверждая, что таким образом дело не подпадает под исключение из требования об исчерпании всех внутренних средств судебной защиты в случаях «неоправданных задержек». Такая аргументация игнорирует значительные задержки со стороны государства-участника, которые фактически лишили заявителя возможности добиться решения по своему делу в национальном суде. Изначально семья подала заявление о возмещении материального и морального ущерба 11 февраля 2003 года, всего через три месяца после смерти жертвы. С момента подачи этого заявления прошло почти восемь лет, но судебная деятельность по этому делу минимальна, и неясно, когда суд примет решение. В своих замечаниях государство-участник не дает надлежащих объяснений этим неоправданно длительным задержкам, заявляя лишь, что в настоящее время это дело находится на стадии подготовки решения после завершения устных аргументов обеих сторон и что никаких «неоправданных задержек в завершении дела» не предвидится. Однако неоспоримо, что судебный иск был подан 11 февраля 2003 года и что к августу 2007 года, то есть четырьмя годами позже, еще не была завершена работа эксперта. Кроме того, вразрез с заявлением государства-участника о том, что решение по существу будет вынесено в июле 2008 года, такое решение все еще не готово. Поэтому автор утверждает, что отсутствие заключения по существу дела в национальном суде не может более считаться оправданным, ссылаясь при этом, в частности, на дело «*A.T. против Венгрии*», в котором Комитет заключил, что задержка более чем в три года с даты заявления о происшествиях согласно пункту 1 статьи 4 Факультативного протокола является неоправданно продолжительной⁸. Автор далее ссылается на сделанное Комитетом по тому же делу заявление о том, что дела о бытовом насилии в рассматриваемом государстве не пользуются приоритетом в судопроизводстве, и утверждает, что это заключение относится и к ситуации в Бразилии, где процессы, касающиеся насилия против женщин и здоровья женщин, особенно в отношении женщин, принадлежащих к уязвимым группам, в том числе с низким социально-экономическим статусом и африканского происхождения, не рассматриваются в судебной системе в качестве приоритетных⁹. Кроме того, государство-участник не пояснило, почему приглашение одного медицинского эксперта должно столь непропорционально усложнить дело. Семья не делала ничего, чтобы затянуть и без того длительный судебный процесс, и главной причиной неоправданной задержки в рассмотрении дела было поведение государственных и судебных властей. Во-первых, у национального суда ушло почти четыре года на то, чтобы

⁸ Сообщение № 2/2003, «*A.T. против Венгрии*», мнения, принятые 26 января 2005 года, пункт 8.4.

⁹ См. Inter-American Commission On Human Rights, *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas*, paras. 208, 212, 213, 215 and 216 (2007).

пригласить медицинского эксперта, хотя судебные правила предписывают сделать это в течение 10 дней. Во-вторых, даже по прошествии года после завершения работы эксперта и представления заявлений обеих сторон Бразилия не выполнила установленные ей сроки объявления решения по существу. В-третьих, Бразилия не решает вопрос с существенными судебными задержками по вопросу использования семьей временной защиты в форме *tutela antecipada*.

5.4 Автор утверждает, что необоснованная отсрочка обострила и без того страшные последствия смерти для семьи. С момента подачи сообщения в Комитет в 2007 году и так уже крайне тяжелое экономическое положение семьи ухудшилось. По причине ухудшения здоровья автор, обеспечивавшая уход за семьей и являвшаяся единственным ее членом, получающим доход, была вынуждена прекратить работу в качестве домработницы. Никаких пособий по безработице она не получает. Семья в составе пяти человек вынуждена жить на скромные средства, выделяемые прадедушкой А.С.П. Несмотря на вызванную потерей матери психологическую травму, полученную в возрасте 5 лет, по причинам финансового характера А.С.П. не получила необходимого медицинского и психологического лечения. Кроме того, у нее возникли проблемы с речью и она испытывает трудности в школе. Автор заявляет, что нынешняя трагическая жизненная ситуация А.С.П. является результатом продолжающегося нарушения Бразилией обязательств в соответствии с Конвенцией, а также ее национальной правовой системы и Конвенции о правах ребенка.

5.5 Выходя за рамки вопроса о приемлемости, автор заявляет, что государство-участник не решает проблему систематических задержек в своей судебной системе, что является нарушением права на эффективную защиту в соответствии с пунктом (с) статьи 2 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Государство-участник на регулярной основе не предоставляет соответствующих средств судебной защиты женщинам, относящимся к уязвимым группам населения¹⁰, таким как, например, г-жа да Силва Пиментел Тейшейра и члены ее семьи. Особенно неблагоприятно такие задержки сказываются на положении наиболее уязвимых слоев общества; женщины, относящиеся к отсталым в социально-экономическом отношении слоям общества, и женщины африканского происхождения сталкиваются с широко распространенными проблемами, связанными с использованием «судебных средств защиты»¹¹. Что касается дочери жертвы, то указанные отсрочки означают, что ее каждодневная жизнь стала еще более неустойчивой. Дети, потерявшие матерей, подвергаются повышенному риску смерти, у них меньше возможностей посещать школу и они могут получить меньший объем медицинских услуг на протяжении всей своей жизни. По этой причине, в соответствии с национальным законодательством Бразилии, такие дети, как А.С.П., на законных основаниях имеют право пользоваться специальными мерами защиты¹². Продолжающееся бездействие национальных судов означает, что права А.С.П. подвергаются опасности и существует риск нанесения непоправимого ущерба.

¹⁰ См. *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas*, пункты 88 и 89.

¹¹ Там же, пункт 213.

¹² *Estatuto da Criança e do Adolescente*, arts. 4, 11 and 53.

5.6 Что касается обязательств государства-участника в соответствии с Конвенцией, то автор утверждает, что осуществление права на охрану здоровья предусматривает определенные обязательства прямого действия, включая искоренение дискриминации и принятие мер, направленных на полное осуществление права. Поэтому требование о том, чтобы медицинские услуги оказывались на недискриминационной основе, является обязательством прямого действия. Право на охрану здоровья предусматривает конкретные правовые обязательства государств-участников, которые должны обеспечивать уважение, защиту и осуществление этого права. Простое принятие какой-либо национальной стратегии в области здравоохранения недостаточно для выполнения обязательств государства-участника. Эта стратегия должна также осуществляться и «периодически пересматриваться на основе всеохватывающего и транспарентного процесса»¹³. Автор ссылается на заключительные замечания Комитета, в которых он четко указал, что осуществление Бразилией ее национальной политики в области здравоохранения недостаточно для обеспечения полного соблюдения Конвенции в том, что касается охраны материнского здоровья. Комитет отметил, в частности, что Бразилия испытывает трудности «в обеспечении последовательного осуществления положений Конвенции на всех уровнях федеративной республики, что является отражением различий в политической воле и степени приверженности этому делу властей штатов и муниципальных властей». Комитет ранее обсуждал необходимость проведения экспертизы политики на основе использования показателей и ориентиров по Бразилии, однако Бразилия не приложила никаких усилий для того, чтобы вести наблюдение, ориентированное на достижение конкретных результатов¹⁴.

5.7 Различия между обязательствами поведения и обязательствами результата имеют крайне важное значение для понимания права на охрану здоровья. Когда государства принимают меры для осуществления этого права, им следует не только разработать политику, направленную на осуществление этого права (обязательство поведения), но и обеспечить, чтобы эта политика предусматривала фактическое достижение желаемых результатов (обязательство результата).

5.8 Автор утверждает, что программы государства-участника не продемонстрировали конкретные меры и результаты, предусматриваемые Конвенцией. Хотя Национальный пакт о сокращении материнской и младенческой смертности устанавливает заслуживающие высокой оценки цели для сокращения материнской смертности, существенного изменения высокого уровня этой смертности не произошло. Это объясняется по меньшей мере тремя факторами. Во-первых, существует широкий круг проблем, связанных с координацией. Во-вторых, политика Бразилии в области здравоохранения должна сопровождаться соответствующим равномерным распределением финансовых средств: хотя 10 процентов ассигнований правительства выделяется на цели здравоохранения, ассигнования на охрану здоровья матери по сравнению с ассигнованиями на другие программы минимальны. В 2003 году на цели охраны здоровья Бразилия израсходовала лишь 96 долл. США на душу населения, что является крайне низким показателем. В-третьих, политика не увязывается с достижением результатов на основе медицинских показателей и ориентиров. Например, фи-

¹³ В этой связи автор ссылается на замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам.

¹⁴ См. CEDAW/C/BRA/CO/6.

нансирование системы здравоохранения не увязывается с результатами, которые, в свою очередь, должным образом не проанализированы.

5.9 Автор оспаривает доводы государства-участника, в соответствии с которыми в сообщении нет никакой увязки между половой принадлежностью г-жи да Силвы Пиментел Тейшейра и возможными совершенными медицинскими ошибками и, по этой причине, они не подпадают под определение дискриминации, содержащееся в Конвенции. Автор утверждает, что этот довод не подпадает под определение дискриминации, содержащееся в Конвенции и других международных договорах о правах человека. Дискриминация предусматривает действия государства, оказывающие воздействие на создание препятствия для осуществления прав человека, включая право на реализацию наивысшего достижимого уровня здоровья. В соответствии со статьей 1 Конвенции дискриминация в отношении женщин определяется как «любое различие, исключение или ограничение по признаку пола, которое направлено на ослабление или сводит на нет признание, пользование или осуществление женщинами ... прав человека». В пункте (d) статьи 2 Конвенции предусматривается, что государство обязуется «воздерживаться от совершения каких-либо дискриминационных актов или действий в отношении женщин и гарантировать, что государственные органы и учреждения будут действовать в соответствии с этим обязательством». В целях обеспечения осуществления права на охрану здоровья государства должны обеспечить доступ к услугам по охране материнского здоровья на недискриминационной основе. Это требование не является формальным, а предусматривает, что государства должны рассматривать «различные элементы и факторы, отличающиеся для женщин и мужчин», включая биологические факторы, связанные с репродуктивным здоровьем¹⁵. Отказ от предоставления или игнорирование необходимости предоставления медицинской помощи, необходимой только женщинам, является одной из форм дискриминации в отношении женщин.

5.10 Совершенно неадекватные медицинские услуги, оказанные жертве, являются одной из форм фактической дискриминации в соответствии с Конвенцией. Государство-участник признало, что беременность г-жи да Силва Пиментел Тейшейры должна была обеспечить для нее ускоренный и более качественный доступ к медицинскому лечению, однако оно сделало вывод о том, что ошибки, допущенные при оказании услуг по охране материнского здоровья г-же да Силве Пиментел Тейшейры, никоим образом не связаны с дискриминацией. Отказ предоставить адекватные услуги по охране материнского здоровья женщинам Белфорда Роксо является нарушением права на недискриминацию. Указанное нарушение усугубляется тем фактом, что в основном в этом городе проживает население африканского происхождения.

5.11 Определение дискриминации государства-участника является слишком узким, поскольку в нем не признается различия между юридической и фактической дискриминацией. Комитет затронул эту проблему в своих заключительных замечаниях, касающихся Бразилии.

5.12 Что касается ответственности государства-участника на международном уровне, то автор ссылается на статью 2(е) Конвенции, в соответствии с которой государства-участники должны «принимать все соответствующие меры для ли-

¹⁵ См. пункты 11 и 12 общей рекомендации № 24 и общую рекомендацию № 25 (2004) Комитета по пункту 1 статьи 4 Конвенции (временные специальные меры), пункт 8.

ликвидации дискриминации в отношении женщин со стороны какого-либо лица, организации или предприятия». Это обязательство разъясняется далее в общей рекомендации № 24 (1999) Комитета по статье 12 Конвенции («Женщины и охрана здоровья», пункт 12), параграф 15 которой обязывает государства-участники «принимать меры и вводить санкции, необходимые для предотвращения нарушений прав со стороны частных лиц или организаций». Государство-участник признало, что «государства-участники не могут освободить себя от ответственности в этих областях на основе передачи указанных полномочий учреждениям частного сектора». Юриспруденция Комитета по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Межамериканского суда по правам человека устанавливает ответственность государства за недобросовестность, проявленную медицинским персоналом в частных медицинских учреждениях. Прежде всего следует отметить, что в деле *«Шименеш Лопеш против Бразилии»* Межамериканская комиссия по правам человека отметила, что «частная структура, имеющая лицензию, выданную единой системой здравоохранения федерального правительства», оказала заявителю услугу по охране психического здоровья, при этом следует отметить, что Бразилия не оспорила связанную с этим ответственность по указанным причинам¹⁶. В окончательном решении Межамериканского суда это различие между государственным и частным секторами уже не было центральным вопросом; предполагалась ответственность бразильского государства за нарушения прав человека в имеющем государственную лицензию частном медицинском учреждении¹⁷. Кроме того, в деле *«А. С. против Венгрии»* Комитет заявил, что Венгрия должна была контролировать нарушения в области прав человека в соответствии с Конвенцией как в государственных, так и частных учреждениях¹⁸.

5.13 Автор оспаривает оценку государства-участника, в соответствии с которой смерть г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры не связана с беременностью и родами, а явилась результатом так называемого «кишечного кровоизлияния». Автор особо подчеркивает, что государство-участник полагалось на отсутствующий доклад Государственного комитета по вопросам материнской смертности для того, чтобы сделать такую оценку, а также что при отнесении этой смерти к категории смертей, не связанных с беременностью и родами, не были приняты во внимание медицинские данные, недвусмысленно свидетельствующие об обратном. В них указывается, что эта смерть непосредственно связана с беременностью и ее можно было предотвратить.

5.14 ВОЗ определяет материнскую смерть как «смерть женщины в состоянии беременности или же в течение 42 дней после прерывания беременности, независимо от срока и характера беременности, от любой причины, связанной с беременностью или обостренной ею, либо в результате лечения для ее устранения, но не в результате несчастного или любого другого случая»¹⁹. Автор отмечает, что Бразилия официально заявляет об использовании указанных офици-

¹⁶ Inter-American Commission on Human Rights, *Damião Ximenes v. Brazil*, petition 12.237, report No. 38/02, para. 19.

¹⁷ *Ximenes Lopes v. Brazil*, Inter-American Court of Human Rights, series C, No. 149 (4 July 2006).

¹⁸ Сообщение № 4/2004, *«А. С. против Венгрии»*, мнения, принятые 14 августа 2006 года, пункт 11.5.

¹⁹ WHO, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*.

альных классификаций ВОЗ, касающихся материнской смертности²⁰, однако в данном случае эти классификации не были использованы надлежащим образом.

5.15 После первоначального представления материалов г-жой да Силвой Пиментел Тейшейрой в медицинский центр 11 ноября 2002 года врачи должны были поставить диагноз и с учетом ее требовавших срочного вмешательства симптомов предложить лечение в связи с внутриутробной смертью плода. Однако диагноз внутриутробной смерти плода был поставлен только 13 ноября 2002 года, и в тот же день лечащий врач должен был немедленно искусственно прервать беременность. Когда спустя продолжительное время ребенок родился мертвым, состояние да Силвы Пиментел Тейшейры значительно ухудшилось. Несмотря на тот факт, что результатом подобных симптомов должно было стать безотлагательное лечение, необходимая хирургическая операция по выскабливанию для удаления остатков плаценты была проведена лишь на следующий день. Несмотря на явную необходимость немедленного лечения и постоянно ухудшающееся состояние ее здоровья, она была переведена в больницу общего профиля через 49 часов после родов. Вместе с ней в эту больницу не было направлено медицинской документации, и персонал больницы общего профиля не знал о ее недавней беременности. Тот факт, что не были направлены ее документы, а медицинский персонал не был информирован о ее беременности, является грубой небрежностью. Такой ход событий недвусмысленно свидетельствует о том, что ее смерть наступила в результате ряда небрежных действий медицинского персонала после мертворождения. Таким образом, причиной ее смерти стали осложнения, связанные с акушерской практикой во время беременности, и ее следует относить к категории «смерти непосредственно в результате беременности и родов».

5.16 Автор утверждает, что отнесение смерти г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры к категории смертей, не вызванных беременностью и родами, свидетельствует о широко распространенной практике занижения статистики материнской смертности и неверного отражения ее причин в государственном учете. Государство-участник постоянно сталкивается с проблемами в связи с официальными свидетельствами о смерти, целью которых является документальное подтверждение смерти матерей. Информация о свидетельствах о смерти, как правило, является низкосортной или же просто неправильной. Имеются две особые информационные проблемы, связанные со свидетельствами о смерти, обе из которых являются возможными факторами, ставшими причиной неверного отнесения смерти г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры к категории смертей, не вызванных беременностью и родами. Во-первых, как правило, врачи не регистрируют в свидетельстве о смерти факт беременности или недавних родов, в результате чего многие смерти неправильно относят к категории смертей, не вызванных беременностью и родами. В данном случае в официальном свидетельстве о смерти никакого упоминания о беременности нет. Во-вторых, часто бразильские врачи не увязывают непосредственную или окончательную причину смерти с беременностью пациентки, что способствует тому, что многие случаи смерти относятся к категории смертей, не вызванных беременностью и родами. Министерство здравоохранения признало трудности контроля материнской смертности в тех случаях, когда врачи не увязывают

²⁰ Ministério da Saúde, Manual dos Comites de Mortalidade Materna, (3rd ed. 2007), p. 12.

смерть с беременностью пациентки. Врачи часто заявляют, что причиной смерти является «летальное осложнение», или же используют другие медицинские термины, например, «кровотечение», которые конкретно не связаны с беременностью. В свидетельстве о смерти г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры факт ее беременности не упоминается, а фраза «пищеварительное кровотечение» не увязывает ее беременность со смертью. По сути дела, в соответствии с международными и бразильскими медицинскими стандартами указание подобной причины смерти является неполным и недостаточным. Процесс вскрытия не отвечал базовым медицинским стандартам с точки зрения его тщательности и определения причины смерти. Такое краткое описание причины смерти прежде всего объясняется существующими в Бразилии общими проблемами с представлением информации, что вызывает озабоченность в связи с ее надежностью. Кроме того, имеется недостаточная информация для последующего обзора в этих официальных документах, который разъяснит характер смерти г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры.

5.17 В заключение автор заявляет, что в большинстве штатов Бразилии имеются комитеты, занимающиеся вопросами материнской смертности, цель которых состоит в расследовании предполагаемых случаев смерти матерей как на уровне штатов, так и на местном уровне. В городе Белфорд-Рошу, где проживала г-жа да Силва Пиментел Тейшейра, такого комитета нет. Расследование причин ее смерти было проведено другим комитетом — Комитетом по вопросам медицинской смертности системы здравоохранения, — который изучил лишь медицинскую документацию и не провел никакого дополнительного расследования, хотя требование о таком расследовании исходит от министерства здравоохранения. Кроме того, тот факт, что государство-участник полагается на решение Комитета по вопросам смертности, вызывает озабоченность потому, что государство отказалось представить это решение Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин.

Вопросы и процедуры, находящиеся на рассмотрении Комитета

Рассмотрение вопроса о приемлемости сообщений

6.1 В соответствии с правилом 64 своих правил процедуры, Комитет решает вопрос о том, является ли сообщение приемлемым или неприемлемым по Факультативному протоколу к Конвенции. В соответствии с пунктом 4 правила 72 его правил процедуры, он делает это до рассмотрения сообщения по существу.

6.2 Отмечая утверждение государства-участника о том, что гражданский иск семьи покойной все еще находится на стадии рассмотрения и что судебное решение предполагается принять в июле 2008 года, Комитет считает, что государство не предоставило адекватных и убедительных разъяснений по некоторым вопросам, поднятым автором, а именно об отсрочке назначения медицинского эксперта (медицинских экспертов) и об отсрочке судебного процесса и вынесения решений, что не сделано до настоящего момента. Кроме того, Комитет отмечает отсутствие всестороннего разъяснения того, почему были отклонены два заявления *tutela antecipada*, представленные 11 февраля 2003 года и 16 сентября 2003 года. По мнению Комитета, упомянутые выше отсрочки нельзя объяснить сложностью дела или же числом ответчиков, и он делает вывод, что восьмилетняя отсрочка с момента подачи заявления, несмотря на заявление государства-участника о том, что решение будет принято в июле

2008 года, является необоснованно затянутой по смыслу пункта 1 статьи 4 Факультативного протокола.

6.3 Комитет считает, что заявления автора, касающиеся нарушений статей 2 и 12 Конвенции, достаточно обоснованы для целей приемлемости. Поскольку все остальные критерии приемлемости выполнены, Комитет считает сообщение приемлемым и переходит к рассмотрению существа дела.

Рассмотрение существа дела

7.1 Комитет рассмотрел настоящее сообщение с учетом всей информации, предоставленной ему автором и государством-участником, как это предусмотрено в пункте 1 статьи 7 Факультативного протокола.

7.2 Автор утверждает, что смерть г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры является нарушением ее права на жизнь и охрану здоровья в соответствии со статьями 2 и 12 в связи со статьей 1 Конвенции, поскольку государство-участник не обеспечило надлежащего медицинского лечения в связи с беременностью и своевременно не предоставило неотложных акушерских услуг, что является нарушением прав на недискриминацию по признаку пола, расы и социально-экономического положения. В целях рассмотрения указанных заявлений Комитет должен был сначала рассмотреть вопрос о том, относится ли эта смерть к категории смерти во время беременности и родов. После этого он рассмотрит, выполнены ли в этом деле требования, предусмотренные статьей 12.2 Конвенции, в соответствии с которой государства-участники обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период. Лишь после рассмотрения этих аспектов Комитет рассмотрит другие предполагаемые нарушения Конвенции.

7.3 Хотя государство-участник утверждало, что смерть г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры не вызвана беременностью и родами и что возможной причиной ее смерти было кишечное кровоизлияние, Комитет отмечает, что последовательность событий, изложенная автором и не оспоренная государством-участником, а также мнения специалистов, представленные автором, указывают на то, что ее смерть действительно увязывается с осложнениями после акушерского вмешательства в связи с беременностью. Ее жалобы о сильной тошноте и боли в желудке на шестом месяце беременности не были приняты во внимание в медицинском центре, где не были сделаны срочные анализы крови и мочи для установления того, был ли жив плод. Анализы были сделаны через два дня, что привело к ухудшению ее состояния. Комитет напоминает свою общую рекомендацию № 24 (пункт 27), в которой он заявляет, что государство-участник обязано обеспечить осуществление права женщин на безопасное материнство и неотложные акушерские услуги, а также выделить на оказание указанных услуг максимальный объем имеющихся ресурсов²¹. В рекомендации также говорится (пункт 11), что в системе здравоохранения, в которой отсутствуют услуги по предупреждению, выявлению и лечению специфических женских заболеваний, меры по искоренению дискриминации считаются неуместными²². С учетом указанных замечаний Комитет отвергает также довод государства-участника о том, что в сообщении не предусматривается никакой причинно-следственной связи между половой принадлежностью г-жи да Силвы

²¹ Пункт 27.

²² Пункт 11.

Пиментел Тейшейры и возможными допущенными медицинскими ошибками, а также что заявления касались отсутствия доступа к медицинским услугам, связанным с беременностью. В этой связи Комитет придерживается мнения о том, что смерть г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры следует рассматривать как смерть, вызванную беременностью и родами.

7.4 Комитет отмечает также утверждение автора, касающееся низкого качества медицинских услуг, предоставленных ее дочери, что означало не только то, что не были сделаны анализы крови и мочи, но и то, что операция по выскабливанию для удаления последа и плаценты, которые не полностью вышли в процессе родов и могли вызвать кровотечение и даже смерть, была сделана только через 14 часов после искусственных родов. Хирургическая операция была сделана в медицинском центре, должным образом не приспособленном для этой цели, и перевод пациентки в муниципальную больницу занял 8 часов, поскольку эта больница отказалась направить свой единственный автомобиль скорой помощи для ее перевозки, а семья пострадавшей не могла позволить себе нанять частный автомобиль скорой помощи. Комитет отмечает также, что перевод г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры в муниципальную больницу без истории болезни и информации о состоянии ее здоровья не дал никакого результата, поскольку она оставалась практически без ухода во временно оборудованной зоне вестибюля больницы в течение 21 часа до момента смерти. Государство-участник не отвергало неадекватность услуг и не опровергало ни один из указанных факторов. Оно признало, что тяжелое состояние г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры требовало индивидуального медицинского лечения, которое не было предоставлено из-за потенциального неоказания медицинской помощи частным медицинским учреждением, что явилось результатом профессиональной небрежности, неадекватной инфраструктуры и отсутствия профессиональной подготовленности. В этой связи Комитет делает вывод о том, что г-же да Силве Пиментел Тейшейре не был обеспечен доступ к соответствующим услугам в период ее беременности.

7.5 Государство-участник утверждало, что неадекватность медицинского обслуживания должна вменяться в вину не ему, а частному медицинскому учреждению. Оно заявило, что сделанные заявления вскрыли ряд неэффективных методов лечения, приписываемых частному учреждению, результатом которых стала смерть г-жи да Силвы Пиментел Тейшейры. Оно признало недостатки в системе привлечения услуг частных медицинских учреждений и, следовательно, наблюдении и контроле за ними. В этой связи Комитет отмечает, что государство несет прямую ответственность за действия частных учреждений в тех случаях, когда оно передает на подряд оказание медицинских услуг, и более того государство всегда регулирует и контролирует деятельность частных медицинских учреждений. В соответствии с пунктом (е) статьи 2 Конвенции государство обязано проявлять должную осмотрительность для принятия мер по обеспечению того, чтобы политика в области здравоохранения и методы лечения были обоснованными. В данном конкретном случае обязанность государства-участника прочно закреплена в бразильской конституции (статьи 196–200), в которой утверждается право на охрану здоровья в качестве общего права человека. Исходя из этого, Комитет приходит к выводу о том, что государство-участник не выполнило свои обязательства по пункту 2 статьи 12 Конвенции.

7.6 Комитет отмечает, что автор заявляет, что отсутствие доступа к высококачественным медицинским услугам в период беременности — это постоянная проблема в Бразилии, и прежде всего она связана с тем, как осуществляется управление людскими ресурсами в бразильской системе здравоохранения. Комитет принимает также к сведению довод государства-участника о том, что отказ в лечении не обусловлен отсутствием государственной политики и мер в государстве-участнике, так как имеется ряд направлений политики, касающихся удовлетворения особых потребностей женщин. Комитет ссылается на свою общую рекомендацию № 28 (2010) (пункт 28) об основных обязательствах государств-участников в соответствии со статьей 2 Конвенции и отмечает, что политика государства-участника должна быть ориентирована на принятие конкретных мер и достижение конкретных результатов, а также что на ее осуществление должны выделяться соответствующие финансовые ресурсы²³. Кроме того, в соответствии с указанной политикой в рамках государственной исполнительной власти необходимо обеспечить создание мощных специализированных учреждений. Отсутствие адекватных услуг по охране материнского здоровья в государстве-участнике, явно не отвечающее конкретным и особым медицинским потребностям и интересам женщин, является не только нарушением пункта 2 статьи 12 Конвенции, но и дискриминацией в отношении женщин в соответствии с пунктом 1 статьи 12 и статьей 2 Конвенции. Кроме того, отсутствие надлежащих услуг по охране здоровья матери оказывает непропорциональное воздействие на право женщин на жизнь.

7.7 Комитет принимает к сведению заявление автора о том, что г-жа да Силва Пиментел Тейшера была жертвой форм множественных форм дискриминации по причине ее африканского происхождения и социально-экономического положения. В этой связи Комитет ссылается на свои заключительные замечания по Бразилии, принятые 15 августа 2007 года, в которых отмечается наличие фактической дискриминации в отношении женщин, прежде всего женщин, относящихся к наиболее уязвимым слоям населения, таким как женщины африканского происхождения. В них отмечается также, что такая дискриминация усугубляется региональным, экономическим и социальным неравенством. Кроме того, Комитет напоминает свою общую рекомендацию № 28 (2010), касающуюся основных обязательств государств-участников в соответствии со статьей 2 Конвенции, признавая, что дискриминация в отношении женщины по половому и гендерному признаку неотъемлемым образом связана с другими факторами, оказывающими воздействие на женщин, такими как расовое и этническое происхождение, религия и вероисповедание, состояние здоровья, положение, возраст, классовая и кастовая принадлежность, сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Комитет отмечает также, что государство-участник не исключало, что дискриминация в определенной, но не в решающей степени, могла способствовать смерти дочери автора. Государство-участник признает также, что совпадение или связь различных элементов, изложенных автором, могла способствовать тому, что ее дочери не были оказаны необходимые и неотложные медицинские услуги, что привело к смерти. В сложившихся обстоятельствах Комитет делает вывод о том, что г-жа да Силва Пиментел Тейшера была жертвой дискриминации не только по признаку пола, но и потому, что она является женщиной африканского происхождения, а также из-за ее социально-экономического статуса.

²³ Пункт 28.

7.8 Что касается сделанного автором заявления в соответствии со статьями 12 и 2(с) Конвенции о том, что государство-участник не ввело систему, обеспечивающую эффективную судебную защиту, а также не обеспечило адекватных судебных средств защиты, Комитет отмечает, что не было принято мер для того, чтобы установить ответственность лиц, отвечавших за оказание медицинских услуг г-же да Силве Пименел Тейшере. Кроме того, гражданский иск, который был возбужден в феврале 2003 года семьей покойной, все еще находится на рассмотрении, несмотря на утверждение государства-участника о том, что решение предполагалось принять в июле 2008 года. В дополнение к этому были отклонены две просьбы о tutela antecipada — судебном механизме, который мог бы использоваться для недопущения нежелательных задержек с принятием судебного решения. В сложившихся обстоятельствах Комитет считает, что государство-участник не выполнило своего обязательства по обеспечению эффективного судебного разбирательства и защиты.

7.9 Комитет признает моральный ущерб, причиненный автору в результате смерти ее дочери, а также моральный и материальный ущерб, понесенный дочерью покойной, которую бросил ее отец и которая живет с автором в тяжелых условиях.

Рекомендации

8. Действуя в соответствии с пунктом 3 статьи 7 Факультативного протокола к Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и с учетом всех вышеупомянутых соображений, Комитет считает, что государство-участник нарушило свои обязательства по статье 12 (в отношении доступа к медицинскому обслуживанию), статье 2(с) (в отношении доступа к правосудию) и статье 2(е) (в отношении обязательства государства-участника проявлять должную осмотрительность в регулировании деятельности частных медицинских учреждений) в связи со статьей 1 Конвенции с учетом общих замечаний 24 и 28, и выносит следующие рекомендации государству-участнику:

1. В отношении автора и семьи г-жи да Силвы Пиментел Тейшеры:

Обеспечить соответствующее возмещение, включая адекватную денежную компенсацию, автору и дочери г-жи да Силвы Пиментел Тейшеры с учетом тяжести совершенных в отношении нее нарушений;

2. Общие рекомендации:

а) обеспечить осуществление права женщин на безопасное материнство и приемлемый в ценовом отношении доступ всех женщин к адекватным неотложным гинекологическим услугам в соответствии с общей рекомендацией № 24 (1999), касающейся женщин и охраны здоровья;

б) обеспечить надлежащую профессиональную подготовку для сотрудников сферы здравоохранения, прежде всего по вопросам, касающимся прав женщин на охрану репродуктивного здоровья, включая высококачественное лечение во время беременности и родов, а также своевременное оказание неотложных акушерских услуг;

с) обеспечить доступ к эффективным средствам в случае нарушения прав женщин на охрану репродуктивного здоровья и организовать подготовку сотрудников судебных и правоохранительных органов;

d) обеспечить соблюдение частными медицинскими учреждениями соответствующих национальных и международных норм, касающихся охраны репродуктивного здоровья;

e) обеспечить введение соответствующих санкций в отношении сотрудников сферы здравоохранения, нарушающих права женщин на охрану репродуктивного здоровья;

f) сократить случаи материнской смертности, которые можно предотвратить, на основе осуществления Национального пакта о сокращении материнской смертности на уровне штатов и муниципалитетов, в том числе на основе создания комитетов по сокращению случаев материнской смертности там, где их нет, в соответствии с рекомендациями, содержащимися в заключительных замечаниях для Бразилии, принятых 15 августа 2007 года (CEDAW/C/BRA/CO/6).

9. В соответствии с пунктом 4 статьи 7 Факультативного протокола государство-участник должным образом рассматривает мнения Комитета, а также его рекомендации и представляет Комитету в течение шести месяцев письменный ответ, включая любую информацию о любых действиях, предпринятых с учетом мнений и рекомендаций Комитета. К государству-участнику обращена также просьба опубликовать мнения и рекомендации Комитета и перевести их на португальский язык и другие признанные региональные языки, если это необходимо, и широко распространить их в целях охвата всех соответствующих слоев общества.
