



Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации

Distr.: General
21 February 2025
Russian
Original: English

Комитет по ликвидации расовой дискриминации

Общая рекомендация № 37 (2024) о равенстве и свободе от расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье*

I. Введение

1. Реализация прав на равенство и недискриминацию является абсолютной предпосылкой для эффективного осуществления права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Эти права закреплены во многих международных договорах по правам человека¹, а здоровье всех народов признано «основным фактором в достижении мира и безопасности»². Обязательство по обеспечению здорового образа жизни для всех в любом возрасте и сокращению неравенства внутри стран и между ними были подтверждены в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, а именно в поставленных в ней целях 3 и 10 в области устойчивого развития. Равенство заложено в подходе «Единое здоровье», который направлен на поддержание устойчивого баланса и оптимального состояния здоровья человека, животных и экосистем³ для обеспечения глобальной безопасности в вопросах здравоохранения.

2. Занятость, образование, подверженность воздействиям физической среды, профессиональные вредности, жилье, химические вещества, качество воздуха и воды, санитария и гигиена, изменение климата, а также социально-экономическая политика и политика в области развития оказывают значительное воздействие на здоровье и благополучие человека, поскольку они влияют на доступ к ресурсам, возможностям и качеству жизни. Наибольшее влияние на формы проявления неравенства в сфере здравоохранения оказывают структурные детерминанты⁴. К структурным детерминантам здоровья человека относятся расизм, классовая дискриминация, сексизм, эйблизм, ксенофобия, гомофобия и трансфобия⁵.

* Принята Комитетом на его сто тринадцатой сессии (5–23 августа 2024 года).

¹ См., например, Международный пакт о гражданских и политических правах, ст. 2 (п. 2), 3 и 12; Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации, ст. 12; Конвенцию о правах ребенка ст. 2 (п. 2) и 24; Конвенцию о правах инвалидов, ст. 25; и Международную конвенцию о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей, ст. 43 и 45.

² Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

³ WHO, One Health High-Level Expert Panel, «The One Health definition и principles developed by OHNLEP» (2023).

⁴ WHO, *Operational Framework for Monitoring Social Determinants of Health Equity* (2024), p. 2. См. также Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (WHO, 2008), p. 8; и резолюцию WHA74.16 Всемирной ассамблеи здравоохранения.

⁵ WHO, *Operational Framework*.



3. Группы, находящиеся в неблагоприятном положении, подвержены более высоким уровням риска для здоровья и на них приходится более высокие уровни смертности⁶, при этом отказ в доступе к основным лекарственным средствам, вакцинам и другим товарам медицинского назначения создает или закрепляет дискриминацию и усугубляет существующее неравенство в реализации права на здоровье⁷, включая психическое здоровье. Наследие колониализма, рабства и апартеида еще не преодолен⁸, а государства-участники демонстрируют неготовность эффективно признавать в своих мерах политики и действиях негативные последствия, которые по-прежнему ставят в неблагоприятное положение лиц африканского происхождения⁹ и лиц, принадлежащих к другим расовым и этническим группам.

4. Факты свидетельствуют о том, что сокращение масштабов неравенства и ликвидация расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье положительно сказываются на состоянии здоровья людей¹⁰. Усилия в этом направлении способствуют построению более здоровых обществ, в которых обеспечивается соблюдение, защита и осуществление права каждого человека на здоровье. Принимая настоящую общую рекомендацию, Комитет обращается с настоятельными призывами действовать и ставит перед собой задачу поощрять улучшение координации внутри государств-участников и между ними, а также внести ясность в меры, предусмотренные Международной конвенцией о ликвидации всех форм расовой дискриминации, которые необходимы для ликвидации расовой дискриминации и обеспечения равного осуществления права на здоровье¹¹.

II. Нормативная база

A. Право на равенство и свободу от расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье

5. Пункт 1 статьи 1 и подпункт iv) пункта е) статьи 5 Конвенции предусматривают право каждого человека быть свободным от всех форм расовой дискриминации и право на равенство в осуществлении права на здравоохранение, медицинскую помощь, социальное обеспечение и социальное обслуживание. Все люди¹², в том числе принадлежащие к таким этническим группам или группам меньшинств, как рома, тревеллеры, коренные народы, а также члены каст, лица африканского происхождения, лица азиатского происхождения, мигранты, просители убежища, беженцы, апатриды и лица, подвергающиеся дискриминации по признаку цвета кожи, включая лиц с альбинизмом¹³, имеют право на здоровье независимо от возраста, религии и убеждений, состояния здоровья, инвалидности, миграционного статуса, классовой принадлежности, социально-экономического положения, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, половых характеристик или употребления психоактивных веществ¹⁴.

⁶ WHO, *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* (2023).

⁷ [A/HRC/53/50](#), п. 8.

⁸ [A/HRC/54/4](#).

⁹ Общая рекомендация № 34 (2011).

¹⁰ WHO, *Operational Framework*, p. 29.

¹¹ В ходе своей сто седьмой сессии Комитет провел тематическую дискуссию по вопросам расовой дискриминации и права на здоровье, а в период с июля 2023 года по март 2024 года - четыре региональных онлайн-консультации. Замечания были представлены государствами-участниками, международными организациями и учреждениями, национальными правозащитными учреждениями, организациями гражданского общества, ассоциациями медицинских работников и учеными.

¹² Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 1.

¹³ [CERD/C/SEN/CO/19-23](#), пп. 22 и 23; и [CERD/C/ZAF/CO/4-8](#), пп. 20 и 21.

¹⁴ Общая рекомендация № 32 (2009), п. 7; и [A/77/197](#), пп. 3 и 6.

6. Согласно Конвенции, здоровье понимается в свете пункта 1 статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, а именно как наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, и все чаще рассматривается через призму эгоцентризма. Эта точка зрения перекликается с принятыми у коренных народов элементами определений здоровья, которые включают индивидуальные и коллективные аспекты и объединяют духовность, традиционную медицину, биоразнообразие и указывают на их взаимосвязанность¹⁵, а также тесно связаны с правом на самоопределение и поддерживаются принципами Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов. Право на здоровье включает в себя не только право на своевременные и отвечающие потребностям услуги в области здравоохранения, но и на такие основополагающие детерминанты здоровья, как доступ к безопасной питьевой воде и надлежащим санитарным услугам, достаточное снабжение безопасным продовольствием, питание и жилье, безопасные условия труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации по вопросам здоровья человека, в том числе полового и репродуктивного здоровья. Еще одним важным аспектом является участие населения в принятии решений по всем связанным со здоровьем вопросам на общинном, национальном и международном уровнях¹⁶. Этот целостный подход соответствует тексту подпункта iv) пункта е) статьи 5 Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации. Общественное здравоохранение занимается вопросами профилактики заболеваний и травматизма, борьбы с ними, улучшением основных детерминант здоровья, а также вопросами качества взаимодействия между компетентными органами, специалистами, имеющими отношение к здравоохранению, и населением. Медицинское обслуживание включает в себя право на своевременное получение надлежащих медицинских товаров и услуг и включает в себя паллиативную медицинскую помощь, лечение и медицинскую реабилитацию. Неразрывно связанные с усилиями общества по улучшению детерминант здоровья социальное обеспечение и социальные услуги¹⁷ являются правами, имеющими стратегическое значение для ликвидации расовой дискриминации в области здравоохранения¹⁸.

1. Запрещение всех форм расовой дискриминации

Прямая, косвенная и структурная расовая дискриминация

7. Конвенция устанавливает запрет на прямую и косвенную дискриминацию¹⁹. Этот запрет распространяется на акты, — будь то действия или бездействие, — совершаемые в рамках законов, мер политики или практик, которые создают для расовых или этнических групп несоразмерно неблагоприятные условия, ставят в неоправданно неравное положение расовые или этнические группы²⁰ или которые не обеспечивают для находящихся в неблагоприятном положении расовых или этнических групп достаточного прогресса, необходимого им для равного использования своих прав (статья 1 (п. 4)). Статус запрещения расовой дискриминации в международном праве²¹ обуславливает необходимость применения стандарта строгой проверки при оценке соразмерности²² последствий любого различия, исключения или ограничения в осуществлении права на здоровье. Различия по признакам расы, цвета кожи, родового или национального либо этнического происхождения, которое сводит на нет, будь то в законе или на практике,

¹⁵ E/C.19/2023/5 и A/HRC/33/57. См. также E/2013/43-E/C.19/2013/25, п. 4.

¹⁶ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 11.

¹⁷ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 19 (2007), пп. 2, 29 и 30.

¹⁸ Общие рекомендации № 27 (2000), п. 33, и № 34 (2011), п. 55.

¹⁹ Общая рекомендация № 32 (2009), п. 7; и *Л. Р. и др. против Словакии* (CERD/C/66/D/31/2003 и CERD/C/66/D/31/2003/Corr.1), п. 10.4.

²⁰ Общая рекомендация № 14 (1993), п. 2.

²¹ A/77/10, р. 87

²² Общая рекомендация № 30 (2004), п. 4.

осуществление права на здоровье, несоразмерно любой законной цели и представляет собой нарушение Конвенции.

8. Дискриминационные критерии, например, основанные на расовых стереотипах о болезнях, даже если они прямо не указаны в законе, все еще используются в качестве отправной точки при принятии решений. Дискриминационные практики, в частности практики, основанные на искажении практик традиционной медицины, ставят в неблагоприятное положение отдельных лиц или группы лиц, находящихся под защитой Конвенции.

9. Дискриминационные действия могут проявляться как в индивидуальном порядке, например, в виде отсутствия доступа к качественной акушерской помощи²³, так и в отношении группы, например, в форме географической и жилищной сегрегации, лишаящей доступа к поставщикам медицинских услуг²⁴. Бездействие дискриминационного характера может быть направлено против отдельного лица, например, в связи с отказом в предоставлении лечения вследствие расовой предвзятости в отношении состояния здоровья конкретного человека, или против группы лиц, например, в случае непринятия мер против расизма, в том числе против стигматизации, навешивания ярлыков и необоснованного возложения вины, что часто приводит к дискриминационным действиям и даже к насилию в отношении групп и меньшинств²⁵.

10. Расовая дискриминация также проявляется на структурном уровне, особенно в связи с отсутствием надлежащих мер политики, направленных на устранение исторически сложившихся проявлений неравенства в области здравоохранения и высоких показателей нищеты и социального отчуждения²⁶, и отражается в низком уровне участия и представительства лиц, находящихся под защитой Конвенции, в процессах принятия решений на политическом и институциональном уровнях; ограниченном общественном признании и низкой оценке этнического и культурного многообразия; несоразмерно высокой доле лиц, находящихся под защитой Конвенции, в составе тюремного населения²⁷; и недобровольной госпитализации в психиатрические больницы, которая несоразмерным образом затрагивает лиц, находящихся под защитой Конвенции.

11. Структурное неравенство углубилось во время пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19), которая усугубила уязвимость, связанную с устойчивой практикой дискриминации и отчуждения²⁸. Более сильное воздействие пандемии на отдельных лиц и группы, находящиеся под защитой Конвенции, было обусловлено целым рядом факторов²⁹. Более высокие показатели нищеты и ограниченность доступа к социальным детерминантам здоровья препятствуют соблюдению таких мер поддержания общественного здоровья, как мытье рук и физическое дистанцирование. Более высокая распространенность основных заболеваний повышает уязвимость к тяжелым заболеваниям. Чрезмерный полицейский контроль и несоразмерное применение мер, связанных с лишением свободы, повышают риск заражения в местах лишения свободы и повышают уровень стресса и тревожности, что еще больше увеличивает вероятность серьезных заболеваний.

²³ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, *да Силва Пиментел против Бразилии* (CEDAW/C/49/D/17/2008), п. 7.7.

²⁴ Общая рекомендация № 27 (2000), п. 31.

²⁵ Заявление 3 (2020) о пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) и ее последствиях применительно к Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации (A/76/18, п. 18).

²⁶ CERD/C/MEX/CO/16-17, п. 18; CERD/C/RWA/CO/13-17, п. 16; CERD/C/SLV/CO/18-19, п. 14; и CERD/C/HUN/CO/18-25, п. 20.

²⁷ Общая рекомендация № 34 (2011), пп. 5 и 6.

²⁸ Заявление 3 (2020) о пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19).

²⁹ Заявление 2 (2022) об отсутствии справедливого и недискриминационного доступа к вакцинам против COVID-19 (A/77/18, п. 20).

Интерсекциональная дискриминация и неравенство

12. Запрещение расовой дискриминации учитывает теорию интерсекциональности, представляющую собой «концепцию и теоретическую основу, которая облегчает понимание того, как социальные идентичности накладываются друг на друга и создают опыт взаимоусиливающих проявлений дискриминации и сопутствующих форм угнетения»³⁰ по признакам расы, цвета кожи, родового или национального либо этнического происхождения и другим признакам, например по признакам возраста, религии и убеждений, состояния здоровья, инвалидности, миграционного статуса, социально-экономического положения, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного самовыражения или половых характеристик. Например, барьеры в сфере репродуктивного здоровья оказывают кумулятивное воздействие на женщин и девочек из числа коренных народов³¹, женщин и девочек африканского происхождения, женщин и девочек, принадлежащих к этническим меньшинствам или кастам, а также на гендерно вариативных людей; среди этих групп особенно страдают подростки и те, кто находится в неблагоприятном социально-экономическом положении или живет в сельских районах³². Факты свидетельствуют о том, что лица, живущие в нищете или условиях уязвимости, чаще, чем лица из более высоких социально-экономических групп, подвергаются арестам и судебному преследованию за преступления, связанные с наркотическими веществами, и что показатели арестов среди молодежи из числа коренных народов и молодежи африканского происхождения особенно высоки³³.

Расовая предвзятость, в том числе в алгоритмах

13. Расовые предрассудки, убеждения и стереотипы имеют повсеместное распространение и оказывают как осознанное, так и неосознанное влияние на восприятия, решения, поведение и взаимодействие. Исторически связанные с неравенством во власти³⁴, расовые предрассудки усиливаются общественными и культурными нормами, а также личным опытом. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья подтвердила, что признание неосознаваемого предубеждения и принятие мер по устранению институциональных барьеров — это первые шаги к устранению повсеместного расового неравенства в сфере здравоохранения и улучшению результатов лечения пациентов³⁵.

14. Исследования в области здравоохранения показали, что предубеждения приводят к стереотипированию пациентов, принадлежащих к расовым и этническим группам, закрепляют сексизм и другие типы иерархии влияния и порождают недоверие к симптомам, о которых они сообщают, или к их способности принимать обоснованные решения. Неявные предубеждения широко распространены в сфере здравоохранения и могут приводить к неточным диагнозам заболеваний и рекомендациям по их лечению, что в конечном итоге сказывается на качестве оказываемой помощи³⁶.

15. Несмотря на положительный эффект, который новые технологии могут оказать на качество медицинского обслуживания и осуществление права на здоровье, расовая дискриминация может проникнуть в искусственный интеллект через электронные

³⁰ United Nations network on racial discrimination and protection of minorities, *Guidance Note on Intersectionality, Racial Discrimination and Protection of Minorities* (2023), p. 11.

³¹ Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 39 (2022), п. 51.

³² Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 24 (1999), п. 7.

³³ WHO, *Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders* (2024), p. 12.

³⁴ Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, Декларация о расе и расовых предрассудках, ст. 2.

³⁵ [A/77/197](#), п. 49.

³⁶ WHO, *Strengthening Primary Health Care to Tackle Racial Discrimination, Promote Intercultural Services and Reduce Health Inequities: Research Brief* (2022), p. 10.

медицинские карты, передаваемые алгоритмам машинного обучения³⁷, которые все чаще используются в системах здравоохранения. Клинические алгоритмы воспроизводят структурное неравенство в результатах лечения в больничных учреждениях, переводя их в показатели состояния здоровья или не оценивая совокупное влияние психосоциальных, генетических и экологических факторов. Отсутствие прозрачности не позволяет медицинским учреждениям корректировать алгоритмы на практике.

2. Объем понятия равенства

16. Принцип равенства, закрепленный в Конвенции, сочетает в себе формальное равенство перед законом и равную защиту закона с подлинным равенством с точки зрения осуществления права на здоровье как цели³⁸. Для достижения формального равенства национальное законодательство должно запрещать расовую дискриминацию при осуществлении права на здоровье. Закон следует применяться ко всем одинаково, без какой-либо расовой дискриминации, и каждый должен иметь равное право на защиту от расовой дискриминации. Достижение подлинного или фактического равенства требует активных усилий по устранению сохраняющихся структурных различий и существующего неравенства. Цель таких усилий - добиться должного улучшения положения групп населения, находящихся в неблагоприятном положении, обеспечив им полное и равное осуществление права на здоровье, с учетом особых потребностей различных групп или отдельных лиц, затронутых расовой дискриминацией³⁹.

17. В соответствии с Конвенцией государствам-участникам следует: признать и устранить последствия расовой предвзятости и стигматизации (ст. 2, п. 1 d), и 4)⁴⁰; устранить неблагоприятные условия для находящихся под защитой лиц и групп путем принятия позитивных и особых мер (ст. 2, п. 2)); обеспечить активное участие недопредставленных групп (ст. 2, п. 1 e))⁴¹; и добиться структурных изменений (ст. 2, п. 1)⁴².

3. Профилактика, автономия и медицинское обслуживание в соответствии с Конвенцией

18. Расовая дискриминация — это и отдельный риск для здоровья, и структурный социальный детерминант здоровья. Она порождает и усугубляет неравенство в сфере здравоохранения, приводя к появлению или увеличению числа случаев предотвратимых заболеваний и смерти. Право на равенство и свободу от расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье включает в себя: право на предотвращение вредных для здоровья условий, заболеваний и травм, в том числе в чрезвычайных ситуациях; право на телесную автономию и физическую неприкосновенность, включая право на информированное согласие; право на равный и беспрепятственный доступ к информации и культурно приемлемым, гендерно-чувствительным и учитывающим контекст медицинским учреждениям, товарам и услугам, а также право на неприкосновенность частной жизни и соблюдение конфиденциальности в этом контексте; право на защиту от действий частных субъектов, приводящих к ухудшению здоровья; право на участие в принятии решений по связанным со здоровьем вопросам на общинном, национальном и международном уровнях; и право на эффективное средство правовой защиты и возмещение любого ущерба, понесенного в результате расовой дискриминации.

³⁷ [A/HRC/53/65](#), п. 82.

³⁸ Общая рекомендация № 32 (2009), п. 6.

³⁹ Общие рекомендации № 27 (2000), п. 33, № 32 (2009), пп. 11 и 14, и № 34 (2011), п. 55.

⁴⁰ [CERD/C/NLD/CO/22-24](#), пп. 27 и 28; и [CERD/C/RWA/CO/13-17](#), п. 16.

⁴¹ [CERD/C/USA/CO/10-12](#), п. 9; и общая рекомендация № 34 (2011), п. 56.

⁴² [CERD/C/ARG/CO/24-26](#), п. 21; и [CERD/C/USA/CO/10-12](#), п. 36.

В. Предотвращение уязвимостей и неравенства и защита от них применительно к ключевым детерминантам здоровья

19. Свобода от расовой дискриминации и структурного неравенства применительно к ключевым детерминантам здоровья включает свободу от несоразмерной подверженности уязвимости и вредным для здоровья условиям, право на равную защиту необходимых материальных и психосоциальных условий, право на равную защиту от применяемых частными субъектами вредных практик и право на смягчение и возмещение вреда. Дети и подростки, пожилые люди, инвалиды, женщины и гендерно вариативные люди имеют право на контекстно-зависимые профилактические и защитные меры, направленные на борьбу со структурной и интерсекциональной дискриминацией.

1. Безопасная питьевая вода, надлежащая санитария, безопасное питание и жилье

20. В соответствии с пунктом 6 выше подпункт iv) пункта е) статьи 5 понимается как охватывающий право на достаточное количество приемлемой и безопасной питьевой воды и надлежащую санитарию⁴³, безопасное питание⁴⁴ и жилье. Это включает в себя право не подвергаться опасностям ненадлежащего технического обслуживания инфраструктуры водоснабжения и санитарии, приводящего к возникновению таких рисков для здоровья, как заболевания, передающиеся через воду, и заражение окружающей среды. Расовые и этнические группы имеют право на защиту от жилищной сегрегации, дискриминации на рынке частного найма жилья, перенаселенности жилья и принудительных выселений. Они имеют право на меры, направленные на решение таких проблем, как продовольственные пустыни, ограниченность экономических ресурсов, дискриминационные практики в индустрии питания и другие препятствия для доступа к здоровому питанию. Уязвимость и нищета влияют на их рацион и здоровье, приводя к увеличению количества заболеваний, связанных с питанием, и дефицитом питательных веществ.

2. Безопасная и здоровая производственная среда

21. Трудящиеся, принадлежащие к расовым или этническим меньшинствам и/или являющиеся мигрантами, просителями убежища, беженцами либо лицами без гражданства, имеют право на безопасную и здоровую рабочую среду⁴⁵, а также право на равенство в отношении достойных условий труда, справедливой занятости и возможностей для сохранения здоровья и благополучия. Это включает в себя право не подвергаться на рабочем месте повышенному риску получения травм или профессионального заболевания, воздействию токсичных и загрязняющих веществ либо других физических и психосоциальных опасностей, связанных с такими факторами, как сегрегация рабочих мест, дискриминация при найме и продвижении по службе, а также неравное соблюдение правил охраны здоровья и техники безопасности на рабочем месте.

3. Изменение климата и экологические опасности для здоровья человека

22. Расовые и этнические группы имеют право на чистую и здоровую окружающую среду и право на защиту от опасностей, вызванных изменением климата⁴⁶. Они имеют право не подвергаться воздействию деградации окружающей среды и негативным последствиям, связанным с эксплуатацией природных ресурсов, ядерными испытаниями, хранением токсичных отходов, добычей полезных ископаемых, вырубкой лесов и другими источниками экологического вреда⁴⁷ и на защиту от них,

⁴³ См. также [A/62/214](#).

⁴⁴ [A/78/185](#), п. 26.

⁴⁵ См. Международная организация труда, документ ILC.110/Резолюция I.

⁴⁶ Inter-American Court of Human Rights, *Inhabitants of La Oroya v. Peru*, Judgment, 27 November 2023.

⁴⁷ [CERD/C/USA/CO/10-12](#), пп. 45 и 46; [CERD/C/USA/CO/7-9](#), п. 10; [CERD/C/USA/CO/6](#), п. 29; [CERD/C/64/CO/9](#), п. 15; [CERD/C/GUY/CO/14](#), п. 19; [CERD/C/NGA/CO/18](#), п. 19; и [CERD/C/62/Dec/3](#).

а также право на защиту от насилия со стороны государственных органов и сотрудников частных служб безопасности⁴⁸. Они имеют право участвовать и быть услышанными в содержательных консультациях, посвященных вредным для здоровья населения воздействиям. Коренные народы имеют право на сохранение и охрану окружающей среды и производительной способности их земель или территорий и ресурсов⁴⁹.

23. Расовые и этнические группы, некоторые из которых особенно уязвимы к последствиям изменения климата для здоровья в силу своего географического местонахождения, социально-экономического положения, культурных норм и присущих им психологических факторов, имеют право не подвергаться несоразмерно сильному воздействию опасностей на здоровье, вызванных климатом, и быть защищенными от них⁵⁰. Это касается предотвращения негативных последствий, связанных с тепловыми волнами, загрязнением воздуха, увеличением частоты и интенсивности экстремальных погодных явлений и стихийных бедствий и защиты от, а также воздействия таких опасностей на социальные сети и культурные традиции. В этой связи коренные народы имеют право на смягчение изменения климата путем принятия не наносящих вреда мер по защите культурного и языкового разнообразия, систем знаний, продовольственной безопасности, здоровья и средств к существованию⁵¹.

4. Гендерные аспекты

24. Женщины, девочки и лица, принадлежащие к расовым и этническим группам, подвергаются несоразмерно высокому риску для здоровья⁵², вредному поведению и практике, а также неравенству в системах здравоохранения и медицинской помощи. В силу своего зависимого социального положения и повышенной степени уязвимости они нередко подвергаются повышенному риску насилия, включая фемицид⁵³, а также принудительным бракам или мошенничеству (трансграничная брачная миграция), торговле людьми, жестокому обращению и эксплуатации. Мужчины, принадлежащие к некоторым расовым и этническим группам, также подвергаются несоразмерно высокому риску для здоровья вследствие насилия с применением огнестрельного оружия⁵⁴ или стереотипов, связанных с их способностью переносить экстремальные условия труда.

25. Несоразмерно высокие уровни инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, поддерживаются моделями сексуального принуждения, принудительными браками и экономической зависимостью. В области ВИЧ неравенство и насилие в отношении женщин и девочек, отказ в правах на сексуальное и репродуктивное здоровье, злоупотребление уголовным правом, карательные подходы⁵⁵ и обязательное тестирование являются одними из основных препятствий для эффективного реагирования. Женщины и девочки имеют право не подвергаться таким вредным практикам, как калечащие операции на женских половых органах или *укутвала*, которые имеют серьезные последствия для здоровья⁵⁶. Женщины из

⁴⁸ CERD/C/NGA/CO/18, п. 19.

⁴⁹ Декларация Организации Объединенных Наций о правах коренных народов, ст. 29; Inter-American Court of Human Rights, *Indigenous Communities of the Lhaka Honhat (Our Land) Association v. Argentina*, Judgment, 6 February 2020; и African Commission on Human and Peoples' Rights, *Social and Economic Rights Action Center (SERAC) and Center for Economic and Social Rights (CESR) v. Nigeria*, communication № 155/96, 27 October 2001.

⁵⁰ A/HRC/32/23.

⁵¹ Комитет по правам человека, *Билли и др. против Австралии* (CCPR/C/135/D/3624/2019).

⁵² Orielle Solar и Alec Irwin, «A conceptual framework for action on the social determinants of health», *Social Determinants of Health Discussion Paper*, № 2 (WHO, 2010), pp. 33 and 34.

⁵³ CERD/C/BRA/CO/18-20, п. 16.

⁵⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, п. 16.

⁵⁵ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *The Path that Ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023* (2023), pp. 58 and 144.

⁵⁶ CERD/C/ZAF/CO/9-11, п. 33; CERD/C/ZMB/CO/17-19, п. 23; CERD/C/KGZ/CO/8-10, п. 15; и совместная общая рекомендация № 31 Комитета по ликвидации дискриминации

соответствующих общин, включая общины мигрантов, должны принимать непосредственное участие в разработке и реализации мер политики, направленных на защиту женщин и девочек от вредных традиционных практик, и именно в этом контексте следует предотвращать все формы расовой дискриминации⁵⁷.

5. Миграционный статус

26. Подпункт iv) пункта е) статьи 5 Конвенции применяется независимо от миграционного статуса лица. Мигранты, беженцы, просители убежища и лица без гражданства имеют право не подвергаться риску для здоровья, связанному с неудовлетворительными условиями жизни, конфискацией их паспортов или других соответствующих документов, вредными для здоровья условиями труда и исключением из программ социального обеспечения. Неграждане имеют право на интеграцию в местные системы здравоохранения, включая системы медицинского страхования, и равные права на социальное обеспечение без дискриминации⁵⁸. Они имеют право не подвергаться таким вредным для здоровья условиям, как требование о постоянном пребывании в доме работодателя, физическое или психическое насилие⁵⁹. Обеспечение доступа к профилактической и первичной медицинской помощи помимо неотложной помощи для всех мигрантов, включая лиц без документов, позволяет снизить расходы на здравоохранение и обеспечить защиту мигрантов от расовой дискриминации.

6. Лишение свободы

27. Лица, принадлежащие к расовым и этническим группам, имеют право не подвергаться в несоразмерной степени лишению свободы⁶⁰, во время которого они не пользуются надлежащим медицинским обслуживанием, подвержены насилию, психическим расстройствам и сталкиваются с препятствиями на пути к реинтеграции в общество, что приводит к сохранению существующего неравенства в области здравоохранения. Мигранты, просители убежища и лица без гражданства имеют право не подвергаться вредным для здоровья условиям содержания в иммиграционных или других центрах содержания под стражей. Находящиеся в таких центрах женщины и дети имеют право не подвергаться повышенному риску эксплуатации, злоупотреблений и гендерного насилия. В местах лишения свободы люди с инвалидностью сталкиваются с дополнительными препятствиями в доступе к медицинским и вспомогательным услугам. Ликвидация расовой дискриминации, характерным проявлением которой является несоразмерное применение лишения свободы, вызывает необходимость применения мер, альтернативных содержанию под стражей и создания гуманных условий в тех случаях, когда содержание под стражей строго необходимо, в том числе в отношении доступа к медицинскому обслуживанию, юридической помощи и поддержки таких уязвимых лиц, как дети, беременные женщины и лица, пережившие пытки или травмы.

7. Гуманитарные кризисы, вооруженные конфликты и односторонние принудительные меры

28. Там, где расизм и расовая дискриминация являются одной из коренных причин международного и немеждународного вооруженного конфликта, лица, находящиеся под защитой Конвенции, могут в несоразмерно высокой степени подвергаться убийствам, увечьям и другим формам насилия, включая пытки и сексуальное насилие, принудительному перемещению и дискриминации в осуществлении права на здоровье и пользовании его ключевыми детерминантами. Смертоносные автономные системы вооружений⁶¹ повышают риск придания системного характера расовым

в отношении женщин/замечание общего порядка № 18 Комитета по правам ребенка по вредной практике, п. 19.

⁵⁷ End FGM European Network, «Position paper: FGM, antiracism & intersectionality» (2022), p. 17.

⁵⁸ CERD/C/KOR/CO/17-19, п. 32.

⁵⁹ CERD/C/CHN/CO/14-17, пп. 30 и 31.

⁶⁰ CERD/C/USA/CO/10-12, п. 28.

⁶¹ Резолюция 78/241 Генеральной Ассамблеи.

предвзятости и расчеловечиванию потенциальных целей. Конвенция продолжает применяться в условиях такого вооруженного конфликта. Все люди имеют право не подвергаться насилию и травмированию, вследствие которых могут, в частности, возникать посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и тревожное состояние, а также имеют право на равное пользование правом на здоровье и на равный доступ к гуманитарной помощи, защите и возможностям для восстановления и нормализации условий жизни.

29. Расовые и этнические группы имеют право на защиту от несоразмерного применения к ним односторонних принудительных мер и их чрезмерного соблюдения. Необходимо внедрить эффективные системы гуманитарных исключений из санкций⁶² в целях обеспечения провоза медицинского оборудования и медикаментов, продовольствия, гуманитарной помощи и другой помощи для поддержания таких критически важных объектов инфраструктуры и услуг, как водоснабжение, санитария и электроснабжение.

8. Право на телесную автономию и физическую неприкосновенность

30. Лица и группы, находящиеся под защитой Конвенции, имеют право на телесную автономию и физическую неприкосновенность. Оно включает в себя право на выражение согласия на лечение, право на доступ к услугам репродуктивного здоровья, включая лекарства и товары медицинского назначения, а также право на свободу от насилия, принуждения или насильственного вмешательства⁶³. Это право подразумевает полное соблюдение принципов достоинства, автономии и самоопределения. Обязательное тестирование на ВИЧ/СПИД только неграждан или проводимое по признаку расы, цвета кожи, родового, национального или этнического происхождения для целей трудоустройства, въезда в страну, пребывания или проживания в ней является неэффективным для целей общественного здравоохранения и носит дискриминационный характер⁶⁴.

Госпитализация, изоляция и лечение, применяемые в принудительном порядке

31. Расовая предвзятость может стать причиной гипердиагностики психических заболеваний и несоразмерного использования принудительных методов в области психического здоровья, включая недобровольную госпитализацию и лечение, а также изоляцию и ограничения свободы движений. Права на равенство и свободу от расовой дискриминации включают в себя предотвращение недобровольной госпитализации и лечения, а также изоляции и ограничения свободы движений лиц, находящихся под защитой Конвенции и защиту от них, как в контексте служб психического здоровья, так и в обществе в целом⁶⁵.

Принудительная стерилизация

32. Женщины из числа коренных народов, женщины африканского происхождения, женщин из числа рома и женщины, принадлежащие к другим этническим группам и кастам, становятся объектом мер политики, связанных с контролем численности населения, в том числе посредством принудительной стерилизации⁶⁶, а также мер политики борьбы с ВИЧ и другими инфекциями. В этих группах женщины с

⁶² [A/HRC/54/23](#).

⁶³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечания общего порядка № 14 (2000), п. 8, и № 22 (2016), п. 5; и [A/HRC/35/21](#), пп. 30–34.

⁶⁴ UNAIDS and United Nations Development Programme (UNDP), «Still not welcome: HIV-related travel restrictions» (2019). См. также [CERD/C/MDA/CO/8-9](#), п. 13. См. далее *Л. Г. против Республики Корея* ([CERD/C/86/D/51/2012](#)); после рассмотрения этого сообщения государство-участник отменило обязательное тестирование на ВИЧ/СПИД, а автор сообщения получила компенсацию.

⁶⁵ [CERD/C/GBR/CO/21-23](#), п. 31.

⁶⁶ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and others, «Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement» (WHO, 2014). См. также Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016), п. 30.

интеллектуальными и/или психосоциальными расстройствами лишены правоспособности и, как следствие, права выражать согласие. Принудительная стерилизация является нарушением Конвенции; она нарушает права на репродуктивную автономию, доступ к информации, неприкосновенность личности, неприкосновенность частной жизни и свободу от расового и гендерного насилия и дискриминации⁶⁷.

Криминализация абортов и небезопасные аборты

33. Законная и эффективная доступность безопасного аборта является частью права контролировать свое здоровье и тело, а также права на жизнь лиц, защищенных Конвенцией⁶⁸. Женщины из числа коренных народов, гендерно вариативные люди и женщины из числа расовых и этнических меньшинств зачастую подвергаются повышенному риску нежелательной беременности и нередко не имеют средств для преодоления социально-экономических и других барьеров для получения доступа к современным методам контрацепции и безопасным абортам. Запрет на доступ к абортам имеет глубокие несопоставимые последствия и противоречит принципу недопустимости регрессии в отношении стандартов по обеспечению доступа к безопасному, законному и эффективному аборту, подробно раскрытому в *Руководстве по уходу при прерывании беременности* Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)⁶⁹.

34. В любых обстоятельствах криминализация абортов представляет собой косвенную форму интерсекциональной расовой и гендерной дискриминации, поскольку она в большей степени затрагивает женщин из числа коренных народов и женщин африканского происхождения, особенно с низким уровнем дохода⁷⁰, подвергая их жизнь опасности и являясь нарушением принципа недопустимости регрессии. Криминализация абортов еще больше усугубляет занижение важных показателей здоровья в отчетности и подрывает мониторинг расового неравенства⁷¹. Непризнание последствий сексуального насилия на расовой почве, создание препятствий для доступа к информации и программам по современным методам контрацепции и безопасному прерыванию беременности, а также криминализация доступа к производству абортов и наказание за него представляют собой последовательность взаимоусиливающих дискриминационных воздействий, и каждое такое действие или бездействие представляет собой нарушение подпункта iv) пункта e) статьи 5.

С. Право на систему охраны здоровья, включая правомочия на пользование общественным здравоохранением и медицинскими учреждениями, товарами и услугами

35. Право, изложенное в подпункте iv) пункта e) статьи 5, включает в себя право на инклюзивную систему здравоохранения, право на равный и беспрепятственный доступ к культурно приемлемым, гендерно-чувствительным и учитывающим контекст качественным медицинским учреждениям, товарам и услугам, право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, а также право на участие.

⁶⁷ Inter-American Court of Human Rights, *I.V. v. Bolivia*, Judgment, 30 November 2016; European Court of Human Rights, *A.P., Garçon and Nicot v. France*, Applications № 79885/12, № 52471/13 and № 52596/13, Judgment, 6 April 2017; African Commission on Human and Peoples' Rights, general comment № 4 (2017), para. 58; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 22 (2016), п. 30; Комитет по правам инвалидов, замечание общего порядка № 3 (2016), п. 32; и [A/HRC/31/57](#), п. 45.

⁶⁸ ВОЗ, *Руководство по уходу при прерывании беременности* (2022 год).

⁶⁹ Веб-приложение А. Ключевые международные стандарты прав человека в отношении прерывания беременности, URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>.

⁷⁰ CERD/C/SLV/CO/18-19, п. 27. См. также CERD/C/USA/CO/10-12, п. 35; и CERD/C/BRA/CO/18-20, п. 16 b).

⁷¹ [A/66/254](#), п. 19.

Принцип свободы от расовой дискриминации и правомочия, гарантирующие подлинное равенство, применимы ко всем четырем описанным ниже основным элементам права на здоровье⁷².

1. Наличие

36. Расовые и этнические группы имеют право на подлинное равенство с точки зрения наличия в пределах разумной географической досягаемости достаточного количества функционирующих медицинских учреждений, а также предлагаемых товаров, услуг и программ, а также на наличие традиционных методов лечения и лекарств⁷³. В этой связи необходимо учитывать существующие формы неравенства, высокие уровни уязвимости и давно сложившиеся различия в показателях состояния здоровья, с тем чтобы обеспечить подлинное равенство в распределении квалифицированных медицинских работников и других специалистов здравоохранения, основных лекарственных средств, вакцин, анализов и других профилактических товаров и услуг⁷⁴, а также устранить причины смертности и заболеваемости, которые оказывают несоразмерно сильное влияние на группы, подпадающие под действие Конвенции⁷⁵, включая забытые тропические болезни. Проявления микроагрессии, преступления на почве расовой ненависти и язык ненависти, а также вызываемый ими стресс влекут за собой целый ряд негативных последствий для состояния здоровья, включая депрессию, тревожное состояние и такие проблемы с физическим здоровьем, как гипертония и сердечно-сосудистые заболевания⁷⁶. Расовые и этнические группы имеют право на услуги, обеспечивающие поддержку лиц с психосоциальными расстройствами и лиц с неинфекционными заболеваниями.

2. Доступность, включая физическую, экономическую (ценовую доступность), информационную и цифровую доступность

37. Отдельные лица и группы, находящиеся под защитой Конвенции, имеют право на равную и беспрепятственную доступность, включая физическую, экономическую (ценовую доступность), информационную и цифровую доступность, к медицинским учреждениям, товарам, услугам и программам, в том числе к традиционным лекарствам и практикам⁷⁷. Равенство в доступности включает защиту от преследований и насилия в отношении лиц, пытающихся получить доступ к услугам⁷⁸, в том числе к услугам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем, особенно к услугам по прерыванию беременности⁷⁹. Это право включает всеобщий и недискриминационный доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам для всех; в усилиях по смягчению и устранению неблагоприятных условий, отчуждения и маргинализации должна учитываться интерсекциональная дискриминация. Равенство в доступности может быть усилено такими цифровыми формами здравоохранения, как телемедицина, при условии, что гарантии равенства и недискриминации обеспечивают запрет расовой дискриминации и равную защиту чувствительных личных данных, и что такие формы здравоохранения не приводят к усилению цифрового разрыва в результате использования цифровых инструментов и онлайн-пространства⁸⁰.

⁷² Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечания общего порядка № 14 (2000), п. 12, и № 22 (2016), пп. 12–21.

⁷³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечания общего порядка № 14 (2000) и № 22 (2016). См. также [CERD/C/SLV/CO/18-19](#), пп. 34 и 35.

⁷⁴ [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), п. 20; [CERD/C/BRA/CO/18-20](#), п. 15; и [CERD/C/THA/CO/4-8](#), п. 37.

⁷⁵ [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), п. 15 с); и [CERD/C/RUS/CO/25-26](#), п. 30 g).

⁷⁶ [A/77/197](#).

⁷⁷ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000).

⁷⁸ [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), п. 21.

⁷⁹ [CERD/C/SLV/CO/18-19](#), пп. 26 и 27.

⁸⁰ *WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening* (2019); и [A/HRC/53/65](#), пп. 31–36.

38. Физическая доступность должна обеспечиваться для всех, особенно для лиц, принадлежащих к расовым и этническим группам, включая, в частности лиц, живущих в сельских и отдаленных районах, инвалидов, беженцев и внутренне перемещенных лиц, апатридов и лиц, лишенных свободы. Подлинное равенство включает в себя правомочия пользоваться такими позитивными мерами, как меры, обеспечивающие наличие и доступность по цене возможностей для установления связи с такими службами и организации поездки к месту их нахождения.

39. Равный доступ к доступным по цене основным услугам здравоохранения означает, что каждый может получить необходимые медицинские услуги, не рискуя столкнуться с финансовыми затруднениями⁸¹; от пациентов не следует требовать немедленную оплату непосредственно в месте их предоставления. Государствам-участникам следует устранить финансовые препятствия для доступа к медицинскому обслуживанию посредством перехода ко всеобщему охвату услугами здравоохранения и обеспечить, чтобы государственные и частные системы медицинского страхования не допускали дискриминации в отношении кого бы то ни было, включая лиц, подпадающих под действие Конвенции⁸².

40. Доступность информации включает в себя право лиц, принадлежащих к расовым и этническим группам, на просвещение по вопросам здоровья и получение научно обоснованной информации, необходимой им для активного участия в охране своего здоровья и отстаивания своего права на получение необходимой медицинской помощи⁸³. Это подразумевает право на медицинскую грамотность, включающее в себя право: получать доступ к достоверной и актуальной медицинской информации; понимать медицинскую информацию; оценивать достоверность, точность и актуальность медицинской информации для принятия информированных решений; использовать медицинскую информацию для принятия решений об обращении за медицинской помощью, профилактических мерах и выборе образа жизни, способствующего благополучию; эффективно коммуницировать с поставщиками медицинских услуг; и понимать, как работают системы медицинского обслуживания, включая системы, обеспечивающие страховое покрытие и прохождение административных процессов.

3. Приемлемость

41. Все поставщики медицинских услуг, товаров, услуг и информация должны уважать культуру расовых и этнических групп и коренных народов, а также учитывать пол, возраст, инвалидность, гендерное и сексуальное многообразие и потребности на протяжении разных этапов жизненного цикла. Медицинские услуги, учитывающие культурные аспекты, уважающие традиции и приемлемые с точки зрения культуры, должны быть доступны в пределах разумной географической досягаемости⁸⁴. Их следует: адаптировать к языковым особенностям потребителей, разрабатывать в сотрудничестве с заинтересованными общинами; и предоставлять с участием медицинских работников из числа представителей этих общин⁸⁵. Обеспечение равенства с точки зрения приемлемости медицинской помощи предполагает активную борьбу со стереотипами и наследием теорий расового превосходства, рабства и колониализма⁸⁶, а также предубеждениями против традиционных знаний, целителей и практик⁸⁷. Отсутствие признания или произвольный запрет традиционных

⁸¹ ВОЗ, «Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ)», 5 октября 2023 года, URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁸² CERD/C/KOR/CO/17-19, п. 32; и CERD/C/CHN/CO/14-17, пп. 29 и 31.

⁸³ CERD/C/SLV/CO/18-19, пп. 34 и 35.

⁸⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, п. 24 е). См. также CERD/C/GTM/CO/16-17, п. 14 с); и New Zealand, Ministry of Health, «Māori health», URL: <https://www.health.govt.nz/maori-health>.

⁸⁵ CERD/C/ECU/CO/20-22, п. 21; CERD/C/MEX/CO/16-17, п. 19; CERD/C/COL/CO/14, п. 22; и CERD/C/GTM/CO/16-17, пп. 33 и 34.

⁸⁶ A/77/197, пп. 47–60.

⁸⁷ ВОЗ, Глобальные стратегии и планы действий, срок выполнения которых истекает в течение одного года: Стратегия ВОЗ в области народной медицины на 2014–2023 годы,

целителей, лекарств и фармакопей, характерных для определенных этнических групп, делает членов этих групп уязвимыми к заболеваниям.

4. Качество

42. Расовые и этнические группы имеют право на медицинские учреждения, товары, услуги и информацию высокого качества, которые имеют под собой научную основу, а также соответствуют научным и медицинским стандартам и современным требованиям. Для этого необходим доступ к подготовленному и квалифицированному медицинскому персоналу, научно проверенным (с неистекшим сроком годности) медикаментам, а также современному медицинскому оборудованию. Институциональная расовая предвзятость по-прежнему препятствует и ограничивает доступу к качественным и надлежащим медицинским товарам и услугам из-за неравенства в процессе участия в принятии клинических решений, а также вследствие нормализации социальных конструктов в практике, протоколах и политике здравоохранения. Стереотипирование заболеваний, а также предвзятый подход к подготовке медицинского персонала и созданию учебных материалов продолжают по причине смешения понятий расы и наследственности, использования терминов с расовым оттенком и использования указаний на различия в распространенности заболеваний у отдельных групп людей.

43. Согласно унаследованным из истории рабства стереотипам, женщины и мужчины африканского происхождения считаются физически более сильными и способными переносить более интенсивную боль⁸⁸. Рабочая группа экспертов по лицам африканского происхождения получила сообщения, указывающие на недостаток знаний у поставщиков медицинских услуг о характере проявления симптомов внутри и на поверхности тела людей с черным цветом кожи⁸⁹. Женщины африканского происхождения, женщины из числа коренных народов и женщины из числа рома часто вынуждены дольше ожидать получения медицинских услуг, включая доступ к лекарственным средствам⁹⁰, даже во время родовых схваток. Группы, подпадающие под действие Конвенции, как правило, исключаются из медицинских исследований и изучения методов лечения и применения лекарственных средств. Врачи сообщают, что вследствие предвзятости, структурных барьеров и нежелания проявлять гибкость и оперативность в отношении интеграции и привлечения к участию представителей этнических и расовых групп при проведении испытаний медицинских препаратов, а также других товаров и услуг интересы этих групп игнорируются.

D. Сексуальное и репродуктивное здоровье

44. Свобода от расовой дискриминации и право на равенство в области сексуального и репродуктивного здоровья включают равный доступ к услугам по охране сексуального, репродуктивного здоровья и здоровья новорожденных и их равноценное качество. В этой связи необходимо обеспечить всеобщий и всеобъемлющий охват медицинским обслуживанием, который бы позволил предотвратить дискриминационные практики, связанные с расходами на оплату родов и услуг родовспоможения, и снизить риск возникновения осложнений беременности и осложнений во время родов⁹¹. Для обеспечения права на равенство необходимо устранить причины материнской смертности, репродуктивной и материнской заболеваемости и связанной с ними инвалидности, которые в несоразмерно большой степени затрагивают лиц, подпадающих под действие Конвенции; укрепить систему

документ EB152/37. См. также Декларацию Организации Объединенных Наций о правах коренных народов, ст. 21, 24, 29 и 31.

⁸⁸ CERD/C/CHL/CO/22-23, п. 12.

⁸⁹ Submission of the Working Group for the Committee's day of general discussion on racial discrimination and the right to health, p. 2, URL: <https://www.ohchr.org/en/events/days-general-discussion-dgd/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health>.

⁹⁰ CERD/C/CHL/CO/22-23, пп. 12 и 13.

⁹¹ CERD/C/CZE/CO/12-13, п. 23.

здравоохранения, нацелив ее на сбор высококачественных данных, необходимых для удовлетворения потребностей и приоритетов женщин, девочек и гендерно вариативных людей; и наладить подотчетность на случай нарушений для повышения качества обслуживания и соблюдения принципа справедливости. Женщины и гендерно вариативные люди, находящиеся под защитой Конвенции, имеют право на равенство в следующих вопросах: наличие дородового и послеродового ухода, помощь со стороны квалифицированного персонала по акушерству и неотложной акушерской помощи; доступность как в законодательном порядке, так и на практике услуг по охране материнского здоровья; приемлемость услуг по охране материнства, которые должны предоставляться с уважением к их достоинству и учетом их потребности и взглядов; и надлежащее качество учреждений, товаров, услуг и информации, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, включая соблюдение стандарта, в соответствии с которым услуги должны быть научно обоснованы, соответствовать научным и медицинским требованиям, быть современными и качественными.

Е. Право на неприкосновенность частной жизни

45. Право на неприкосновенность частной жизни гарантирует расовым и этническим группам, а также коренным народам право на равенство и свободу от расовой дискриминации в отношении защиты и использования их данных, касающихся здоровья⁹². Каждый человек, находящийся под защитой Конвенции, имеет право на защиту своих персональных данных, включая право на прозрачность обработки данных; право возражать против обработки данных, относящихся к здоровью; право на доступ к медицинским данным, а также на их перенос, исправление и удаление; и право на эффективные средства защиты от нарушений. Медицинские работники и потребители медицинских услуг, находящиеся под защитой Конвенции, должны иметь возможность пользоваться правом на неприкосновенность частной жизни без какой-либо расовой дискриминации или любых других интерсекциональных признаков, признанных в настоящей общей рекомендации.

III. Обязанности и рекомендации

46. Подпункт iv) пункта е) статьи 5, статьи 6 и 7 влекут за собой обязательства обеспечивать: а) предотвращение вредных для здоровья условий, включая изменение климата и опасности экологического характера; б) доступ к безопасной питьевой воде, надлежащей санитарии, безопасному питанию, жилью и безопасным и здоровым условиям труда; в) достаточное количество и качество профилактических, лечебных и реабилитационных медицинских услуг и основных медикаментов, включая традиционные лекарства и лечебные практики, в пределах разумной географической доступности; г) доступ к информации и технологии, а также принятие мер по преодолению цифрового разрыва; д) ликвидацию расового неравенства по показателям состояния здоровья и обеспеченности ресурсами здравоохранения, а также по защите от угроз здоровью, возникающих в результате действий третьих лиц; е) сбор и дезагрегирование обновляемых статистических данных и мониторинг неравенства в сфере здравоохранения; ж) содействие повышению уровня информированности и просвещения общественности в области борьбы с расовой дискриминацией при осуществлении права на здоровье; з) непосредственное участие расовых и этнических групп в принятии решений; и) принятие и осуществление национальной стратегии и национального плана действий по вопросам социального обеспечения; и) право на эффективное средство правовой защиты и возмещение любого ущерба, понесенного в результате расовой дискриминации. Государства должны предотвращать дискриминацию, защищать людей от вреда и поощрять равенство и достоинство всех членов общества. Для борьбы со структурным неравенством необходимы всеобъемлющие стратегии, направленные на устранение

⁹² [A/74/277](#), приложение, гл. II и III.

коренных причин неравенства в сфере здравоохранения и способствующие социальной справедливости, равенству и инклюзивности. Это включает в себя инвестирование в осуществляемые под руководством общин инициативы и ресурсы, поощрение разнообразия и компетентности по вопросам учета культурных аспектов в здравоохранении и других секторах, а также выявление и устранение более широкого структурного неравенства и системных барьеров, которые закрепляют расовое неравенство в области здравоохранения.

А. Общие принципы в отношении обязательств по Конвенции

47. Статья 2, рассматриваемая в совокупности с подпунктом iv) пункта е) статьи 5, влечет за собой обязательства по соблюдению, защите и осуществлению права на равенство и свободу от расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье. Государства-участники обязаны проводить политику по ликвидации дискриминации; «без промедления» должен быть принят широкий спектр конкретных мер, включая особые меры. Обязательства, принятые в соответствии с подпунктом iv) пункта е) статьи 5, вступают в силу немедленно⁹³. Принятие регрессивных мер не разрешается⁹⁴. Государства должны строго проверять необходимость и соразмерность мер, затрагивающих расовые и этнические группы и коренные народы. С учетом научных знаний о последствиях расизма для здоровья человека, принятие интерсекциональных мер по борьбе с расизмом должно получить приоритет по сравнению с другими конкурирующими интересами. Обязательства по Конвенции распространяются не только на территорию каждого государства-участника, но и на все другие территории, над которыми государство-участник осуществляет контроль, в том числе в ходе вооруженных конфликтов⁹⁵.

В. Обязательство соблюдать

48. Обязательство соблюдать право на здоровье без расовой дискриминации требует от государств воздерживаться от любых действий или любого бездействия, в том числе в отношении любого закона, политики или любой практики, которые прямо или косвенно ограничивают или несоразмерным образом затрагивают осуществление права на здоровье расовыми и этническими группами. Оно также требует от государств принимать общие и особые позитивные меры для обеспечения равенства в осуществлении права на здоровье.

1. Воздержание от любых дискриминационных действий и отмена любой политики или любого закона, которые приводят к телесным повреждениям, предотвратимой заболеваемости и смертности⁹⁶

49. Компетентные органы, включая сотрудников правоохранительных органов и компетентные органы здравоохранения, должны воздерживаться от актов расовой предвзятости, стигматизации, дискриминации, насилия, мотивированного предвзятостью, и разжигания расовой ненависти.

50. Государствам-участникам следует отменить:

а) любой закон и любую меру политики, несоразмерным образом ограничивающие доступ, в том числе для неграждан, к профилактическим, лечебным и паллиативным медицинским услугам;

⁹³ См. также Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечания общего порядка № 14 (2000), п. 30, и № 3 (1990), п. 1.

⁹⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), п. 32.

⁹⁵ CERD/C/RUS/CO/25-26, п. 4. См. также CERD/C/MDA/CO/8-9, п. 3.

⁹⁶ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000), пп. 48–50.

b) законы, обязывающие поставщиков медицинских услуг сообщать в органы полиции о мигрантах без документов⁹⁷.

51. Государствам-участникам следует воздерживаться от:

a) запрещения доступа к традиционной медицине и традиционным практикам или препятствования ему;

b) проведения дискриминационных экспериментальных исследований, применения принудительных методов лечения и дискриминационных ограничений в борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, а также в области психического здоровья;

c) помещения под стражу лиц, уязвимых по состоянию здоровья;

d) принятия несоразмерно жестких миграционных законов и правоприменительных практик, наносящих вред здоровью;

e) принятия дискриминационных законов и практик в области сексуального и репродуктивного здоровья; напротив, следует запретить принудительную стерилизацию; декриминализировать доступ к абортам; и обеспечить доступ к контрацептивам и другим медицинским товарам;

f) осуществления деятельности, наносящей несоразмерный ущерб окружающей среде;

g) содействия жилищной сегрегации населения и размещения расовых и этнических групп в отдаленных районах без доступа к поставщикам медицинских и других услуг⁹⁸;

h) экспроприации земель у коренных народов и их перемещения без их предварительного, свободного и осознанного согласия; и создания мест захоронения отходов или других экологических угроз на территориях коренных народов⁹⁹;

i) наложения ограничений на постоянные права коренных народов и создания угрозы для их самоопределения, традиционных средств к существованию и культурных прав, определяемых стандартами Декларации Организации Объединенных Наций о правах коренных народов¹⁰⁰;

j) чрезмерного полицейского контроля в отношении общин, расового профилирования, усиленного наблюдения и других форм деятельности органов полиции, которые негативно влияют на психическое здоровье и благополучие людей и их семей;

k) применения к лицам, находящимся под защитой Конвенции, недобровольной госпитализации в психиатрические учреждения, недобровольного лечения, изоляции и ограничения свободы движений;

l) применения одиночного заключения и химических веществ, за исключением случаев, когда их применение соответствует строго определенным условиям, которые регулярно проверяются на предмет расовой предвзятости;

m) криминализации безопасных традиционных медицинских практик и осуществления таких репродуктивных прав, как право на аборт;

n) участия в акушерском насилии, включая практику сегрегации в родильных домах; государствам-участникам следует включить в свое законодательство прямой запрет на подобную практику;

o) отказа в доступе к медицинским услугам, в том числе посредством предъявления чрезмерных требований к полисам медицинского страхования или путем криминализации въезда в страну и пребывания в ней мигрантов без документов;

⁹⁷ CERD/C/DEU/CO/23-26, п. 38 b); и CERD/C/CZE/CO/12-13, п. 24.

⁹⁸ Общая рекомендация № 27 (2000), п. 31.

⁹⁹ CERD/C/CHL/CO/22-23, п. 28; и CERD/C/USA/CO/7-9, п. 24.

¹⁰⁰ CERD/C/ZMB/CO/17-19, пп. 25 и 26; и CERD/C/MNG/CO/23-24, п. 23.

р) принятия мер политики и законодательства, которые увязывают жилищные субсидии и финансовую помощь с условиями, которые в несоразмерной степени затрагивают членов семей с низким доходом, особенно женщин из числа этнических меньшинств¹⁰¹;

q) применения обязательных схем управления доходами; кроме того, государства-участникам следует устранить дискриминационные условия в доступе к пособиям¹⁰²;

г) участия в вооруженных конфликтах, применения оружия и торговли оружием, приводящих к нанесению телесных повреждений членам общин, подпадающих под действие Конвенции;

s) подписания двусторонних или многосторонних соглашений, которые усиливают уязвимость групп населения, подпадающих под действие Конвенции, и приводят к негативным последствиям для здоровья человека;

t) использования расово предвзятых данных и предвзятых алгоритмов при разработке политики в области здравоохранения и социальной политики;

u) использования расовых стереотипов и дезинформации в качестве основы для принятия решений, касающихся охраны здоровья или лечения;

v) создания для расовых и этнических групп рисков для здоровья в системах управления данными.

2. Равный доступ к культурно приемлемым, гендерно-чувствительным и учитывающим контекст качественным медицинским учреждениям, товарам, услугам, социальным детерминантам здоровья, право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, а также право на участие

52. Государства должны предпринимать действия для продвижения и гарантирования равенства в осуществлении права на здоровье путем:

a) принятия всеобъемлющего законодательства, прямо предусматривающего позитивные меры по обеспечению равенства и соблюдения норм межкультурной коммуникации в сфере здравоохранения¹⁰³, включая меры по защите права на частную жизнь и конфиденциальность;

b) справедливого распределения квалифицированных медицинских работников и других специалистов здравоохранения, основных лекарственных средств и профилактических товаров и услуг, в том числе с помощью мобильных медицинских клиник¹⁰⁴;

c) устранения с помощью научно обоснованных мер политики причин смертности и заболеваемости, включая коммерческие детерминанты здоровья, которые в несоразмерно высокой степени затрагивают расовые и этнические группы;

d) обеспечения доступа к всеобщему медицинскому страхованию и инклюзивного подхода к укреплению здоровья наиболее нуждающихся, включая мигрантов и просителей убежища, а также ЛГБТК+ людей в этих группах¹⁰⁵;

e) обеспечения того, чтобы коренным народам предоставлялись услуги достаточным количеством медицинских специалистов, и установления контрольных показателей для мониторинга прогресса в ключевых областях, в которых коренные народы находятся в неблагоприятном положении¹⁰⁶;

f) обеспечения того, чтобы поставщики медицинских услуг: информировали каждого пациента, находящегося под защитой Конвенции,

¹⁰¹ CERD/C/SGP/CO/1, пп. 17 и 18.

¹⁰² CERD/C/AUS/CO/18-20, п. 24.

¹⁰³ CERD/C/SLV/CO/18-19, пп. 34 и 35.

¹⁰⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, п. 24 е).

¹⁰⁵ CERD/C/DEU/CO/23-26, п. 38 а).

¹⁰⁶ CERD/C/AUS/CO/14, п. 19.

о характере процедур, вариантах лечения и разумных альтернативах, включая потенциальные риски и преимущества; учитывали индивидуальные потребности людей и обеспечивали понимание ими предоставляемой информации; и убеждались, что полученное согласие является свободным и добровольным;

g) привлечения медицинских специалистов, специализирующихся межкультурных аспектах лечения, а также расширения компетенций имеющегося персонала по вопросам межкультурной коммуникации;

h) создания возможностей для установления связи с поставщиками медицинских услуг и организации поездки к ним для получения доступа к медицинским учреждениям, товарам и процедурам;

i) обеспечения во всех контекстах, в том числе в местах лишения свободы, надлежащего медицинского обследования, ухода и ведения медицинской, лабораторной и аптечной документации;

j) обеспечения доступа к переводчикам там, где это необходимо¹⁰⁷, а также к социальным и медицинским услугам на соответствующих языках¹⁰⁸;

k) предоставления равного доступа к медицинскому образованию и научно обоснованной информации, а также устранения языковых и культурных барьеров¹⁰⁹;

l) проведения целевых информационно-просветительских кампаний с целью информирования о доступных медицинских услугах и требованиях к всеобщему охвату услугами здравоохранения¹¹⁰;

m) разработки, совместно с расовыми и этническими группами и коренными народами, культурно приемлемых и гендерно-чувствительных профилактических, лечебных и паллиативных медицинских услуг;

n) обеспечения того, чтобы первичная медицинская помощь опиралась на местном и более высоких уровнях на работников здравоохранения, включая врачей, медсестер, акушеров, вспомогательный персонал и общинных работников, а также при необходимости на традиционных лекарей, соответственно подготовленных с социальной и профессиональной точек зрения для работы в составе бригады здравоохранения и для удовлетворения медико-санитарных нужд населения¹¹¹;

o) обеспечения высококачественными профилактическими, лечебными и паллиативными медицинскими услугами, свободными от расовой предвзятости; эффективными и доступными по цене лекарственными средствами, в том числе лекарственными средствами народной медицины; вакцинами; диагностическими средствами и другими технологиями¹¹².

3. Особые меры

53. В соответствии с общей рекомендацией № 32 (2009)¹¹³, государства должны принимать и осуществлять такие особые меры, как установление квот на кадры здравоохранения и предоставление дополнительных ресурсов и услуг для расовых и этнических групп, в целях устранения сохраняющихся диспаритетов и неблагоприятных условий. Такие меры следует разрабатывать и осуществлять с учетом интерсекционального подхода, с тем чтобы выявлять тех, кто находится в наиболее неблагоприятном положении, и кто подвергается интерсекциональным формам дискриминации. Государства отвечают за разработку системы последовательного применения особых мер во всех частях государства¹¹⁴. Государства

¹⁰⁷ CERD/C/SGP/CO/1, п. 18.

¹⁰⁸ CERD/C/FIN/CO/20-22, п. 14.

¹⁰⁹ CERD/C/MEX/CO/16-17, п. 18; и CERD/C/LAO/CO/16-18, п. 19.

¹¹⁰ CERD/C/LTU/CO/9-10, п. 18 d)

¹¹¹ Алма-Атинская декларация.

¹¹² Астанинская декларация.

¹¹³ П. 34.

¹¹⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, п. 9.

должны воздерживаться от отказа от особых мер, направленных именно на уязвимые группы, чтобы не усугублять существующее неравенство¹¹⁵. Инструментом для финансирования особых мер и ликвидации неравенства в области здравоохранения может стать возмещение ущерба за рабство и колониальный вред, которое будет способствовать созданию более здорового и сплоченного общества.

С. Обязательство защищать

54. Обязательство защищать право на равенство и свободу от расовой дискриминации в контексте права на здоровье означает обязанность государств принимать и осуществлять все меры, необходимые для обеспечения того, чтобы физические и юридические лица и группы лиц не могли полностью или частично прямо или косвенно отказывать любому лицу по признаку расы, цвета кожи или родового, национального либо этнического происхождения в признании его/ее права на здоровье, а также в его осуществлении и пользовании им. Последствия расовой дискриминации для здоровья создают обязательства государств-участников: предотвращать риски, связанные с расовой дискриминацией, и принимать практические защитные меры; контролировать и обеспечивать соблюдение правовой основы и организационно-правового порядка осуществления деятельности; и предоставлять эффективные средства правовой защиты жертвам нарушений, включая возмещение ущерба. В частности, государства-участники должны:

a) обеспечить равный доступ к профилактическим, лечебным и паллиативным медицинским продуктам и услугам, предоставляемым третьими сторонами с учетом культурных и гендерных аспектов;

b) обеспечить для всех наличие и доступность по цене вакцин, лекарственных средств и других продуктов медицинского назначения, а также устранить основные социально-экономические факторы неравенства и расовой дискриминации в сфере здравоохранения¹¹⁶;

c) обеспечить, чтобы расширение участия частных субъектов в финансировании здравоохранения или в предоставлении или поставке медицинских услуг, товаров и лечения не затрагивало наличие, доступность, приемлемость и качество медицинских учреждений и предметов медицинского назначения, включая лекарственные средства и другие медицинские товары, для расовых и этнических групп, включая беременных женщин без документов и гендерно вариативных людей в этих группах;

d) обеспечить, чтобы приватизация не приводила к снижению уровня осуществления права на здоровье, которым ранее пользовались группы населения, подвергавшиеся расовой дискриминации;

e) обеспечить, чтобы политика профилактики разрабатывалась на основе лучших научных данных, не подверженных расовой предвзятости и конфликту интересов;

f) обеспечить проведение оценки воздействия на права человека до привлечения частных субъектов в сферу здравоохранения; любой частный субъект, участвующий в здравоохранении, должен вносить позитивный вклад в осуществление права на здоровье и не препятствовать ему;

g) обеспечить, чтобы деградация окружающей среды частными субъектами не наносила несоразмерного ущерба осуществлению права на здоровье представителями расовых и этнических групп, путем принятия экологических норм и мер политики, проведения мониторинга экологических рисков для здоровья, соблюдения стандартов качества и обеспечения устойчивости в управлении природными ресурсами;

¹¹⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, п. 13.

¹¹⁶ A/HRC/53/50. См. также A/HRC/49/35 и A/HRC/52/56.

h) обеспечить, чтобы вредные практики не влияли на доступ членов расовых и этнических групп к дородовому и послеродовому уходу и абортam;

i) предотвращать такие принудительные практики со стороны частных субъектов, как калечащие операции на женских половых органах, принудительные браки и экспериментальные исследования в области здравоохранения;

j) обеспечить, чтобы частные субъекты не ограничивали доступ к информации и участию, имеющим отношение к здоровью человека;

k) обеспечить, чтобы любое ограничение, вводимое частными субъектами в отношении права расовых и этнических групп на неприкосновенность частной жизни, соответствовало принципу прав человека «не навреди».

l) обеспечить расследование и соответствующее наказание в случае любого расово мотивированного поведения, целью или следствием которого является нанесение ущерба физической или психической неприкосновенности лиц, находящихся под защитой Конвенции;

m) обеспечить соблюдение частными предприятиями, частными медицинскими учреждениями и другими соответствующими организациями прав на равенство и недискриминацию¹¹⁷;

n) обеспечить, чтобы частные субъекты: выявляли и оценивали фактические или потенциальные неблагоприятные последствия для права на здоровье, возникающие по признаку расы, цвета кожи, родового, национального или этнического происхождения, к которым они могут иметь отношение либо в рамках своей деятельности, либо в результате своих деловых отношений; интегрировать результаты своих оценок в соответствующие внутренние функции и процессы и принимать соответствующие меры; отслеживать эффективность своих действий; и отчитываться о том, как они решают проблемы последствий для прав человека¹¹⁸;

o) обеспечить, чтобы компании уделяли особое внимание факторам, связанным с данными, которые могут иметь дискриминационную цель или дискриминационный эффект, и чтобы компании проводили независимый аудит систем искусственного интеллекта третьими сторонами¹¹⁹;

p) обеспечить, чтобы в тех случаях, когда риск дискриминации или других нарушений прав человека оценивается как чрезмерно высокий или его невозможно снизить, в том числе по причине характера планируемого или прогнозируемого использования искусственного интеллекта государством, частные субъекты воздерживались от развертывания систем искусственного интеллекта до тех пор, пока они не смогут обеспечить эффективное снижение дискриминационных последствий. Подверженность и уязвимость к рискам для здоровья в результате расовой дискриминации должны учитываться при проведении предварительных и последующих оценок в рамках сотрудничества с многопрофильной группой специалистов и с учётом того, каким образом люди могут сталкиваться с расизмом и расовой дискриминацией;

q) обеспечить, чтобы частные субъекты, при условии их участия, реагировали на вред, причиненный в связи с правом на здоровье, и несли за него ответственность. В случае причинения вреда частными субъектами, им следует прекратить действия, причинившие вред, и возместить его. Если они способствовали причинению вреда другой стороной, им следует прекратить действия, способствовавшие причинению вреда, приложить усилия для использования или создания рычагов воздействия на другую сторону в целях предотвращения или снижения риска причинения вреда в будущем, а также способствовать устранению вреда, в том числе путем выплаты компенсации. Если частные субъекты связаны

¹¹⁷ Руководящие принципы предпринимательской деятельности в аспекте прав человека, руководящие принципы 1–3. См. также руководящие принципы 11 и 24.

¹¹⁸ Руководящие принципы 17–21.

¹¹⁹ См. Toronto Declaration: Protecting the right to equality и non-discrimination in machine learning systems.

только с ущербом, который они не причиняли и не способствовали его причинению, следует пытаться использовать или создать рычаги воздействия для предотвращения или снижения риска причинения ущерба в будущем другой стороной, но им не могут быть предъявлены претензии по возмещению ущерба;

г) документировать случаи расовой дискриминации, связанные с поставщиками медицинских услуг, включая частных субъектов, а также соответствующие превентивные меры, санкции и средства правовой защиты, и включать информацию об этом в свои доклады Комитету.

D. Обязательство выполнять

55. Обязательство выполнять означает обязанность государств индивидуально и по линии международной помощи и сотрудничества, принимать соответствующие законодательные, административные, бюджетные, судебные, пропагандистские и другие позитивные меры для полной реализации права на равенство и свободу от расовой дискриминации при осуществлении права на здоровье. Непосредственное действие обязательств по Конвенции и Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах (ст. 2 (пп. 1 и 2)) означает обязанность государств незамедлительно разработать, принять, осуществить и регулярно оценивать продуманные, конкретные и целенаправленные меры с учетом интерсекциональности.

1. Представительство

56. Государства должны поощрять в рамках своей компетенции многостороннее представительство групп, находящихся под защитой Конвенции, в качестве поставщиков медицинских услуг и экспертов, а также в качестве их получателей. Конкретные показатели представительства должны соответствовать другим международным обязательствам, касающимся прав человека, равенства и недискриминации, и отражать при этом контекст и масштабность проблем. В своей политике в отношении производственно-сбытовых цепочек и сделок с частными организациями государствам следует поощрять представительство групп, подпадающих под действие Конвенции, как измеримый показатель качества здравоохранения.

57. Государствам следует снизить барьеры для продвижения по службе и обеспечить подготовку медицинских работников из числа этнических и расовых групп, подвергающихся дискриминации, чтобы обеспечить их представительство во всех квалификационных группах медицинских работников.

2. Участие, консультации и права и возможности

58. Подпунктом е) пункта 1 статьи 2 установлено обязательство государств-участников поощрять в надлежащих случаях объединяющие многорасовые организации и движения, равно как и другие мероприятия, направленные на уничтожение расовых барьеров, и не поддерживать те из них, которые способствуют углублению расового разделения. Объединяющие многорасовые организации и движения следует понимать как низовые, общинные организации гражданского общества, которые поддерживают принципы Конвенции. Государствам следует выделять ресурсы на разработку стратегий по межкультурной коммуникации в сфере здравоохранения совместно с расовыми и этническими группами и коренными народами на общинном, региональном и национальном уровнях¹²⁰. Государствам следует привлекать ассоциации и общины, а также их представителей, включая женщин, к разработке и осуществлению программ и проектов в области здравоохранения, касающихся расовых и этнических групп¹²¹.

¹²⁰ CERD/C/ECU/CO/19, п. 20; и CERD/C/GTM/CO/12-13, п. 13.

¹²¹ Общая рекомендация № 27 (2000), п. 34; и ВОЗ, резолюция WHA77.2.

3. Мониторинг расового неравенства

59. Мониторинг расовой дискриминации с применением интерсекционального подхода на национальном уровне¹²² является важнейшим элементом осуществления положений статей 2 (п. 2) и 9 Конвенции. Одно из основных обязательств, предусмотренных Конвенцией, — предоставить всем людям право на самоидентификацию принадлежности к той или иной группе¹²³ и на их включение в статистику и социальные обследования. Деагрегированные данные позволяют компетентным органам отслеживать социальные детерминанты здоровья и выявлять влияние расовой дискриминации, интерсекциональной гендерным и другим формам неравенства. Такие данные должны собираться добровольно, анонимно, на основе самоидентификации и в соответствии с такими стандартами и принципами прав человека, как правила защиты данных и гарантии конфиденциальности, включая правозащитный принцип непричинения вреда и гарантии информированного согласия. Лицам, находящимся под защитой Конвенции, следует предоставить доступ к информации, относящейся к сбору их данных, использованию этих данных и результатам такого использования.

60. В сотрудничестве с ВОЗ, а также региональными организациями и агентствами государствам следует деагрегировать данные и предоставлять анонимизированные статистические данные расовым и этническим группам и широкой общественности. Государствам следует принять и реализовать национальный план действий в области здравоохранения и соответствующие меры политики для анализа и решения проблем расизма и интерсекциональной дискриминации, включая их коренные причины¹²⁴. Государствам-участникам следует:

- a) разработать информационные системы здравоохранения для сбора деагрегированных данных;
- b) обеспечить, чтобы усилия по сбору данных также способствовали всеобъемлющему мониторингу общественного здоровья¹²⁵;
- c) деагрегировать данные на регулярной основе для обеспечения подотчетности;
- d) обеспечить поддержку министерству здравоохранения и другим министерствам, в том числе путем обращения за поддержкой к учреждениям Организации Объединенных Наций, в разработке интерсекционального подхода к процессам отчетности в рамках Конвенции и других международных договоров по правам человека.

4. Принятие и осуществление национальных планов действий в области здравоохранения

61. Государствам следует принять национальные стратегии и планы действий в области здравоохранения в консультации с соответствующими группами и в этой связи выявить пробелы, поставить четкие цели, предусмотреть особые меры в соответствии с пунктом 2 статьи 2, а также обеспечить координацию действий всех соответствующих органов и эффективное формирование бюджетов. Им следует принять и эффективно осуществить обеспеченные ресурсами меры политики, включая особые меры, направленные на улучшение социально-экономического положения расовых и этнических групп и коренных народов, включая специальные программы для женщин, детей, пожилых людей и инвалидов, а также на устранение глубоко укоренившейся дискриминации¹²⁶. Специальные программы профилактики заболеваний должны быть направлены на лиц, включая нелегальных мигрантов,

¹²² Durban Programme of Action, пп. 92 и 110.

¹²³ CERD/C/ZMB/CO/17-19, пп. 25 и 26.

¹²⁴ A/HRC/4/28, пп. 90–92.

¹²⁵ WHO, *World Report on the Health of Refugees and Migrants* (2022), p. 211.

¹²⁶ CERD/C/AUS/CO/18-20, п. 24; CERD/C/CHN/CO/14-17, пп. 28 и 29; CERD/C/ISR/CO/17-19, пп. 28–31; CERD/C/HUN/CO/18-25, п. 20; и CERD/C/LTU/CO/9-10, п. 18.

которые не охвачены системой государственного медицинского страхования¹²⁷. Применение гендерной перспективы во всех мерах политики и стратегиях борьбы с расовой дискриминацией имеет основополагающее значение для прекращения множественной и интерсекциональной дискриминации, с которой сталкиваются женщины из числа коренных народов, женщины-мигранты и женщины африканского происхождения¹²⁸.

62. Государствам настоятельно рекомендуется эффективно координировать работу служб поддержки и поощрять модели сотрудничества между компетентными органами, общинами и организациями гражданского общества, органами по обеспечению равенства, национальными правозащитными учреждениями и частными медицинскими учреждениями. Государствам следует изучить в качестве смягчающей особой меры и в консультации с заинтересованными общинами возможность бесплатного для всех оказания медицинской помощи с помощью передвижных медицинских пунктов¹²⁹ и предоставления конкретных программ профилактики заболеваний, комплексной неотложной медицинской помощи и любого ухода, связанного с родами и детьми в возрасте до пяти лет.

63. Государствам следует регулировать использование искусственного интеллекта во всех секторах, связанных со здравоохранением, и обеспечивать соблюдение запрета на расовую дискриминацию. Такие системы следует внедрять только с четко определенной целью способствовать осуществлению права на здоровье для всех без расовой или любой другой дискриминации. Прежде чем закупать или развернуть такие системы, государствам следует принять соответствующие законодательные, административные и другие меры, чтобы определить цель их использования, как можно точнее регламентировать параметры этого использования и обеспечить гарантии, предотвращающие расовую дискриминацию и защиту от нее. Государствам следует принять основанный на правах человека подход к искусственному интеллекту, который включает в себя ликвидацию расовой дискриминации на всех этапах и во всех минимальных стандартах¹³⁰. Государствам следует оценить потенциальное воздействие искусственного интеллекта на права человека до его внедрения в сфере здравоохранения и рассмотреть возможность начать его использование в течение экспериментального периода под наблюдением независимого междисциплинарного надзорного органа, состоящего из лиц, отражающих разнообразие состава населения.

5. Просвещение, подготовка кадров и информирование общественности

64. В соответствии со статьей 7 Конвенции государствам-участникам следует содействовать повышению информированности и просвещению общественности о запрете расовой дискриминации и праве на равенство при осуществлении права на здоровье. Эта работа включает в себя просвещение медицинских работников, разработчиков политики и широкой общественности по вопросам важности ликвидации расового неравенства в области здравоохранения и обеспечения равного доступа к медицинским услугам для всех.

65. Государствам следует:

а) разработать и предложить курс подготовки по повышению компетентности в вопросах борьбы с расизмом, дискриминацией и учета культурных аспектов для работников здравоохранения, как минимум, для работников первичной медико-санитарной помощи, в том числе в гуманитарных поселениях, на местном, региональном и национальном уровнях;

б) обеспечить, где это возможно, участие лиц, сталкивающихся с интерсекциональными формами дискриминации, в разработке и проведении вышеупомянутого курса подготовки. Больничным учреждениям, центрам первичной

¹²⁷ CERD/C/CZE/CO/12-13, п. 24; и общая рекомендация № 30 (2004).

¹²⁸ CERD/C/GTM/CO/16-17, пп. 14 с), 33 и 34. См. также CERD/C/ISR/CO/17-19, пп. 32 и 33.

¹²⁹ CERD/C/MNG/CO/23-24, п. 24 е).

¹³⁰ High-Level Expert Group on Artificial Intelligence, «The assessment list for trustworthy artificial intelligence (ALTAI) for self-assessment» (2020).

медико-санитарной помощи и социальным службам следует обеспечить, чтобы подготовка дополнялась институциональными мерами вмешательства для ограничения дискреционных полномочий в процессе принятия решений и усиления надзора в областях, уязвимых к стереотипам и предубеждениям;

с) включить просвещение по вопросам прав человека в качестве обязательного курса в учебные программы медицинских учебных заведений и обеспечить обучение без отрыва от производства по вопросам лечения с учетом культурных аспектов, неравенства в сфере здравоохранения, связанного с дискриминацией, расизмом и изоляцией, а также по вопросам роли медицинских услуг в усугублении и смягчении этих проявлений неравенства;

д) призвать медицинские учебные заведения пересмотреть свои учебные программы и выявить предвзятость и стереотипы в подходах и учебных материалах, используемых при подготовке врачей;

е) призвать медицинские учебные заведения к расширению многообразия и представительства коренных народов, лиц африканского происхождения, рома и представителей других этнических групп, в зависимости от национального контекста;

ф) призвать ассоциации медицинских специалистов рассмотреть вопрос о включении просвещения по правам человека и борьбе с дискриминацией в свою политику членства и поддержать их в этих усилиях;

г) проводить целевые кампании по повышению информированности в целях распространения информации о доступных медицинских услугах и требованиях обязательного медицинского страхования¹³¹, а также предотвращать распространение ложной или вводящей в заблуждение информации в цифровой и физической среде.

Е. Подотчетность

66. В соответствии со статьей 6 государства должны обеспечивать каждому человеку, находящемуся под их юрисдикцией, эффективную защиту и средства правовой защиты от любых актов расовой дискриминации, нарушающих его/ее право на здоровье, а также право добиваться надлежащего возмещения или удовлетворения за любой ущерб, понесенный в результате такой дискриминации.

67. Государствам следует:

а) учредить эффективные и независимые механизмы подотчетности, как внутренние — в медицинских учреждениях, — так и внешние и предусмотреть дисциплинарные меры за ненадлежащее поведение;

б) проводить периодические аудиты с привлечением независимых экспертов для выявления пробелов во внутренней политике и практике. Настоятельно рекомендуется обеспечить прозрачность результатов этих процедур, поскольку это может укрепить подотчетность и доверие людей и общин;

с) учредить независимые внесудебные механизмы подотчетности и рассмотрения жалоб, обладающие компетенцией устанавливать факты и выявлять лиц, виновных в действиях или бездействии, представляющих собой расовую дискриминацию;

д) создать внесудебные средства правовой защиты, разработанные совместно с расовыми и этническими группами и коренными народами;

е) обеспечить участие объединяющих многорасовых организаций и движений и задействовать в механизмах подотчетности и возмещения ущерба другие средства устранения барьеров;

ф) применять подход, ориентированный на жертву и общину, а также подход, учитывающий интерсекциональную дискриминацию;

¹³¹ CERD/C/LTU/CO/9-10, п. 18 d).

- g) обеспечить в отношении любого нарушения Конвенции, повлекшего за собой ущерб, полное возмещение причиненного вреда¹³²;
- h) принимать структурные меры наряду с индивидуальным возмещением ущерба;
- i) в рамках возмещения ущерба принимать такие позитивные меры, как просвещение и проведение подготовки, предоставление гарантий участия и расширение прав и возможностей затронутой общины в рамках обеспечения соблюдения нарушенного обязательства.

Г. Международное сотрудничество и развитие

68. Международное сотрудничество в области здравоохранения является ключевым элементом в продвижении равенства и запрещении расовой дискриминации. Государствам следует обеспечить соблюдение своих обязательств по Конвенции в контексте всех организаций, включая международные и региональные финансовые учреждения и учреждения в области развития. Государствам следует обеспечить эффективный и недискриминационный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным медицинским учреждениям, товарам, услугам и технологиям. С этой целью государства должны содействовать развитию, основанному на правах человека¹³³. Государствам не следует поощрять, оправдывать или продолжать меры политики и практики, которые создают или усиливают барьеры, с которыми сталкиваются группы, подверженные расовой дискриминации, при осуществлении права на здоровье, а не направлены на их устранение.

69. Для борьбы с глобальным неравенством в области здравоохранения между государствами и внутри государств государствам-участникам следует руководствоваться принципом международной солидарности в рамках международного сотрудничества, в том числе путем поддержки таких предложений, как предложение о всеобъемлющем временном отступлении от положений Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, и принятия всех дополнительных национальных и многосторонних мер, которые бы смягчили неравные последствия этих проблем и их социально-экономические последствия для групп населения и меньшинств, находящиеся под защитой в рамках Конвенции¹³⁴.

70. Государствам настоятельно рекомендуется включать в многосторонние и двусторонние соглашения, а также в другие согласованные документы, способствующие недискриминации в сфере здравоохранения во всем мире, положения, которые соответствуют пункту 1 статьи 1 Конвенции и обеспечивают равенство в осуществлении права на здоровье для всех этнических и расовых групп, включая касты.

IV. Сфера применения общей рекомендации

71. Государствам следует распространить настоящую общую рекомендацию среди всех соответствующих компетентных органов, а также среди расовых и этнических групп и коренных народов на их языках и в других коммуникационных форматах.

¹³² *Перес Гуартамбель против Эквадора* (CERD/C/106/D/61/2017), п. 6.

¹³³ См. [A/HRC/54/50](#).

¹³⁴ Заявление 2 (2022) об отсутствии справедливого и недискриминационного доступа к вакцинам против COVID-19 ([A/77/18](#), п. 20).