

**Ekonomiska och sociala rådet**Distr.: Allmänt
2 maj 2016

Original: Engelska

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter**Allmän kommentar nr 22 (2016) om rätten till sexuell och reproduktiv hälsa (artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter)****I. Inledning**

1. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa är en integrerad del av rätten till hälsa som slås fast i artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.¹ Den återspeglas även i andra internationella instrument för mänskliga rättigheter.² Antagandet av handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling, som hölls 1994, lyfte ytterligare fram frågor om reproduktiv och sexuell hälsa inom ramen för de mänskliga rättigheterna.³ Sedan dess har internationella och regionala människorättsnormer och rättspraxis relaterade till rätten till sexuell och reproduktiv hälsa utvecklats betydligt. Senast innehåller "Agenda 2030 för hållbar utveckling" mål som ska uppnås inom området för sexuell och reproduktiv hälsa.⁴

2. På grund av ett flertal rättsliga, processuella, praktiska och sociala hinder är tillgången till ett komplett utbud av sexuella och reproduktiva hälsovårdsinrättningar, -tjänster, -produkter och -information mycket begränsad. Det fulla åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa är fortfarande ett avlagset mål för miljontals människor, särskilt för kvinnor

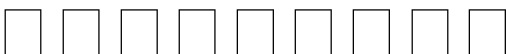
¹ Se kommittén om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14 (2000) om rätten till bästa möjliga hälsa, punkter 2, 8, 11, 16, 21, 23, 34 och 36.

² Se konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, art. 12; konventionen om barnets rättigheter, art. 17, 23–25 och 27; konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, art. 23 och 25. Se även kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor, allmän rekommendation nr 24 (1999) om kvinnor och hälsa, punkter 11, 14, 18, 23, 26, 29, 31 (b); och kommittén för barnets rättigheter, allmän kommentar nr 15 (2013) om barnets rätt till bästa möjliga hälsa.

³ *Rapport från den internationella konferensen om befolkning och utveckling, Kairo den 5–13 september 1994* (Förenta nationernas publikation, försäljningsnr E.95.XIII.18), kapitel I, resolution 1, bilaga. Handlingsprogrammet bygger på 15 principer. Princip 1 slår fast att "alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter".

⁴ Förenta nationerna, "Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling", antagen av generalförsamlingen i september 2015. Mål 3 i Agenda 2030 är att "säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar" och mål 5 är att "uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt".

GE.16-05356(E)



Please recycle



och flickor, i hela världen. För vissa individer och grupper som möter flera och samverkande former av diskriminering som förvärrar marginaliseringen inom både lagstiftningen och i praktiken, som t.ex. homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer⁵ samt personer med funktionsnedsättning, är det fulla åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa ytterligare begränsad.

3. Denna allmänna kommentar syftar till att hjälpa konventionsstaterna i sitt genomförande av konventionen och att uppfylla sina rapporteringsskyldigheter enligt denna. Den rör främst konventionsstaternas skyldighet att garantera att alla individer åtnjuter rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, enligt kraven i artikel 12, men relaterar även till andra bestämmelser i konventionen.

4. I sin allmänna kommentar nr 14 (2000) om rätten till bästa möjliga hälsa (artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter) har kommittén redan devis behandlat frågan om sexuell och reproduktiv hälsa. Men med tanke på de fortsatta allvarliga kränkningarna av denna rätt anser kommittén att frågan förtjänar en egen allmän kommentar.

II. Sammanhang

5. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa innebär en rad friheter och rättigheter. Friheterna inkluderar rätten till fria och ansvarsfulla beslut och val, utan våld, tvång och diskriminering, om frågor som rör den egna kroppen och sexuell och reproduktiv hälsa. Rättigheterna omfattar obegränsad tillgång till ett komplett utbud av hälsovårdsinrättningar, -produkter, -tjänster och -information som garanterar alla det fulla åtnjutandet av sexuell och reproduktiv hälsa enligt artikel 12 i konventionen.

6. Sexuell hälsa och reproduktiv hälsa är nära besläktade, men åtskilda från varandra. Sexuell hälsa enligt världshälsoorganisationens (WHO) definition är ”ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten”.⁶ Reproduktiv hälsa, enligt beskrivningen i handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling, rör förmågan till reproduktion och friheten att fatta informerade, fria och ansvarsfulla beslut. Den inbegriper dessutom tillgång till ett utbud av reproduktiv hälsoinformation, -produkter och -tjänster som gör det möjligt för individer att fatta informerade, fria och ansvarsfulla beslut om sina reproduktiva beteenden.⁷

Underliggande och sociala bestämningsfaktorer

7. I sin allmänna kommentar nr 14 slog kommittén fast att rätten till bästa möjliga hälsa inte bara inkluderade frånvaron av sjukdom eller krämpor och rätten till förebyggande, behandlande och palliativ vård, utan även sträckte sig till de underliggande hälsofaktorerna. Det samma gäller för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Den sträcker sig bortom den sexuella och reproduktiva hälsovården till underliggande faktorer för sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive tillgången till säkert dricksvatten, tillfredsställande sanitära förhållanden, bra

⁵ Vid tillämpningen av denna allmänna kommentar omfattar referenser till homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer även andra personer som är utsatta för kränkningar av deras rättigheter på grund av deras faktiska eller upplevda sexuella läggning, könsidentitet och könskaraktär, inklusive dem som identifierar på andra sätt. För intersexuella personer, se faktabladet från https://unfe.org/system/unfe-65-Intersex_Factsheet_ENGLISH.pdf.

⁶ Se WHO, *Sexual Health, Human Rights and the Law* (2015), arbetsdefinition om sexuell hälsa, avsnitt 1.1.

⁷ Se handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling, kapitel 7.

livsmedel och kost, lämpliga bostäder, säkra och hälsosamma arbetsvillkor och -miljöer, hälsoupplýsning och -information och ett effektivt skydd mot alla former av våld, tortyr och diskriminering och andra kränkningar mot de mänskliga rättigheterna som har en negativ påverkan på rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

8. Dessutom påverkas rätten till sexuell och reproduktiv hälsa även kraftigt av ”sociala hälsofaktorer”, enligt definitionen från WHO.⁸ I alla länder återspeglar mönster för den sexuella och reproduktiva hälsan i allmänhet social ojämlikhet i samhället och ojämlik maktfördelning på grund av kön, etniskt ursprung, ålder, funktionsnedsättning och andra faktorer. Fattigdom, inkomstskillnader, systematisk diskriminering och marginalisering på grund av orsaker som identifierats av kommittén är alla sociala bestämningsfaktorer för den sexuella och reproduktiva hälsan, som även påverkar åtnjutandet av en mängd andra rättigheter.⁹ Karaktären på dessa sociala bestämningsfaktorer, som ofta uttrycks i lagstiftningen och politiken, begränsar individernas val beträffande sin sexuella och reproduktiva hälsa. För att förverkliga rätten till sexuell och reproduktiv hälsa måste därför konventionsstaterna uppmärksamma de sociala bestämningsfaktorer som kommer till uttryck i lagstiftningen, institutionella ramar och sociala mönster och som hindrar individer från att effektivt utnyttja sin sexuella och reproduktiva hälsa i praktiken.

Förhållandet till andra mänskliga rättigheter

9. Förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa kräver att konventionsstaterna även uppfyller sina skyldigheter enligt andra bestämmelser i konventionen. Exempelvis innebär rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, kombinerad med rätten till utbildning (artikel 13 och 14) och rätten till icke-diskriminering och jämställdhet mellan män och kvinnor (artikel 2 (2) och 3), en rätt till undervisning om sexualitet och reproduktion som är heltäckande, icke-diskriminerande, evidensbaserad, vetenskapligt korrekt och åldersanpassad.¹⁰ Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, kombinerad med rätten till arbete (artikel 6) och rättvisa och gynnsamma arbetsvillkor (artikel 7) samt rätten till icke-diskriminering och jämlikhet mellan män och kvinnor, kräver även att konventionsstaterna garanterar anställningar med föräldraförsäkring och föräldraledighet för arbetstagare, inklusive arbetstagare i utsatta situationer som t.ex. migrerande arbetstagare eller kvinnor med funktionsnedsättning samt skydd mot sexuella trakasserier på arbetsplatsen och förbud mot diskriminering på grund av graviditet, förlossning, föräldraskap,¹¹ sexuell läggning, könsidentitet eller intersexuell status.

10. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa kan heller inte skiljas från och är beroende av andra mänskliga rättigheter. Den är intimt knuten till medborgerliga och politiska rättigheter som ligger till grund för den fysiska och mentala integriteten för individer och deras självbestämmande, som t.ex. rätten till liv, frihet från tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, respekten för privatlivet och familjelivet samt icke-diskriminering och jämställdhet. Exempelvis leder ofta brist på förlossningsvård eller abortvägran till mödradödlighet och sjukdom i samband med graviditet och förlossning, vilket i sin tur är en

⁸ WHO:s kommitté för sociala bestämningsfaktorer för hälsa, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health – Final Report of the Commission on Social Determinants of Health* (2008).

⁹ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 20 (2009) om icke-diskriminering för ESK-rättigheter.

¹⁰ A/65/162.

¹¹ Se konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, art. 11 (1) (f) och 11 (2).

kränkning av rätten till liv eller säkerhet och kan under vissa omständigheter utgöra tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling.¹²

III. Normativt innehåll för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa

A. Beståndsdelar i rätten till sexuell och reproduktiv hälsa

11. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa är en integrerad del av allas rätt till bästa möjliga fysiska och mentala hälsa. Enligt utarbetandet i kommitténs allmänna kommentar nr 14 innehåller den heltäckande sexuella och reproduktiv hälsovården fyra besläktade och viktiga beståndsdelar som beskrivs nedan.¹³

Tillgänglighet

12. Ett tillräckligt antal fungerande hälsovårdsinrättningar, -tjänster, -produkter och -program ska vara tillgängliga för att ge befolkningen det bredast möjliga utbudet av sexuell och reproduktiv hälsovård. Detta innefattar bland annat att säkerställa tillgängligheten för inrättningar, produkter och tjänster för att garantera de underliggande bestämningsfaktorerna för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, som t.ex. säkert dricksvatten och tillfredsställande sanitära förhållanden, sjukhus och kliniker.

13. Att garantera tillgängligheten till utbildad medicinsk och yrkeskunnig personal och kompetenta tjänsteleverantörer, som är utbildade för att tillhandahålla ett komplett utbud av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, är en avgörande beståndsdel för att säkerställa tillgängligheten.¹⁴ Viktiga läkemedel bör också vara tillgängliga, inklusive ett brett sortiment av preventivmedel som kondomer och akuta preventivmedel, läkemedel för abort och vård efter abort och läkemedel, inklusive generiska läkemedel, för förebyggande och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar och HIV.¹⁵

14. Bristande tillgänglighet för varor och tjänster till följd av ideologiskt baserade riktlinjer eller rutiner, som t.ex. vägran att tillhandahålla tjänster av samvetsskäl, får inte vara ett hinder för att få tillgång till tjänsterna. Ett tillräckligt antal vårdgivare som är villiga och

¹² Se kommissions för mänskliga rättigheter klagomålsförfarande nr 1153/2003, *Karen Noelia Llantoy Huamán mot Peru*, synpunkter antagna den 24 oktober 2005; kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor, klagomålsförfarande nr 17/2008, *Alyne da Silva Pimentel mot Brasilien*, synpunkter antagna den 25 juli 2011; CAT/C/SLV/CO/2, punkt 23; och CAT/C/NIC/CO/1, punkt 16.

¹³ I punkt 12 i den allmänna kommentaren nr 14 har kommittén definierat normativa beståndsdelar i statens skyldigheter att garantera rätten till hälsa. Dessa normer gäller även för de underliggande bestämningsfaktorerna eller förutsättningarna för hälsa, inklusive tillgång till sexualundervisning och sexuell och reproduktiv hälsoinformation. Se även kommittén för barnets rättigheter, allmän kommentar nr 15, som tillämpar dessa normer på ungdomar. Konventionsstaterna ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster som tar hänsyn till alla ungdomars särskilda behov och mänskliga rättigheter.

¹⁴ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14, punkt 12 (a); och A/HRC/21/22 och Corr.1 och 2, punkt 20.

¹⁵ Viktiga läkemedel definieras av WHO som ”de som tillgodoser befolkningens främsta hälsovårdsbehov” och som ”är tänkta att alltid vara tillgängliga i tillräcklig mängd, i lämpliga doseringar, med garanterad kvalitet och till ett pris som individer och samhället har råd med, inom ramen för fungerande hälso- och sjukvårdssystem”. Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14 och WHO:s 19:e förteckning över de viktigaste läkemedlen (2015).

kapabla att tillhandahålla sådana tjänster ska alltid vara tillgängliga inom både offentliga och privata inrättningar och inom ett rimligt geografiskt avstånd.¹⁶

Tillgång

15. Hälsovårdsinrättningar, -produkter, -information och -tjänster som avser sexuell och reproduktiv hälsovård¹⁷ ska vara tillgängliga för alla individer och grupper utan diskriminering eller hinder. Enligt kommitténs allmänna kommentar nr 14 omfattar tillgång fysisk tillgång, överkomlighet och tillgång till information.

Fysisk tillgång

16. Hälsovårdsinrättningar, -produkter, -information och -tjänster som avser sexuell och reproduktiv hälsovård måste vara tillgängliga för alla inom ett säkert fysiskt och geografiskt avstånd, så att behövande personer kan erhålla tjänster och information inom rimlig tid. Fysisk tillgång ska garanteras för alla, särskilt för personer som tillhör utsatta och marginaliserade grupper inklusive, men inte begränsat till, personer som bor i landsbygdsområden och avlägsna områden, personer med funktionsnedsättning, flyktingar och internt fördrivna personer, statslösa och personer i förvar. När det inte är praktiskt möjligt att erbjuda sexuella och reproduktiva vårdtjänster till avlägsna områden, leder kravet på verklig jämställdhet till att positiva åtgärder måste vidtas för att garantera att behövande person får tillgång till kommunikationer och transporter för att nå dessa tjänster.

Överkomlighet

17. Offentliga eller privat sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster måste vara överkomliga för alla. Viktiga varor och tjänster, inklusive de som avser de underliggande bestämningsfaktorerna för sexuell och reproduktiv hälsa, måste erbjudas utan kostnad eller baserat på principen om jämlikhet för att garantera att personer och familjer inte belastas oproportionerligt av hälsoutgifterna. Personer utan tillräckliga medel bör ges det stöd som behövs för att täcka kostnaderna för sjukförsäkring och tillgången till hälsovårdsinrättningar som erbjuder sexuell och reproduktiv hälsovårdsinformation, -produkter och -tjänster.¹⁸

Tillgång till information

18. Tillgång till information inkluderar rätten att söka, motta och sprida information och idéer om sexuell och reproduktiv hälsa i allmänhet och för individer att få specifik information om deras särskilda hälsotillstånd. Alla individer och grupper, inklusive ungdomar, har rätt till evidensbaserad information om alla aspekter av sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive mödravård, preventivmedel, familjeplanering, sexuell överförda infektioner, förebyggande av HIV, säkra aborter och vård efter abort, infertilitets- och fertilitetsalternativ och reproduktiv cancer.

19. Sådan information ska lämnas på ett sätt som överensstämmer med individens och samhällets behov med hänsyn till t.ex. ålder, kön, språkkunskaper, utbildningsnivå, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet och intersexuell status.¹⁹ Tillgången till

¹⁶ *International Planned Parenthood Federation – European Network mot Italien*, klagomål nr 87/2012 (2014), resolution antagen av Europarådets ministerkommitté den 30 april 2014.

¹⁷ Referenser i detta dokument till hälsovårdsinrättningar, -produkter och -tjänster omfattar de underliggande bestämningsfaktorerna.

¹⁸ Se, generellt, kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14, punkt 19.

¹⁹ Europarådets kommissarie för mänskliga rättigheter, ”Human rights and intersex people”, diskussionsunderlag (2015).

information ska inte inverka på rätten att personliga hälsouppgifter och -information behandlas med sekretess.

Godtagbarhet

20. Alla inrättningar, varor, information och tjänster som avser sexuell och reproduktiv hälsa måste respektera individers, minoriteters och befolkningars och gemenskapers kultur och ta hänsyn till kön, ålder, funktionsnedsättning, sexuell mångfald och livscyklar. Detta får dock inte användas för att motivera en vägran att tillhandahålla skraddarsydda inrättningar, varor, information och tjänster till särskilda grupper.

Kvalitet

21. Inrättningar, varor, information och tjänster som avser sexuell och reproduktiv hälsa måste hålla hög kvalitet, vilket innebär att de är evidensbaserade och vetenskapligt och medicinskt lämpliga och uppdaterade. Detta kräver utbildad och kompetent hälsovårdspersonal och vetenskapligt godkända läkemedel och utrustningar som inte är utgångna. Underlåtenhet eller vägran att införliva tekniska framsteg och innovationer i tillhandahållandet av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, som t.ex. läkemedel för abort,²⁰ assisterad reproduktiv teknik och framsteg inom behandlingen av HIV och AIDS, äventyrar kvaliteten på vården.

B. Särskilda ämnen med bred tillämpning

Icke-diskriminering och jämställdhet

22. Artikel 2 (2) i konventionen föreskriver att alla individer och grupper ska utöva rättigheterna jämlikt utan diskriminering. Alla individer och grupper ska få lika tillgång till samma utbud, kvalitet och nivå av sexuella eller reproduktiva hälsovårdsinrättningar, -produkter, -information och -tjänster och utöva sina rättigheter till sexuell och reproduktiv hälsa utan någon diskriminering.

23. Icke-diskriminering inom ramen för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa omfattar även rätten för alla, inklusive homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer, att helt och fullt respekteras för sin sexuella läggning, könsidentitet och intersexuella status. Kriminalisering av sex mellan samtyckande vuxna av samma kön eller uttryck för en persons könsidentitet är en tydlig kränkning av de mänskliga rättigheterna. På samma sätt är bestämmelser som kräver att homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer behandlas som mentalvårds- eller psykiatripatienter eller kräver att de ska "botas" genom så kallade "behandlingar" är en tydlig kränkning av deras rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Konventionsstaterna har också en skyldighet att bekämpa homofobi och transfobi som leder till diskriminering, inklusive kränkning av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

24. Icke-diskriminering och jämställdhet förutsätter inte bara rättslig och formell jämställdhet, utan även verklig jämställdhet. Verklig jämställdhet kräver att specifika behov inom sexuell och reproduktiv hälsa för särskilda grupper samt eventuella hinder som särskilda grupper möter behandlas. Behoven inom sexuell och reproduktiv hälsa för särskilda grupper bör ges särskild uppmärksamhet. Exempelvis bör personer med funktionsnedsättning kunna åtnjuta inte bara samma utbud och kvalitet av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, utan även de tjänster de särskilt behöver pga. sin funktionsnedsättning.²¹ Dessutom ska rimliga anpassningsåtgärder utföras för att personer med funktionsnedsättning

²⁰ WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2:a utgåvan (2012).

²¹ Se konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, art. 25.

ska få full tillgång till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster på lika villkor, som t.ex. fysiskt tillträde, information i tillgängliga format och stöd för beslut, och staterna ska garantera att vården tillhandahålls på ett respektfullt och värdigt sätt som inte förvärrar marginaliseringen.

Jämställdhet mellan kvinnor och män och genusperspektiv

25. På grund av kvinnors reproduktiva förmåga är förverkligandet av kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa avgörande för förverkligandet av hela spektret av de mänskliga rättigheterna. Kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa är oumbärlig för deras självständighet och deras rätt att fatta meningsfulla beslut om sina liv och sin hälsa. Jämställdhet mellan könen kräver att hänsyn tas till kvinnors hälsobehov, som skiljer sig från männens, och att lämpliga tjänster tillhandahålls till kvinnor i enlighet med deras livscyklar.

26. Kvinnors erfarenheter av systematisk diskriminering och våld under hela deras liv kräver en bred förståelse av begreppet jämställdhet inom ramen för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Icke-diskriminering på grundval av kön, som garanteras i artikel 2 (2) i konventionen, och jämställdheten för kvinnor, som garanteras i artikel 3, kräver att inte bara att den direkta diskrimineringen avskaffas, men även den indirekta diskrimineringen, och garantin av både formell och verklig jämställdhet.²²

27. Till synes neutrala lagar, politiska riktlinjer och rutiner kan konservera redan befintliga ojämlikheter och diskriminering av kvinnor. Verklig jämställdhet kräver att lagar, politiska riktlinjer och rutiner inte upprätthåller, utan snarare motverkar, den inneboende nackdelen som kvinnor upplever i utövandet av sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Könssstereotyper, antaganden och förväntningar att kvinnor är underordnade män och att deras roll enbart är att vara omsorgsgivare och mödrar är särskilda hinder för verklig jämställdhet mellan könen, inklusive jämlik rätt till sexuell och reproduktiv hälsa, och behöver ändras eller avskaffas, liksom föreställningen om män som endast familjeförsörjare.²³ Samtidigt krävs det särskilda åtgärder, både tillfälliga och permanenta, för att påskynda den faktiska jämställdheten för kvinnor och för att skydda moderskapet.²⁴

28. Förverkligandet av kvinnors rättigheter och jämställdhet, både i lagstiftningen och i praktiken, förutsätter att diskriminerande lagar, politiska riktlinjer och rutiner på området för sexuell och reproduktiv hälsa upphävs eller reformeras. Alla hinder som försvårar kvinnors tillgång till heltäckande sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, -produkter, -undervisning och information måste avskaffas. För att minska mödradödligheten och sjukdomar i samband med graviditet och förlossning krävs akut förlossningsvård och kompetent förlossningspersonal, inklusive i landsbygdsområden och avlägsna områden, och förebyggandet av osäkra aborter. För att förhindra oönskade graviditeter och riskfyllda aborter måste staterna vidta rättsliga och politiska åtgärder för att garantera alla individer har tillgång till överkomliga, säkra och effektiva preventivmedel och heltäckande sexualundervisning, även för ungdomar; liberalisera restriktiva abortlagar; garantera tillgången till säker abort och kvalitetsvård efter abort för kvinnor och flickor, inklusive

²² Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter allmän kommentar nr 16 (2005) om mäns och kvinnors lika rätt att åtnjuta alla ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

²³ Se konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, art. 5.

²⁴ Artikel 4 (1) i konventionen om avskaffande av diskriminering av kvinnor tar upp ”tillfälliga särskilda åtgärder för att påskynda faktisk jämställdhet mellan män och kvinnor”, medan artikel 4 (2) fokuserar på ”särskilda åtgärder, inklusive de åtgärder ... för att skydda moderskapet”. Se även kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 16, punkt 15.

genom utbildning av vårdgivare och respektera kvinnors rätt att fatta självständiga beslut om sin sexuella och reproduktiva hälsa.²⁵

29. Det är även viktigt att vidta förebyggande, stimulerande och avhjälpande åtgärder för att skydda alla individer från skadliga sedvänjor och normer och könsrelaterat våld som förvägrar dem en oinskränkt sexuell och reproduktiv hälsa, som t.ex. kvinnlig könsstympning, barn- och tvångsäktenskap och misshandel och sexuellt våld i hemmet, inklusive våldtäkt inom äktenskapet med mera. Konventionsstater måste införa lagar, strategier och program för att förhindra, hantera och åtgärda kränkningar av alla personers rätt till självständigt beslutsfattande i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa, utan våld, tvång och diskriminering.

Intersektionell och multipel diskriminering

30. Individer som tillhör en särskild grupp kan drabbas oproportionerligt av intersektionell diskriminering inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa. Som identifierats av kommittén²⁶ löper grupper som, men inte begränsat till, fattiga kvinnor, personer med funktionsnedsättningar, migranter, urfolk eller andra etniska minoriteter, ungdomar, homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer samt person med HIV/AIDS större risk att drabbas av multipel diskriminering. Kvinnor, flickor och pojkar som är offer för människohandel och som utnyttjas sexuellt är utsatta för våld, tvång och diskriminering i sin vardag och deras sexuella och reproduktiva hälsa är i stor fara. Även kvinnor och flickor som lever i konfliktsituationer löper en oproportionerligt hög risk att få sina rättigheter kränkta, inklusive genom systematisk våldtäkt, sexuellt slaveri, tvångsgraviditeter och tvångssterilisering.²⁷ Åtgärder för att garantera icke-diskriminering och verklig jämställdhet bör ha kännedom om och försöka övervinna den ofta förvärrande inverkan som intersektionell diskriminering har på förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

31. Lagar, strategier och program, inklusive tillfälliga speciella åtgärder, krävs för att förhindra och avskaffa diskriminering, stigmatisering och negativa stereotyper som förhindrar tillgången till sexuell och reproduktiv hälsa. Fångar, flyktingar, statslösa, asylsökande och illegala invandrare, med tanke på deras extra sårbarhet till följd av frihetsberövande eller rättsliga status, är också grupper med särskilda behov som kräver att konventionsstaterna vidtar särskilda åtgärder för att garanteras deras tillgång till sexuell och reproduktiv information, varor och hälsovård. Staterna måste garantera att individer inte utsätts för trakasserier för att utöva sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Att avskaffa systematisk diskriminering innebär också ofta att ägna större resurser åt traditionellt försummade grupper²⁸ och säkerställa att lagar och strategier mot diskriminering genomförs i praktiken av tjänstepersoner och andra.

²⁵ A/69/62; se även WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2:a utgåvan (2012).

²⁶ Inklusive grupper som diskrimineras på grund av ras och hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åsikt, nationellt eller socialt ursprung, förmögenhet, börd eller annan ställning, inklusive etnicitet, ålder, nationalitet, civilstånd och familjerättslig ställning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och könsidentitet, intersexuell status, hälsotillstånd, bostadsort, ekonomisk och social situation eller annan status och de som utsätts för multipla former av diskriminering. Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 20.

²⁷ Se Wienförklaringen och handlingsprogrammet från 1993 (A/CONF.157/23), punkt 38; och Pekingdeklarationen och handlingsplanen från 1995 (A/CONF.177/20), punkt 135.

²⁸ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 20, punkt 39.

32. Konventionsstaterna ska vidta åtgärder för att helt och fullt skydda personer som arbetar i sexindustrin mot alla former av våld, tvång och diskriminering. De ska garantera att dessa personer har tillgång till hela utbudet av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster.

IV. Konventionsstaternas skyldigheter

A. Allmänna rättsliga skyldigheter

33. Som beskrivs i artikel 2 (1) i konventionen, måste konventionsstater vidta åtgärder och till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att gradvis uppnå ett fullständigt förverkligande av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Konventionsstater måste så snabbt och effektivt som möjligt närma sig ett fullständigt förverkligande av den högsta möjliga nivån för sexuell och reproduktiv hälsa. Detta innebär att även om det fullständiga förverkligandet av målet kan uppnås gradvis, måste åtgärder för att uppnå målet vidtas genast eller inom en relativt kort tid. Dessa åtgärder bör vara avsiktliga, konkreta och målinriktade och använda alla tillgängliga medel, särskilt, men inte begränsat till, antagande av rättsliga åtgärder och budgetåtgärder.

34. Konventionsstater har en omedelbar skyldighet att avskaffa diskriminering mot individer och grupper och garantera deras lika rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Detta förutsätter att staterna upphäver eller reformerar lagar och riktlinjer som ominstetgör eller inskränker förmågan för vissa individer och grupper att förverkliga sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns en mängd lagar, politiska riktlinjer och rutiner som undergräver självbestämmande och rätten till jämställdhet och icke-diskriminering i det fulla åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, t.ex. kriminalisering av aborter eller restriktiv abortlagstiftningen. Konventionsstater bör också garantera att alla individer och grupper har lika tillgång till hela utbudet av sexuell och reproduktiv hälsoinformation, -produkter och -tjänster, även genom att ta bort alla hinder som vissa grupper ställs inför.

35. Staterna måste anta nödvändiga åtgärder för att avskaffa förhållanden och bekämpa attityder som upprätthåller ojämlikhet och diskriminering, särskilt på grund av kön, för att göra det möjligt för alla individer och grupper att åtnjuta sexuell och reproduktiv hälsa baserad på jämlikhet.²⁹ Staterna måste erkänna och vidta åtgärder för att avhjälpa inrotade sociala normer och maktstrukturer som försämrar ett jämlikt utövande av denna rätt, som t.ex. könsroller, som har en inverkan på de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa. Sådana åtgärder måste fokusera på och avskaffa diskriminerande stereotyper, antaganden och normer kring sexualitet och reproduktion som ligger bakom restriktiva lagar och undergräver förverkligandet av sexuell och reproduktiv hälsa.

36. Staterna ska efter behov genomföra tillfälliga särskilda åtgärder för att övervinna långvarig diskriminering och inrotade stereotyper beträffande vissa grupper och för att utrota förhållanden som upprätthåller diskrimineringen. Staterna ska fokusera på att garantera att alla individer och grupper effektivt kan åtnjuta rätten till sexuell och reproduktiv hälsa baserad på verklig jämlikhet.

37. En konventionsstat har skyldigheten att fastställa att den maximalt utnyttjar tillgängliga resurser, inklusive dem som gjorts tillgängliga genom internationellt bistånd och samarbete, för att uppfylla sina skyldigheter enligt konventionen.

²⁹ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 16, punkter 6–9.

38. Bakåtsträvande åtgärder bör undvikas och, om sådana åtgärder tillämpas, måste konventionsstaten bevisa att de är nödvändiga.³⁰ Detta gäller även i samband med sexuell och reproduktiv hälsa. Exempel på bakåtsträvande åtgärder inkluderar borttagandet av läkemedel för sexuell och reproduktiv hälsa från nationella läkemedelsregister; lagstiftning eller politik som drar tillbaka finansieringen av hälsovården; införande av hinder för information, varor och tjänster som avser sexuell och reproduktiv hälsa; antagande av lagar som kriminaliserar vissa beteenden och beslut som rör sexuell och reproduktiv hälsa och förändringar av lagstiftning eller politik som minskar statens tillsyn av privata aktörers skyldighet att respektera individers rätt att få tillgång till sexuell och reproduktiva hälsovårdstjänster. Under extrema förhållanden när bakåtsträvande åtgärder kan vara oundvikliga, måste staterna garantera att dessa åtgärder endast är tillfälliga, inte på ett oproportionerligt sätt drabbar utsatta och marginaliserade individer och grupper och inte tillämpas på ett annat diskriminerande sätt.

B. Särskilda rättsliga skyldigheter

39. Konventionsstaterna har en skyldighet att respektera, skydda och förverkliga allas rätt till sexuell och reproduktiv hälsa.

Skyldighet att respektera

40. Skyldigheten att respektera kräver att staterna avstår från direkt eller indirekt inblandning i individers utövande av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Staterna får inte begränsa eller neka någon tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa, även genom lagar som kriminaliserar sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster och -information, samtidigt som sekretessen för hälsovårdsuppgifter ska upprätthållas. Staterna måste reformera lagstiftning som hindrar utövandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Exempel innefattar lagar som kriminaliserar aborter, underlåtenhet att uppge HIV-status, samtyckande sexuella aktiviteter mellan vuxna och transsexuell identitet eller uttryck för transsexualitet.³¹

41. Skyldigheten att respektera kräver också att staterna upphäver och avstår från att anta lagar och politiska riktlinjer som hindrar tillgången till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster. Detta inbegriper krav på godkännande från tredje part, som t.ex. krav på godkännande från föräldrar, make/maka och rättsligt tillstånd för tillgång till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster och -information, inklusive om abort och preventivmedel; ensidig rådgivning och obligatoriska väntetider för skilsmässa, omgifte eller tillgång till aborter; obligatoriska HIV-tester och uteslutningen av vissa sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster från offentliga medel eller utländsk finansiering. Spridningen av desinformation och införandet av begränsningar i individens rätt att få tillgång till information om sexuell och reproduktiv hälsa bryter också mot skyldigheten att respektera de mänskliga rättigheterna. Nationsstater och givarländer måste avstå från att censurera, hämma och förvränga eller kriminalisera tillhandahållandet av information om sexuell och reproduktiv hälsa,³² både till allmänheten och till enskilda personer. Sådana begränsningar

³⁰ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14, punkt 32.

³¹ Se t.ex. E/C.12/1/Add.105 och Corr.1, punkt 53; kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor, allmän kommentar nr 24, punkter 24 och 31 (c); A/66/254 och A/HRC/14/20.

³² Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14 och kommittén för barnets rättigheter, allmän kommentar nr 4 (2003) om ungdomars hälsa och utveckling inom ramen för konventionen om barnets rättigheter.

hindrar tillgången till information och tjänster och kan bidra till stigmatisering och diskriminering.³³

Skyldighet att skydda

42. Skyldigheten att skydda ålägger staterna att vidta åtgärder för att förhindra att tredje part direkt eller indirekt påverkar utövandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Skyldigheten att skydda ålägger staterna att införa och genomföra lagar och riktlinjer som förbjuder uppträdanden från tredje part som skadar den fysiska och mentala integriteten eller undergräver det fulla åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive uppträdanden från privata hälsovårdsinrättningar, försäkrings- och läkemedelsföretag och tillverkare av hälsorelaterade varor och utrustningar. Detta innefattar förbud mot våld och diskriminerande praxis, som t.ex. uteslutning av särskilda individer eller grupper från tillhandahållandet av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster.

43. Staterna måste förbjuda och förhindra privata aktörer från att upprätta praktiska och formella hinder för hälsovård, som t.ex. fysiska hinder till hälsoinrättningar, spridning av desinformation, informella avgifter och krav på godkännande från tredje part. I de fall vårdgivare tillåts att åberopa samvetsbetänkligheter, måste staterna reglera denna praxis på lämpligt sätt för att garantera att den inte hindrar någons tillgång till sexuell eller reproduktiv hälsovård, även genom att kräva remittering till en tillgänglig vårdgivare som är kapabel och villig att tillhandahålla den önskade tjänsten och att det inte hindrar utövandet av tjänster i akuta situationer.³⁴

44. Staterna är skyldiga att garantera att ungdomar har full tillgång till lämplig information om sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive familjeplanering och preventivmedel, faran med tidiga graviditeter och förebyggande och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar, inklusive HIV/AIDS, oavsett civilstånd och föräldrarnas eller vårdnadshavarens tillstånd, med respekt för deras privatliv och integritet.³⁵

Skyldighet att uppfylla

45. Skyldigheten att uppfylla ålägger staterna att anta lämpliga legislativa, administrativa, budgetmässiga, rättsliga, stimulerande och andra åtgärder för att säkerställa det fulla förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.³⁶ Staterna ska sträva efter att garantera allmän tillgång utan diskriminering för alla individer, även från åsidosatta och marginaliserade grupper, till hela utbudet av sexuell och reproduktiv hälsovård av hög kvalitet, inklusive mödrahälsovård; preventivmedelsinformation och -tjänster; säker abortvård och förebyggande, diagnos och behandling av infertilitet, reproduktiv cancer, sexuellt överförbara infektioner och HIV/AIDS, inklusive med generiska läkemedel. Staterna måste garantera fysisk och mental hälsovård i alla situationer för personer som utsatts för misshandel och sexuellt våld i hemmet, inklusive tillgång till förebyggande åtgärder efter exponering, akuta preventivmedel för nödsituationer och säker abort.

46. Skyldigheten att uppfylla ålägger även staterna att vidta åtgärder för att avlägsna praktiska hinder för det fulla förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, som t.ex. oproportionerliga kostnader och brist på fysisk eller geografisk tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård. Staterna måste garantera att vårdgivare har tillräcklig utbildning om

³³ Amnesty International, *Left Without a Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia* (2010).

³⁴ Se E/C.12/POL/CO/5, punkt 28; A/66/254, punkter 24 och 65 (m) och kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor, allmän kommentar nr 24, punkt 11.

³⁵ Se kommittén för barnets rättigheter, allmän kommentar nr 4, punkter 28 och 33.

³⁶ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14, punkter 33 och 36–37.

tillhandahållandet av respektfulla sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster av hög kvalitet och garantera att vårdgivarna är jämnt fördelade över hela staten.

47. Staterna måste utveckla och tillämpa evidensbaserade normer och vägledningar för tillhandahållande och leverans av sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster och vägledningarna måste regelbundet uppdateras för att integrera medicinska framsteg. Samtidigt är staterna skyldiga att tillhandahålla åldersanpassad, evidensbaserad, vetenskapligt korrekt, heltäckande undervisning till alla om sexuell och reproduktiv hälsa.³⁷

48. Staterna måste också vidta positiva åtgärder för att avlägsna sociala hinder i form av normer eller övertygelser som hindrar individer i olika åldrar och kön, kvinnor, flickor och ungdomar från att självständigt utöva sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Sociala missuppfattningar, fördomar och tabun om menstruation, graviditet, förlossning, masturbation, sömnorgasmer, vasektomi och fertilitet bör modifieras så att de inte hindrar en individs åtnjutande av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

C. Centrala skyldigheter

49. Konventionsstaterna har en central skyldighet att säkerställa åtminstone en minsta acceptabel nivå för rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. I detta sammanhang ska konventionsstaterna vägledas av samtida instrument och rättspraxis för de mänskliga rättigheterna³⁸ liksom de senaste internationella riktlinjerna och protokollen från FN:s organ, särskilt WHO och FN:s befolkningsfond (UNFPA).³⁹ De centrala skyldigheterna omfattar minst följande:

- (a) Att upphäva eller avskaffa lagar, riktlinjer och rutiner som kriminaliserar, hindrar eller undergräver individers eller en särskild grupps tillgång till sexuella och reproduktiva hälsovårdsinrättningar, -tjänster, -produkter och -information.
- (b) Att anta och genomföra en nationell strategi och handlingsplan, med tillräcklig budget, för sexuell och reproduktiv hälsa, som är utarbetad, regelbundet ses över och övervakas genom en deltagande och öppen process, strukturerad efter förbjudna former av diskriminering.
- (c) Att garantera allmän och jämlik tillgång till överkomliga och acceptabla sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, -produkter och -inrättningar av hög kvalitet, särskilt för kvinnor och åsidosatta och marginaliserade grupper.
- (d) Att införa och verkställa lagstadgade förbud mot skadlig praxis och könsrelaterat våld, inklusive kvinnlig könsstympning, barn- och tvångsäktenskap och misshandel och sexuell våld i hemmet, inklusive våldtäkt inom äktenskapet, samtidigt som privatlivet, sekretessen

³⁷ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14; kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor, allmän rekommendation nr 30 om kvinnors roll i konfliktförebyggande situationer, konflikt- och efterkrissituationer, punkt 52 (c) och kommittén för barnets rättigheter, allmän kommentar nr 15, punkt 60.

³⁸ Se, till exempel, www.icpdbeeyond2014.org; kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor klagomålsförfaranden nr 17/2008 och nr 22/2009, *L.C. mot Peru*, synpunkter antagna den 17 oktober 2011 och allmänna kommentarer och rekommendationer från kommittén för barnets rättigheter och kommittén för avskaffande av diskriminering mot kvinnor.

³⁹ Se t.ex. "Field Manual" om "Reproductive Health in Humanitarian Settings", utarbetad i samarbete mellan flera organ (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010), tillgänglig på www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf och publikationer från UNFPA om sexuell och reproduktiv hälsa, tillgängliga på www.unfpa.org/sexual-reproductive-health.

och fritt informerat och ansvarigt beslutsfattande garanteras, utan tvång, diskriminering eller rädsla för våld, i samband med individernas sexuella och reproduktiva behov och beteenden.

(e) Att vidta åtgärder för att förhindra osäkra aborter och tillhandahålla vård efter abort och rådgivning för behövande.

(f) Att garantera att alla individer och grupper har tillgång till heltäckande undervisning och information om sexuell och reproduktiv hälsa som är icke-diskriminerande, objektiv, evidensbaserad och tar hänsyn till barns och ungdomars utveckling.

(g) Att tillhandahålla läkemedel, utrustning och teknik som är väsentlig för sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive sådan som bygger på WHO:s förteckning över de viktigaste läkemedlen.⁴⁰

(h) För att garantera tillgången till effektiva och transparenta åtgärder och prövningsmöjligheter, inklusive administrativa och rättsliga medel, vid kränkningar av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

D. Internationella skyldigheter

50. Internationellt samarbete och bistånd är viktiga inslag i artikel 2 (1) i konventionen och avgörande för förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Enligt artikel 2 (1) måste stater, som inte kan uppfylla sina skyldigheter och som inte kan förverkliga rätten till sexuell och reproduktiv hälsa på grund av bristande resurser, söka internationellt samarbete och bistånd. Stater som är i stånd att göra det ska svara på sådana förfrågningar i god tro och inom ramen för det internationella åtagandet att bidra med minst 0,7 procent av sin bruttonationalinkomst till internationellt samarbete och bistånd.

51. Konventionsstaterna bör, i enlighet med sina skyldigheter enligt konventionen, se till att deras bilaterala, regionala och internationella avtal som rör immateriella rättigheter eller handel och ekonomiskt utbyte inte hindrar tillgången till läkemedel, diagnostik eller relaterad teknik som krävs för att förebygga eller behandla HIV/AIDS eller andra sjukdomar relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa. Staterna bör se till att internationella avtal och inhemsk lagstiftning i största möjliga utsträckning omfattar alla skydd och möjligheter som kan användas för att främja och säkerställa tillgången till läkemedel och hälsovård för alla. Konventionsstaterna bör granska sina internationella avtal, inklusive handels- och investeringsavtal, för att säkerställa att de överensstämmer med skyddet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa och vid behov ändra dem.

52. Givarländer och internationella aktörer har en skyldighet att följa normerna för de mänskliga rättigheterna, som även gäller för sexuell och reproduktiv hälsa. Av den anledningen ska internationellt bistånd inte införa restriktioner för information eller tjänster som finns i givarländerna, locka utbildad hälsovårdspersonal inom den reproduktiva vården bort från mottagarländerna eller utöva påtryckning på mottagarländerna att anta privatiseringsmodeller. Givarländerna ska inte förstärka eller tolerera rättsliga, processuella, praktiska eller sociala hinder för det fulla åtnjutandet av sexuell och reproduktiv hälsa i mottagarländerna.

53. Mellanstatliga organisationer, och särskilt FN och dess specialiserade kontor, program och organ, har en avgörande roll för och kan starkt bidra till det allmänna förverkligandet av rätten till sexuell och sexuell hälsa. Världshälsoorganisationen, UNFPA, FN-enheten för jämställdhet och ökat medinflytande för kvinnor (UN–Women), FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter och andra FN-enheter ger teknisk vägledning och information och tillhandahåller kapacitetsuppbyggnad och förstärkning. De ska samarbeta effektivt med

⁴⁰ Se WHO:s förteckning över de viktigaste läkemedlen, avsnitt 18.3.

konventionsstaterna, utifrån sina respektive erfarenheter inom ramen för genomförandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa på nationell nivå, med vederbörlig hänsyn till de individuella mandaten, i samarbete med civilsamhället.⁴¹

V. Kränkningar

54. Kränkningar av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa kan ske genom direkta åtgärder från staterna eller andra enheter som är otillräckligt reglerade av staterna. Kränkningar genom handlande inkluderar antagandet av lagstiftning, bestämmelser, riktlinjer och program som kan skapa hinder för förverkligandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa i kommissionsstaten eller i tredje land, eller formellt upphävande eller indragning av lagstiftning, bestämmelser, riktlinjer och program som är nödvändiga för fortsatt åtnjutande av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

55. Kränkningar genom underlåtenhet inkluderar underlåtenheten att vidta lämpliga åtgärder mot det fulla förverkligandet av allas rätt till sexuell och reproduktiv hälsa och underlåtenheten att anta och genomföra relevanta lagar. Underlåtenheten att garantera formell och materiell jämlikhet i åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa utgör en kränkning av denna rätt. Avskaffandet av rättslig eller faktisk diskriminering är en förutsättning för det jämlika åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.⁴²

56. Kränkningar av skyldigheten att respektera inträffar när staten undergräver rätten till sexuell och reproduktiv hälsa genom lagar, riktlinjer eller åtgärder. Sådana kränkningar inkluderar statlig inblandning i en persons frihet att kontrollera sin egen kropp och förmågan att fatta fria, informerade och ansvarsfulla beslut i detta avseende. De inträffar även när staten avskaffar eller stoppar lagar och riktlinjer som är nödvändiga för åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.

57. Exempel på kränkningar av skyldigheten att respektera innefattar skapandet av rättsliga hinder för enskilda för att få tillgång till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, som t.ex. kriminalisering av kvinnor som genomgår abort och kriminalisering av samtyckande sexuella aktiviteter mellan vuxna. Att förbjuda eller förneka den praktiska tillgången till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster och -läkemedel, som t.ex. akuta preventivmedel, kränker även skyldigheten att respektera. Lagar och riktlinjer som föreskriver att ofrivilliga, tvingande medicinska åtgärder, inklusive tvångssterilisering eller obligatoriska HIV/AIDS-, oskualds- eller graviditetstester, kränker även skyldigheten att respektera.

58. Lagar och riktlinjer som indirekt upprätthåller tvingande medicinska åtgärder, inklusive incitament- eller kvotbaserade preventivmedelsregler och hormonterapi, liksom krav på kirurgiska ingrepp eller sterilisering för det rättsliga erkännandet av en persons könsidentitet, utgör ytterligare kränkningar av skyldigheten att respektera. Andra kränkningar inkluderar statliga rutiner och strategier som censurerar eller undanhåller information eller presenterar felaktig, ej representativ eller diskriminerande information om sexuell och reproduktiv hälsa.

59. Kränkningar av rätten att skydda inträffar när en stat underlåter att vidtag effektiva åtgärder för att förhindra tredje part från att undergräva åtnjutande av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Detta inkluderar underlåtenheten att förbjuda och vidta åtgärder för att förhindra alla former av våld och tvång från privatperson och enheter, inklusive misshandel

⁴¹ Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 14, punkter 63-65.

⁴² Se kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr 16, punkt 41.

och våldtäkt i hemmet (inklusive våldtäkt inom äktenskapet), sexuella överfall, övergrepp och trakasserier, inklusive under konflikt, efter kris- och övergångssituationer; våld som riktar sig mot homosexuella, bisexuella, transpersoner och intersexuella personer eller kvinnor som söker abort eller vård efter abort; skadliga sedvänjor som kvinnlig könsstympning, barn- och tvångsäktenskap, tvångssterilisering, tvångsaborter och tvångsgraviditeter och medicinskt onödiga, irreversibla och ofrivilliga kirurgiska ingrepp och behandlingar utförda på intersexuella spädbarn eller barn.

60. Stater måste effektivt övervaka och reglera särskilda sektorer, som t.ex. privata vårdgivare, sjukförsäkringsbolag, utbildnings- och barnomsorgsinstitutioner, institutionella omsorgsinrättningar, flyktingläger, fängelser och andra anstalter, för att garantera att de inte undergräver eller kränker åtnjutandet av individers rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Stater har en skyldighet att säkerställa att privata sjukförsäkringsbolag inte vägrar att täcka sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster. Dessutom har staterna även en extraterritoriell skyldighet⁴³ att säkerställa att transnationella företag, som t.ex. läkemedelsföretag som verkar globalt, inte kränker rätten till sexuell och reproduktiv hälsa bland människor i andra länder, t.ex. genom icke-samtyckande tester av preventivmedel eller medicinska experiment.

61. Kränkningar av rätten att uppfylla inträffar när stater inte vidtar nödvändiga åtgärder för att underhålla, främja och tillhandahålla rätten till sexuell och reproduktiv hälsa med maximalt tillgängliga resurser. Sådana kränkningar uppstår när stater underlåter att anta och genomföra en övergripande och inkluderande inhemska hälsostراتيجier som tillräckligt och heltäckande inkluderar sexuell och reproduktiv hälsa eller när en strategi misslyckas med att på lämpligt sätt tillgodose behoven hos åsidosatta och marginaliserade grupper.

62. Kränkningar av rätten att uppfylla inträffar när staterna underlåter att gradvis säkerställa att sexuella och reproduktiva hälsovårdsinrättningar, -produkter och -tjänster är tillgängliga, åtkomliga, acceptabla och av god kvalitet. Exempel på sådana kränkningar inkluderar underlåtenhet att garantera tillgången till hela utbudet av preventivmedelsalternativ för att alla personer ska kunna använda en lämplig metod som passar deras särskilda situation och behov.

63. Dessutom inträffar kränkningar av skyldigheten att uppfylla när staterna underlåter att vidta positiva åtgärder för att avskaffa rättsliga, processuella, praktiska och sociala hinder för åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa och säkerställa att vårdgivare bemöter alla personer, som söker sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster, på ett respektfullt och icke-diskriminerande sätt. En kränkning av skyldigheten att uppfylla inträffar även när stater underlåter att vidta åtgärder för att säkerställa att uppdaterad, korrekt information om sexuell och reproduktiv hälsa är allmänt tillgänglig och åtkomlig för alla individer, på lämpliga språk och i lämpliga format, och för att säkerställa att alla utbildningsinstitutioner införlivar objektiv, vetenskapligt korrekt, evidensbaserad, åldersanpassad och heltäckande sexualundervisning i sina läroplaner.

VI. Åtgärder

64. Stater måste garantera att alla individer har tillgång till rättvisa och meningsfulla och effektiva åtgärder när rätten till sexuell och reproduktiv hälsa kränks. Åtgärder innefattar, men är inte begränsade till, tillräcklig, effektiv och snabb gottgörelse i form av återbetalning, kompensation, rehabilitering, gottgörelse och garantier för icke-upprepning, beroende på vad som är lämpligt. Det effektiva utövandet av rätten till åtgärder kräver omfattande tillgång till rättvisa och information om förekomsten av dessa åtgärder. Det är också viktigt att rätten till

⁴³ Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights.

sexuell och reproduktiv hälsa förankras i medlemsstaternas lagstiftning och politiska riktlinjer och är juridiskt handläggningsbar på nationell nivå samt att domare, åklagare och advokater görs medvetna om att denna rätt kan verkställas. När tredje part bryter mot rätten till sexuell och reproduktiv hälsa måste staterna garantera att sådana kränkningar utreds och åtalas och att förövarna hålls ansvariga, medan offren till kränkningarna ges tillgång till rättsmedel.