

**ЖЕНЩИНЫ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ/СПИДОМ,  
И ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ**

**АНАЛИЗ ПРИМЕРА ИЗ ПРАКТИКИ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА**

Совместный проект Инициативы "Закон и здоровье"  
Программы "Здравоохранение" Фондов "Открытое общество"  
и юридической клиники "Справедливость и право в здравоохранении"  
юридического факультета Торонтского Университета

И.И. Чен, Джоанна Эрдман и Тамар Эзер  
(рецензенты: Лидия Гутерман, Прити Патель, Софи Пинкхем,  
Марта Шааф, Элиза Слэттери и Кристина Зампас)

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Изложение фактов</b>   | <b>2</b>  |
| <b>Общие сведения</b>   | <b>3</b>  |
| <b>i. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОСТАНОВКУ В ОПАСНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ И (ИЛИ) ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ</b> | <b>6</b>  |
| <b>Стандарты прав человека</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Анализ с точки зрения прав человека</b>  | <b>8</b>  |
| • А. Криминализация и право на свободу от дискриминации - Состояние здоровья                  | 8<br>10   |
| • В. Криминализация и право на свободу от дискриминации - Пол                                 | 11        |
| • С. Криминализация и право на здоровье   |           |
| <b>ii. НЕСАНКЦИОНИРОВАННОЕ РАЗГЛАШЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА</b>  | <b>12</b> |
| <b>Стандарты прав человека</b>  | <b>12</b> |
| <b>Анализ с точки зрения прав человека</b>  | <b>13</b> |
| • А. Право на частную жизнь и конфиденциальность  | 14        |
| • В. Право на свободу от жестокого обращения в браке и семейных отношениях                    | 15        |
| <b>III. ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ</b>   | <b>15</b> |
| <b>Стандарты прав человека</b>  | <b>15</b> |
| <b>Анализ с точки зрения прав человека</b>  | <b>18</b> |
| • А. Право на информированное согласие  | 19        |
| • В. Право на принятие решений о детях  | 22        |
| • С. Право на свободное и добровольное принятие решений                                       | 18        |

## ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ<sup>1</sup>

Мария начала употреблять наркотики в возрасте 18 лет. Она вводила наркотики в инъекциях вместе с группой друзей; иногда они пользовались общими иглами. "Я бы не сказала, что занималась проституцией, но иногда я вступала в половую связь в обмен на наркотики". Через несколько лет употребления наркотиков, после того как один из друзей Марии получил положительный результат на ВИЧ, она пошла в СПИД-центр провериться. Вернувшись за результатами анализа, она узнала о своем ВИЧ-положительном статусе. "Я тогда не знала, что сказать, о чем спросить. Я была в шоке. Психолог СПИД-центра беспокоилась о ком угодно, только не обо мне. С кем я пользовалась общими иглами? с кем спала?" Она сказала, что Мария должна изменить свое поведение. "Если будешь заражать других, против тебя возбудят уголовное дело и ты попадешь в тюрьму". Марии велели подписать документ о том, что она понимает эти условия. Она вышла из СПИД-центра с чувством, что ее осуждают. Она была рассержена. "Я не виновата. Меня кто-то заразил". Мария решила, что система отнеслась к ней несправедливо, и убедила себя, что анализ дал ошибочный результат. Она не чувствовала никаких симптомов и не обращалась за лечением.

Благодаря местной аутич-программе, Мария прошла лечение наркозависимости. В 28 лет Мария уже два года как не принимала наркотики и жила со своим мужем Николаем. Некоторое время назад Мария забеременела. Они с Николаем были в восторге от того, что станут родителями.

У Марии начались боли в нижней части живота, и она обратилась в государственную больницу. Врач Минков диагностировал у нее внематочную беременность - оплодотворенная яйцеклетка прикрепилась в фаллопиевой трубе и начала развиваться вне матки. Врач Минков сказал Марии, что необходима хирургическая операция и что эту беременность она потеряет. Мария пришла в отчаяние и сообщила врачу, что несколько лет назад получила положительный результат анализа на ВИЧ. Она беспокоилась, что ВИЧ-статус мог повлиять на беременность. Мария призналась, что при поступлении в больницу написала в анкете неправду. Она боялась раскрытия статуса, помня о предупреждении психолога из СПИД-центра.

Врач Минков ответил, что обсуждать этот вопрос сейчас некогда, нужно делать операцию. Он сказал: "Внематочную беременность будем лечить хирургическим путем. При существующих обстоятельствах, я так полагаю, иметь детей в будущем вы не планируете, так что о сохранении детородной функции мы беспокоиться не будем". Мария снова спросила о том, как ее ВИЧ-статус может повлиять на беременность: "У меня может родиться здоровый ребенок?" Врач Минков коротко ответил: "Существует, конечно, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, но она не так эффективна. А

---

<sup>1</sup> Этот рассказ основан на следующих источниках: ПРООН. *Ukraine and HIV/AIDS: Time to Act: Ukraine Human Development Report Special Edition* (2003); K. Burns. *Russia's Epidemic Generalizes: HIV/AIDS Among Women and Problems of Access to HIV Services in the Russian Regions*. (2006); Center for Reproductive Rights & Federation of Women Lawyers. *At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities* (2008); G. Babakian et al., *Позитивный отказ: Стигма и дискриминация ВИЧ-положительных матерей и их детей в России*. (Human Rights Watch: 2005).

стерилизация эффективна на 100%". Затем он сообщил Марии, что общим условием оказания акушерско-гинекологической помощи ВИЧ-положительным женщинам является их согласие на стерилизацию. "Такова политика нашей больницы. Если вы не согласны, мне придется позвать главного врача". Мария попросила дать ей время подумать и поговорить с Николаем, прежде чем принять решение. Но вместо того, чтобы сообщить Николаю о просьбе Марии, врач Минков дал Николаю подписать информированное согласие от ее имени, а затем провел операцию стерилизации.

Сообщая Николаю о состоянии и лечении Марии, медсестра Бондарь была настроена недружелюбно. Она спросила: "Неужели вы такие эгоисты? Вы заразите этой страшной болезнью своего ребенка. Слава богу, что у вас ничего не получилось". Николай не знал, что Мария ВИЧ-позитивная. Он знал, что в прошлом она употребляла наркотики, но о своем ВИЧ-статусе Мария ему не рассказала. С самого начала отношений Мария и Николай редко пользовались презервативами. Ему не нравилось ими пользоваться. Когда Мария настаивала, что нужно надеть презерватив, он обвинял ее в неверности.

Придя в себя после операции, Мария узнала, что Николаю рассказали о ее ВИЧ-статусе. Он позвонил ей в больницу и велел домой не возвращаться, пригрозив, что сообщит о ней в полицию. Мария спросила медсестру Бондарь, когда ей можно будет попробовать снова забеременеть. "Тебя стерилизовали во время операции. Не будет у тебя больше никаких беременностей". Мария была безутешна. "Я больше не жена, я никогда не буду матерью, я уже не женщина. Мне больше нечего ждать".

## ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

В 2008 году в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (СНГ) число людей, живущих с ВИЧ / СПИДом (ЛЖВС) составляло 1,5 миллиона<sup>2</sup>. Эпидемия ВИЧ/СПИДа этом регионе распространялась в основном среди мужчин<sup>3</sup>. Женщины составляли примерно четвертую часть ЛЖВС<sup>4</sup>. Однако число ВИЧ-позитивных женщин в последние годы стало быстро расти. Из примерно 110 000 жителей региона, инфицированных ВИЧ в 2008 году, женщины составили 41%<sup>5</sup>. Кроме того, 15% новых случаев было диагностировано у людей в возрасте от 15 до 24 лет. В некоторых странах на эту возрастную группу приходится почти половина новых случаев ВИЧ<sup>6</sup>. Приведенные

---

<sup>2</sup> Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. *Развитие эпидемии СПИДа, 2009 г. - Информационный бюллетень: Восточная Европа и Центральная Азия*(2009), стр. 1. На сайте: [http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124\\_FS\\_eeca\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_eeca_en.pdf).

<sup>3</sup> Программа развития ООН - *Meeting the Challenge: Addressing HIV/AIDS in Eastern Europe and the CIS Region: The Answer Lies Within: Regional Report on HIV/AIDS 2005* (New York: United Nations Development Programme, 2005) стр. 8 ("Meeting the Challenge").

<sup>4</sup> См. на сайте Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу "Страны":

<<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/default.asp>>. При этом на территории Украины с 2008 года женщины составляют 43,2% всех ЛЖВС.

<sup>5</sup> AVERT. *European HIV and AIDS Statistics*. На сайте: <http://www.avert.org/hiv-aids-europe.htm>.

<sup>6</sup> В 2003 году почти половина новых случаев ВИЧ-инфекции в Украине отмечены у возрастной группы от 20 до 29 лет. ПРООН. *Ukraine and HIV/AIDS: Time to Act: Ukraine Human Development Report Special Edition* (2003) стр. 6. ("Ukraine and HIV/AIDS"). В 2005 году 43% новых зарегистрированных случаев ВИЧ в России диагностированы у женщин репродуктивного возраста. К. Burns. *Russia's Epidemic Generalizes: HIV/AIDS Among Women and Problems of Access to HIV Services in the Russian Regions* (2006), стр. 1.

статистические данные указывают на то, что женщины репродуктивного возраста являются динамично растущей категорией ЛЖВС в этом регионе.

Уязвимость женщин репродуктивного возраста в контексте эпидемии ВИЧ определяется несколькими факторами. Во-первых, в условиях бедности и безработицы многие молодые люди начинают торговать наркотиками, чтобы заработать на жизнь, а также употреблять наркотики, чтобы отвлечься от суровой реальности<sup>7</sup>. Инъекционное употребление наркотиков является основным путем передачи ВИЧ в регионе<sup>8</sup> и в непропорциональной степени поражает молодое поколение<sup>9</sup>. Среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) женщины в большей степени рискуют заразиться ВИЧ, поскольку они более склонны вводить наркотик общими шприцами<sup>10</sup>. Во-вторых, женщины подвержены риску заражения ВИЧ при половом контакте<sup>11</sup>. Гетеросексуальная передача является вторым наиболее распространенным путем заражения ВИЧ в регионе<sup>12</sup>. На долю женщин приходится более чем двух третей всех заразившихся ВИЧ при гетеросексуальном контакте<sup>13</sup>. Повышенный риск женщин объясняется, среди прочих факторов, незнанием ВИЧ-статуса полового партнера и недостаточной способностью договариваться с партнером по вопросам безопасного секса<sup>14</sup>. Среди женщин, употребляющих наркотики, повышена вероятность иметь полового партнера, употребляющего наркотики, а также вероятность оказания сексуальных услуг в обмен на наркотики, что в еще большей степени лишает женщину возможности настаивать на использовании презервативов<sup>15</sup>.

С увеличением числа женщин репродуктивного возраста, живущих с ВИЧ, все большую озабоченность вызывает риск передачи ВИЧ от матери ребенку ("ПМР")<sup>16</sup>. ВИЧ может передаваться от матери ребенку *внутриутробно*, через родовые пути во время родов и через грудное вскармливание<sup>17</sup>. Существует возможность свести к минимуму риск ПМР и предотвратить передачу ВИЧ путем соответствующих медицинских мероприятий. Для ВИЧ-позитивных женщин, желающих доносить беременность и родить, компонентами

---

<sup>7</sup> *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 12, 14; М. Стразерс и др. *Раздувая пламя: нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане* (Human Rights Watch, 2003) стр. 15.

<sup>8</sup> D. Operario et al., *Living with HIV in Eastern Europe and the CIS: The Human Cost of Social Exclusion: Региональный доклад о развитии человеческого потенциала, раздел о СПИДе* (Программа развития ООН, 2008 г.) стр. 6.

<sup>9</sup> *Meeting the Challenge*, at p. 6.

<sup>10</sup> *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 13; S. Pinkham & K. Malinowska-Sempruch, "Women, Harm Reduction and HIV" (2008) 16(31) *Reproductive Health Matters* 168 -169.

<sup>11</sup> Operario, стр. 7; *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 8.

<sup>12</sup> Operario, стр. 7. См. также: AVERT. "HIV and AIDS in Russia, Eastern Europe & Central Asia."

<sup>13</sup> Женщины составили 67% всех украинцев инфицированных ВИЧ при гетеросексуальном контакте в 2003 году. *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 1. 70% россиян, заразившихся ВИЧ при гетеросексуальном контакте в 2005 году, составили женщины. Burns, стр. 8.

<sup>14</sup> *Meeting the Challenge*, стр. 10.

<sup>15</sup> *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 12-13; Pinkham & Malinowska-Sempruch, стр. 169-170.

<sup>16</sup> По данным Министерства здравоохранения РФ, число родов у ВИЧ-инфицированных женщин в стране выросло в период с 1997 по 2004 год с 60 до 9371. G. Babakian и др., *Позитивный отказ: Стигма и дискриминация ВИЧ-позитивных матерей и их детей в России* (Human Rights Watch: 2005) стр.7-8. В Украине распространенность ВИЧ среди беременных выросла с 0,12% в 1998 году до 0,34% в 2004 году. Operario, стр. 10-11.

<sup>17</sup> Всемирная организация здравоохранения. *Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР): информационная записка* (2007), стр. 3. ("ВОЗ ППМР")

эффективной профилактики ПМР являются: антиретровирусная терапия во время беременности и родов, плановое кесарево сечение, искусственное вскармливание вместо грудного, консультирование<sup>18</sup>. Сочетание перечисленных мер позволяет снизить риск ПМР до уровня менее 2%<sup>19</sup>.

Сократить число нежелательных беременностей позволяют услуги по планированию семьи<sup>20</sup>. Большинство методов контрацепции безопасны и эффективны у женщин с ВИЧ, а консультирование по вопросам планирования семьи помогает выбрать наиболее подходящий метод<sup>21</sup>. Одним из методов контрацепции является стерилизация<sup>22</sup>. Поскольку стерилизация, как правило, носит необратимый характер<sup>23</sup>, во многих странах действуют правила и ограничения ее применения, особенно у молодых женщин<sup>24</sup>.

Стигма в отношении ЛЖВС вкупе с существующей стигмой в отношении ПИН и других уязвимых групп снижают эффективность работы, направленной на профилактику и лечение ВИЧ. Из-за стигмы многие ЛЖВС скрывают свой ВИЧ-статус<sup>25</sup> и не обращаются за нужной им информацией и услугами<sup>26</sup>. Появившаяся в последнее время в разных странах мира тенденция применять уголовное право для пресечения постановки в опасность заражения и (или) распространения ВИЧ усугубляет эти проблемы<sup>27</sup>. Хотя криминализация была введена в ответ на кажущуюся неэффективность других стратегий профилактики<sup>28</sup>, она по сути помешала профилактике ВИЧ, поскольку у ЛЖВС появилась

---

<sup>18</sup> Operario, стр. 11. См. также: *Воз ППМР*, стр. 8-9; *WHO Women Living with HIV/AIDS* стр. 31-32, 35-37.

<sup>19</sup> Operario, стр. 11. См. также *WHO Women Living with HIV/AIDS* стр. 31.

<sup>20</sup> World Health Organization, *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings* (2006), стр. 17 ("WHO SRH Women Living with HIV/AIDS"). См. также: T. Delvaux & C. Nostlinger, "Reproductive Choice for Women and Men Living with HIV: Contraception, Abortion and Fertility" (2007) 15:29 (Supp) *Reproductive Health Matters* 46 стр. 57.

<sup>21</sup> *WHO SRH Women Living with HIV/AIDS*, стр. 17-18.

<sup>22</sup> Стерилизация - необратимый метод контрацепции. При хирургической стерилизации маточные трубы перерезают или блокируют, чтобы исключить возможность оплодотворения. Медицинская и химическая стерилизация - нехирургические методы, при которых маточные трубы либо закупоривают путем введения в них микроспиралей, либо женщине вводится лекарственный препарат, вызывающий блокирование маточных труб. См. Center for Reproductive Rights (2010). *Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities*.

<sup>23</sup> *WHO SRH Women Living with HIV/AIDS*, стр. 23.

<sup>24</sup> См., например, "О медицинской стерилизации граждан", Приказ № 303 Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 1993 года (за исключением стерилизации по медицинским показаниям, она разрешена только женщинам не моложе 35 лет или имеющим не менее 2 детей). См. также: International Federation of Gynecologists and Obstetricians, *Ethical Considerations in Sterilization* (London: FIGO, 2000), 8(a).

<sup>25</sup> Babakian, стр. 9-10.

<sup>26</sup> Operario, стр. 19. *Ukraine and HIV/AIDS*, стр. 14.

<sup>27</sup> Постановка в опасность заражения ВИЧ является уголовным преступлением в следующих странах: Армения, Грузия, Молдова, Россия, Украина. Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (Европа), и Terrence Higgins Trust, *Criminalisation of HIV Transmission in Europe: A Rapid Scan of the Laws and Rates of Prosecution for HIV Transmission within Signatory States of the European Convention of Human Rights* (2005). ("Criminalization in Europe").

<sup>28</sup> Р. Юргенс и др., *10 аргументов против уголовного преследования за заражение или постановку в опасность заражения ВИЧ-инфекцией* (2008), стр. 1.

еще одна причина как можно дольше не обращаться за помощью, особенно в государственные учреждения<sup>29</sup>.

В условиях оказания медицинской помощи стигма, ассоциируемая с ВИЧ-инфекцией, также приводит к недопустимому обращению и дискриминации в отношении ЛЖВС. Несмотря на законы, запрещающие подобную практику, медработники систематически отказывают ЛЖВС в медицинской помощи, требуют с них дополнительную плату за услуги и подвергают плохому обращению<sup>30</sup>. ВИЧ-инфицированные женщины часто подвергаются осуждению и плохому обращению, если решают иметь детей. Некоторые медицинские работники не верят в способность такой женщины в будущем заботиться о своих детях. Другие медики рутинно рекомендуют ВИЧ-инфицированным женщинам прерывание беременности и (или) стерилизацию, не информируя их должным образом о профилактике ПМР и без учета общего состояния здоровья беременной<sup>31</sup>.

### **Справочная информация о внематочной беременности**

Если женщина испытывает боль и кровотечение в первом триместре беременности, это может означать внематочную беременность. Данное состояние не связано с ВИЧ-статусом. При внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется и начинает развиваться вне матки. Чаще всего это происходит в фаллопиевой трубе и приводит к трубной внематочной беременности. Доносить внематочную беременность и сохранить плод невозможно. Внематочная беременность может представлять опасность для жизни женщины, однако благодаря современной диагностике и лечению смертность от внематочной беременности значительно снизилась. Иногда трубная внематочная беременность проходит сама по себе, однако в случае опасности разрыва труб и кровоизлияния необходимо медикаментозное или хирургическое вмешательство. Существует несколько вариантов лечения, в том числе<sup>32</sup>:

- Медикаментозное лечение: Стандартом помощи при внематочной беременности традиционно было хирургическое вмешательство, но сейчас часто применяется медикаментозное лечение с использованием метотрексата. Медикаментозное лечение во многих случаях позволяет обойтись без хирургической операции.

---

<sup>29</sup> См. в целом, Объединенная программа ООН по ВИЧ / СПИДу, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008) стр. 3 (“UNAIDS Criminalization Brief”).

<sup>30</sup> Хотя законодательство России и Украины запрещают медработникам осуществлять дискриминацию пациентов на основании ВИЧ-статуса, ЛЖВС из этих стран сообщают о существовании подобной практики. См., например, Babakian, стр. 10-11, 17-19. См. также: T. Gerbert & S. Mendelson. *Draft Report: A Survey of Russian Doctors on HIV/AIDS* (2005) стр. 12; R. Schleifer & J. Buchanan, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS* (Human Rights Watch, 2006) стр. 44-48, 50-51.

<sup>31</sup> Babakian, стр. 19-21; Burns, стр.10-11; Scheifer & Buchanan, стр. 14, 54-56. О случаях стерилизации ВИЧ-инфицированных женщин в условиях давления и принуждения в странах Восточной Европы и СНГ имеются лишь отдельные сообщения. Систематические доказательства такой практики получены в таких странах, как Намибия и Доминиканская Республика. См. A. Ahmed & E. Bell, *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia* (International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2009); M. Mollmann & J. Walsh, *A Test of Inequality: Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic* (Human Rights Watch, 2004) стр. 1-2, 29.

<sup>32</sup> D.E. Luciano et al. “Ectopic Pregnancy—From Surgical Emergency to Medical Management” (2004) 11(1) *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 109-121.

- Хирургическое лечение: В настоящее время считается, что сальпингостомия (удаление плодного яйца через разрез в трубной стенке) предпочтительнее, нежели сальпингэктомия (удаление маточной трубы). Первая процедура является менее инвазивной при равной эффективности. Второй метод применяется редко - лишь при экстренном вмешательстве в случае нестабильного состояния пациентки или кровотечения из разрыва.

Одной из главных целей лечения внематочной беременности является сохранение целостности фаллопиевой трубы для обеспечения репродуктивной способности женщины в дальнейшем. Способность к деторождению признана одним из важных компонентов здоровья женщины и непосредственно связана с качеством жизни. Поэтому пожелания пациентки в репродуктивной сфере следует признать важным аспектом осознанного выбора из различных вариантов лечения. Однако при сильном повреждении труб их сохранение не повысит шансы будущей успешной беременности. Но и после агрессивного лечения (удаления трубы) у женщины есть возможность родить ребенка, например, путем экстракорпорального оплодотворения.

## **i. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОСТАНОВКУ В ОПАСНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ И (ИЛИ) ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ**

Стандарты прав человека (в данном разделе по каждой теме приводятся основные стандарты прав человека<sup>33</sup>. В следующем далее разделе под названием "Анализ с точки зрения прав человека" приводятся ссылки на эти стандарты и на их толкования судебными и договорными органами)

### Право на равенство и свободу от дискриминации

*Международный пакт о гражданских и политических правах*<sup>34</sup>

Статья 26

Все люди равны перед законом и имеют право без всякой дискриминации на равную защиту закона. В этом отношении всякого рода дискриминация должна быть запрещена законом, и закон должен гарантировать всем лицам равную и эффективную защиту против дискриминации по какому бы то ни было признаку, как-то расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или

<sup>33</sup> Стандарты прав человека, используемые при анализе данного примера, не являются исчерпывающими. Например, в части уголовной ответственности за заражение или постановку в опасность заражения ВИЧ может иметь место нарушение права на свободу и личную неприкосновенность и свободу от произвольного ареста (Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 9), если положения уголовного законодательства чрезмерно широки, расплывчаты и допускают возможность произвольного правоприменения. Другой пример: право на свободу от незаконного вмешательства в личную и семейную жизнь и неприкосновенность жилища (Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 17) может быть использовано при аргументации тезиса о том, что сексуальные взаимоотношения людей не должны быть объектом вмешательства со стороны государства.

<sup>34</sup> *Международный пакт о гражданских и политических правах*, 19 декабря 1966 г., 999 U.N.T.S. 171 (МПГПП).

социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства.

*Международная конвенция о защите и поощрении прав и достоинства инвалидов*<sup>35</sup>

Статья 5

1. Государства-участники признают, что все лица равны перед законом и по нему и имеют право на равную защиту закона и равное пользование им без всякой дискриминации.

2. Государства-участники запрещают любую дискриминацию по признаку инвалидности и гарантируют инвалидам равную и эффективную правовую защиту от дискриминации на любой почве.

Статья 6

1. Государства-участники признают, что женщины-инвалиды и девочки-инвалиды подвергаются множественной дискриминации, и в этой связи принимают меры для обеспечения полного и равного осуществления ими всех прав человека и основных свобод.

2. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения всестороннего развития, улучшения положения и расширения прав и возможностей женщин, чтобы гарантировать им осуществление и реализацию прав человека и основных свобод, закрепленных в настоящей Конвенции.

*Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*<sup>36</sup>

Статья 2

Государства-участники осуждают дискриминацию в отношении женщин во всех ее формах, соглашаются безотлагательно всеми соответствующими способами проводить политику ликвидации дискриминации в отношении женщин ...

*Европейская конвенция о защите прав человека*<sup>37</sup>

Статья 14

Пользование правами и свободами, признанными в настоящей Конвенции, должно быть обеспечено без какой бы то ни было дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к национальным меньшинствам, имущественного положения, рождения или по любым иным признакам.

Право на здоровье

*Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*<sup>38</sup>

Статья 12

<sup>35</sup> *Международная конвенция о защите и поощрении прав и достоинства инвалидов*, 30 марта 2007 года, 993 U.N.T.S. 3 ("КПИ").

<sup>36</sup> *Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*, 18 декабря 1979 г., 1249 U.N.T.S. 13 ("КЛДЖ").

<sup>37</sup> *Европейская конвенция о защите прав человека*, 4 ноября 1950 года, Eur. T.S. 5 ("ЕКПЧ").

<sup>38</sup> *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, 16 декабря 1966 г., 993 U.N.T.S. 3. ("МПЭСКП")

1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:
  - (а) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка; ...
  - (с) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;
  - (d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

*Конвенция о правах инвалидов*

Статья 25

Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности... В частности, государства-участники: ...

(а) обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья ...

### **Анализ с точки зрения прав человека**

Узнав о своем ВИЧ-статусе, Мария была проинформирована консультантом из СПИД-центра, что в случае совершения действий, связанных с риском передачи ВИЧ-инфекции (например, совместное использование игл или половые связи), в отношении Марии может быть возбуждено уголовное дело. Марии велели подписать документ о том, что она предупреждена об уголовной ответственности. Уголовное законодательство все чаще применяется для наказания ЛЖВС или удерживания их от заражения и (или) постановки в опасность заражения других лиц. Это вызывает озабоченность с точки зрения права на защиту от дискриминации по признаку состояния здоровья и пола, а также права на здоровье.

#### **А. Криминализация и право на свободу от дискриминации - Состояние здоровья**

*Вопросы для обсуждения: Почему Мария считает несправедливым уголовное преследование за заражение/постановку в опасность заражения ВИЧ? На чем основана аргументация в поддержку такого уголовного преследования? Какие проблемы встают в связи с этим с точки зрения права на защиту от дискриминации по признаку состояния здоровья?*

Применение уголовного права в отношении заражения или постановки в опасность заражения ВИЧ может быть оправдано в редких случаях, когда лицо действует именно с целью передачи ВИЧ и с намерением причинить вред другим лицам<sup>39</sup>. Впрочем,

<sup>39</sup> UNAIDS *Criminalization Brief*, стр. 2 ("МПЭСКП").

ответственность за такие действия уже предусмотрена общим уголовным законодательством. Однако положения уголовного права об ответственности за распространение ВИЧ-инфекции разработаны с расчетом на более широкое применение. Они относятся к любому поведению, которое связано с риском передачи ВИЧ-инфекции. Сюда подпадает и рискованное поведение Марии: совместное использование игл и половые контакты (например, секс-услуги в обмен на деньги или наркотики, секс без презерватива). При этом уголовная статья не наказывает за подобное поведение как таковое, а наказывает за совершение подобных действий только ЛЖВС. Но ведь риск передачи и распространения ВИЧ-инфекции в обществе создают все, кому свойственно такое поведение. Мария обращает внимание на этот факт: "Я не виновата. Кто-то меня заразил". Даже если согласиться с применением уголовного законодательства из соображений охраны здоровья населения вместо других стратегий профилактики, в данном случае проводится произвольное различие между ЛЖВС и другими лицами с рискованным поведением<sup>40</sup>. Именно по этой причине Мария сочла такую систему несправедливой. Иными словами, ЛЖВС фактически подвергают наказанию не столько за то или иное поведение, сколько за наличие вируса, т. е. за состояние здоровья. Такое избирательное преследование ЛЖВС нарушает их право на защиту от дискриминации по признаку состояния здоровья<sup>41</sup>. Если учесть моральное порицание, ассоциируемое с уголовным наказанием, такое расширенное применение уголовной ответственности может привести к дальнейшей стигматизации ЛЖВС<sup>42</sup>. Мария заметила, что "[п]сихолог СПИД-центра беспокоилась о ком угодно, только не обо мне". Закон рассматривает ЛЖВС как переносчиков болезни, а не как людей, о чьем здоровье и благополучии нужно заботиться не меньше, чем о здоровье и благополучии всех остальных людей.

---

<sup>40</sup> Обратите также внимание на приводимый ниже анализ применения уголовного преследования в свете права на здоровье, где объясняется, почему попытки бороться с рискованным поведением путем уголовного преследования неприемлемы из соображений охраны здоровья и по другим причинам.

<sup>41</sup> "...[Д]искриминация на основе статуса ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом, действительно являющихся или считающихся таковыми, запрещается действующими международными стандартами прав человека, и выражение "или иного обстоятельства" международных текстов по правам человека, касающихся запрещения дискриминации, следует толковать как распространяющееся на состояние здоровья, включая ВИЧ / СПИД". Комиссия по правам человека, *Защита прав человека в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)*, UN Doc. E/CN.4/1995/44 (1995) E/CN.4/1999/167.

<sup>42</sup> Р. Юргенс (Jurgens), стр. 10.

## **В. Криминализация и право на свободу от дискриминации - Пол**

*Вопросы для обсуждения: Некоторые защитники прав поддерживают уголовную ответственность за заражение/постановку в опасность заражения ВИЧ как способ оградить женщин от риска передачи ВИЧ при гетеросексуальном контакте. На основе приведенного примера и истории Марии объясните, почему у женщины больше вероятности, чем у мужчины, подвергнуться уголовному преследованию? Какие проблемы встанут в связи с уголовным преследованием с точки зрения права на защиту от дискриминации по признаку пола?*

Некоторые защитники прав поддерживают расширенное применение уголовной ответственности как позволяющее оградить женщин от риска гетеросексуальной передачи ВИЧ-инфекции. Однако ниже приводятся три причины того, почему при расширенном применении уголовного законодательства женщины будут подвергаться уголовному преследованию чаще, чем мужчины<sup>43</sup>. В силу своего непропорционального воздействия на женщин криминализация заражения и постановки в опасность заражения ВИЧ нарушает право на защиту от дискриминации по признаку пола. Это право требует, чтобы государства отменили все положения своего уголовного законодательства, которые представляют собой дискриминацию в отношении женщин.<sup>44</sup>

Во-первых, по уголовному законодательству большинства стран, чтобы избежать судебного преследования, ЛЖВС обязаны раскрыть свой ВИЧ-статус половому партнеру либо настоять на использовании презерватива либо отказаться от полового контакта. Однако попытка выполнить такие требования подвергнет многих женщин риску негативных последствий. Николай и Мария редко пользовались презервативами. Когда Мария пыталась настаивать на их использовании, Николай обвинял ее в неверности. Иногда женщины не имеют возможности договориться с партнером-мужчиной о безопасном сексе, не опасаясь обвинений в неверности или же насилия. Когда Николай узнал о ВИЧ-статусе Марии, он бросил ее, запретив ей возвращаться домой. Возможно, Мария не хотела добровольно раскрывать Николаю свой ВИЧ-статус, поскольку ожидала от него именно такой реакции. Довольно часто случается так, что после раскрытия женщиной своего ВИЧ-статуса партнер бросает ее<sup>45</sup>. Женщина попадает в безвыходную ситуацию: если не соблюдать закон, существует опасность уголовного преследования, а если его соблюдать - есть риск подвергнуться плохому обращению со стороны партнера<sup>46</sup>.

Вторых, женщины чаще, чем мужчины, обращаются в медицинские учреждения - главным образом в силу своей репродуктивной функции, а потому женщин чаще, чем мужчин, обследуют на ВИЧ. Для многих женщин обращение в систему здравоохранения происходит в связи с беременностью и родами. Обследование на ВИЧ все чаще практикуется как одна из рутинных процедур в контексте дородовой помощи. Поэтому у женщины высока вероятность узнать о своем ВИЧ-статусе раньше, чем о нем узнает ее

---

<sup>43</sup> Юргенс, стр. 12.

<sup>44</sup> КЛДЖ, статья 2

<sup>45</sup> Babakian, стр. 10; J. Kehler, M Clayton & T. Crone. *10 Reasons Why Criminalization of HIV Exposure or Transmission Harms Women* (ATHENA Network, 2009) стр. 3

<sup>46</sup> Юргенс, стр. 13.

половой партнер. Нередко в этом ошибочно усматривают причинно-следственную связь - т. е. женщина якобы первой заразилась ВИЧ-инфекцией и несет ответственность за заражение партнера<sup>47</sup>. Неизвестно, является ли Николай ВИЧ-позитивным, а если да, то не заразился ли он до своего знакомства с Марией либо в результате какого-либо рискованного поведения в период своих отношений с Марией. Но поскольку у Марии первой обнаружен ВИЧ, ее обвиняют в том, что она "принесла домой ВИЧ-инфекцию", и угрожают сообщить в полицию.

В-третьих, уголовное законодательство может быть сформулировано и применяться так, что в сферу ответственности попадет и передача ВИЧ от матери ребенку<sup>48</sup>. В этом случае для таких женщин, как Мария, которым неизвестны или недоступны меры профилактики, беременность и роды фактически приравниваются к уголовному преступлению<sup>49</sup>. В рассматриваемом случае Мария беспокоилась, что ее ВИЧ-статус мог повлиять на ход беременности, сообщила ложную информацию в анкете при поступлении в больницу и боялась раскрытия статуса из-за предупреждения, полученного от психолога из СПИД-центра.

### **С. Криминализация и право на здоровье**

*Вопросы для обсуждения: Каким образом криминализация заражения/постановки в опасность заражения ВИЧ не помогает, а мешает достижению целей здравоохранения? Какие проблемы встают в связи с криминализацией с точки зрения права на здоровье?*

Успешными профилактическими мерами можно считать такие, в результате которых люди охотно проходят обследование на ВИЧ, а ЛЖВС всегда получают достоверную информацию о путях передачи и мерах профилактики и доступ к качественной медицинской помощи в дружественной обстановке. Криминализация заражения и постановки в опасность заражения ВИЧ не только неэффективна, но и контрпродуктивна с точки зрения достижения этих целей.

Когда Мария узнала о своем ВИЧ-статусе, она была в шоковом состоянии и не имела понятия, что сказать и о чем спросить. По ее реакции можно предположить, что она не проходила дотестового консультирования<sup>50</sup>. А вместо послетестового консультирования консультант-психолог СПИД-центра сообщила Марии, что она может быть привлечена к уголовной ответственности за заведомое заражение другого человека ВИЧ-инфекцией. Мария представляла интерес только как "источник заражения". Стремясь дистанцироваться от такого представления о себе, Мария убедила себя в том, что произошла ошибка и результат анализа недостоверен. Подобно многим другим ЛЖВС, Мария вышла из СПИД-центра рассерженной и с ощущением, что ее осуждают; при этом она не получила информации о том, как позаботиться о своем здоровье и сохранить

<sup>47</sup>Юргенс, стр. 12-13, 17-18. См. также: А. Ahmed, С. Hanssens & В. Kelly, "Protecting HIV-Positive Women's Human Rights: Recommendations for the United States National HIV/AIDS Strategy" (2009) 17(34) *Reproductive Health Matters* 127 стр. 129.

<sup>48</sup>J. Csete, R. Pearshouse & A. Symington, "Vertical HIV Transmission Should be Excluded from Criminal Prosecution" (2009) 17(34) *Reproductive Health Matters* 154 стр. 157-159.

<sup>49</sup>Kehler et al, стр. 4.

<sup>50</sup>Burns, стр. 11.

здоровье других людей. Мария не получила информации о ВИЧ/СПИДе, о снижении вреда, о лечении, ей не предложили психосоциальную или эмоциональную поддержку. Кроме того, опыт общения со СПИД-центром подорвал ее доверие к медучреждениям и медработникам вообще. Из-за такого отсутствия доверия многие ЛЖВС не хотят впоследствии обращаться в учреждения здравоохранения по поводу врачебного наблюдения и лечения<sup>51</sup>. Мария никуда не обращалась за медицинской помощью в связи со своей ВИЧ-инфекцией.

Криминализация порой отрицательно влияет и на доступность других медицинских услуг. Некоторые беременные с ВИЧ, не желая раскрывать свой статус, не обращаются в медучреждения и не получают дородовой помощи и профилактики ПМР<sup>52</sup>. Мария указала ложные сведения в документах, которые заполняла при поступлении в больницу, а раскрыла свой статус только из-за беспокойства, что он мог повлиять на ее беременность. (ВИЧ/СПИД не является фактором риска развития внематочной беременности). Криминализация, учитывая ее негативное воздействие на доступность медицинской помощи, нарушает право на здоровье. Право на здоровье предполагает, что государство должно предоставить гражданам точную и достоверную информацию о ВИЧ/СПИДе<sup>53</sup> и обеспечить уязвимым группам, включая ЛЖВС, доступ к медицинским учреждениям, товарам и услугам без какой-либо дискриминации<sup>54</sup>. Из-за криминализации ВИЧ-положительные женщины, желая скрыть свой ВИЧ-статус, не обращаются в медучреждения по поводу дородовой помощи и профилактики ПМР, а следовательно, криминализация приводит к нарушению специфических гарантий права на здоровье в части доступности услуг по охране репродуктивного здоровья<sup>55</sup>.

## ii. НЕСАНКЦИОНИРОВАННОЕ РАЗГЛАШЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА

### Стандарты прав человека

#### Право на частную жизнь и конфиденциальность

##### *Международный пакт о гражданских и политических правах*

##### Статья 17

1. Никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на

<sup>51</sup> Юргенс, стр. 9. См. также: Burns, стр. 9.

<sup>52</sup> Kehler et al, стр. 2.

<sup>53</sup> Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, *Замечание общего порядка 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12)*, UN ESCOR, 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4, пункты. 36, 44 ("КЭСКП Замечание общего порядка № 14"). См. также Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, *Рекомендация общего порядка № 15: Недопущение дискриминации в отношении женщин в национальных стратегиях по предупреждению и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД)*, UN GAOR, 1990, UN Doc. A/45/38 (государства должны активизировать усилия по распространению информации для повышения осведомленности общества о риске и воздействии ВИЧ-инфекции и СПИДа, особенно в отношении женщин и детей) ("КЛДЖ, Рекомендация общего порядка № 24").

<sup>54</sup> КЭСКП, *Замечание общего порядка № 14*, п. 43.

<sup>55</sup> КЭСКП, *Замечание общего порядка № 14*, п. 14.

неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию.

2. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств.

#### *Конвенция о правах инвалидов<sup>56</sup>*

##### Статья 22

1. Независимо от места жительства или жилищных условий ни один инвалид не должен подвергаться произвольному или незаконному посягательству на неприкосновенность его частной жизни, семьи, жилища или переписки и иных видов общения либо незаконным нападениям на его честь и репутацию. Инвалиды имеют право на защиту закона от таких посягательств или нападков.

2. Государства-участники охраняют конфиденциальность сведений о личности, состоянии здоровья и реабилитации инвалидов наравне с другими.

#### *Европейская конвенция о защите прав человека*

##### Статья 8

1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

2. Не допускается вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права, за исключением случая, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности и общественного порядка, экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, для охраны здоровья или нравственности или защиты прав и свобод других лиц.

#### *Европейская конвенция о правах человека и биомедицине*

##### Статья 10

1. Каждый человек имеет право на уважение его частной жизни в том, что касается сведений о его здоровье.

#### *Право на свободу от жестокого обращения в браке и семейных отношениях*

#### *Международный пакт о гражданских и политических правах*

##### Статья 23

4. Участвующие в настоящем Пакте Государства должны принять надлежащие меры для обеспечения равенства прав и обязанностей супругов в отношении вступления в брак, во время состояния в браке и при его расторжении. В случае расторжения брака должна предусматриваться необходимая защита всех детей.

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

##### Статья 16

---

<sup>56</sup> Обратите внимание, что вопрос о трактовке ВИЧ-статуса как вида инвалидности является спорным. Некоторые утверждают, что такой подход приводит к еще большей стигматизации и к выделению ВИЧ-статуса как исключительного обстоятельства.

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений, и, в частности, обеспечивают на основе равенства мужчин и женщин: ... (с) одинаковые права и обязанности в период брака и при его расторжении.

*Конвенция о правах инвалидов*

Статья 16

1. Государства-участники принимают все надлежащие законодательные, административные, социальные, просветительные и иные меры для защиты инвалидов как дома, так и вне его от всех форм эксплуатации, насилия и надругательства, в том числе от тех их аспектов, которые имеют гендерную подоплеку.

### **Анализ с точки зрения прав человека**

Связанная с ВИЧ стигма приводит к недопустимому обращению и дискриминации в отношении ЛЖВС в условиях клинической помощи. К такому недопустимому обращению относится, в частности, несанкционированное разглашение ВИЧ-статуса медицинскими работниками третьим лицам<sup>57</sup>. Информировав Николая о состоянии Марии, медсестра Бондарь сообщила ему, что Мария ВИЧ-позитивная. ЛЖВС имеют право контролировать раскрытие и использование их личной информации. Это право налагает обязанность на медицинских работников и других лиц, получивших такие сведения на условиях конфиденциальности, не разглашать данную информацию без соответствующего разрешения<sup>58</sup>. Несанкционированное раскрытие ВИЧ-статуса нарушает право на неприкосновенность частной жизни и связанную с ним обязанность медицинских работников соблюдать конфиденциальность.

Принцип конфиденциальности особенно важен в контексте ВИЧ/СПИДа, поскольку после раскрытия ВИЧ-статуса многие люди рискуют подвергнуться насилию, дискриминации или социальной изоляции<sup>59</sup>. Эти последствия грозят им как в семье, так и в окружающем обществе<sup>60</sup>. Придя в себя после операции, Мария узнала, что Николаю рассказали о ее ВИЧ-статусе. Он позвонил в больницу, запретил ей возвращаться домой и пригрозил, что заявит на нее в полицию. Недостаточная защита от последствий разглашения ВИЧ-статуса нарушает право на свободу от жестокого обращения в браке и семейных отношениях.

#### **А. Право на частную жизнь и конфиденциальность**

*Вопросы для обсуждения: Должна ли была медсестра Бондарь раскрывать Николаю ВИЧ-статус Марии? Какие проблемы встанут в связи с несанкционированным раскрытием ВИЧ-статуса с точки зрения права частную жизнь и права на здоровье? Каким образом можно уведомить партнера и при этом обеспечить соблюдение прав человека в отношении всех заинтересованных лиц?*

<sup>57</sup> См. напр., Schleifer & Buchanan, стр. 54-55.

<sup>58</sup> R. Cook, B Dickens & M. Fathalla. *Reproductive Health and Human Rights*. (2003), стр. 121.

<sup>59</sup> S. Maman & A. Medley. *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes*. (Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.) стр 5.

<sup>60</sup> Schleifer & Buchanan, стр. 55; Maman & Medley, стр. 18.

В деле *Z. v. Finland* Европейский суд по правам человека признал, что защита медицинских данных, включая сведения о состоянии здоровья, в т. ч. о наличии ВИЧ-инфекции, является фундаментальным аспектом права на уважение частной жизни<sup>61</sup>. Подобным же образом, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам признал "право на конфиденциальность в отношении персональных данных"<sup>62</sup>. В контексте оказания медицинской помощи это право налагает на медработников обязанность соблюдения конфиденциальности. Медработники должны ограничить объем запрашиваемых у пациента сведений лишь теми, которые имеют значение для лечения данного пациента, использовать такие сведения только в законных целях и защищать их от несанкционированного разглашения<sup>63</sup>. Для раскрытия сведений о пациенте третьим сторонам требуется свободное и осознанное согласие самого пациента. Медсестра Бондарь нарушила свою обязанность сохранять сведения о пациентах в тайне. Она раскрыла Николаю ВИЧ-статус Марии без ее согласия.

Право на защиту частной жизни в части защиты медицинских данных не является абсолютным. Раскрытие таких сведений может быть оправдано в случае, если существует риск причинения вреда третьим лицам. Охрана здоровья и профилактики заболеваний являются законными общественными интересами, которыми может быть оправдано ограничение права на уважение частной жизни. В некоторых случаях раскрытие информации может быть обязательным для осуществления права других лиц на охрану здоровья.

Зная о ВИЧ-статусе Марии и имея доказательства незащищенных половых контактов, медсестра Бондарь, возможно, была обязана уведомить Николая о риске заражения ВИЧ<sup>64</sup>. Однако существуют способы, которые позволили бы медсестре Бондарь выполнить свою обязанность и при этом обеспечить соблюдение прав всех заинтересованных лиц. Медсестра Бондарь должна была попытаться убедить Марию добровольно сообщить Николаю о своем ВИЧ-статусе и о возможном заражении ВИЧ-инфекцией. Мария могла бы дать осознанное согласие на то, чтобы Николай уведомил и проконсультировал квалифицированный медицинский работник, по возможности сохраняя конфиденциальность в отношении Марии. Медицинские работники имеют право раскрывать информацию без согласия пациента лишь в редких случаях, когда ЛЖВС упорно отказываются информировать своих партнеров<sup>65</sup>.

Кроме того, прежде чем уведомить партнера без согласия пациента, медработник должен оценить и учесть риск наступления неблагоприятных последствий для ЛЖВС в случае раскрытия диагноза. Обсуждая с Марией вопрос уведомления партнера, медсестра Бондарь могла бы узнать о тех причинах или опасениях, которые удерживали Марию от добровольного раскрытия своего ВИЧ-статуса. В таком случае предпочтительнее будет

---

<sup>61</sup> *Z. v. Finland* (1997), 25 E.H.R.R. 371.

<sup>62</sup> КЭСКП, Замечание общего порядка № 14, п. 12.

<sup>63</sup> *Cook, Dickens & Fathalla*, стр. 121.

<sup>64</sup> *Cook, Dickens & Fathalla*, стр. 127.

<sup>65</sup> S. Timberlake, *Opening Up the HIV/AIDS Epidemic: Guidance on Encouraging Beneficial Disclosure, Ethical Partner Counselling & Appropriate Use of HIV Case-Reporting* (UNAIDS & WHO, 2000) стр. 18-22.

найти альтернативу немедленному раскрытию диагноза - например, подождать с уведомлением партнера до тех пор, пока Мария выздоровеет и сможет обратиться в службы поддержки<sup>66</sup>. Медсестра Бондарь могла бы помочь Марии получить психосоциальную и юридическую помощь<sup>67</sup>.

## **В. Право на свободу от жестокого обращения в браке и семейных отношениях**

*Вопросы для обсуждения: Каковы последствия несанкционированного разглашения диагноза медсестрой Бондарь? Существует ли в клиническом контексте обязанность защищать пациента от вреда, который может наступить после раскрытия информации о диагнозе?*

Законодательство о правах человека устанавливает позитивное обязательство защиты пациента от недопустимого обращения после раскрытия диагноза<sup>68</sup>. Николай бросил Марию, узнав о ее ВИЧ-статусе, и не позволил ей вернуться домой. Права на свободу от дискриминации по признаку инвалидности и пола требуют от государства принятия всех необходимых мер для искоренения жестокого обращения и насилия в отношении ВИЧ-инфицированных женщин в контексте супружеской и семейной жизни<sup>69</sup>. При расторжении брака необходимо принимать меры к тому, чтобы ВИЧ-положительная женщина могла осуществить свое право на получение справедливой доли совместно нажитого имущества и алиментов, имела возможность остаться жить в семейном доме, а в соответствующих случаях сохранила право опеки над детьми наравне с бывшим супругом<sup>70</sup>.

## **III. ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ**

### **Стандарты прав человека**

#### Право искать, получать и распространять информацию

##### *Международный пакт о гражданских и политических правах*

##### Статья 19

2. Каждый человек имеет право на свободное выражение своего мнения; это право включает свободу искать, получать и распространять всякого рода информацию и идеи, независимо от государственных границ, устно, письменно или посредством печати или художественных форм выражения, или иными способами по своему выбору..

<sup>66</sup> A. Medley *et al.*, "Rates, Barriers and Outcomes of HIV Serostatus Disclosure among Women in Developing Countries: Implications for Prevention of Mother-to-Child Transmission Programmes" (2004) 82. *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения* 299 стр. 305.

<sup>67</sup> Timberlake, стр. 20.

<sup>68</sup> *Международные руководящие принципы по ВИЧ / СПИДу и правам человека*, HR/PUB/06/9, 2006, , п. 114.

<sup>69</sup> *КПИ*, ст. 16(1); *КЛЖД*, ст. 16(1).

<sup>70</sup> S. Chu & A. Symington, *Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women's Rights in the Context of HIV/AIDS - Volume Two: Family and Property Issues - Module 4: Divorce* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2009) стр. 18-34. См. также: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, *Международные руководящие принципы по ВИЧ / СПИДу и правам человека: 2006 г. Объединенный вариант* (УВКПЧ и ЮНЭЙДС, 2006) стр. 35.

*Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*

Статья 10

Государства-участники принимают все соответствующие меры для того, чтобы... обеспечить на основе равенства мужчин и женщин: ...

(h) доступ к специальной информации образовательного характера в целях содействия обеспечению здоровья и благосостояния семей, включая информацию и консультации о планировании размера семьи.

*Конвенция о правах инвалидов*

Статья 21

Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения того, чтобы инвалиды могли пользоваться правом на свободу выражения мнения и убеждений, включая свободу искать, получать и распространять информацию и идеи наравне с другими, пользуясь по своему выбору всеми формами общения...

*Европейская конвенция о защите прав человека*

Статья 10

1. Каждый имеет право свободно выражать свое мнение. Это право включает свободу придерживаться своего мнения и свободу получать и распространять информацию и идеи без какого-либо вмешательства со стороны публичных властей и независимо от государственных границ. ...

*Право на личную неприкосновенность*

Примечание: Это право было интерпретировано как часть права на свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, права на неприкосновенность личности, право на неприкосновенность частной жизни и право на наивысший достижимый уровень здоровья.

*Международный пакт о гражданских и политических правах*

Статья 7

Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.<sup>71</sup>

Статья 9

1. Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность.

Статья 17

1. Никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию.

---

<sup>71</sup> См. также *Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания*.

*Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*

Статья 12

1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

*Конвенция о правах инвалидов*

Преамбула

...признавая, что инвалидность — это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Статья 17

Каждый инвалид имеет право на уважение его физической и психической целостности наравне с другими.

Статья 25

Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. ... В частности, государства-участники: ...

(d) требуют, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения.

*Европейская конвенция о защите прав человека*

Статья 3

Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию.

Статья 5

1. Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность.

Статья 8

1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

*Европейская конвенция о правах человека и биомедицине*

Статья 5

Медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того как лицо, подвергающееся этому вмешательству, даст на это добровольное информированное согласие..

*Хартия основных прав Европейского Союза*<sup>72</sup>

Статья 3

1. Каждый человек имеет право на физическую неприкосновенность и неприкосновенность психики.
2. В области медицины и биологии необходимо прежде всего обеспечить:  
(а) Свободного и осознанного согласия лица, в соответствии с процедурами, установленными законом.

Право на принятие решений о детях

*Международный пакт о гражданских и политических правах*

Статья 23

2. За мужчинами и женщинами, достигшими брачного возраста, признается право на вступление в брак и право основывать семью.

*Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин*

Статья 12

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования размера семьи.

Статья 16

1. Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин во всех вопросах, касающихся брака и семейных отношений, и, в частности, обеспечивают на основе равенства мужчин и женщин: ...  
(е) одинаковые права свободно и ответственно решать вопрос о числе детей и промежутках между их рожденьями и иметь доступ к информации, образованию, а также средствам, которые позволяют им осуществлять это право.

*Конвенция о правах инвалидов*

Статья 23

1. Государства-участники принимают эффективные и надлежащие меры для устранения дискриминации в отношении инвалидов во всех вопросах, касающихся брака, семьи, отцовства, материнства и личных отношений, наравне с другими, стремясь при этом обеспечить, чтобы: ...  
(b) признавались права инвалидов на свободное и ответственное принятие решений о числе детей и интервалах между их рождением и на доступ к соответствующей возрасту информации и к просвещению в вопросах репродуктивного поведения и планирования семьи, а также предоставлялись средства, позволяющие им осуществлять эти права;;  
(с) инвалиды, включая детей, наравне с другими сохраняли свою фертильность.

**Анализ с точки зрения прав человека**

---

<sup>72</sup> ЕС, *Хартия основных прав Европейского Союза*, [2000] ОJ C 364/01. (Сейчас это Статья II-63 Конституции Европейского Союза).

В контексте клинической помощи ЛЖВС иногда подвергаются принудительным медицинским вмешательствам, которые характеризуются отсутствием свободного и осознанного принятия решений. Такого рода ненадлежащее обращение весьма распространено в отношении ЛЖВС - особенно женщин, живущих с ВИЧ / СПИДом - в контексте услуг по охране репродуктивного здоровья<sup>73</sup>. Женщинам отказывают в праве решать, следует ли им беременеть и следует ли донашивать уже существующую беременность. С появлением все большего числа женщин репродуктивного возраста, живущих с ВИЧ, вопросы охраны репродуктивного здоровья становятся еще более сложными и включают такие аспекты, как профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и дальнейший уход за детьми, рожденными у ВИЧ-положительных матерей<sup>74</sup>. Если женщина, живущая с ВИЧ, забеременела и хочет иметь детей, она нередко становится объектом сурового осуждения и стигматизации как если бы она была источником вреда, поскольку некоторые люди считают, что она может заразить ребенка, а в будущем отказаться от него. Из проведенных исследований и отдельных сообщений известно, что такие настроения весьма распространены среди медицинских работников<sup>75</sup>. Медсестра Бондарь в разговоре с Николаем продемонстрировала именно такое отношение, когда сказала что они с Марией эгоисты, поскольку рискуют передать ВИЧ ребенку. Подобное отношение стоит за практикой принудительной стерилизации и стремлением избежать будущих беременностей у ВИЧ-положительных женщин<sup>76</sup>.

#### **А. Право на информированное согласие**

*Вопрос для обсуждения: Была ли у Марии возможность принять осознанное решение о стерилизации на основе адекватной информированности?*

Мария раскрыла свой ВИЧ-статус врачу Минкову, поскольку была обеспокоена тем, не повлиял ли ее ВИЧ-статус на текущую беременность и может ли повлиять на предположительные будущие беременности. Она также спросила о том, какие имеются способы предотвратить передачу ВИЧ от матери ребенку. В ответ врач Минков заявил, что меры профилактики существуют, но они не так эффективны, как стерилизация.

Право на получение информации<sup>77</sup> имеет фундаментальное значение для принятия обоснованных решений. Люди нуждаются в таких сведениях, которые могут существенным образом повлиять на их решение выбрать тот или иной метод медицинской помощи, причем эти сведения должны быть изложены в понятной и запоминающейся

---

<sup>73</sup> N. Anand et al. *Bridging the Gap: Developing a Human Rights Framework to Address Coerced Sterilization and Abortion* (HEAL Clinic, Faculty of Law University of Toronto, 2009), online: [http://www.athenanetwork.org/docs/HEAL\\_Policy\\_Brief.pdf](http://www.athenanetwork.org/docs/HEAL_Policy_Brief.pdf).

<sup>74</sup> См. M. de Bruyn. *Reproductive choice and women living with HIV/AIDS*. (IPAS, 2002); Babakian.

<sup>75</sup> Center for Reproductive Rights & Federation of Women Lawyers. *At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities* (2008) стр. 44.

<sup>76</sup> В программах охраны здоровья, "которые направлены на беременных ... нередко делается упор на принудительные меры с целью избежать риска передачи ВИЧ-инфекции плоду, такие как обязательное обследование на ВИЧ с последующим принуждением к аборту или стерилизации". Управление Верховного комиссара по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы: Вторая международная консультация по ВИЧ/СПИДу и правам человека (1998) п. 92.

<sup>77</sup> МПГПП, ст. 19; КЛЖД, ст. 10; ЕСПЧ, ст. 10.

форме<sup>78</sup>. К такой существенной информации относится характер предлагаемого лечения и его относительные преимущества и риски по сравнению с имеющимися альтернативами<sup>79</sup>. Помимо этого, на работниках здравоохранения лежит профессиональная обязанность проявлять добросовестность и не искажать информацию об имеющихся вариантах лечения, исходя из собственных предрассудков или личных суждений. Врач Минков дал Марии неполную и одностороннюю информацию относительно вариантов лечения, которые позволили бы ей сохранить фертильность и успешно предотвратить передачу вируса ребенку. Его утверждение о том, что меры ППМР являются "менее эффективными", не отражает должным образом тот факт, что эти меры могут снизить риск передачи вируса от матери ребенку до уровня ниже 2%<sup>80</sup>. Врач Минков также не сообщил об альтернативных методах контрацепции, которые не были бы необратимыми с учетом возможных изменений в жизненных обстоятельствах<sup>81</sup>.

Кроме того, существенная информация для принятия решения должна быть предоставлена пациенту в подходящее время<sup>82</sup>. Иными словами, просить пациента дать согласие на то или иное лечение следует только в условиях, когда пациент не испытывает стресса или принуждения, чтобы процесс принятия решения был осознанным и конструктивным. Мария была в состоянии дистресса, поскольку недавно узнала о том, что потеряет беременность. Поэтому выбранный врачом Минковым момент для обращения к Марии с просьбой дать согласие на стерилизацию был неподходящим.

*Вопрос для обсуждения: Имела ли Мария возможность дать добровольное согласие на стерилизацию?*

Принятие решения должно быть добровольным, что предполагает свободу от любого "давления власти или авторитета", из-за которого у пациента может сложиться впечатление об отсутствии каких-либо юридических или медицинских альтернатив<sup>83</sup>. Врач Минков применил такого рода давление в разговоре с Марией, когда сослался на действующую в больнице политику и пригрозил, что позовет руководство больницы (главврача), если Мария откажется дать согласие.

Одной из форм принуждения является неуместное использование стимулов. Врач Минков дал Марии понять, что лечение ее внематочной беременности обусловлено согласием на стерилизацию. Отказ женщине в медицинской помощи, за исключением такого медицинского вмешательства, которого женщина не желает или в котором не нуждается, нарушает два принципа свободного принятия решений: автономию и личную неприкосновенность. Даже если бы Марии дали подписать форму информированного

---

<sup>78</sup> Cook, Dickens & Fathalla, стр. 109-110.

<sup>79</sup> International Federation of Gynecologists and Obstetricians, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, 13 (London: FIGO, 2009).

<sup>80</sup> Operario, стр. 11. См. также *WHO Women Living with HIV/AIDS* стр. 31.

<sup>81</sup> International Federation of Gynecologists and Obstetricians, *Ethical Considerations in Sterilization* (London: FIGO, 2000), стр. 8.

<sup>82</sup> *A.S. v. Hungary* (Комитет ООН по ЛДЖ; Венгрия, август 2006).

<sup>83</sup> P. Breggin. "Coercion of Voluntary Patients in an Open Hospital" (1964) *Archives Gen. Psychiatry* стр. 173, цитируется у В. Meier. "International Protection of Persons Undergoing Medical Experimentation: Protecting the Right of Informed Consent" (2002) *Berkeley J. Int'l L.* стр. 513, п. FN 178.

согласия, она вынуждена была бы выбирать лишь из двух вариантов: либо стерилизация, либо отказ от необходимой медицинской помощи. Учитывая последствия второго, она была бы вынуждена дать согласие на стерилизацию.

*Вопрос для обсуждения: Нарушил ли доктор Минков права Марии в части принятия решения о стерилизации? Какие права были нарушены и почему?*

Врач Минков отказался обсуждать с Марией вопрос о том, как ее ВИЧ-статус может повлиять на вероятность здоровой беременности и родов, а также варианты лечения внематочной беременности. Операция стерилизации была проведена не на основании свободного и осознанного решения пациентки и не по медицинским показаниям (таким, например, как тяжелое повреждение фаллопиевой трубы), а на основании решения врача Минкова о том, что будущие беременности пациентки следует предотвратить. Стерилизация для целей контрацепции не может быть признана необходимым медицинским вмешательством<sup>84</sup>. Врач Минков утверждал, что обсудить эти вопросы до операции нет возможности, однако затем обратился к Николаю и получил его расписку о согласии на операцию. Стерилизацию с целью предотвращения будущих беременностей ни в коем случае нельзя считать неотложной медицинской помощью, а потому недопустимо проводить ее без информированного согласия<sup>85</sup>.

Информированное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства<sup>86</sup>. В его основе лежит право на физическую неприкосновенность<sup>87</sup>, связанное со следующими правами и подкрепляемое ими: право на охрану здоровья<sup>88</sup>, право на личную безопасность<sup>89</sup>, право на свободу от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения<sup>90</sup> и право на

---

<sup>84</sup> Letter from Luisa Cabal *et al.* from Center for Reproductive Rights, European Roma Rights Center, and Open Society Institute to Bernard Dickens at International Federation of Gynecologists and Obstetricians Re: Updating the FIGO Ethical Considerations in Sterilization Guidelines (3 February 2010), стр. 3

<sup>85</sup> Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин ("КЛДЖ"), 47-я сессия (4-22 октября 2010 г.). *Заключительные замечания Комитета по Чешской Республике*. Рекомендация 35.

<sup>86</sup> Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*. European Consultation on the Rights of Patients. (1994) п. 3.1.

<sup>87</sup> См., например, *Storck v. Germany*, no. 61603/00 [2005] V E.C.H.R. 406 п. 143 (лечение против воли пациента нарушает его право на личную неприкосновенность).

<sup>88</sup> КЭСКИП, Замечание общего порядка № 14, п. 8 (право на здоровье включает в себя "право... не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам"); КЛДЖ, Рекомендация общего порядка № 24, п. 22 (право на здоровье предполагает предоставление приемлемых услуг, т.е. оказываемых без принуждения при полностью осознанном согласии пациентки).

<sup>89</sup> Договорные органы признают, что такая практика, как калечащие операции на половых органах, нарушает право девочки на личную безопасность и физическую неприкосновенность. КЛДЖ, *Заключительные замечания Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин*: Буркина-Фасо, 2000 (A/55/38(SUPP)), см. также КЛДЖ, *Заключительные замечания Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин*: Камерун, 2000 (A/55/38(SUPP)).

<sup>90</sup> См., например, Комитет по правам человека, *Замечание общего порядка № 20: заменяет собой Замечание общего порядка № 7 о запрещении пыток и жестокого обращения или наказания (статья 7)*, 1992, 10/03/92, п. 7 (запрещение пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения распространяется на медицинские процедуры, производимые без свободного согласия лица).

неприкосновенность частной жизни<sup>91</sup>. Право на защиту от дискриминации в сфере здравоохранения требует предоставления медицинских услуг, "на которое женщина даёт осознанное согласие и при котором обеспечивается уважение её достоинства... и учитываются её потребности и чаяния. Государства-участники не должны допускать такие формы принуждения, как стерилизация без получения согласия ..."<sup>92</sup>

Тот факт, что врач Минков получил согласие на стерилизацию от Николая, а не от Марии, не оправдывает данное медицинское вмешательство. Решение о стерилизации может принимать только сам пациент, а не его (ее) партнер, супруг или медработник<sup>93</sup>. Замена собственного согласия дееспособного лица разрешением со стороны супруга является нарушением права на самоопределение, которое предполагает защиту от вмешательства со стороны любых третьих лиц, медицинских работников, супруга и администрации больницы<sup>94</sup>. Право на самоопределение означает, что любой психически дееспособный взрослый человек делает самостоятельный выбор в отношении получаемой им медицинской помощи. Все женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право на свободное принятие решений об оказываемых им услугах в области репродуктивного здоровья и на необходимую информацию для принятия таких решений.

Особенно остро стоит проблема отсутствия информированного согласия в контексте стерилизации. Как пояснил Специальный докладчик ООН по праву на наивысший достижимый уровень здоровья: "Женщинам нередко дают недостаточно времени и слишком мало информации для осознанного согласия на процедуру стерилизации, либо им не говорят о проведении такой процедуры и они лишь впоследствии узнают, что подверглись стерилизации. Политика и законы, санкционирующие лечение без согласия пациента ... в том числе стерилизацию ... нарушают право на физическую и психическую неприкосновенность и могут представлять собой пытки и жестокое обращение"<sup>95</sup>. Поэтому Комитет ООН по правам человека требует от государств докладывать о мерах по предотвращению принудительной стерилизации в рамках соблюдения запрета на пытки и

---

<sup>91</sup> См., например, *Storck v. Germany*, п. 144 (лечение, проводимое без согласия пациента, представляет собой вмешательство в право человека на уважение частной жизни); *YF v Turkey*, № 24209/94, 22/07/03), п. 33 (принудительный гинекологический осмотр задержанной на полицейском участке был нарушением ее права на уважение частной жизни и личную неприкосновенность); *Glass v. United Kingdom*, № 61827/00, 2004 (признано нарушение права на физическую неприкосновенность при введении сыну диморфина против воли матери).

<sup>92</sup> КЛДЖ, Рекомендация общего порядка № 24, п. 22.

<sup>93</sup> "Хотя решение иметь или не иметь детей желательно принимать по согласованию с супругом или партнером, право принимать такое решение не подлежит ограничению со стороны супруга, родителя, партнера или государства". *Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Рекомендация общего порядка № 21: Равенство в браке и семейных отношениях*, UN GAOR, 1994, UN Doc. A/49/38, п. 22. См. также, Комитет по правам человека, *Замечание общего порядка 28: Равенство прав мужчин и женщин (статья 3)*, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000), п. 20 (вопрос о нарушении права женщины на уважение частной жизни в связи с репродуктивной функцией в ситуации, когда требовалось получить разрешение мужа на стерилизацию).

<sup>94</sup> Cook, Dickens & Fathalla, стр. 113-115.

<sup>95</sup> Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (10 августа 2009 г.). Доклад на 64-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. A/64/272. См. Ст. 55; стр. 16. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement>; по состоянию на 16 ноября 2010 г.).

жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение<sup>96</sup>. Аналогично этому, Специальный докладчик ООН по вопросам насилия в отношении женщин разъясняет: "Принудительная стерилизация - это метод медицинского контроля над фертильностью женщины без согласия самой женщины. Являясь по сути избиением - нарушением физической неприкосновенности и безопасности женщины, принудительная стерилизация представляет собой насилие в отношении женщин"<sup>97</sup>.

## **В. Право на принятие решений о детях**

Принудительная стерилизация, в частности, касается права "свободно и ответственно принимать решения относительно количества детей и промежутков между их рожденьями"<sup>98</sup> и права "основывать семью"<sup>99</sup>. Все женщины, независимо от ВИЧ-статуса, имеют право на репродуктивную автономию, в том числе на рождение детей<sup>100</sup>. Для многих женщин беременность и деторождение являются определяющими факторами для ощущения женщиной собственной ценности и удовлетворенности своей жизнью, а также для ее статуса в обществе и семье. Очнувшись после операции и узнав, что ее стерилизовали, Мария была безутешна. Быть женой и матерью было важно для ее самоидентичности, для осознания себя женщиной. В контексте охраны репродуктивного здоровья женщина должна рассматриваться как самоцель, как личность со своими потребностями и желаниями, а не как средство для достижения других целей<sup>101</sup>. Врач Минков отнесся к Марии как к "*переносчику болезни*". Его занимала профилактика ПМР, а не удовлетворение потребностей Марии в охране здоровья, в том числе ее желание в будущем иметь здоровых детей.

---

<sup>96</sup> Комитет по правам человека, *Замечание общего порядка 28: Равенство прав мужчин и женщин (статья 3)*, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000), п. 11.

<sup>97</sup> Рахдика Кумарасвами (1999). *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences*, Ms. Radhika Coomaraswamy, in accordance with Commission on Human Rights resolution 1997/44. Geneva: UN Economic and Social Council.

(<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4cad275a8b5509ed8025673800503f9d?Opendocument>, по состоянию на 30 июня 2010 г.).

<sup>98</sup> КЛДЖ, *Рекомендация общего порядка 19: Насилие в отношении женщин*, UN GAOR, 1992, UN Doc. A/47/38, п. 22.

<sup>99</sup> МПГПП, ст. 23.

<sup>100</sup> КПП, ст. 23(1)(с).

<sup>101</sup> Ahmed & Bell, стр. 16-17.

## Принудительная стерилизация ВИЧ-положительных женщин: Анализ ситуации с точки зрения этических аспектов

Nancy Berlinger, The Hastings Center

### Первая часть рассматриваемого случая:

*Мария начала употреблять наркотики в возрасте 18 лет. Она вводила наркотики в инъекциях вместе с группой друзей; иногда они пользовались общими иглами. "Я бы не сказала, что занималась проституцией, но иногда я вступала в половую связь в обмен на наркотики". Через несколько лет употребления наркотиков, после того как один из друзей Марии получил положительный результат на ВИЧ, она пошла в СПИД-центр провериться. Вернувшись за результатами анализа, она узнала о своем ВИЧ-положительном статусе. "Я тогда не знала, что сказать, о чем спросить. Я была в шоке. Психолог СПИД-центра беспокоилась о ком угодно, только не обо мне. С кем я пользовалась общими иглами? с кем спала? Она сказала, что Мария должна изменить свое поведение. "Если будешь заражать других, против тебя возбудят уголовное дело и ты попадешь в тюрьму". Марии велели подписать документ о том, что она понимает эти условия. Она вышла из СПИД-центра с чувством, что ее осуждают. Она была рассержена. "Я не виновата. Меня кто-то заразил". Мария решила, что система отнеслась к ней несправедливо и убедила себя, что анализ дал ошибочный результат. Она не чувствовала никаких симптомов и не обращалась за лечением.*

*Благодаря местной аутич-программе, Мария прошла лечение наркозависимости. В 28 лет Мария уже два года как не принимала наркотики и жила со своим мужем Николаем. Некоторое время назад Мария забеременела. Они с Николаем были в восторге от того, что станут родителями.*

### Вопросы для обсуждения по первой части:

1. Что Мария ожидает от работника СПИД-центра? Как должен работник СПИД-центра обращаться с человеком, получившим положительный результат анализа на ВИЧ? Как должен работник СПИД-центра обращаться с человеком, получившим отрицательный результат анализа на ВИЧ?
2. Каковы краткосрочные и долгосрочные последствия действий работника СПИД-центра для здоровья Марии, здоровья людей, с которыми она пользовалась общими иглами, здоровья ее нынешних и будущих половых партнеров (в том числе мужа) и для ее будущего как женщины детородного возраста?
3. Почему к Марии иначе относятся работники общественной аутич-программы? Чему работники этой программы могли бы научить работников СПИД-центра?

### **Этический комментарий к первой части рассматриваемого случая:**

Мария относится к трем категориям людей, которые подвергаются социальной стигматизации. В начале рассматриваемой ситуации она является потребителем инъекционных наркотиков (ПИН). Хотя она не относит себя к секс-работникам, тем не менее она вступала в половую связь в обмен на наркотики. И она является ВИЧ-позитивной в результате названных видов рискованного поведения. Кроме того, Мария - взрослый человек, способный действовать в собственных интересах, в том числе в интересах собственного здоровья. То, как реагируют на нее работники здравоохранения, когда она обращается к ним за помощью, имеет последствия для ее здоровья и для здоровья других людей. Будут ли медработники относиться к Марии как человеку, нуждающемуся в помощи, или же своими действиями они только усилят стигму и вызовут у Марии недоверие, которое затруднит ей в дальнейшем обращение за помощью?

Действия медицинских работников должны соответствовать интересам людей, нуждающихся в предоставляемых медицинских услугах: в данном случае главной обязанностью медработников было помочь Марии справиться с воздействием ВИЧ-статуса на ее здоровье. Эта обязанность существует даже в том случае, если субъективное восприятие и предубеждения медработника, т. е. его отношение к Марии и ее действиям, приходят в противоречие с этическими требованиями. Медицинские работники также являются личностями и субъектами морали (moral agents). Они способны выносить нравственные суждения о тех или иных действиях и их последствиях. Например, пациенты и другие члены общества имеют право ожидать от медработников действий по предотвращению вреда, а для этого могут потребоваться не только клинические, но и нравственные суждения о том, в чем именно состоит вред, а также способность оценить вероятные последствия различных действий, направленных на предотвращение или снижение различных видов вреда. При вынесении моральных суждений часто указывают на конкретное поведение и практику, которые приводят к вредным последствиям. Однако моральное суждение не следует неправильно понимать или сводить к "осуждению" какого-либо лица или группы лиц. Первоочередной долг медработника - служить тем, кто нуждается в медицинской помощи, и этот долг предполагает уважение к пациенту как личности даже если медработник не одобряет поведение пациента или знает, что действия пациента опасны для самого пациента или других людей. В отношениях, возникающих в контексте медицинской помощи, властью обладает тот, кто контролирует доступ к медицинским товарам и услугам - включая информацию о результатах анализов - и этот участник отношений должен тщательно следить за тем, чтобы не злоупотребить своей властью. Кроме того, осуждающее отношение медработника к пациенту контрпродуктивно и с точки зрения целей здравоохранения, поскольку не способствует формированию доверия, а напротив, отталкивает пациента. В ситуации распространения инфекционных заболеваний осуждающее отношение медработника опасно как для пациента, так и для других людей, рискующих заразиться.

После того как ее друг получил положительный результат на ВИЧ, Мария решила проверить себя: она усмотрела параллель между ситуацией друга и своей собственной. Уже несколько десятилетий стандартной процедурой при обследовании на ВИЧ является дотестовое и послетестовое консультирование с тем, чтобы пациент мог дать осознанное

согласие на обследование, получил эмоциональную поддержку в стрессовой ситуации и был адекватно проинформирован о снижении вреда, связанного с ВИЧ-инфекцией, а в случае положительного результата - о лечении ВИЧ/СПИДа. Действия консультировавшего Марию психолога не соответствовали этому стандарту.

Действующее законодательство об охране здоровья должно обеспечивать оказание качественной медицинской помощи, а не затруднять гражданам получение такой помощи и не усугублять социальное отторжение маргинальных групп. В данной ситуации закон, по которому медработник обязан сообщать в полицию о ВИЧ-позитивных лицах, вступает в конфликт с обязанностями медработников в отношении людей, нуждающихся в медицинской помощи. Даже если медработнику приказали предупреждать пациентов об уголовной ответственности, сами законы о криминализации распространения ВИЧ являются этически проблематичными и имеют сомнительную ценность в качестве стратегии охраны здоровья общества. Возможно, подобные законы являются продуктом устаревшей информации о путях передачи ВИЧ либо крайней степени страха перед ним в обществе. Такие законы лишь усиливают стигму, не решая при этом социальных проблем, создающих условия для распространения ВИЧ - криминализация передачи ВИЧ-инфекции не эквивалентна лечению наркозависимости. Кроме того, эти законы не позволяют провести различие между теми, кто намеренно причиняет вред другим (или безразличен к последствиям своих действий), и теми, кто временно не в состоянии понять вредных последствий своих действий (например, из-за нарушенной способности к суждениям вследствие употребления наркотиков), либо не может заниматься безопасным сексом по социальным причинам. Лица, подвергающиеся насилию в семейных и партнерских отношениях, секс-работники, вынужденные вступать в половую связь без презерватива, а также женщины, которые во многих странах не имеют достаточной власти и влияния в семье, чтобы говорить с партнером о безопасном сексе, или же боятся последствий подобной попытки - у всех этих людей способность предпринять какие-либо действия для снижения вреда ограничена в силу социальных обстоятельств, лежащих вне их контроля.

Медицинские работники нередко вынуждены выполнять возложенные на них законом обязанности и сталкиваются с этическими дилеммами, когда закон не служит интересам конкретного пациента. Нравственное суждение не сводится к соблюдению законов, а действовать согласно нормам медицинской этики - не то же самое, что предупредить пациента об уголовной ответственности. Руководство СПИД-центра должно выступить за изменение устаревших или контрпродуктивных законов, а также проинструктировать своих работников, как обеспечить качественное медицинское обслуживание несмотря на плохие законы. Поскольку этические нормы не позволяют вышестоящим лицам перекладывать бремя ответственности на подчиненных, обладающих меньшим объемом властных полномочий, руководство СПИД-центра не должно ставить рядовых сотрудников в ситуацию конфликта, связанного с двойной лояльностью - например, конфликта между профессиональным долгом по отношению к пациенту и обязанностью соблюдать закон. Когда работник сталкивается с подобной ситуацией, не получив четких указаний о том, что его главная обязанность - соблюдать интересы пациентов с ВИЧ/СПИДом, у работника может создаться неправильное впечатление, будто бы главная его обязанность - действовать в собственных интересах (например, заботиться о том, чтобы его не уволили с работы).

Наряду с этим руководство организации обязано обеспечить адекватную профессиональную подготовку работников для исполнения их служебных обязанностей, чтобы их деятельность была отражением современных стандартов клинической практики и основывалась на точном знании как вопросов права, так и вопросов медицинской этики.

В настоящее время, когда эффективная антиретровирусная терапия (АРВ) позволяет лечить ВИЧ/СПИД как любое другое хроническое заболевание, законы и политика должны создавать условия для того, чтобы ВИЧ-позитивные люди получали необходимое лечение, и в то же время обеспечивать принятие эффективных мер по охране здоровья населения для предупреждения новых случаев инфицирования. Если действующее законодательство не отражает современных медицинских знаний и методов лечения, консультант должен объяснить Марии возможные юридические последствия ее поведения, но сделать это в общем контексте медицинской помощи пациентке, а не в качестве меры запугивания.

Если речь идет о ВИЧ / СПИДе, то давно существующая идея его "исключительности" (т.е. идея о том, что с этической точки зрения ВИЧ/СПИД можно рассматривать как нечто принципиально отличное от других инфекционных заболеваний) сейчас подвергается сомнению как врачами-инфекционистами, так и экспертами общественного здравоохранения<sup>i</sup>. В рамках такой переоценки "исключительности" ВИЧ/СПИДа продолжаются дебаты по поводу того, нужно ли рассматривать обследование на ВИЧ как нормальный диагностический тест, подпадающий под общее добровольное согласие на медицинскую помощь, или же как особый вид обследования, при котором по-прежнему требуется предварительное консультирование и отдельное согласие пациента. С одной стороны, если пациенту будет легче пройти обследование и узнать свой ВИЧ-статус, это должно повысить эффективность медицинской помощи за счет раннего начала АРВ-терапии и эффективность профилактики за счет раннего выявления и информирования. С другой стороны, тот факт, что в обществе сохраняется стигматизация ВИЧ/СПИДа, а эпидемия концентрируется в основном среди бедных и уязвимых групп населения, указывает на то, что нужно остерегаться рассматривать обследование на ВИЧ только лишь с точки зрения задач эпиднадзора<sup>ii</sup>. То, что ВИЧ/СПИД поддается лечению, отличает его от патологического состояния, которое можно выявить, но нет возможности лечить. Если с точки зрения охраны здоровья населения необходимо привлекать людей к обследованию на ВИЧ, с той же точки зрения необходимо и обеспечивать медицинскую помощь после получения положительного результата.

Сотрудник СПИД-центра был для Марии первой точкой контакта с системой медицинской помощи по поводу ВИЧ/СПИДа. Разумно было бы предположить, что этот работник должен был оказать эмоциональную поддержку Марии, испытавшей шок при получении положительного результата; объяснить ей, что ВИЧ поддается лечению, хотя и не излечивается радикально; назначить дату следующего посещения врача, чтобы Мария могла начать АРВ-терапию; порекомендовать Марии пройти лечение наркозависимости; рассказать, что Мария должна делать, чтобы не передать ВИЧ другим лицам (поскольку Мария вела половую жизнь и продолжала употреблять инъекционные наркотики, в этом разговоре следовало затронуть тему презервативов и совместного использования

шприцев), а также помочь ей получить все необходимые средства для защиты себя и других. Очевидно, что в городе, где живет Мария, есть возможность пройти эффективное лечение наркозависимости, но работник СПИД-центра не упомянул об этом, и Мария в результате продолжала употреблять инъекционные наркотики, подвергая других опасности заражения при использовании общих игл. Поскольку консультанта беспокоила только опасность, которую Мария представляет для окружающих, а не опасность ВИЧ-инфекции для самой Марии, и послетестовое консультирование сводилось исключительно к предупреждению об уголовной ответственности, словно Мария была потенциальной преступницей, такое поведение консультанта создало препятствия для дальнейшего обращения Марии за медицинской помощью и получения информации о последствиях ВИЧ-инфекции. Почувствовав, что ее "осуждают", и рассердившись на это, Мария решила не верить полученной информации и не стала обращаться к врачу за получением АРВ-терапии.

### **Вторая часть рассматриваемого случая:**

*У Марии начались боли в нижней части живота, и она обратилась в государственную больницу. Врач Минков диагностировал у нее внематочную беременность: оплодотворенная яйцеклетка прикрепилась в фаллопиевой трубе и начала развиваться вне матки. Врач Минков сказал Марии, что необходима хирургическая операция и что эту беременность она потеряет. Мария пришла в отчаяние и сказала врачу, что несколько лет назад получила положительный результат анализа на ВИЧ. Она беспокоилась, что ВИЧ-статус мог повлиять на беременность. Мария призналась, что при поступлении в больницу написала в анкете неправду. Она боялась раскрытия статуса, помня о предупреждении психолога из СПИД-центра.*

*Врач Минков ответил, что обсуждать этот вопрос сейчас некогда, нужно делать операцию. Он сказал: "Внематочную беременность будем лечить хирургическим путем.. При существующих обстоятельствах, я так полагаю, иметь детей в будущем вы не планируете, так что о сохранении детородной функции мы беспокоиться не будем". Мария снова спросила о том, как ее ВИЧ-статус может повлиять на беременность: "У меня может родиться здоровый ребенок?" Врач Минков коротко ответил: "Существует, конечно, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, но она не так эффективна. А стерилизация эффективна на 100%". Затем он сообщил Марии, что общим условием оказания акушерско-гинекологической помощи ВИЧ-положительным женщинам является их согласие на стерилизацию. "Такова политика нашей больницы. Если вы не согласны, мне придется позвать главного врача". Мария попросила дать ей время подумать и поговорить с Николаем, прежде чем принять решение. Но вместо того, чтобы сообщить Николаю о просьбе Марии, врач Минков дал Николаю подписать информированное согласие от ее имени, а затем провел операцию стерилизации.*

*Сообщая Николаю о состоянии и лечении Марии, медсестра Бондарь была настроена недружелюбно. Она спросила: "Неужели вы такие эгоисты? Вы заразите этой страшной болезнью своего ребенка. Слава богу, что у вас ничего не получилось". Николай не знал, что Мария ВИЧ-позитивная. Он знал о том, что в прошлом она употребляла*

*наркотики, но о ВИЧ-статусе Мария ему не рассказала. С самого начала отношений Мария и Николай редко пользовались презервативами. Ему не нравилось ими пользоваться. Когда Мария настаивала, что нужно надеть презерватив, он обвинял ее в неверности.*

### **Вопросы для обсуждения по второй части:**

1. Влияет ли тот факт, что Мария солгала о своем ВИЧ-статусе, на оказание ей медицинской помощи? Должно ли влиять?
2. Каковы с точки зрения врачебной этики обязанности доктора Минкова по отношению к дееспособному, находящемуся в сознании пациенту?
3. Каковы с точки зрения этики обязанности доктора Минкова по отношению к мужу пациентки?

### **Этический комментарий ко второй части рассматриваемого случая:**

Диагностированная внематочная беременность требует срочной операции. При внематочной беременности не развивается жизнеспособный плод, но может произойти разрыв фаллопиевой трубы и опасное для жизни кровотечение. В условиях экстренной помощи, когда события разворачиваются стремительно, медработники должны за короткий срок установить контакт с пациентом, а часто и с родственниками пациента. В данном случае Мария - совершеннолетняя пациентка в сознании и с сохраненной когнитивной функцией; кроме того, она не находится под воздействием наркотических средств, и ее способность принимать решения не нарушена. Как будет рассмотрено ниже, в случае, если способность пациента принимать решения нарушена или отсутствует, в результате чего пациент не в состоянии осознанно согласиться на медицинское вмешательство или отказаться от него, представитель пациента от его имени может дать согласие или выразить отказ от лечения исходя из того, что известно представителю о пожеланиях и предпочтениях пациента. Ситуации, когда пациент не способен принимать решения и не имеет представителя, знающего о его пожеланиях и предпочтениях, представляют серьезную этическую дилемму для врачей, которым нужно действовать в интересах пациента, не зная в полной мере, чего хотел бы сам пациент.

В таких ситуациях недостаточно, чтобы врач на основе собственных убеждений принял решение за пациента. В этом случае принять оптимальное решение в интересах пациента, не способного принимать решения самостоятельно и не имеющего представителя, врачу поможет консультация с коллегами, имеющими профессиональную подготовку и практический опыт в области клинической этики. Следует тщательно проводить различие между решением о лечении, принятым представителем пациента, когда сам пациент не в состоянии дать осознанное согласие, и лечением вопреки воле пациента.

В данном случае Мария оказалась в экстренной, угрожающей жизни ситуации, но при этом не находилась в бессознательном состоянии и не была недееспособной по каким-либо иным причинам, поэтому ее право на осознанный выбор (в условиях сильного стресса и дефицита времени) должно быть соблюдено. Собственно говоря, Мария как раз

и хочет поговорить с врачом, но тот отвечает, что для разговоров "слишком мало времени". Тем не менее, как врач, так и медсестра находят время перед операцией, чтобы обсудить состояние пациентки с ее мужем.

Поведение этих медицинских работников не соответствует этическим нормам по ряду причин:

Во-первых, с точки зрения этики долг врача - действовать прежде всего в интересах пациента. Хотя это относится также к медсестрам и другим медработникам, врачами такая обязанность должна соблюдаться особенно неукоснительно, поскольку они отвечают за диагностику и лечение пациентов и руководят работой других медиков. Врач проявляет уважение к пациенту как личности посредством прямого общения с пациентом во всех случаях, когда это возможно. Уход от разговора с пациентом, который может и хочет общаться с врачом, и обсуждение этого же пациента с другими людьми является неуважением права пациента обсудить с врачом вопросы, касающиеся организма, здоровья и жизни этого пациента.

Во-вторых, способный принимать решения пациент имеет право на принятие решений о лечении. Представитель - например, супруг либо совершеннолетний сын или дочь - могут принимать решения от имени взрослого пациента только в том случае, если путем клинической оценки установлена неспособность самого пациента принимать решения из-за временного или постоянного нарушения когнитивной функции. В некоторых случаях - например, в отсутствие родственников, способных представлять интересы ребенка или недееспособного взрослого, решения от имени пациента принимает назначенный судом опекун либо используется иная судебная процедура.

Даже при экстренных обстоятельствах находящийся в сознании дееспособный пациент имеет право делать осознанный выбор: дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него<sup>iii</sup>. (Согласно доктрине подразумеваемого согласия, если бы Мария была без сознания и у нее при этом было угрожающее жизни кровотечение, этически допустимым без получения предварительного согласия представителя Марии было бы только врачебное вмешательство по поводу экстренного состояния<sup>iv</sup>). Поскольку не имеется доказательств неспособности Марии к принятию решений, со стороны Минкова было неэтично игнорировать права Марии, отказаться говорить с Марией несмотря на ее ясно выраженное пожелание и обратиться к Николаю с просьбой дать согласие в качестве представителя Марии.

В-третьих, экстренные ситуации, требующие неотложной медицинской помощи, не должны использоваться с целью вынудить пациента к принятию еще каких-либо решений. Из-за внематочной беременности Мария срочно нуждается в хирургической операции по жизненным показаниям. Но при этом Мария *не* нуждается в проведении стерилизации, которая не является элементом такой неотложной помощи. Мария имеет право принимать осознанные решения о своем репродуктивном будущем. Это и любые другие решения могут быть отложены до того момента, когда у пациентки пройдет критическое состояние, потребовавшее немедленного вмешательства. Принудительная и насильственная стерилизация является известной практикой, угрожающей правам женщин во всем мире, и

правозащитники уже не раз обращали внимание на неэтичные попытки охарактеризовать стерилизацию как один из видов экстренной медицинской помощи, чтобы оправдать врачебное вмешательство без получения информированного согласия<sup>v</sup>.

В-четвертых, обязанность врача - уважать частную жизнь пациента и соблюдать конфиденциальность сведений о состоянии здоровья пациента. Это следует из принципа автономии (уважения личности) и согласуется с постулатом "не навреди", поскольку разглашение сведений третьим лицам без согласия пациента может нанести вред взаимоотношениям пациента с окружающими людьми, как и произошло в данном случае. Такое разглашение может помимо прочего поставить под угрозу физическую безопасность пациента, если на него будет обращен гнев другого лица. Если пациент сообщает врачу сведения, которые врач обязан из этических соображений или по требованию закона передать третьей стороне, чтобы предотвратить нанесение вреда пациенту или другим лицам (как в случае инфекционного заболевания), врач должен убедиться, что сообщаемые сведения верны. При этом врач должен соблюдать этически обоснованный порядок действий и проявлять разумную осмотрительность при обращении с полученной информацией, чтобы наряду с защитой интересов других лиц защитить и право пациента на конфиденциальность<sup>vi</sup>. Общение между врачом и пациентом происходит в условиях конфиденциальности ("привилегия на сохранение врачебной тайны"), чтобы пациент мог свободно говорить с врачом об интимных вопросах. Решение раскрыть врачебную тайну без согласия пациента - чрезвычайно серьезный шаг, к которому нельзя относиться небрежно. В каждой больнице следует обеспечить соблюдение этических норм путем принятия четкой, регулярно пересматриваемой политики и путем инструктирования медработников о том, как следует себя вести, если возникла необходимость уведомления партнера или иного раскрытия информации третьим лицам в контексте медицинской помощи пациенту.

В-пятых, врачи обязаны говорить правду. Правдивость, которая тесно связана с этическими нормами поведения, является обязанностью любого субъекта, действующего на основе морали, по отношению к другим субъектам, а также обязанностью демократического общества по отношению к своим гражданам. Эти этические нормы отражены в профессиональных кодексах врачей и других работников здравоохранения. Соккрытие истины может быть этически оправдано при некоторых обстоятельствах - например, чтобы не разглашать сведения о пациенте без его осознанного согласия - но не как общее правило<sup>vii</sup>. Обязанность врача быть правдивым касается не только обязанности сообщать фактическую информацию, но и обязанности знать фактическую информацию. Хотя в рассматриваемом случае пациентка призналась, что сказала неправду о своем ВИЧ-статусе, это не дает врачу права тоже говорить неправду или излагать собственные предрассудки и предположения как если бы они были подтвержденным медицинским фактом. В данном случае врач Минков предполагает на основании ВИЧ-статуса Марии, что ее беременность была случайной и они с мужем не планируют иметь детей, хотя на самом деле Мария и Николай были "в восторге" по поводу беременности, а узнав о невозможности доносить беременность, Мария "пришла в отчаяние". Врач Минков игнорирует эти факты, а затем, не имея на то оснований, ставит в трудное положение Николая, требуя дать согласие на стерилизацию (хотя это решение не должен принимать Николай) и ссылаясь при этом на "руководство больницы". Политика и практика

больницы должны осуществляться в интересах пациентов. В рассматриваемом случае нельзя считать этически обоснованной политику, которая позволяет нарушать права пациента на защиту частной жизни и на информированное согласие, которая разрешает в критической обстановке принимать решения о вмешательстве, не являющемся экстренно необходимым, но радикально меняющем жизнь пациента, и не дает понять, каким образом подобные административные решения служат интересам пациента. Врач Минков не ответил и на вопрос Марии о предупреждении перинатальной передачи ВИЧ при будущей беременности, опять же предполагая, что Мария и Николай не хотят иметь детей. (Медсестра Бондарь тоже выносит подобные субъективные суждения – она считает желание ВИЧ-положительного иметь ребенка "эгоизмом" - не давая при этом существенной информации).

Но прежде всего врач нарушил права Марии, которой следовало сообщить достоверную и точную информацию об имеющихся у нее вариантах репродуктивного выбора и о праве принять осознанное решение по поводу этих вариантов, а также следовало защитить ее частную жизнь и конфиденциальность медицинских сведений, в то время как у нее формируется понимание ответственности за предупреждение передачи ВИЧ будущему ребенку и нынешнему или будущим половым партнерам.

### **Третья часть рассматриваемого случая:**

*Придя в себя после операции, Мария узнала, что Николаю рассказали о ее ВИЧ-статусе. Он позвонил ей в больницу и велел домой не возвращаться, пригрозив, что сообщит о ней в полицию. Мария спросила медсестру Бондарь, когда ей можно будет попробовать снова забеременеть. "Тебя стерилизовали во время операции. Не будет у тебя больше никаких беременностей". Мария была безутешна. "Я больше не жена, я никогда не буду матерью, я уже не женщина. Мне больше нечего ждать".*

### **Вопросы для обсуждения третьей части:**

1. Были ли действия Николая неизбежными или у данной ситуации мог быть другой исход?
2. Каковы этические последствия процедур, лишаящих пациента всех альтернатив?
3. Следует ли ВИЧ-положительной женщине избегать беременности при любых обстоятельствах или ли же с этической точки зрения для нее допустимо иметь ребенка, если медицина позволяет снизить вероятность передачи ВИЧ-инфекции до чрезвычайно низкого уровня, и учитывая, что в обществе считается допустимым аналогичный уровень риска при других беременностях - например, при вероятности передачи ребенку наследственных генетических нарушений?

### Этический комментарий к третьей части рассматриваемого случая:

В конце рассматриваемой ситуации Мария остается бездомной, одинокой и "безутешной", лишенной всяких надежд на будущее и без моральной опоры, которую давали ей супружеские отношения и домашний очаг. В отсутствие социальной, экономической и психологической поддержки, есть вероятность, что она захочет вернуться к употреблению наркотиков и оказанию секс-услуг. А поскольку только на нее возложена ответственность за защиту половых партнеров от заражения, может оказаться так, что ей будет трудно или невозможно договориться с партнером об использовании презервативов. Бросил бы Марию Николай, если бы она рассказала ему о своем ВИЧ-статусе? Можно предположить, что Мария видела проявления социальной стигмы в личной жизни знакомых ей людей и решила искать спасения в отрицании проблемы. Разумеется, ни в СПИД-центре, ни в больнице она не получила поддержки в решении социальных проблем, возникших в связи с ее хроническим заболеванием, а лечение ее наркотической зависимости, хотя оно и оказалось успешным, не было объединено с информированием и лечением по поводу ВИЧ/СПИДа.

Что если бы врач Минков подождал, пока Мария придет в себя после операции, а затем поговорил с ней наедине о том, каковы могут быть последствия ее ВИЧ-статуса для нее самой, ее мужа и будущих беременностей? Что если бы врач Минков связался с коллегами, чтобы убедиться, что Марии доступна АРВ-терапия и эффективное информирование по вопросам снижения вреда? Что если бы Мария и врач либо другой специалист по вопросам ВИЧ/СПИДа вместе обсудили бы, как поговорить с Николаем о возможных последствиях ВИЧ-статуса Марии для здоровья Николая и для их отношений, а также о перспективе стать родителями посредством искусственного оплодотворения (для предупреждения половой передачи ВИЧ) и применения стратегий профилактики вертикальной передачи, в том числе планового кесарева сечения, дородовой антиретровирусной терапии и отказа от грудного вскармливания?<sup>viii</sup> Если бы медработники, с которыми входила в контакт Мария, принимали более адекватные с этической точки зрения решения и владели актуальной информацией о лечении и профилактике ВИЧ, насколько это помогло бы Марии вести более здоровую, безопасную и полноценную жизнь?

За дополнительной информацией просим обращаться в фонд «Открытое общество»:



400 West 59<sup>th</sup> Street  
New York, NY 10019, USA  
Public Health Program  
Тел. +1 212 547 6919  
[lawandhealth@sorosny.org](mailto:lawandhealth@sorosny.org)  
[www.soros.org](http://www.soros.org)

---

<sup>i</sup> Oppenheimer GM and Bayer R, The rise and fall of AIDS exceptionalism, *AMA Virtual Mentor*, 2009; 11 (12): 988-992.

<sup>ii</sup> Wynia MK, Routine screening: informed consent, stigma, and the waning of HIV exceptionalism, *American Journal of Bioethics*, 2006; 6(4): 5-8.

<sup>iii</sup> Meisel A, Kuszewski M, Legal and ethical myths about informed consent, *Archives of Internal Medicine*, 1996; 156 (22):2521-26.

<sup>iv</sup> См. подробное описание исключений из требования получения согласия у Post LF, Blustein J, Dubler N, *Handbook for Health Care Ethics Committees* (Johns Hopkins, 2007), 45-46.

<sup>v</sup> См.. Cabal L, Kushen RA, Girard F, Albert G, Письмо председателю Этического комитета FIGO от членов комитета (8 февраля 2010), п. 3.

<sup>vi</sup> Safken C, Frewer A, The duty to warn and clinical ethics: legal and ethical aspects of confidentiality and HIV/AIDS, *HEC Forum* 2007; 19(4): 313-26.

<sup>vii</sup> Bok S, *Secrets: On the Ethics of Concealment and Revelation* Vintage, 1989.

<sup>viii</sup> Kissin DM, Akatova N, Rakhmanova AG, et al., Rapid HIV testing and prevention of perinatal HIV transmission in high-risk maternity hospitals in St. Petersburg, Russia, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008; 198 (2): 183.e1-7.