

GABRIELA LÖNNGREN

Gabriela Lönngren

MÖDRADÖD OCH MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER

Avhandling pro gradu i folkrätt

Handledare: Viljam Engström

Fakulteten för samhällsvetenskaper och ekonomi

Åbo Akademi

2019

## ÅBO AKADEMI – FAKULTETEN FÖR SAMHÄLLSVETENSKAPER OCH EKONOMI

## Abstrakt

Ämne: Folkrätt	
Författare: Gabriela Lönngren	
Arbetets titel: Mödradöd och mänskliga rättigheter	
Handledare: Viljam Engström	
<p>Abstrakt:</p> <p>Varje dag dör cirka 830 kvinnor av förebyggbara orsaker i relation till graviditet och förlossning. Syftet för denna avhandling är att undersöka vilka förpliktelser de för mödradöd mest relevanta mänskliga rättigheterna påför stater, det vill säga vad statens ansvar är att förebygga mödradöd. De rättigheter som inkluderas i denna avhandling är rätten till hälsa, icke-diskriminering och liv, samt förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Till slut diskuteras även statens förpliktelser i förhållande till den enklast förebyggbara orsaken för mödradöd, nämligen osäkra aborter.</p> <p>Denna avhandling fokuserar främst på Förenta Nationernas människorättskonventioner, med vissa jämförelser till den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna. Grunden för utredningen av statens förpliktelser att förebygga mödradöd utgörs av tolkningar och beslut antagna av FN-konventionernas kommittéer.</p> <p>Avhandlingen identifierar de möjligheter respektive begränsningar som de för mödradöd relevanta mänskliga rättigheterna medför. Medan tillämpningsområdet för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, det vill säga rätten till hälsa och icke-diskriminering, är bredare än det för de medborgerliga och politiska rättigheterna, är staters förpliktelser i förhållande till dessa rättigheter svåra att definiera. Däremot är staters förpliktelser enklare att definiera när det kommer till rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.</p> <p>Oklarheter i både nationell och internationell lagstiftning påverkar mödravårdens tillgänglighet och kvalitet, vilket därmed påverkar moderns chanser att överleva graviditet och förlossning. Dock tyder FN:s Människorättskommittés nyantagna allmänna kommentar på ett steg mot tydligare och mer dynamisk tolkning av statens förpliktelser att förebygga mödradöd.</p>	
Nyckelord: mänskliga rättigheter, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, osäker abort, rätten till hälsa, rätten till liv, icke-diskriminering, förbud mot tortyr	
Datum: 12.11.2019	Sidoantal: 76
Abstraktet godkänt som mognadsprov	

## INNEHÅLL

1. Inledning.....	1
1.1 Inledning till ämnet.....	1
1.2 Frågeställning och avgränsning.....	5
1.3 Material och metod.....	7
2. Den reproduktiva rätten till hälsa som del av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.....	9
2.1 Rätten till hälsa enligt ESK-konventionen.....	9
2.1.1 Allmänt om ESK-konventionen.....	9
2.1.2 Rätten till hälsa.....	11
2.2 Rätten till hälsa som reproduktiv rättighet.....	15
2.3 Mödrahälsa och diskussionen om minimirättigheter.....	20
3. Förverkligandet av den reproduktiva rätten till hälsa.....	25
3.1 Resurstilldelning och förverkligandet av den reproduktiva rätten till hälsa.....	25
3.1.1 Resursbrist som orsak att inte erbjuda tillräcklig mödravård.....	25
3.1.2 Privatisering av hälsovård.....	29
3.2 Diskriminering som orsak för mödradöd.....	32
3.2.1 Sambandet mellan rätten till icke-diskriminering och den reproduktiva rätten till hälsa.....	32
3.2.2 Icke-diskriminerande tillgång till mödravård.....	36
4. Rätten till liv som del av medborgerliga och politiska rättigheter.....	38
4.1 Sambandet mellan rätten till liv och den reproduktiva rätten till hälsa.....	38
4.2 Staters positiva förpliktelser i förhållande till rätten till liv.....	40
4.3 Rätten till liv – en rätt att inte bli dödad?.....	42
4.4 Europadomstolens tolkning om när rätten till liv kränkts i mödravårdsrelaterade fall.....	45

5. Mödradöd – en form av tortyr?.....	50
5.1 Förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling..	50
5.2 Mödravård och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.....	53
5.3 Mödradöd – en fråga om rätten till liv eller förbudet mot grym, omänsklig eller förnedrande behandling?.....	56
6. Osäker abort som orsak för mödradöd.....	60
6.1 Orsaker till och konsekvenser av osäker abort.....	60
6.2 Rätten till hälsa, icke-diskriminering och tillgång till säker abort.....	62
6.3 Vems rätt till liv? - Moderns rättigheter i förhållande till fostrets rättigheter.....	64
6.4 Statens förpliktelse att förebygga osäkra aborter som del av förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.....	67
6.5 Är en olaglig abort alltid osäker?.....	68
6.6 Skyldigheten att erbjuda tillgång till preventivmedel – nyckeln för förebyggandet av osäkra aborter?.....	71
7. Avslutning.....	74
KÄLLOR.....	iii

## 1. Inledning

### 1.1 Inledning till ämnet

Varje dag dör cirka 808 kvinnor av förebyggbara orsaker i relation till graviditet och förlossning.<sup>1</sup> Underlåtenheten att minska på mödradöd utgör en av de största sociala orättvisor i dagens värld. Graviditet och barnafödande innebär den mest fundamentala skillnaden mellan kvinnor och män, och underlåtenheten att förebygga mödradödlighet speglar den politiska och religiösa oviljan att uppnå jämställdhet i flera samhällen runtom i världen.<sup>2</sup> Majoriteten av mödradödsfall sker i låginkomstländer, och är till en stor del orsakat av ojämlig tillgång till mödravård.<sup>3</sup>

Kvinnors reproduktiva hälsa väcker känsliga problem för flera rättsliga traditioner eftersom frågan berör sexualitet och moral. Kritiken mot kvinnors reproduktiva rättigheter baserar sig på tanken om att ifall kvinnor kan ha och njuta av sexuella relationer, och samtidigt förebygga graviditet och undvika sexuellt överförbara sjukdomar, skulle den sexuella moralen och säkerheten av familjen vara hotade. Detta traditionella tankesätt reflekteras i lagar som strävar till att kontrollera kvinnans beteende och kropp.<sup>4</sup>

Idag fastställs kvinnans rätt till självbestämmande, icke-diskriminering och mödravård i flera internationella och regionala människorättskonventioner. Staters skyldighet att försäkra kvinnans reproduktiva hälsa är omfattande. På FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo år 1994 definierades reproduktiv hälsa för första gången som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välmående i alla delar av det reproduktiva systemet.<sup>5</sup> Detta betyder att varje individ ska ha möjligheten att ha ett tillfredsställande och säkert sexliv, möjligheten att föröka sig med friheten att besluta om, när och hur ofta förökningen sker.<sup>6</sup> Reproduktiv hälsa förknippas alltså med sexuell hälsa,

---

<sup>1</sup> United Nations Population Fund (UNFPA): Maternal health, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/maternal-health> senast besökt 5.11.2019.

<sup>2</sup> Cook 2001, s. 109.

<sup>3</sup> WHO: Media centre, Maternal mortality (Fact sheet No 348), tillgänglig på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>4</sup> Cook 1993, s. 73.

<sup>5</sup> Report of the International Conference on Population and Development, Kairo, September 1994, UN doc. A/CONF.171/13/Rev.1, para. 7.2.

<sup>6</sup> *Ibid.*

och berör inte endast moderns hälsotillstånd under graviditet och förlossning, utan sträcker sig till tiden före och efter graviditeten. Därmed omfattar det även frågor som till exempel familjeplanering, sexuellt överförbara sjukdomar, samt bröst- och livmoderhalscancer.<sup>7</sup>

Medan reproduktiv hälsa inkluderar en omfattande mängd frågor relaterat till individers sexuella och reproduktiva liv, berör mödrahälsa moderns hälsotillstånd under graviditeten, vid förlossningen och en tid efter förlossningen. Det traditionellt använda mätningssättet för mödrahälsa är mödradödlighet.<sup>8</sup> Mödradöd innebär att en kvinna dör under graviditeten eller inom 42 dagar efter förlossningen, oberoende av graviditetens varaktighet eller plats, av antingen en orsak relaterad till graviditeten eller dess skötsel.<sup>9</sup> Mödradödlighet för ett år anges med antalet mödradöd per 100 000 levande födda i ett angivet område.<sup>10</sup>

Trots att antalet mödradödsfall nästintill halverats under de senaste trettio åren har denna utveckling upphört på den senaste tiden. När mödradödligheten är väldigt hög kan relativt enkla åtgärder, inkluderande bland annat utbildandet av lokal vårdpersonal och ökandet av mödrars medvetenhet om nödvändigheten att söka vård, snabbt minska på antalet dödsfall. Utöver detta krävs det dock allt mer omfattande och långvariga investeringar, både på politisk och ekonomisk nivå, för att minskandet av mödradödligheten ska fortgå.<sup>11</sup> Orsaken till att minskandet av mödradödligheten nu upphört betyder alltså att stater inte vidtagit de nödvändiga åtgärderna som krävs för att utrota förebyggbar mödradöd.

Utrotandet av förebyggbar mödradöd har på den senaste tiden försvårats ytterligare på grund av flera staters motstånd mot kvinnors rätt till reproduktiv hälsa, orsakat av opposition mot utförandet av aborter. Detta har bland annat lett till att stater slutat ge ekonomiskt stöd till organisationer som arbetar med familjeplanering, och som mer eller

---

<sup>7</sup> UNFPA: Sexual and reproductive health, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>, senast besökt 5.11.2019.

<sup>8</sup> Firoz et al. 2013, s. 794.

<sup>9</sup> WHO: Maternal mortality ratio (per 100 000 live births), tillgänglig på <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>, senast besökt 29.10.2018.

<sup>10</sup> Cook & Dickens 2012, p. 90.

<sup>11</sup> Se intervjun med Anneka Knutsson, chef för avdelningen för sexuell och reproduktiv hälsa vid FN:s befolkningsfond UNFPA, i The Guardian:s artikel "Why do women still die when giving birth?", 24.9.2018, tillgänglig på <https://www.theguardian.com/global-development/2018/sep/24/why-do-women-still-die-giving-birth>, senast besökt 25.5.2019.

mindre har arbetat med abortrelaterade frågor. Detta minskande av stöd leder inte endast till en ökning av antalet osäkra aborter, utan leder även till att det blir allt svårare för flickor och kvinnor att erhålla korrekt information om deras sexuella och reproduktiva hälsa, samt till att tillgången till preventivmedel försämras.<sup>12</sup>

År 2015 antog Förenta Nationernas (FN) generalförsamling en ny utvecklingsplan, Agenda 2030, vars mål är att tillsammans arbeta mot en bättre värld för alla världens människor på ett sätt som även tar hänsyn till vår planet genom hållbar utveckling.<sup>13</sup> Agenda 2030 omfattar 17 globala mål, varav mål nr 3 berör rätten till hälsa. Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar.<sup>14</sup> Delmål 3.8 står för försäkran om jämlik hälso- och sjukvård, och uppmanar till att:

Åstadkomma allmän hälso- och sjukvård för alla, som även skyddar mot ekonomisk risk, tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet.<sup>15</sup>

Vidare inkluderar mål 5 om jämställdhet ett delmål att säkerställa universell tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter.<sup>16</sup>

Millenniemålen, som föregick Agenda 2030, antogs år 2000 och hade som målsättning att uppnå samtliga mål tills år 2015. Millenniemål nr 5 gällde förbättringen av mödrhälsa, varav delmål 5.2 stod för exakt samma som den efterträdande utvecklingsplanens delmål 3.7, det vill säga att uppnå universell tillgång till mödrhälsa.<sup>17</sup> Trots att mödradödligheten runtom i världen avtog under dessa år, avslöjades även brister i låginkomstländernas hälsosystem vilket utgjorde stora utmaningar för uppfyllelsen av millenniemålen. Låginkomstländernas hälsosystem var för svaga och fragmenterade för att erbjuda en tillräcklig mängd

---

<sup>12</sup> The Guardian: "Trump expands global gag rule that blocks US aid for abortion groups", 26.3.2019, tillgänglig på <https://www.theguardian.com/global-development/2019/mar/26/trump-global-gag-rule-us-aid-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>13</sup> General Assembly Resolution No. 70/1 (2015), UN doc. A/RES/70/1.

<sup>14</sup> *Ibid.*, mål 3, s. 16.

<sup>15</sup> *Ibid.*, para. 3.8. Översättning från <http://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-sakerstalla-god-halsa/>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>16</sup> General Assembly Resolution No. 70/1 (2015), UN doc. A/RES/70/1, para. 5.6, s. 18.

<sup>17</sup> UN: Millennium Development Goals: Goal 5: Improve Maternal Health, tillgänglig på <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>, senast besökt 10.11.2019.

tjänster av bra kvalitet. Vidare identifierades stora brister i vårdpersonal, givarsamordning och informationssystem.<sup>18</sup> Dessa svagheter har tagits i beaktande i utvecklingen av Agenda 2030:s globala mål. De globala målen inkluderar ett eget mål, med flera delmål, för genomförande och globalt partnerskap.<sup>19</sup> Dock innehåller även den nya utvecklingsplanen svagheter gällande medel för genomförandet av de globala målen. Trots den breda omfattningen av tillvägagångssätt för genomförandet av målen, inkluderande mål nr 17,<sup>20</sup> förblir en del vaga.<sup>21</sup> Detta är emellertid inte överraskande eftersom strävan till konsensus på global nivå är problematisk.<sup>22</sup>

Den enklast förebyggbara orsaken till mödradöd anses vara komplikationer orsakade av osäkra aborter.<sup>23</sup> En osäker abort innebär att en graviditet avslutas antingen av personer som inte har nödvändiga kunskaper och/eller i en omgivning som inte uppfyller minimikraven för medicinsk standard.<sup>24</sup> Över 25 miljoner kvinnor i världen genomgår en osäker abort varje år. Dödsfall orsakade av osäkra aborter utgör upp till 13,2 procent av all mödradöd.<sup>25</sup> Vidare lider fem miljoner kvinnor som genomgått en osäker abort av långvariga hälsoproblem.<sup>26</sup>

De flesta osäkra aborter utförs i länder där flickors och kvinnors tillgång till abort är förbjudet i sin helhet, eller endast tillåten ifall graviditeten utgör en fara för kvinnans hälsa eller liv. Osäkra aborter kunde förebyggas genom att försäkra förebyggandet av oönskade graviditeter. Detta kan försäkras genom att försäkra flickors och kvinnors tillgång till omfattande sexualundervisning och moderna preventivmedel. Vidare ska stater försäkra flickors och kvinnors tillgång till säker och laglig abort, samt vård efter abort.<sup>27</sup>

---

<sup>18</sup> Travis et al. 2004, s. 900.

<sup>19</sup> General Assembly Resolution No. 70/1 (2015), UN doc. A/RES/70/1, mål nr 17, s. 26.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Razavi 2016, s. 27.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Haddad & Nour 2009, s. 122.

<sup>24</sup> WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019, se även Ganatra et al. 2014, s. 155.

<sup>25</sup> WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>26</sup> Haddad & Nour 2009, s. 122.

<sup>27</sup> WHO: Women and girls continue to be at risk of unsafe abortion, tillgänglig på [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/abortion-safety-estimates/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/), senast besökt 25.5.2019.



## 1.2 Frågeställning och avgränsning

Syftet med denna avhandling är att undersöka de för förebyggbar mödradödlighet relevanta mänskliga rättigheterna och staters förpliktelser i enlighet med dessa. Därmed kommer fokuset för denna avhandling att vara på de reproduktiva rättigheterna som är relaterade till mödrahälsa. Dessa inkluderar rätten till hälsa, rätten till icke-diskriminering, rätten till liv, och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Utöver dessa finns det även övriga rättigheter – till exempel rätten till utbildning - som kan anses vara anknutna till mödradödlighet men som inte diskuteras i denna avhandling.

Avhandlingen kommer endast att fokusera på mödradödsfall som är förebyggbara, och som bland annat kunde utrotas med hjälp av universell tillgång till effektiv mödravård av bra kvalitet. Huvudfrågan som denna avhandling strävar till att besvara är därmed vilka förpliktelser en stat har för att utrota förebyggbar mödradödlighet.

En av de självklaraste lösningarna för utrotandet av förebyggbar mödradöd är universell tillgång till mödravård. Därmed är statens förpliktelser i enlighet med rätten till hälsa utgångspunkten för denna avhandling. Syftet med diskussionen är att klargöra vilka förpliktelser rätten till hälsa påför på stater i frågan om mödrahälsa, och speciellt med tanke på utrotandet av förebyggbar mödradöd. Vilka är de tjänster som en stat måste erbjuda, och till vem? Därefter diskuteras minimirättigheten till hälsa och ifall mödravård kan anses utgöra en del av denna rättighet. Eftersom de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna är gradvist förverkligbara skulle mödravårdens inkludering i minimirättigheten till hälsa innebära att stater har en omedelbar skyldighet att erbjuda mödravård åtminstone till en miniminivå.<sup>28</sup>

De ekonomiska, sociala och kulturella rättigheternas natur som gradvis förverkligbara positiva rättigheter medför svårigheter i beslutstagandet för internationella domstolar och traktatorgan i frågan om staters skyldigheter i enlighet med rätten till hälsa. Detta beror på att varje stats möjlighet att erbjuda hälso- och sjukvård beror på dess resurstillgång. Därmed kan rätten till icke-diskriminering anses utgöra ”nyckeln” för att besluta om en eventuell kränkning av rätten till hälsa, eftersom stater har en omedelbar förpliktelse att

---

<sup>28</sup> Se diskussionen om minimirättigheten till hälsa i kapitel 2.3.

försäkra tillämpningen av rätten till hälsa utan diskriminering.<sup>29</sup> Varje person ska ha lika möjlighet att åtnjuta den högsta möjliga nivån av hälsa,<sup>30</sup> vilket betyder att tillgången till livräddande vård bör prioriteras över vård som förbättrar liv.<sup>31</sup>

Diskussionen om rätten till icke-diskriminering i kapitel 3 fokuserar på staters skyldigheter att tilldela resurser för mödravård, samt statens ansvar när det kommer till privatisering av hälso- och sjukvårdstjänster. Allt mer kvinnor vänder sig till privata vårdutövare, vilket väcker frågan om statens ansvar är när det kommer till icke-statliga aktörer inom hälso- och sjukvården. Vidare förknippas icke-diskrimineringsprincipen till den tidigare diskussionen om rätten till hälsa för att klargöra ifall stater har specifika skyldigheter gentemot de mest utsatta grupperna med högre risk för mödradödlighet.<sup>32</sup>

Mödradödlighet är uppenbarligen en fråga om liv eller död, och därmed uppstår även frågan om statens förpliktelser i förhållande till rätten till liv. I motsats till rätten till hälsa är rätten till liv en absolut rättighet, vilket betyder att en stats eventuella resursbrister inte har en inverkan på de skyldigheter som påförs staten. Kapitel 4 strävar till att besvara frågan om ifall rätten till liv endast inkluderar negativa rättigheter, eller ifall stater har en skyldighet att erbjuda vårdtjänster för att förebygga dödsfall - i detta fall mödradödsfall. Vidare strävar denna diskussion till att klargöra ramarna för rättighetens tillämpning – kan rätten till liv endast anses ha blivit kränkt om personen i fråga mister sitt liv?

I kapitel 5 diskuteras förebyggbar mödradödlighet i förhållande till förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. I kapitlet diskuteras frågan om ifall mödradödlighet kan anses utgöra en form av tortyr eller annan förnedring. Kan en stats skyldigheter i enlighet med förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling tillämpas i mödradödsfall – och om ja – vilka är dessa skyldigheter?

Efter den allmänna diskussionen om statens förpliktelser i förhållande till förebyggbar mödradödlighet fokuseras diskussionen på en av orsakerna för förebyggbar mödradöd,

---

<sup>29</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 30.

<sup>30</sup> *Ibid.*, para. 8.

<sup>31</sup> Wicks 2010, s. 238.

<sup>32</sup> UNFPA and the Center for Reproductive Rights: Briefing Paper: The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents, 2011, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>, senast besökt 15.6.2019, s. 11.

nämligen osäker abort. Orsaken bakom avgränsningen av diskussionen till endast en mödradödsorsak beror på begränsningen av avhandlingens längd. Beslutet att välja osäker abort som avslutande exempel beror dels på dess komplexitet: även om osäkra aborter anses vara den enklast förebyggbara orsaken för mödradödlighet, är dess utrotande inte endast baserat på förbättrandet av kvaliteten av mödravård. Staters strikta abortlagstiftning som endast tillåter tillgången till en säker abort i väldigt begränsade fall, eller inte alls, försvårar utrotningen av osäkra aborter. Vidare beror valet att diskutera osäker abort på den betydligt mer utvecklade juridiska praxis för abortrelaterade fall inom kontexten för mödradödlighet, speciellt i frågan om rätten till liv och förbudet för grym, omänsklig och förnedrande behandling. De flesta mödrakäsofall inom folkrätten angår fall där en moder inte haft tillgång till en säker abort.

### 1.3 Material och metod

För att besvara vilka statens förpliktelser är i förhållande till förebyggbar mödradöd kommer denna avhandling att med hjälp av den rättsdogmatiska metoden undersöka de förpliktelser som de för mödradöd mest relevanta mänskliga rättigheterna påför stater. Diskussionen om statens förpliktelser i förhållande till förebyggbar mödradöd är uppdelad i enlighet med de fyra mänskliga rättigheterna: rätten till hälsa, rätten till icke-diskriminering, rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. I kapitel 6 övergår diskussionen till att betrakta statens ansvar i frågan om förebyggbar mödradödlighet orsakat av osäkra aborter.

Inom folkrätten förekommer det ingen enskild konvention som är tillägnad endast de reproduktiva rättigheterna. Därmed omfattar det rättsmaterial som tolkas i denna avhandling främst FN konventioner och traktatorganens tolkningar av dessa, både i form av allmänna kommentarer och individuella klagomål. Även om FN-kommittéernas kommentarer, rekommendationer och beslut inte är rättsligt bindande anses traktatorganen vara auktoritativa tolkare av konventionerna.<sup>33</sup> Kommittéernas tolkningar

---

<sup>33</sup> Krennerich 2017, s. 30.

är viktiga i klargörandet av statens förpliktelser och möjliggör en nödvändig utveckling av statens förpliktelser i samband med bland annat medicinska utvecklingar, vilket försäkrar att skyddet för de mänskliga rättigheterna består över tiden.

I denna avhandling diskuteras flera relevanta fall, främst av FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (MR-kommittén) och Kommittén för avskaffande av diskriminering av kvinnor (Kvinnokommittén). Som jämförelse diskuteras även några av Europadomstolens rättsfall med syftet att ge en inblick av den tolkning av staters skyldigheter som Europadomstolen utvecklat i enlighet med de positiva förpliktelserna av rätten till liv. En till Europadomstolen liknande tolkning kan förväntas antas av MR-kommittén i framtiden, eftersom MR-kommitténs nya allmänna kommentar nr 36 erkänner en allt bredare tolkning av de positiva förpliktelserna av MP-konventionens artikel 6 om rätten till liv, som allt mer liknar Europadomstolens tolkning i förhållande till de motsvarande mänskliga rättigheterna i Europakonventionen.

I förhållande till de fyra mänskliga rättigheterna diskuteras statens förpliktelser, samt de eventuella begränsningarna som de enskilda rättigheterna medför i frågan om förebyggandet av förebyggbar mödradöd. Syftet med denna uppdelning är att förklara hur komplex frågan om statens förpliktelser att förebygga förebyggbar mödradöd är, varför varje rättighet är väsentlig i detta sammanhang och hur dessa rättigheter kan komplettera varandra.

Den avslutande diskussionen om förebyggbar mödradödlighet orsakat av osäker abort bygger på den tidigare diskussionen om rätten till hälsa, icke-diskriminering och liv, och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Genom bland annat diskussionen om moderns rätt till liv respektive fostrets rätt till liv strävar kapitel 6 till att förklara komplexiteten av statens ansvar att försäkra de reproduktiva rättigheterna, och varför utrotningen av förebyggbar mödradöd inte endast beror på kvaliteten av mödravård.

## 2. Den reproduktiva rätten till hälsa som del av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

### 2.1 Rätten till hälsa enligt ESK-konventionen

#### 2.1.1 Allmänt om ESK-konventionen

Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) antogs år 1966 tillsammans med Internationella konventionen för medborgerliga och politiska rättigheter (MP-konventionen). Baserade på Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, fastställer dessa konventioner tillsammans de mest grundläggande rättigheter för varje människa.

Syftet med ESK-konventionens rättigheter är att påföra en förpliktelse på stater att maximalt använda sina tillgängliga resurser för att utjämna sociala och ekonomiska ojämlikheter.<sup>34</sup> ESK-rättigheterna omfattar de grundläggande mänskliga behoven, bland annat mat, hälsa och utbildning. MP- och ESK-konventionens rättigheter är relaterade till varandra och har ett kausalsamband – till exempel en kränkning av en persons rätt till utbildning har en verkan på personens åtnjutande av civila och politiska rättigheter, bland annat yttrandefriheten.<sup>35</sup>

Artikel 2, paragraf 1, av ESK-konventionen anger de allmänna rättsliga skyldigheter för var och en medlemsstat:

Varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i denna konvention gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning.<sup>36</sup>

ESK-rättigheterna påför positiva skyldigheter för staten, vilket betyder att stater måste försäkra tillgången till dessa rättigheter.<sup>37</sup> De resurser som krävs för att försäkra flera av de ekonomiska och sociala rättigheterna är dock omfattande, vilket har lett till diskussionen om ifall ESK-rättigheterna faktiskt är rättigheter, eller ifall de endast är

---

<sup>34</sup> Mapulanga-Hulston 2002, s. 34.

<sup>35</sup> *Ibid.*, ss. 32-33.

<sup>36</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, art. 2(1).

<sup>37</sup> Cook 1994, s. 16.

målsättningar som varje stat ska sträva efter att uppnå.<sup>38</sup> Frågan som uppstår berör alltså rättigheternas innebörd, det vill säga vad de rättsliga förpliktelserna utgör för medlemsstaterna.<sup>39</sup>

Kritikerna anser att domstolar inte är lämpade att besluta om statens budgetering.<sup>40</sup> ESK-kommittén besvarade dock kritiken om domstolars roll i förhållandet till ESK-rättigheter i sin allmänna kommentar nr 9.<sup>41</sup> Enligt kommittén är nationella domstolar redan involverade i flera frågor som påverkar budgetering. En tolkning av ESK-rättigheter som hindrar deras tillämpbarhet i domstolar är oförenlig med principen om MP- och ESK-konventionernas rättigheters odelbarhet och beroendeförhållande. En sådan tolkning skulle hindra domstolar från att försäkra rättigheterna för de minst gynnade i samhället.<sup>42</sup> Nationella domstolars roll i försäkran av mänskliga rättigheter är väsentlig, och det inkluderar avgörandet om staten antagit tillräckliga åtgärder för att förverkliga dess rättsliga förpliktelser. Nationella domstolar omfattar den viktigaste prövningsmekanismen som är tillgänglig för personer vid förmodade människorättsliga kränkingsfall. Därmed är det nödvändigt att domstolar försäkras om statens efterlevnad av dess människorättsliga förpliktelser när det kommer till budgeten.<sup>43</sup>

Oklarheten om de skyldigheter som ESK-konventionen påför stater har påverkat försäkran av konventionens rättigheter, och bristen på klara definitioner om omfattningen av medlemsstaternas förpliktelser har utgjort ett problem även för de stater som verkligen strävar till att fullgöra dessa.<sup>44</sup> Integreringen av ESK-rättigheter till nationell lagstiftning har inte skett lika väl som för MP-rättigheterna, vilket påverkar medlemsstaternas invånares åtnjutande av ESK-rättigheter. Även om staten är bunden till att försäkra ESK-rättigheter är individers känsla av berättigande till dessa rättigheter större när de är integrerade till den nationella lagstiftningen.<sup>45</sup>

---

<sup>38</sup> Mapulanga-Hulston, 2002, ss. 29-30.

<sup>39</sup> *Ibid.*, 2002, s. 36.

<sup>40</sup> *Ibid.*, ss. 39-40.

<sup>41</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 9 (1998), UN doc. E/C.12/1998/24.

<sup>42</sup> *Ibid.*, para. 10.

<sup>43</sup> OHCHR: Realizing human rights through government budgets, tillgänglig på <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/RealizingHRTThroughGovernmentBudgets.pdf>, senast besökt 9.11.2019, s. 137.

<sup>44</sup> Alston 1987, s. 352. Se även Puta-Chekwe & Flood 2001, s. 43.

<sup>45</sup> Puta-Chekwe & Flood 2001, ss. 43-44.

Övervakningen av staters genomförande av konventionens bestämmelser görs med hjälp av ett för medlemsstaterna bindande rapporteringssystem. Stater ska ange periodiska rapporter gällande de åtgärder som tagits för att försäkra ESK-rättigheter för sina invånare.<sup>46</sup> Även om rapporteringssystemet kan anses vara ett positivt sätt att genom ömsesidig kommunikation med medlemsstater utveckla ett bättre försäkrande av rättigheter, beror systemets fungerande till stor del på statens intresse att fullgöra de rekommendationer som ESK-kommittén anger.<sup>47</sup>

År 2008 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till ESK-konventionen som, då en stat biträtt protokollet, tillåter enskilda personer att anföra klagomål om påstådda kränkningar av en konventionsrättighet till ESK-kommittén.<sup>48</sup> ESK-kommittén kan därmed tolka konventionens bestämmelser och ange rekommendationer i specifika fall, vilket tillsammans med kommitténs tolkningar i bland annat dess allmänna kommentarer leder till en allt mer ingående tolkning om konventionens innehåll. Dock har ESK-konventionens fakultativa protokoll idag endast 24 medlemsstater.<sup>49</sup>

### 2.1.2 Rätten till hälsa

ESK-konventionen är den huvudsakliga folkrättsliga konventionen beträffande rätten till hälsa. Konventionens artikel 12 fastställer att:

1. Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.
2. De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att
  - a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
  - b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
  - c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
  - d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 16.

<sup>47</sup> Mapulanga-Hulston, 2002, s. 44.

<sup>48</sup> Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (2008), UN doc. A/RES/63/117.

<sup>49</sup> United Nations Treaty Collection: Status of Treaties: Chapter IV Human Rights: 3.a Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, besökt 9.11.2019.

<sup>50</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 12.

ESK-konventionens medlemsstater ska effektivt sträva till förverkligandet av rätten till hälsa i sin helhet.<sup>51</sup> Rätten till hälsa, liksom de övriga mänskliga rättigheterna, påför tre nivåer av skyldigheter på konventionens medlemsstater: respektera, skydda och fullgöra. Respekterandet av rätten till hälsa innebär att staten inte ingriper, direkt eller indirekt, i en persons åtnjutande av denna rättighet. Skyddandet innebär att staten även ska förhindra ingripandet av tredje parter. Statens skyldighet att fullgöra rätten till hälsa innebär att staten ska bland annat anta legislativa, administrativa och budgetmässiga åtgärder gentemot försäkrandet av rätten till hälsa i sin helhet.<sup>52</sup>

Förutom negativa rättigheter - även kallade friheter - inkluderar rätten till hälsa även positiva rättigheter. Förverkligandet av positiva rättigheter kräver aktivt ingripande av staten.<sup>53</sup> De positiva skyldigheter som ESK-rättigheter påför stater motiveras med att negativa rättigheter i sig själva inte gagnar de individer som inte har tillgång till de nödvändiga ekonomiska, sociala och kulturella omständigheterna, och därmed inte har en möjlighet att utnyttja dessa friheter. Inget rättssystem kan alltså hävdas respektera de mänskliga rättigheterna utan erkännandet av en positiv rätt till hälsa, det vill säga hälsovård.<sup>54</sup> Således uppstår frågan om innehållet och omfattningen av rätten till hälsa, och ifall den i själva verket utgör en rätt till hälsovård?

Formuleringarna av rätten till hälsa inom folkrätten medför ingen klarhet gällande en eventuell rätt till hälsovård och dess omfattning. Artikel 25, paragraf 1, av den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna lyder:

Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.<sup>55</sup>

Enligt denna formulering kan det tolkas att varje människa har en rätt till hälsovård. Dock utgör den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna inte ett formellt rättsligt

---

<sup>51</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 30-31.

<sup>52</sup> *Ibid.*, para. 33.

<sup>53</sup> Juškevičius & Balsienė, 2010, s. 101.

<sup>54</sup> *Ibid.*, s. 102.

<sup>55</sup> Allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna 1948, artikel 25, para. 1.



bindande dokument. ESK-konventionens artikel 12 nämner inte en rätt till hälsovård, utan fastställer en rätt att ”åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa”.<sup>56</sup>

En strikt tolkning av rätten till hälsa, eller en rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, antyder att varje individ garanteras perfekt hälsa. Dock är det, på grund av till exempel sjukdomar och naturlig fysisk försvagning, bokstavligen omöjligt för ett samhälle att garantera god hälsa åt alla dess invånare.<sup>57</sup> Därmed förekommer det även en tolkning enligt vilken rätten till hälsa inkluderar två huvudsakliga, och av varandra beroende, beståndsdelar: en rätt till förebyggande och botande hälsovård, samt en rätt till hälsosamma förhållanden, till exempel sund livsmiljö och tillgång till dricksvatten och mat.<sup>58</sup> Dock väcker även denna tolkning tvivel, bland annat eftersom statens skyldighet att till exempel försäkra en sund livsmiljö kan vara svår att praktiskt sett anknyta till en enskild individs rätt till hälsa. I och med dessa svårigheter kan rätten till hälsa egentligen tolkas omfatta en rätt till hälsovård, vilket även antyds i den senaste utvecklingen inom internationell lagstiftning.<sup>59</sup>

Enligt ESK-kommitténs tolkning av ESK-konventionens artikel 12, paragraf 1, omfattar rätten till hälsa inte endast en rätt till hälsovård, utan anser att rätten till hälsa även inkluderar övriga nödvändiga faktorer, bland annat dricksvatten, sanitet och näring.<sup>60</sup> I frågan om hälso- och sjukvård anser kommittén att rätten till hälsa omfattar tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet. Tillgång innebär att det i varje stat bör förekomma tillräckligt med fungerande allmänna hälsovårdsinrättningar, varor och tjänster. Oavsett en stats utvecklingsnivå ska dessa inkludera åtminstone sjukhus, kliniker och andra hälsovårdsfaciliteter, utbildad vårdpersonal och nödvändiga läkemedel.<sup>61</sup> Tillgängligheten till dessa hälsovårdsfaciliteter, varor och tjänster ska försäkras för alla utan diskriminering. Tillgänglighet inkluderar fyra sammanhängande dimensioner: icke-diskriminering, fysisk tillgänglighet, ekonomisk tillgänglighet och informationstillgänglighet. Hälso- och sjukvård ska vara både fysiskt och ekonomiskt tillgänglig för alla, och varje människa har en rätt att söka och erhålla hälsorelaterad

<sup>56</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 12.

<sup>57</sup> Juškevičius & Balsienė 2010, s. 103.

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> *Ibid.*, ss. 103-104.

<sup>60</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 11.

<sup>61</sup> *Ibid.*, para. 12(a).

information. Hälsovårdsinrättningar ska följa medicinska etiska principer och ta i hänsyn bland annat patientens kultur, kön och ålder. Kvaliteten av inrättningarnas varor och tjänster ska försäkras med hjälp av bland annat utbildad vårdpersonal och vetenskapligt godkända läkemedel.<sup>62</sup> Alla dessa komponenter är sammanhängande och väsentliga för försäkran av rätten till hälsa.

ESK-kommitténs tolkning av rätten till hälsa i enlighet med dess allmänna kommentar nr 14 bekräftar tolkningen om att rätten till hälsa omfattar en rätt till hälso- och sjukvård. Dock motsäger den tolkningen om att rätten till hälsa i själva verket endast skulle vara en rätt till hälso- och sjukvård eftersom ESK-kommittén även understryker rätten till tillgång till bland annat rent dricksvatten.<sup>63</sup> Kommitténs tolkning av rätten till hälsa fokuserar endast på tillgängligheten och kvaliteten av hälso- och sjukvården, inte på särskilda hälso- och sjukvårdstjänster som individer är berättigade till. Även om bristen att fokusera på specifika tjänster kan anses leda till oklarheter om rättighetens omfattning, kunde en för detaljerad tolkning leda till snäva tillämpningsmöjligheter av rätten till hälsa. Emellertid hänvisar ESK-kommittén både till preventiv och botande hälso- och sjukvård, och erkänner att rätten till hälsa inkluderar både den kollektiva (preventiv) och individuella (botande) dimensionen av hälsa.<sup>64</sup>

För att förstå omfattningen av rätten till hälsa bör man även förstå skillnaden mellan tillgång till och tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Rätten till att ha tillgång till hälso- och sjukvård omfattar en rätt till att ohindrat söka vård, medan rätten att tillhandahållas den bästa möjliga vård betyder att vårdutgivaren har en skyldighet att försäkra att denna vård är tillgänglig.<sup>65</sup> I sin allmänna kommentar nr 14 tolkar ESK-kommittén artikel 12 att inkludera bägge av dessa rättigheter.<sup>66</sup>

ESK-kommittén betonar även att tillgången till hälso- och sjukvård ska basera sig på jämlikhet och rättvisa.<sup>67</sup> Därmed kunde det tolkas att de tjänster som rätten till hälsa, och

---

<sup>62</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 12(b).

<sup>63</sup> *Ibid.*, para. 11.

<sup>64</sup> *Ibid.*, se till exempel para. 17 och 19.

<sup>65</sup> Davies 2010, ss. 391-392.

<sup>66</sup> Se bland annat Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para 12(b) & 36.

<sup>67</sup> Se bland annat Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 12(b) & 19.

närmare bestämt rätten till hälso- och sjukvård, omfattar är reflekterade i den hälsostandard som de mest socialt gynnade åtnjuter i ett samhälle: den hälsolivå som de mest gynnade åtnjuter i ett samhälle reflekterar den biologiskt uppnåeliga standard för vad som kunde vara möjligt för varje person i samhället i fråga inom en förutsägbar framtid.<sup>68</sup> De tjänster som de mest gynnade har tillgång till ska, enligt denna tolkning, vara tillgängliga för varje individ i ett samhälle.

## 2.2 Rätten till hälsa som reproduktiv rättighet

Rätten till hälsa är en viktig reproduktiv rättighet, eftersom tillgång till hälsorelaterade tjänster och varor är väsentligt för god mödrahälsa. Kunnig vård före, medan och efter förlossningen kan rädda både moderns och barnets liv.<sup>69</sup> ESK-konventionens artikel 12 om rätten till hälsa inkluderar mödrahälsa även om det inte specifikt nämns i artikeln. ESK-kommittén hänvisar till reproduktiva varor och tjänster, inkluderande mödravård, i sin allmänna kommentar nr 14 om rätten till hälsa, och har även antagit en allmän kommentar speciellt om rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.<sup>70</sup>

Den reproduktiva rätten till hälsa är också baserad på tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet,<sup>71</sup> vilka redan diskuterades i samband med rätten till hälsa. I relation till mödrahälsa betonar ESK-kommittén väsentligheten av försäkrandet av tillgången till utbildad vårdpersonal som även ska vara utbildad i utförandet av reproduktiv vård.<sup>72</sup> Enligt ESK-kommittén ska försäkrandet av mödravård utgöra en prioritet för varje medlemsstat.<sup>73</sup> I sin allmänna kommentar nr 14 fastställer ESK-kommittén att minskandet av foster- och spädbarnsdödligheten, i enlighet med artikel 12, paragraf 2(a) av ESK-konventionen, kan tolkas inkludera förbättrandet av tillgången till

<sup>68</sup> Se Braveman & Gruskin 2003, s. 255.

<sup>69</sup> WHO: Maternal mortality, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>70</sup> Se Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4; och General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22.

<sup>71</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 11.

<sup>72</sup> *Ibid.*, para. 13.

<sup>73</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 44(a).

mödravård.<sup>74</sup> ESK-konventionens artikel 10(2), stipulerar även en rätt för mödrar att åtnjuta särskilt skydd före och efter förlossning.<sup>75</sup>

Eftersom flickor och kvinnor har utsatts - och än idag utsätts - för diskriminering i flera livssituationer, antog FN:s generalförsamling år 1979 Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering mot kvinnor. Fastän de övriga folkrättsliga konventionerna riktar sig till alla människor, det vill säga både kvinnor och män, och till och med inkluderar specifika bestämmelser för kvinnor, fanns det ett behov att betona kvinnors rättigheter med hjälp av en egen konvention. Kvinnokonventionen stipulerar de för kvinnor relevanta rättigheter inom alla livsområden, och har idag 189 medlemsstater.<sup>76</sup>

Artikel 12 av Kvinnokonventionen berör rätten till hälsa:

1. Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård för att, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering.

2. Utan hinder av bestämmelserna i punkt 1 ovan skall konventionsstaterna tillförsäkra kvinnor lämplig vård vid havandeskap och förlossning samt under tiden efter nedkomsten, varvid fri vård skall stå till förfogande när det är nödvändigt, liksom även lämplig kost under havandeskapet och amningstiden.<sup>77</sup>

Kommittén för avskaffande av diskriminering av kvinnor (Kvinnokommittén) tolkar artikel 12 i sin allmänna rekommendation nr 24.<sup>78</sup> Kvinnokommittén anser att en hög mödradödlighet tyder på en stats möjliga kränkningar av dess skyldigheter att försäkra kvinnors tillgång till hälsovård.<sup>79</sup> Vidare påpekar Kvinnokommittén att staterna har en skyldighet att försäkra kvinnors rätt till ett säkert moderskap och obstetriska akuttjänster. Stater ska tilldela så mycket resurser som möjligt till mödravårdstjänster.<sup>80</sup>

Både ESK-kommittén och Kvinnokommittén anser att rätten till reproduktiv hälsa påför staterna skyldigheter att respektera, skydda och fullgöra rätten till mödravård. Stater har

---

<sup>74</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 14.

<sup>75</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 10, para. 2.

<sup>76</sup> United Nations Treaty Collection: Status of Treaties: Chapter VI Human Rights: 8. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.

<sup>77</sup> Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor 1979, artikel 12.

<sup>78</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, kapitel 1.

<sup>79</sup> *Ibid.*, para. 17.

<sup>80</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, para. 27.

ett ansvar att försäkra att den nationella lagstiftningen och varje verkställande åtgärd motsvarar dessa tre skyldigheter.<sup>81</sup> Statens skyldighet att respektera, skydda och fullgöra rätten till hälsa gäller även i frågan om mödrahälsa.<sup>82</sup> I enlighet med förpliktelsen att respektera anser Kvinnokommittén att lagar som kriminaliserar medicinska behandlingar som endast kvinnor har behov av, och som bestraffar de kvinnor som genomgår dessa behandlingar, är en kränkning av statens skyldighet att avstå från att ingripa i åtnjutandet av rätten till hälsa.<sup>83</sup> Enligt skyldigheten att skydda är stater bland annat ansvariga för att förfara med vederbörlig aktsamhet, *due diligence*, för att försäkra att privata tjänsteleverantörer, försäkrings- och läkemedelsföretag, samt tillverkare av hälsorelaterade varor och produkter följer vissa standard.<sup>84</sup> Skyldigheten att skydda innebär att stater bör anta legislativa, administrativa, budgetmässiga och juridiska åtgärder för att förebygga mödradöd. Staters underlåtenhet att minska på mödradödlighet kan utgöra en kränkning av deras förpliktelse att försäkra kvinnors tillgång till hälsovård.<sup>85</sup>

Stater har även en skyldighet att försäkra tillgången till preventiv behandling och information, inkluderande akuta preventivmedel, och säkra aborttjänster.<sup>86</sup> ESK-kommittén anser att skyldigheten att respektera rätten till hälsa innebär att staten bör avhålla sig från att begränsa tillgången till preventivmedel och övriga sätt att upprätthålla mödrahälsa. Detta inkluderar även censur, undanhåll eller avsiktlig feltolkning av hälsorelaterad information, bland annat berörande sexualundervisning.<sup>87</sup>

Vidare anser ESK-kommittén att stater har en skyldighet att erbjuda tillgång till väsentliga läkemedel.<sup>88</sup> För en förklaring om vilka läkemedel detta inkluderar hänvisar kommittén

<sup>81</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, para. 13.

<sup>82</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 39.

<sup>83</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, para. 14. Se även *Ibid.*

<sup>84</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 28 (2010), UN doc. CEDAW/C/GC/28, para. 13. Se även OHCHR: Maternal mortality, xxx, s. 3.

<sup>85</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 45; och CEDAW GC 24, para. 17. Se även OHCHR: Maternal mortality, xxx, s. 3.

<sup>86</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 45.

<sup>87</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 34.

<sup>88</sup> *Ibid.*, para. 12(a); och Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 13 & 49(g).

till Världshälsoorganisationens lista över essentiella läkemedel.<sup>89</sup> Denna lista uppdateras vartannat år.<sup>90</sup> År 2011 utgav Världshälsoorganisationen en lista över de prioriterade läkemedlen för kvinnor och barn, som inkluderar läkemedel som har bevisats vara nödvändiga för bland annat förebyggandet av mödradöd.<sup>91</sup> Samtliga läkemedel på denna lista är även inkluderade i den allmänna listan på essentiella läkemedel.<sup>92</sup>

Eftersom moderns tillgång till mödravård även påverkar barnets hälsa, samt att flera minderåriga flickor är gravida och därmed är i behov av mödravård, fastställs moderns rätt till mödravård även i Konventionen om barnets rättigheter (Barnkonventionen). Artikel 24, paragraf d, fastställer att konventionsstaterna ska säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen.<sup>93</sup> Enligt kommittén för barnets rättigheter utgör förebyggbar mödradöd en allvarlig kränkning av kvinnors och flickors mänskliga rättigheter, och hotar även deras och deras barns rätt till hälsa. Den vård som kvinnor får före, under och efter graviditeten påverkar starkt på deras barns hälsa och utveckling.<sup>94</sup>

En skyldighet ställer krav på en stat att visa, förklara och rättfärdiga hur staten fullgjort sina förpliktelser i relation till rätten till hälsa.<sup>95</sup> Staten har en skyldighet att försäkra tillgång till och kvaliteten av mödravård, samt att avvärja mödradödsfall. Det innebär inte endast juridisk skyldighet, utan kräver även övervakning av åtnjutandet av de rättigheter som är relaterade till mödrhälsa. En stats skyldighet omfattar administrativ, politisk, juridisk och social skyldighet, både på nationell och internationell nivå, och inkluderar bland annat statstjänstemän, privata aktörer och vårdpersonal.<sup>96</sup>

---

<sup>89</sup> WHO Model List of Essential Medicines. De senast uppdaterade listorna hittas på <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>, senast besökt 8.1.2019

<sup>90</sup> *Ibid.*

<sup>91</sup> WHO: Priority medicines for mothers and children 2011, tillgänglig på <https://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf?ua=1>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>92</sup> *Ibid.*, s. 2.

<sup>93</sup> Konventionen om barnets rättigheter 1989, artikel 24, para. d.

<sup>94</sup> Committee on the Rights of the Child General Comment No. 15 (2013), UN doc. CRC/C/GC/15, del III, s. 7.

<sup>95</sup> Hunt & Gray 2013, s. 122.

<sup>96</sup> OHCHR: Maternal mortality and morbidity and human rights, tillgänglig på [https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal\\_mortality\\_morbidity.pdf](https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal_mortality_morbidity.pdf), s. 2, senast besökt 9.11.2019.

Staters ansvarighet i frågan om mödradödsfall kan avslöja brister på både anläggnings- och systemnivå vilka kräver korrigerande åtgärder.<sup>97</sup> Istället för att till exempel automatiskt skuldsätta vårdpersonal vid mödradödsfall, vilket är fallet i flera länder, bör man undersöka ifall dödsfallet faktiskt beror på ett tjänstefel eller ifall det finns ett bakomliggande problem som till exempel brist på nödvändiga läkemedel.<sup>98</sup> Vidare ska tillgängliga och effektiva rättsliga åtgärder garanteras då en kränkning av relevanta rättigheter förekommit.<sup>99</sup> Skyldigheter är alltså både presumtiva och retrospektiva. I frågan om den reproduktiva rätten till hälsa innebär den presumtiva skyldigheten att staten bör utveckla mödravården enligt vad som fungerar, och anta förbättringsåtgärder för det som inte fungerar. Den retrospektiva skyldigheten innebär försäkran av tillgången till rättsmedel i situationer där staten underlåtit att genomföra sina förpliktelser.<sup>100</sup>

Trots att rätten till reproduktiv hälsa, och därmed även mödrahälsa, fastställs i flera folkrättsliga konventioner, och flera kommittéer antagit tolkningar och rekommendationer berörande staters skyldigheter i relation till denna rättighet, har en omfattande mängd av världens kvinnor fortfarande inte tillgång till mödravård. Problemet med uppfyllandet av den reproduktiva rätten till hälsa beror delvis på underlåtenheten att tydliggöra staters skyldigheter i relation till denna rättighet, och att skapa de strukturer som krävs för dessa skyldigheters förverkligande.<sup>101</sup> Trots att bland annat ESK-kommittén har identifierat staters skyldigheter i förhållande till rätten till hälsa har utvecklingen från förpliktelser till åtgärder förblivit det allra största hinder speciellt när det kommer till förverkligandet av kvinnors reproduktiva rättigheter. Vidare är reproduktiv hälsa speciellt komplex eftersom förbättrandet av den reproduktiva hälsan är beroende av flera sammanhängande problem, som bland annat tidiga tvångsäktenskap och könsstympning, samt eftersom själva staten i flera fall är ansvarig för kränkningar av kvinnors rättigheter i allmänhet. Bristen på konsistent internationell finansiering för att

---

<sup>97</sup> OHCHR: Maternal mortality and morbidity and human rights, tillgänglig på [https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal\\_mortality\\_morbidity.pdf](https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal_mortality_morbidity.pdf), s. 2, senast besökt 9.11.2019.

<sup>98</sup> Hunt & Gray 2013, ss. 130-131.

<sup>99</sup> OHCHR: Maternal mortality and morbidity and human rights, tillgänglig på [https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal\\_mortality\\_morbidity.pdf](https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal_mortality_morbidity.pdf), s. 2, senast besökt 6.10.2018.

<sup>100</sup> Hunt & Gray 2013, s. 122.

<sup>101</sup> Davies 2010, s. 392.

förbättra kvinnors reproduktiva hälsa utgör också ett hinder för att förverkliga rätten till reproduktiv hälsa.<sup>102</sup>

Skillnaderna i frågan om tillgång till gentemot tillhandahållande av hälso- och sjukvård, som diskuterades i kapitel 2.1.2, har lett till utvecklingen av olika förhållningssätt på hur den reproduktiva rätten till hälsa bäst kunde förverkligas.<sup>103</sup> I det ena förhållningssättet ligger fokuset på att försäkra kvinnans reproduktiva självbestämmanderätt både när det kommer till familjeplanering och reproduktiv vård. Det andra förhållningssättet prioriterar kvinnans rätt till tillgång till säker reproduktiv vård av bra kvalitet, och menar att självbestämmanderätten är en följd som kommer efter att den grundläggande rätten till hälso- och sjukvård förverkligats. Dessa olika förhållningssätt till hur den reproduktiva rätten till hälsa bäst kunde förverkligas reflekteras även i skillnader i staters prioriteringar i deras nationella hälsoprogram.<sup>104</sup>

ESK-kommittén och Kvinnokommittén har inte identifierat ett specifikt tillvägagångssätt för att uppnå den bästa möjliga mödrahälsan, utan tolkar istället statens skyldigheter när det kommer till alla de olika aspekterna som påverkar mödrahälsan.<sup>105</sup> Därmed kan det inte fastställas ett ”rätt” sätt för en stat att förverkliga den reproduktiva rätten till hälsa, vilket inte är så konstigt med tanke på de stora skillnader, bland annat ekonomiska och geografiska, som råder mellan olika stater.

### 2.3 Mödrahälsa och diskussionen om minimirättigheter

I och med att ESK-rättigheter är gradvist förverkligbara kan det uppstå utmaningar i tolkandet av ifall statens åtgärder för att fullgöra sina skyldigheter är tillräckliga, eller ifall mer kunde krävas av staten. Ett exempel på dessa utmaningar är analyserandet av den nationella budgeten, eftersom den inte alltid motsvarar till fullo de resurser som är tillgängliga för en stat. Vidare är den inte heller en fråga om hur mycket resurser en stat

---

<sup>102</sup> Davies 2010, ss. 392-393.

<sup>103</sup> *Ibid.*, s. 393.

<sup>104</sup> *Ibid.*

<sup>105</sup> Se Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22; och Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1.



tilldelat för genomförandet av en ESK-rättighet, istället är det en fråga om hur dessa resurser tillämpats.<sup>106</sup>

I sin allmänna kommentar nr 3 ansåg dock ESK-kommittén att stater har en minimiförpliktelse att försäkra att samtliga rättigheter av ESK-konventionen åtminstone förverkligas till en miniminivå.<sup>107</sup> Dessa miniminivåer av varje rättighet, de så kallade minimirättigheterna, klargör omfattningen av statens skyldigheter både för själva staten, men även för de relevanta övervakningsorganen.

Doktrinen om minimirättigheter utgör inte i sig själv en rättsligt bindande norm inom folkrätten.<sup>108</sup> Ifall tolkningen om att ESK-konventionen omfattar minimirättigheter är korrekt är denna rättsligt bindande för konventionens medlemsstater. Tolkningens korrekthet beror dock inte endast på ESK-kommitténs godkännande - det beror även på doktrinens överensstämmelse med ESK-konventionen och dess syfte, och de etablerade tolkningarna av konventionen. Doktrinen om minimirättigheter kan även bli rättsligt bindande i och med dess utveckling till internationell sedvanerätt.<sup>109</sup>

ESK-kommittén diskuterar minimirättigheter i samband med det progressiva förverkligandet av ESK-konventionens rättigheter i sin allmänna kommentar nr 3.<sup>110</sup> Kommittén betonar staters förpliktelse att stegvis sträva mot ett fullt förverkligande av konventionens rättigheter, men anser samtidigt att stater har en minimiförpliktelse att försäkra varje konventionsrättighet till en grundläggande nivå.<sup>111</sup> Därmed kan ESK-kommittén tolkas antyda att minimirättigheter är av omedelbar verkan.<sup>112</sup> Denna tolkning antas även av FN:s särskilda rapportör om rätten till hälsa i sin rapport år 2016.<sup>113</sup> Enligt rapportören om rätten till hälsa är flera av de hälsorelaterade kärnförplikelserna även inkluderade i Agenda 2030:s globala mål. Dessa omfattar bland annat icke-

---

<sup>106</sup> OHCHR: Frequently Asked Questions on Economic, Social and Cultural Rights, Fact Sheet No. 33, tillgänglig på <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FAQ%20on%20ESCR-en.pdf>, senast besökt 22.9.2019.

<sup>107</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23, para. 10.

<sup>108</sup> Tasioulas 2017, "Minimum Core Obligations : Human Rights in the Here and Now", s. 1.

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23, para. 9-10.

<sup>111</sup> *Ibid.*

<sup>112</sup> Tasioulas 2017, "Minimum Core Obligations : Human Rights in the Here and Now", s. 13.

<sup>113</sup> Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2016), UN doc. A/71/304.

diskriminerande tillgång till hälsovårdsinrättningar, varor och tjänster, tillgång till mat, bostad och sanitet, tillgång till dricksvatten och livsviktiga läkemedel, och försäkran om universell tillgång till hälsovårdstjänster.<sup>114</sup> Övriga kärnförpliktelser inkluderar bland annat antagandet av en nationell hälsostrategi gällande rätten till hälsa, och en rättvis fördelning av hälsovårdsinrättningar, varor och tjänster.<sup>115</sup>

Innebörden av minimirättigheten för hälsa är omdiskuterad, och tillsvidare har ingen konsensus uppnåtts bland rättsutövare och forskare.<sup>116</sup> ESK-kommittén har gett en rad olika tolkningar på vad denna minimirättighet inkluderar, börjande från dess allmänna kommentar nr 3. Kommitténs tolkning i enlighet med allmän kommentar nr 3 är att minimirättigheten för hälsa innebär en rätt till grundläggande primärhälsovård.<sup>117</sup> Dock följer kommitténs tolkning ingen förklaring om vad som utgör grundläggande primärhälsovård. I sin allmänna kommentar nr 14 hänvisar ESK-kommittén till sin tidigare tolkning i förhållande till primärhälsovård som kommittén antog i sin allmänna kommentar nr 3, och ansluter den till bland annat de tolkningar som inkluderats i handlingsprogrammet som antogs vid FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo år 1994.<sup>118</sup> På basen av dessa anser ESK-kommittén att minimirättigheten för hälsa omfattar åtminstone följande förpliktelser: försäkran om rätten till icke-diskriminerande tillgång till vårdinrättningar, varor och tjänster; försäkran om tillgång till en miniminivå av tillräckligt näringsrik mat för att försäkra frihet från hunger för alla; försäkran om tillgången till grundläggande boende och sanitet, samt till tillräckligt med säkert dricksvatten; erbjudandet av väsentliga läkemedel enligt Världshälsoorganisationens lista över essentiella läkemedel; försäkran om jämlik distribution av vårdinrättningar, varor och tjänster; och antagandet och implementering av en nationell folkhälsostrategi och handlingsplan som omfattar hela befolkningens hälsoproblem.<sup>119</sup>

---

<sup>114</sup> Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2016), UN doc. A/71/304, para. 28.

<sup>115</sup> *Ibid.*, para. 28.

<sup>116</sup> Tasioulas 2017, "Minimum Core Obligations : Human Rights in the Here and Now", s. 1.

<sup>117</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23, para. 10.

<sup>118</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 43.

<sup>119</sup> *Ibid.*

Det förekommer oenigheter gällande frågan ifall minimirättigheterna är absoluta, det vill säga ifall de är lika för alla medlemsstater, eller ifall de är relativa, och därmed beroende på olika faktorer som påverkar förpliktelsens nivå för olika medlemsstater. Argumenten för minimirättigheternas relativitet baserar sig främst på att låginkomstländer inte har samma möjligheter som höginkomstländer att försäkra dessa rättigheter. Speciellt enligt den breda tolkningen som ESK-kommittén har haft gällande minimirätten till hälsa kommer låginkomstländerna att ha stora problem att försäkra minimirättigheterna för alla.<sup>120</sup> Vidare anses det vara omöjligt att uppnå universella minimirättigheterna till hälsa eftersom nivån av hälsokrav är väldigt olika i låginkomst- respektive höginkomstländer.<sup>121</sup> Dock anser de som förespråkar minimirättigheternas absolutitet att det är det ända sättet att uppnå det progressiva förverkligandet av rätten till hälsa i sin helhet. Ifall minimirättigheten till hälsa inte är absolut kan stater hävda att försäkrandet av minimirättigheten till hälsa inte är möjlig på grund av deras resursbrist, vilket inte skiljer sig från det progressiva förverkligandet av rätten till hälsa. Därmed skulle minimirättigheter inte ändra på situationen överhuvudtaget.<sup>122</sup>

Statstillämpningen och internationella deklARATIONER antyder även ett erkännande om minimirättigheters absolutitet, det vill säga att de är den miniminivå till vilken varje stat ska respektera, säkra och fullgöra varje rättighet.<sup>123</sup> Resurserna för det omedelbara förverkligandet av dessa rättigheter möjliggörs med hjälp av internationellt bistånd, vilket diskuteras vidare i nästa kapitel. Tillsammans med rätten till icke-diskriminering skyddar minimirättigheter för varje mänsklig rättighet den grundläggande jämlikheten av varje individ från eventuella inskränkningar. Detta erkännande tyder på att rätten till tillgång till grundläggande hälsotjänster och -varor som minimirättigheten till hälsa bör skyddas från statliga hävdanden av resursbrister.<sup>124</sup>

Den internationella utvecklingen antyder ett erkännande av tolkningen om att minimirättigheten till hälsa innebär tillgång till primärhälsovård. Enligt denna tolkning inkluderar minimirättigheten en rätt till mödravård.<sup>125</sup> Detta erkännande baserar sig på

---

<sup>120</sup> Müller 2017, s. 62.

<sup>121</sup> *Ibid.*, s. 63.

<sup>122</sup> *Ibid.*, s. 64.

<sup>123</sup> *Ibid.*, s. 73.

<sup>124</sup> *Ibid.*, s. 74.

<sup>125</sup> *Ibid.*, s. 70.

flera internationella deklarationer, samt nationell tillämpning av mänskliga rättigheter.<sup>126</sup> Vidare understöds denna tolkning av starka normativa argument. Varje individs behov för tillgång till grundläggande hälsovård är baserad på viljan att överleva. Dock kan överlevnad inte användas som bas för minimirättigheten till hälsa, eftersom individers hälsotillstånd varierar, och somligas överlevnad kan kräva omfattande och dyra behandlingar.<sup>127</sup> Primärhälsovård som minimirättighet till hälsa är rättfärdigad eftersom den är tillämpbar oavsett resursbrister, och den omfattar de grundläggande hälsovårdstjänsterna och -varorna och därmed möjliggör majoriteten av individers överlevnad.<sup>128</sup>

I sin allmänna kommentar nr 22 anser ESK-kommittén att minimirättigheten till hälsa även berör reproduktiv hälsa. ESK-kommittén anser att stater har en kärnförpliktelse att försäkra den reproduktiva rätten till hälsa åtminstone till en grundläggande nivå.<sup>129</sup> Dessa minimirättigheter inkluderar upphävandet av kränkande lagar och förfaranden som kriminaliserar eller hindrar kvinnors tillgång till mödravård. Stater ska anta en handlingsplan, med en tillräcklig budgetfördelning och övervakning, för reproduktiv hälsa. Stater ska försäkra universell tillgång till ekonomiskt tillgänglig och godtagbar hälso- och sjukvård av bra kvalitet. Lagar som förbjuder skadliga sedvänjor och könsrelaterat våld ska antas och genomföras.<sup>130</sup> Stater ska anta åtgärder för att förebygga osäkra aborter och erbjuda nödvändig vård efter abort. Vidare ska stater försäkra tillgång till icke-diskriminerande och faktabaserad information om reproduktiv hälsa för alla, även unga. Läkemedel, utrustning och teknologi för mödravård ska tillhandahållas. Tillgång till effektiva och transparenta rättsliga och administrativa provningsmöjligheter ska försäkras för kränkningar av rätten till reproduktiv hälsa.<sup>131</sup>

Skillnaden mellan ESK-kommitténs tolkning i dess allmänna kommentar nr 14 respektive allmän kommentar nr 22 är att kommittén inte direkt inkluderat rätten till tillgång till mödravård i minimirättigheten till hälsa i den förstnämnda allmänna kommentaren. Istället inkluderas skyldigheten att försäkra tillgång till mödravård i de förpliktelser som

---

<sup>126</sup> Müller 2017, ss. 70-71.

<sup>127</sup> *Ibid.*, s. 72.

<sup>128</sup> *Ibid.*, ss. 72-73.

<sup>129</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 49.

<sup>130</sup> *Ibid.*, para. 49 (a-d).

<sup>131</sup> *Ibid.*, para 49 (e-h).

enligt kommittén har jämförbar prioritet till kärnförpliktelse, det vill säga minimirättigheten till hälsa.<sup>132</sup> I allmän kommentar nr 22, som endast berör reproduktiv hälsa, anser ESK-kommittén att stater har en kärnförpliktelse att försäkra sexuell och reproduktiv hälsa till åtminstone en miniminivå. Dock förklarar kommittén inte hur denna kärnförpliktelse förhåller sig till minimirätten till hälsa – det vill säga om denna kärnförpliktelse i förhållande till reproduktiv hälsa utgör en del av minimirättigheten till hälsa, eller ifall statens kärnförpliktelse i förhållande till reproduktiv hälsa är gradvist förverkligbart. Därmed förblir det oklart ifall förpliktelsen att försäkra mödravård faktiskt kan anses vara en del av minimirättigheten till hälsa, eller ifall det är av jämförbar prioritet – samt vad detta egentligen omfattar?

Den internationella rättsordningen befinner sig fortfarande i ett relativt tidigt skede när det kommer till formuleringen av innehållet av rätten till hälsa, inkluderande rätten till reproduktiv hälsa, samt de minimiförpliktelser som är förknippade med rätten till hälsa.<sup>133</sup> Det är dock ingen tvekan på att ESK-kommittén ser reproduktiv hälsa och försäkrandet av mödravård som en väsentlig del av rätten till hälsa. Vidare har ESK-kommittén klart uttryckt sig om att stater har en omedelbar skyldighet att försäkra icke-diskriminerande tillgång till mödravård,<sup>134</sup> vilket diskuteras vidare i nästa kapitel.

### 3. Förverkligandet av den reproduktiva rätten till hälsa

#### 3.1 Resurstilldelning och förverkligandet av den reproduktiva rätten till hälsa

##### 3.1.1 Resursbrist som orsak att inte erbjuda tillräcklig mödravård

Artikel 2, paragraf 1, av ESK-konventionen fastställer att varje medlemsstat ska ”till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser” för att genomföra ESK-konventionens rättigheter.<sup>135</sup> Dock är betydelsen av denna förpliktelse svårtolkad och mätningmetoderna för att

<sup>132</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 44.

<sup>133</sup> Tasioulas 2017, “The Minimum Core of the Human Right to Health”, s. 10.

<sup>134</sup> Tasioulas 2017, “The Minimum Core of the Human Right to Health”, s. 10.

<sup>135</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, art. 2(1).

bedöma vad ”till fullo” utgör för var och en medlemsstat är problematiska.<sup>136</sup> Diskussionen i kapitel 2.1.1 tog upp staternas osäkerhet i tolkningen av denna artikel. En orsak för osäkerhet är formuleringen om det gradvisa förverkligandet av konventionsrättigheterna,<sup>137</sup> och vad detta egentligen innebär.

I sin allmänna kommentar nr 3 fastställer ESK-kommittén att varje stat har en förpliktelse att åtminstone försäkra varje konventionsrättighet till en grundläggande nivå. Detta innebär att en stat där en betydande del av befolkningen inte har tillgång till bland annat hälsovård har *prima facie* underlåtit att fullgöra sin förpliktelse i enlighet med ESK-konventionen.<sup>138</sup> En stat som rättfärdigar sin underlåtelse att försäkra ESK-rättigheterna till en grundläggande nivå genom att hävda brist på tillräckliga resurser bör bevisa att staten gjort allt för att prioritera de tillgängliga resurserna för detta ändamål.<sup>139</sup> ESK-kommittén betonar att även om en stat lider av resursbrister har staten oavsett en förpliktelse att sträva till att försäkra åtnjutandet av relevanta rättigheter till det största möjliga antalet människor.<sup>140</sup> Vidare påpekar kommittén att oavsett resursbrister bör de mest utsatta samhällsgrupperna skyddas med hjälp av relativt förmånliga program.<sup>141</sup>

ESK-konventionens artikel 2, paragraf 1, fastställer att varje medlemsstat ska förverkliga rättigheterna genom att utnyttja sina tillgängliga resurser, vilket även inkluderar internationellt bistånd och samarbete.<sup>142</sup> I sin allmänna kommentar nr 14 tolkar ESK-kommittén innebörden av denna bestämmelse. Kommittén betonar att medlemsstaterna har en skyldighet att förse internationellt bistånd och samarbete, speciellt ekonomiskt och tekniskt, för att göra det möjligt för utvecklingsländer att fullgöra deras minimiförpliktelser.<sup>143</sup> ESK-kommittén anser alltså att förpliktelsen att erbjuda internationellt bistånd är anknuten till förpliktelsen att försäkra miniminivån av varje

---

<sup>136</sup> Robertson 1994, ss. 694-695.

<sup>137</sup> *Ibid.*, ss. 694-695.

<sup>138</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23, para. 10.

<sup>139</sup> *Ibid.*, para. 10.

<sup>140</sup> *Ibid.*, para. 11.

<sup>141</sup> *Ibid.*, para. 12.

<sup>142</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 2, para. 1.

<sup>143</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 45.

konventionsrättighet.<sup>144</sup> Baserat på kommitténs utlåtande kan förpliktelsen att erbjuda internationellt bistånd och samarbete tolkas utgöra en rättsligt bindande förpliktelse.<sup>145</sup>

Enligt ESK-kommittén har medlemsstaterna en omedelbar förpliktelse att anta en nationell handlingsplan.<sup>146</sup> Mödravård bör vara en prioritet inom varje stats hälsorelaterade handlingsplan, och den ska basera sig på bästa bevisningen om vilka åtgärder som krävs för att förhindra mödradöd. Idag är de fyra komponenter som krävs för att förhindra mödradöd välkända. Dessa är medverkan av utbildad vårdpersonal vid förlossning, tillgång till akut obstetrisk vård, ett fungerande remitteringsnätverk, och familjeplanering.<sup>147</sup> Varje nationell handlingsplan bör därmed prioritera dessa fyra komponenter, samt även inkludera flera övriga tjänster i relation till reproduktiv hälsa.<sup>148</sup>

I samband med FN:s råd för mänskliga rättigheters beslut att utarbeta ett fakultativt protokoll till ESK-konventionen, vilken kom att tillåta individuella klagomål till ESK-kommittén, uttryckte stater intresse för att erhålla mer information gällande kommitténs tillämpning och granskning av bestämmelsen om maximal resurstilldelningen i enlighet med artikel 2, paragraf 1 av ESK-konventionen.<sup>149</sup> ESK-kommittén besvarade detta med ett uttalande. I individuella klagomål där en stat hävdas ha underlåtit att till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att anta åtgärder för att försäkra ESK-rättigheterna, beaktar kommittén bland annat följande faktorer för att bedöma ifall statens åtgärder varit tillräckliga: a) ifall de antagna åtgärderna varit konkreta och hade som syfte att uppfylla ESK-rättigheterna; b) ifall statens handlande varit icke-diskriminerande och icke-godtycklig; c) ifall statens beslut att (inte) tilldela tillgängliga resurser är i enlighet med folkrättsliga standard; d) i situationer där flera policyalternativ varit tillgängliga, ifall staten antagit det alternativ som minst inskränker på ESK-konventionens rättigheter; e) tidsramen inom vilken åtgärder har antagits; f) ifall åtgärderna tagit i beaktande de mest utsatta och marginaliserade, ifall de var icke-diskriminerande, och ifall de prioriterade de

---

<sup>144</sup> Sepúlveda 2006, s. 277.

<sup>145</sup> *Ibid.*, s. 278.

<sup>146</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 53.

<sup>147</sup> Hunt & Gray 2013, s. 132.

<sup>148</sup> *Ibid.*

<sup>149</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights: An evaluation of the obligation to take steps to the “maximum of available resources” under an Optional Protocol to the Covenant (2007), UN doc. E/C.12/2007/1, para. 2.

mest allvarliga situationer.<sup>150</sup> Eftersom ESK-kommittén uttryckligen lyft fram dessa faktorer i samband med frågan om staternas resurstilldelning för att försäkra ESK-rättigheterna kan det tolkas att alla dessa faktorer utgör delar av statens förpliktelse att till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för försäkran av rätten till hälsa.

Försäkran av rätten till hälsa kräver bland annat kunnig vårdpersonal. Hur många läkare, sjukskötare och primärhälsovårdare behövs det för att ta hand om ett lands hela befolkning, och var ska de stationeras? Detta beror naturligtvis på ett lands befolkningsmängd, deras hälsoproblem och geografiska distribution. Dock är det möjligt att bedöma ett sannolikt antal vårdpersonal som behövs för att förverkliga rätten till hälsa, och i synnerhet försäkran av god mödrhälsa.<sup>151</sup> Därmed skulle en stat med tillgång till tillräckliga ekonomiska resurser kunna till fullo uppfylla kravet för mänskliga resurser, såvida dessa mänskliga resurser är tillgängliga. Således kan en stat med resursbrister vara medveten om de mänskliga resurser som krävs, och anta en plan för att uppnå detta så långt som det är möjligt med de resurser som staten besitter.<sup>152</sup>

Formuleringen av staters förpliktelser enligt rätten till hälsa i ESK-kommitténs allmänna kommentar nr 14 kan tolkas antyda att en stat har rättsliga förpliktelser att förse tillräckliga resurser för försäkran av godtagbar hälsa för alla. Enligt kommittén ska hälsovård vara ekonomiskt tillgänglig för alla, och betalningen av tjänster och varor ska basera sig på rättvishet.<sup>153</sup> Dock kan ett nationellt hälsovårdssystem inte behandla varje hälsorelaterade behov på grund av begränsade finansiella resurstillgångar.<sup>154</sup> Därmed uppstår frågan om verkställbarheten av rätten till hälsovård. I praktiken baserar sig tillgången till hälsovård på social trygghet och statens budgetbeslut. På den privata sidan beror tillgången till hälsovård på den individuella patientens inkomster.<sup>155</sup> Syftet med rätten till hälsovård, inkluderande mödravård, är alltså att skapa en balans mellan de

---

<sup>150</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights: An evaluation of the obligation to take steps to the “maximum of available resources” under an Optional Protocol to the Covenant (2007), UN doc. E/C.12/2007/1, para. 8.

<sup>151</sup> Robertson 1994, s. 704.

<sup>152</sup> *Ibid.*, s. 705.

<sup>153</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 12(b)(iii). Se även Juškevičius & Balsienė 2010, s. 105.

<sup>154</sup> Juškevičius & Balsienė 2010, s. 106.

<sup>155</sup> *Ibid.*, ss. 106-107.



hälsorelaterade behoven och de tillgängliga resurserna, och att försäkra en jämlik tillgång till hälsovård för alla.<sup>156</sup>

För att kunna bedöma ifall rätten till hälsa - eller ESK-rättigheter överlag - är given vederbörlig prioritet inom budgeteringen ska det klargöras vad syftet för samtliga budgetfördelningar är. Oklarheter i eller icke specificerade syften för budgetering gör det svårt för både staten själv, men också för civilsamhället, att utvärdera ifall tillräckliga resurser tilldelats hälsovårdssektorn,<sup>157</sup> och därmed även mödravården.

### 3.1.2 Privatisering av hälsovård

De omfattande resurser som krävs för upprätthållandet av hälsovårdssystem har lett till privatisering av hälso- och sjukvård. Privatisering av hälsovård är idag en global trend som väckt frågan om statens ansvar för privata vårdinstitutioners handlingar.<sup>158</sup> Inom folkrätten finns det inga krav på ett specifikt ekonomiskt eller politiskt system för ett effektivt förverkligande av ESK-rättigheter. Tvärtom anser ESK-kommittén att dessa rättigheter är förverkligbara inom flera olika ekonomiska och politiska system.<sup>159</sup> Detta tyder alltså på att det inte finns krav på en specifik uppdelning mellan staten och den ekonomiska marknaden och att privata aktörer därmed kan ha en roll inom förverkligandet av de reproduktiva rättigheterna.<sup>160</sup>

En orsak till att kvinnor i utvecklingsländers städer söker sig till privata vårdinstitutioner är att de offentliga vårdinstitutionerna ofta är överfulla.

Vårdinstitutionernas överfullhet påverkar negativt på mödravårdens kvalitet, och kommunikationen mellan vårdutövare och patient blir knapp, och ibland även otrevlig.<sup>161</sup> De begränsade resurserna för den offentliga sektorn leder även till att flera

<sup>156</sup> Juškevičius & Balsienė 2010, ss. 106-107.

<sup>157</sup> OHCHR: Realizing human rights through government budgets, tillgänglig på <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/RealizingHRThroughGovernmentBudgets.pdf>, senast besökt 9.11.2019, s. 109.

<sup>158</sup> Ibañes & Dekanosidze 2017, s. 1.

<sup>159</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23, para. 8.

<sup>160</sup> Ibañes & Dekanosidze 2017, s. 2.

<sup>161</sup> Matthews et al. 2010, s. 6.

nyutexaminerade läkare och sjukskötare inte kan anställas, trots det stora behovet för mer arbetskraft. Dessa arbetslösa och låglönade vårdutövare söker sig därmed också till den oreglerade privata sektorn på jakt efter jobb.<sup>162</sup>

Speciellt då avstånden är långa till närmaste offentliga vårdinstitution söker sig fattiga kvinnor som bor i städer med större sannolikhet till privata vårdinstitutioner. Eftersom de kvalificerade vårdutövarna ofta är dyrare, är fattiga kvinnor tvungna att gå till billigare och ofta mindre kvalificerade vårdutövare, som i utvecklingsländer även ofta är oreglerade. Dessa billigare vårdutövare är inte alltid kunniga att ge akut obstetrisk vård,<sup>163</sup> vilket leder till att chansen för överlevnad sjunker.

I kapitel 2.1.2 diskuterades statens förpliktelser i förhållande till rätten till hälsa. Skyldigheten att respektera, skydda och fullgöra rätten till hälsa omfattar både statliga och privata institutioner.<sup>164</sup> Kvinnokommittén har fastställt att stater har en förpliktelse att försäkra att både statliga och privata hälsovårdsleverantörer uppfyller sina skyldigheter att försäkra kvinnors tillgång till hälsovård.<sup>165</sup> Dock fastställs det inte hur stater ska gå tillväga för att försäkra tillgången, tillgängligheten och kvaliteten av privata vårdtjänster. Vidare föreläggs inga direktiv om hur staterna ska utöva kontroll över privata vårdinstitutioner.<sup>166</sup>

Från en moralisk synpunkt skulle det vara logiskt att anta att privata vårdinstitutioner i sig själva är bundna till att efterleva rätten till hälsa. Från den rättsliga synpunkten är detta dock svårare att bevisa. Ifall privata vårdinstitutioner vore bundna till att efterleva rätten till hälsa skulle det betyda att rätten till hälsa har en horisontell effekt, vilket den praktiska utvecklingen emellertid allt mer börjat antyda. Erkännandet av icke-statliga aktörers människorättsliga ansvar skulle utgöra ett viktigt bidragande för försäkrandet av individers rättigheter. Dock minskar denna möjliga utveckling inte på staternas primära ansvar för att försäkra rätten till hälsa.<sup>167</sup>

---

<sup>162</sup> Matthews et al. 2010, s. 6.

<sup>163</sup> *Ibid.*, ss. 3-5.

<sup>164</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, kap. I, para 14, 15 & 17.

<sup>165</sup> *Ibid.*

<sup>166</sup> Toebe 2006, s. 107.

<sup>167</sup> *Ibid.*, s. 108.

Kvinnokommittén behandlade frågan om statens ansvar för privata institutioners handlingar i fallet *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil*.<sup>168</sup> I fallet hävdar staten att da Silva Pimentels död orsakats av eventuell medicinsk felbehandling på ett privat sjukhus.<sup>169</sup> Staten förklarar skillnaden mellan rätten till hälsa och rätten till hälsovård, varav rätten till hälsovård endast inkluderar medicinska åtgärder för att upptäcka och sköta sjukdomar.<sup>170</sup> Vidare strävar staten till att separera statens och den privata sektorns handlingar genom att förklara att privatsjukhus endast är auktoriserade att erbjuda hälsovård medan staten ansvarar för en mer omfattande del av hälsovårdstjänster.<sup>171</sup> Staten betonar att fallet *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil* avslöjar möjliga fel i det privata sjukhusets handlingar, inte statens.<sup>172</sup> Dock anser Kvinnokommittén att även om da Silva Pimentel Teixeira sköttes på ett privatsjukhus är staten fortfarande ansvarig för den vård som erbjuds.<sup>173</sup> Staten är direkt ansvarig för en privatinstitutioners åtgärder då den har beslutat att lägga ut sina hälsovårdstjänster till privata vårdinstitutioner. Staten har en plikt att reglera och övervaka dessa privata hälsovårdinstitutioner. Kvinnokommittén anser därmed att i enlighet med Kvinnokonventionens artikel 2, paragraf c, har staten en *due diligence* skyldighet att ta åtgärder för att försäkra att privata hälsovårdsinstitutioners vård är tillräcklig.<sup>174</sup>

ESK-kommittén stöder Kvinnokommitténs tolkning i sin allmänna kommentar nr 22, och konstaterar att statens skyldighet att försäkra rätten till sexuell och reproduktiv hälsa inkluderar avlägsnandet av allt som hindrar dess förverkligande. Staten ska övervaka och reglera bland annat privata hälsoinstitutioner för att försäkra att mödravård även erbjuds vid dessa.<sup>175</sup>

---

<sup>168</sup> *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil*, Committee on the Elimination of Discrimination against Women 10.8.2011, UN doc. CEDAW/C/49/D/17/2008.

<sup>169</sup> *Ibid.*, para. 4.9.

<sup>170</sup> *Ibid.*, para. 4.1.

<sup>171</sup> *Ibid.*, para. 4.4.

<sup>172</sup> *Ibid.*, para. 4.9.

<sup>173</sup> *Ibid.*, para. 7.5.

<sup>174</sup> *Ibid.*

<sup>175</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 60.

## 3.2 Diskriminering som orsak för mödradöd

### 3.2.1 Sambandet mellan rätten till icke-diskriminering och den reproduktiva rätten till hälsa

Rätten till hälsa är sammanhängande och beroende av ett antal övriga mänskliga rättigheter, speciellt rätten till icke-diskriminering.<sup>176</sup> Rätten till icke-diskriminering fastställs i flera människorättskonventioner, bland annat MP-konventionen, ESK-konventionen och Kvinnokonventionen. ESK-konventionens artikel 2, paragraf 2, fastställer:

Konventionsstaterna åtar sig att garantera att rättigheterna i denna konvention utövas utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt.<sup>177</sup>

Samma rättighet fastställs i artikel 2, paragraf 1, av MP-konventionen.<sup>178</sup>

Kvinnokonventionens syfte är att eliminera alla former av könsbaserad diskriminering av kvinnor och att garantera kvinnors likställdhet med män.<sup>179</sup> Konventionen definierar diskriminering av kvinnor i artikel 1:

I denna konvention avser uttrycket ”diskriminering av kvinnor” varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av kön som har till följd eller syfte att begränsa eller omintetgöra erkännandet av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på det politiska, ekonomiska, sociala, kulturella eller medborgerliga området eller något annat område för kvinnor, oberoende av civilstånd och med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, eller åtnjutandet eller utövandet av dessa rättigheter och friheter.<sup>180</sup>

Enligt ESK-kommittén innebär diskriminering all åtskillnad, uteslutning, begränsning, preferens eller övrig olik behandling som baserar sig direkt eller indirekt på de förbjudna

---

<sup>176</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 3.

<sup>177</sup> Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966, artikel 2, para. 2.

<sup>178</sup> Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter 1966, artikel 2, para. 1.

<sup>179</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 28 (2010), UN doc. CEDAW/C/GC/28, para. 4.

<sup>180</sup> Konventionen om avskaffande av diskriminering av kvinnor 1979, artikel 1.

diskrimineringsgrunderna, och vars syfte eller följd är att hindra eller försämra erkännandet eller åtnjutandet av ESK-konventionens rättigheter.<sup>181</sup>

Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering går ett steg längre genom att fastställa en icke-diskriminerande rätt till hälsovård i sin artikel 5, paragraf e(iv):

I enlighet med de grundläggande åtagandena i artikel 2 förbinder sig konventionsstaterna att förbjuda och avskaffa rasdiskriminering i alla dess former och att tillförsäkra rätten för var och en, utan åtskillnad på grund av ras, hudfärg, nationalitet eller etniskt ursprung, till likhet inför lagen, särskilt när det gäller åtnjutande av följande rättigheter: [...]

e) ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, särskilt [...]

iv) rätten till allmän hälsovård, sjukvård, social trygghet och sociala förmåner [...].<sup>182</sup>

Enligt kommittén mot diskriminering på grund av ras är en del rättigheter, som till exempel rätten att delta i och rösta i val, endast för åtnjutandet av landets medborgare, medan de övriga rättigheterna ska försäkras för varje person som vistas i landet.<sup>183</sup> Stater bör respektera icke-medborgares rätt till en tillfredsställande standard av fysisk och mental hälsa, till exempel genom att inte förneka eller begränsa deras tillgång till preventiva, kurativa eller palliativa vårdtjänster.<sup>184</sup>

Graviditet och barnafödande är något som endast det kvinnliga könet, dock cirka hälften av jordens befolkning fysiskt kan få uppleva. Därmed är det en väldigt naturlig sak som samtidigt kan vara livsfarlig för kvinnan. Mödradöd anknyts således till diskriminering av det kvinnliga könet. Det höga antalet mödradödsfall runtom i världen speglar den diskriminering som kvinnor drabbas av under hela sin livstid, och som upprätthålls med hjälp av formella lagar, policyn och skadliga sociala normer. Diskriminering av kvinnor på övriga livsområden, som bland annat leder till sämre tillgång till mat, dricksvatten och sanitet, ökar risken för mödradöd. Kvinnor som utsätts för könsbaserat våld har även en högre risk för mödradöd.<sup>185</sup> Staters underlåtelse att försäkra kvinnors reproduktiva hälsa

---

<sup>181</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 20 (2009), UN doc. E/C.12/GC/20, para. 7.

<sup>182</sup> Internationell konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering 1965, artikel 5, para. e(iv).

<sup>183</sup> Committee on the Elimination of Racial Discrimination General Recommendation No. 30 (2004), UN doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3, para. 3.

<sup>184</sup> *Ibid.*, para. 36.

<sup>185</sup> OHCHR report on preventable maternal mortality and morbidity and human rights (2010), UN doc. A/HRC/14/39, para. 14 & 18.

symboliserar därmed kvinnors maktlöshet som offer för systematisk underordning inom olika områden i deras samhälle. Underlåtelsen att respektera kvinnors reproduktiva hälsa speglar kvinnors underordnade status inom det sociala, politiska, ekonomiska, religiösa och kulturella samhället.<sup>186</sup>

Den information och de tjänster som krävs för att förhindra mödradöd är välkända. I dagens värld finns det ingen dödsorsak för män i åldern 15 till 44 som motsvarar den omfattning av dödsfall av flickor och kvinnor som orsakas av komplikationer under graviditet och förlossning. Därmed ska stater anta åtgärder för att förhindra mödradöd för att försäkra jämställdhet och icke-diskriminering.<sup>187</sup>

Det finns emellertid även övriga diskrimineringsgrunder som orsakar mödradöd. Högre mödradödlighet kan observeras bland fattiga, etniska minoriteter, arbetslösa, dem som inte har möjlighet att gå i skola, väldigt unga, invandrare, och de som blivit marginaliserade av politiska skäl.<sup>188</sup> Även i höginkomstländer där mödradödligheten är relativt låg kan ett större antal mödradödsfall upptäckas inom de ovannämnda grupperna än för den övriga befolkningen.<sup>189</sup>

I sin allmänna kommentar nr 14 fastställer ESK-kommittén att även om det i konventionens artikel 2, paragraf 1, anges att konventionens rättigheter bör förverkligas gradvis, betyder det inte att rätten till hälsa inte skulle ha omedelbara förpliktelser för medlemsstaterna. I enlighet med artikel 2, paragraf 2, ska rätten till hälsa omedelbart garanteras alla människor utan diskriminering, oavsett statens utvecklingsnivå.<sup>190</sup>

Kvinnokommittén anser att Kvinnokonventionens artikel 12 påför en skyldighet för medlemsstaterna att eliminera diskriminering av kvinnor i frågan om tillgång till hälsovårdstjänster, speciellt tjänster inom mödravård.<sup>191</sup> En stats vägran att erbjuda en viss mödravårdstjänst utgör diskriminering av kvinnor.<sup>192</sup> Kvinnokommittén anser att

---

<sup>186</sup> Cook 1992, s. 655.

<sup>187</sup> OHCHR report on preventable maternal mortality and morbidity and human rights (2010), UN doc. A/HRC/14/39, para. 17.

<sup>188</sup> Hunt & Gray 2013, s. 6.

<sup>189</sup> *Ibid.*, ss. 6-7.

<sup>190</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4, para. 30.

<sup>191</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, kap. 1, para. 2.

<sup>192</sup> *Ibid.*, para. 11.

åtgärder antagna för eliminerandet av diskriminering av kvinnor är otillbörliga ifall hälsovårdstjänster avsedda för förebyggandet, upptäckandet och behandlandet av kvinnospecifika sjukdomar är bristfälliga. En medlemsstats vägran att lagligt erbjuda tillgång till vissa reproduktiva tjänster för kvinnor utgör diskriminering.<sup>193</sup>

Förverkligandet av kvinnors rättigheter och jämställdhet, både rättsligt och i praktiken, kräver upphävandet eller ändring av diskriminerande lagar, policyn eller praxis i förhållande till reproduktiv hälsa.<sup>194</sup> För att minska på mödradödlighet krävs tillgång till obstetrisk akutvård och närvarandet av kunnig vårdpersonal vid förlossning, även på landsbygden och avlägsna områden, och förebyggandet av osäkra aborter. Stater bör anta rättliga och policyåtgärder för att avreglera strikta abortlagar och garantera flickors och kvinnors tillgång till säkra aborttjänster och vård efter abort. Vidare ska stater försäkra kvinnors rätt att självständigt anta beslut berörande deras reproduktiva hälsa.<sup>195</sup>

Enligt ESK-kommittén är fattigdom och systematisk diskriminering och marginalisering sociala faktorer som påverkar åtnjutandet av reproduktiv hälsa, där samhälleliga maktförhållanden spelar en stor roll. För att fullgöra rätten till reproduktiv hälsa bör stater vidta åtgärder för att eliminera de sociala faktorer som hindrar samtliga individer från att åtnjuta sin reproduktiva hälsa.<sup>196</sup> Icke-diskriminering och jämställdhet kräver inte endast rättslig och formell jämställdhet utan även faktisk jämställdhet. Lagar, policyn och praxis som verkar neutrala kan i verkligheten upprätthålla redan förekommande ojämställdhet eller könsdiskriminering. Faktisk jämställdhet kräver att lagar, policyn och praxis inte bevarar, utan motverkar, de hinder som kvinnor upplever i utövandet av deras rätt till reproduktiv hälsa.<sup>197</sup> Vidare kräver faktisk jämställdhet även att särskilda gruppers specifika hälsobehov, samt varje hinder som dessa grupper kan utsättas för, behandlas. Särskilda gruppers reproduktiva hälsobehov ska anges anpassad omsorg.<sup>198</sup>

---

<sup>193</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1, kap. 1, para. 11.

<sup>194</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 28.

<sup>195</sup> *Ibid.*

<sup>196</sup> *Ibid.*, para. 8.

<sup>197</sup> *Ibid.*, para. 27.

<sup>198</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 24.

Barnäktenskap, vilket är en form av könsbaserat våld och därmed utgör diskriminering baserat på kön,<sup>199</sup> anknyts ofta till tidig graviditet och barnafödande. Graviditet och barnafödande som ung leder till högre mödradödlighet, eftersom unga flickors otillräckliga utveckling av bäcken orsakar en högre risk för komplikationer.<sup>200</sup> Enligt den gemensamma allmänna kommentaren utgiven av Kvinno- och Barnkommittén är graviditetsrelaterade dödsfall den ledande orsaken till dödlighet bland flickor i 15 till 19-års ålder i utvecklingsländer.<sup>201</sup> Både Kvinno- och Barnkonventionen påför en förpliktelse för medlemsstater att förbjuda barnäktenskap.<sup>202</sup> Vidare ska speciell uppmärksamhet ägnas åt försäkrandet av flickors tillgång till korrekt och åldersanpassad information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, samt deras tillgång till tillfredsställande och konfidentiella tjänster.<sup>203</sup>

### 3.2.2 Icke-diskriminerande tillgång till mödravård

I kapitel 3.1.1 konstaterades att syftet med rätten till hälsovård, inkluderande rätten till mödravård är att försäkra en jämlik tillgång till hälsovård för alla. Detta betyder att rätten till hälsa inte kan anses ha blivit kränkt endast då en individ inte haft tillgång till hälsovård, såvida denna vård inte utgör primärhälsovård. Istället bör det bevisas att personen inte haft tillgång till den hälsovård som övriga individer redan har tillgång till, det vill säga att rätten till hälsovård, som del av rätten till hälsa, blivit kränkt på basen av diskriminering. Därmed kan rätten till icke-diskriminering ses som en ”nyckel” för att en kränkning av rätten till hälsa kan anses ha förekommit i hälsovårdsrelaterade fall.

År 2011 antog Kvinnokommittén ett beslut i ett mödravårdsfall berörande en brasiliansk kvinna med afrikanskt ursprung. Beslutet i fallet *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil* var

---

<sup>199</sup> Joint General Recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/General Comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child (2014), UN doc. CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, para. 6-7.

<sup>200</sup> Ahmed et al. 2012, s. 111.

<sup>201</sup> Joint General Recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/General Comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child (2014), UN doc. CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, para. 22.

<sup>202</sup> *Ibid.*, para. 42.

<sup>203</sup> *Ibid.*, para. 68.



banbrytande eftersom det var det första mödradödsfallet som behandlats av ett människorättsligt organ.<sup>204</sup> Alyne da Silva Pimentel Teixeiras (härefter da Silva Pimentel) moder hävdar att staten kränkt hennes dotters rätt till hälsa och icke-diskriminering, i enlighet med artikel 12 och 2 av Kvinnokonventionen.<sup>205</sup> Enligt den klagande var kränkningen av da Silva Pimentels rätt till icke-diskriminering baserat på hennes kön och ras.<sup>206</sup>

Da Silva Pimentel var gravid i sjätte månaden då hon den 11 november 2002 tog sig till en hälsocentral. Hon led av illamående och buksmärtor. Trots medicinering fortsatte da Silva Pimentels tillstånd att försämrans.<sup>207</sup> Da Silva Pimentel informerades om att fostret dött, och var given medicinering för att föda fostret. Dock fortsatte hennes tillstånd att försämrans.<sup>208</sup> Hälsocentralens läkare kontaktade sjukhus med bättre faciliteter: endast ett sjukhus hade plats men vägrade att sända sin enda ambulans för att hämta da Silva Pimentel. Da Silva Pimentel väntade i åtta timmar i kritiskt tillstånd för att få flyttas till sjukhuset.<sup>209</sup> När hon äntligen anlände till sjukhuset den 15 november lades hon i korridoren. Hennes patientjournal fattades, och sjukhusets personal fick endast en muntlig redogörelse om da Silva Pimentels symptom.<sup>210</sup> Da Silva Pimentel dog nästa dag. Enligt obduktionen konstaterades den officiella dödsorsaken ha varit blödningar orsakat av förlossningen av det döda fostret.<sup>211</sup> När da Silva Pimentels mor återvände till hälsocentralen för att hämta patientjournalen sade läkarna att fostret varit dött flera dagar före förlossningen, och att detta orsakat dotterns död.<sup>212</sup>

Den klagande anser att underlåtenheten att förse tillräcklig mödravård utgör *de facto* diskriminering. Enligt henne har den kvinnliga befolkningen i detta område inte tillgång till tillräcklig mödravård, och majoriteten av befolkningen är av afrikanskt ursprung.<sup>213</sup> Kvinnokommittén noterar den klagandes hävdande om att tillgången till mödravård av

---

<sup>204</sup> Hunt & Gray 2013, ss. 204-206.

<sup>205</sup> Alyne da Silva Pimentel v. Brazil, Committee on the Elimination of Discrimination against Women 10.8.2011, UN doc. CEDAW/C/49/D/17/2008, para. 1.

<sup>206</sup> *Ibid.*, para. 5.2.

<sup>207</sup> *Ibid.*, para 2.2-2.4.

<sup>208</sup> *Ibid.*, para. 2.5-2.6.

<sup>209</sup> *Ibid.*, para. 2.8.

<sup>210</sup> *Ibid.*, para. 2.9-2.10

<sup>211</sup> *Ibid.*, para. 2.9-2.12.

<sup>212</sup> *Ibid.*, para. 2.13.

<sup>213</sup> *Ibid.*, para. 5.10.

bra kvalitet utgör ett systematiskt problem i Brasilien, och att bristen på vård inte beror på bristfälliga policyn eller åtgärder riktade mot kvinnors hälsobehov. Därmed anser Kvinnokommittén att den bristfälliga mödravården som uppenbarligen inte uppnår de specifika hälsobehoven för kvinnor inte endast utgör en kränkning av rätten till hälsa, men även utgör diskriminering av kvinnor.<sup>214</sup> Enligt Kvinnokommittén utsattes da Silva Pimentel inte endast för diskriminering baserat på hennes kön, men även baserat på hennes afrikanska ursprung och hennes socioekonomiska bakgrund.<sup>215</sup> Vidare anser kommittén att bristen av tillräckliga mödravårdstjänster har en differentierande inverkan på kvinnors rätt till liv.<sup>216</sup>

#### 4. Rätten till liv som del av medborgerliga och politiska rättigheter

##### 4.1 Sambandet mellan rätten till liv och den reproduktiva rätten till hälsa

Rätten till hälsa är odelbar från och beroende av övriga mänskliga rättigheter, bland annat rätten till liv.<sup>217</sup> Relevansen av rätten till liv i frågan om hälso- och sjukvård, inkluderande mödravård, är självklar med tanke på att det inom vården antas beslut vid både början och slutet av patienters liv.<sup>218</sup> De beslut som antas vid vårdinstitutioner kan i värsta fall leda till patientens för tidiga död.

ESK-kommittén anser i sin allmänna kommentar nr 22 att till exempel brist på akut obstetrisk vård eller nekandet av tillgång till abort ofta leder till mödradöd, vilket utgör ett brott mot rätten till liv eller säkerhet, och kan även utgöra tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>219</sup> Rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling har ett klart samband, bland annat

---

<sup>214</sup> Alyne da Silva Pimentel v. Brazil, Committee on the Elimination of Discrimination against Women 10.8.2011, UN doc. CEDAW/C/49/D/17/2008, para. 7.6.

<sup>215</sup> *Ibid.*, para. 7.7.

<sup>216</sup> *Ibid.*, para. 7.6.

<sup>217</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 10.

<sup>218</sup> Wicks 2007, s. 13.

<sup>219</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 10.

eftersom grym eller omänsklig handling kan ha en allvarlig påverkan på offrets fysiska och mentala hälsa, och kan även förorsaka en risk för förlust av livet.<sup>220</sup> Mödradödlighet och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, samt sambandet och skillnaderna mellan rätten till liv och förbudet mot grym, omänsklig eller förnedrande behandling diskuteras vidare i kapitel 5.

I sin nyantagna allmänna kommentar nr 36 fastställer MR-kommittén att medlemsstaternas förpliktelse att respektera och försäkra rätten till liv omfattar skydd från rimligen förutsebara hot och livshotande situationer vilka kan leda till förlust av liv. Dock anser kommittén att en kränkning av rätten till liv inte kräver förlust av liv.<sup>221</sup> Vidare anser MR-kommittén att medlemsstaterna bör anta tillräckliga skyddsåtgärder, inkluderande fortsatt övervakning, för att förebygga, undersöka, bestraffa och åtgärda godtyckligt livsberövande av privata enheter, inkluderande privata sjukhus.<sup>222</sup> Stater är även förpliktade att anta tillräckliga åtgärder berörande de allmänna omständigheterna i samhället som kan leda till direkta hot mot liv eller utsätta hinder för individers åtnjutning av rätten till liv.<sup>223</sup> Detta inkluderar åtgärder avsedda för försäkran av tillgång till väsentliga varor och tjänster utan dröjsmål, inkluderande bland annat tillgång till hälsovård. Stater ska utveckla strategiska planer för förbättrandet av åtnjutandet av rätten till liv, bland annat genom att förbättra tillgången till medicinska undersökningar och vård för minskandet av mödradödlighet.<sup>224</sup>

Bristen av tillgång till mödravård kan även leda till spädbarnsdöd eftersom moderns och barnets hälsa är sammankopplade. Barnkonventionen innehåller en bestämmelse om rätten till liv i sin artikel 6(1), medan rätten till hälsa stipuleras i artikel 24.<sup>225</sup> Rätten till hälsa inkluderar en skyldighet för stater att minska spädbarnsdödligheten,<sup>226</sup> och anses utgöra den viktigaste förutsättningen för barnets rätt till liv. Rätten till hälsa anses alltså vara den närmast anknutna rättigheten till rätten till liv när det kommer till barnens rättigheter.<sup>227</sup> Detta tyder därmed på att rätten till hälsa, inkluderande den reproduktiva

---

<sup>220</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 54.

<sup>221</sup> *Ibid.*, para. 7.

<sup>222</sup> *Ibid.*, para. 21.

<sup>223</sup> *Ibid.*, para. 26.

<sup>224</sup> *Ibid.*, para. 26.

<sup>225</sup> Konventionen om barnets rättigheter 1989.

<sup>226</sup> *Ibid.*, artikel 24, para. 2(a).

<sup>227</sup> Nowak 2005, ss. 7-8.

rätten till hälsa och därför även mödravård, även skulle vara den närmast anknutna rätten till rätten till liv i frågan om moderns rättigheter.

FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR-rådet) antog år 2009 en resolution om förebyggbar mödradöd.<sup>228</sup> I resolutionen erkände MR-rådet ett samband mellan mödradöd och rätten till liv, och ansåg att förebyggbar mödradöd är en hälso-, utvecklings- och människorättslig utmaning som bland annat kräver främjande och skydd av kvinnors och flickors rätt till liv.<sup>229</sup> MR-rådet uppmanade stater att fördubbla sina insatser för försäkrandet av fullständigt och effektivt genomförande av deras människorättsliga förpliktelser i förhållande till förbättrandet av mödrahälsa och jämställdhet mellan kvinnor och män, speciellt genom att tilldela nödvändiga inhemska resurser till hälso- och sjukvård.<sup>230</sup>

#### 4.2 Staters positiva förpliktelser i förhållande till rätten till liv

I kapitel 2.1 klargjordes sambandet mellan MP- och ESK-konventionernas rättigheter, och att dessa rättigheter är beroende av varandra. Ett bevis på detta, vilket även bevisar det likvärdiga behovet för båda grupperna av rättigheter, är de efterföljande människorättsliga konventionerna som riktar sig till specifika människogrupper. Konventioner som bland annat Kvinnokonventionen och Barnkonventionen omfattar en blandning av MP- och ESK-rättigheter utan någon slags uppdelning baserat på rättigheternas ursprung. Alltså bestyrker strukturen av de efterföljande konventionerna att uppnåendet av ett omfattande människorättsligt skydd för varje individ endast är möjligt genom försäkrandet av både MP- och ESK-rättigheterna.

Diskussionen om positiva gentemot negativa rättigheter baserar sig på att förverkligandet av ESK-rättigheter i allmänhet kräver omfattande statliga investeringar, det vill säga positiva åtgärder, medan MP-rättigheter främst kräver negativa åtgärder. Dock är statens

---

<sup>228</sup> Human Rights Council Resolution 11/8: Preventable maternal mortality and morbidity and human rights (2009), UN doc. A/HRC/11/37.

<sup>229</sup> *Ibid.*, para. 2.

<sup>230</sup> *Ibid.*, para. 3

roll i förhållande till MP- respektive ESK-rättigheter inte så tydlig som denna uppdelning antyder. Även om flera ESK-rättigheter kräver betydande statliga investeringar, finns det även ESK-rättigheter som ”endast” kräver att staten avstår från att inblanda sig i åtnjutandet av individuella friheter, som till exempel friheten att bilda fackföreningar.<sup>231</sup> På motsvarande sätt kräver även flera MP-rättigheter statlig investering för att kunna förverkligas till fullo, speciellt i form av infrastruktur: fungerande domstolssystem, fängvårdsanstalter som uppfyller minimistandarden, samt fria och rättvisa val.<sup>232</sup>

Till skillnad från ESK-rättigheterna, som förutom minimirättigheterna är progressivt förverkligbara, är MP-konventionens rättigheter omedelbart förverkligbara.<sup>233</sup> Medan en stats resursbrist kan rättfärdiga statens underlåtenhet att till fullo försäkra till exempel rätten till hälsa, kan statens resursbrist inte rättfärdiga underlåtenheten att försäkra rätten till liv, inkluderande dess positiva förpliktelser. Dock kan en stat med bristfälliga resurser inte förväntas erbjuda hälso- och sjukvård till samma omfattning som en stat med bättre resurstillgång.

Internationella domstolars och traktatorgans förbehållsamhet att kritisera staters beslut om resurstilldelning är begriplig med tanke på frågans komplexitet, och bör balanseras gentemot statens förpliktelse att fullgöra de positiva skyldigheterna av rätten till liv. Denna balansering görs med hjälp av skälighetsprincipen.<sup>234</sup> Resurstilldelningen påverkar statens förmåga att fullgöra sina förpliktelser, och underlåtenheten att tilldela resurser på ett rimligt sätt kan leda till en underlåtenhet att anta tillräckliga åtgärder för skyddandet av liv.<sup>235</sup> I bland annat MR-kommitténs slutsatser till Gambias och Nigers senaste rapporter om staternas efterlevnad av MP-konventionen noterade MR-kommittén den höga mödradödligheten som fortfarande förekommer i bägge länder, vilken enligt MR-kommittén är orsakad av staternas underlåtenhet att anta tillräckliga åtgärder för att försäkra tillgången till omfattande mödravårdstjänster, speciellt tillgången till säkra aborttjänster. MR-kommittén uppmanade staterna att tilldela tillräckligt med resurser för

<sup>231</sup> Se artikel 8 av Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966.

<sup>232</sup> OHCHR: Frequently Asked Questions on Economic, Social and Cultural Rights, Fact Sheet No. 33, tillgänglig på <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FAQ%20on%20ESCR-en.pdf>, senast besökt 22.9.2019.

<sup>233</sup> Human Rights Committee General Comment No. 31 (2004), UN doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.1326, para. 5.

<sup>234</sup> Wicks 2010, s. 223.

<sup>235</sup> *Ibid.*, s. 223.

mödravård,<sup>236</sup> vilket tyder på att kommittén inte anser att staterna i fråga tilldelat sina resurser på ett rimligt sätt, och därmed inte fullgjort sina förpliktelser när det kommer till skyddandet av liv.

De positiva förpliktelserna som till exempel rätten till liv påför stater omfattar ett krav enligt vilken en stat bör göra allt som rimligen kan förväntas för att skydda livet av varje individ som befinner sig inom dess jurisdiktion. Fastän omfattningen av vad som anses vara skäligt är en tolkningsfråga, kan vidtagandet av åtgärder för räddandet av liv genom prioritering av livräddande vård vid resurstilldelning anses vara en logisk förväntning.<sup>237</sup> Detta betyder att det i tilldelning av begränsade resurser för hälso- och sjukvård ska prioriteras vård som räddar liv över vård som förbättrar liv. Svårigheten kan vara i beslutandet av vad som menas med att rädda liv.<sup>238</sup>

Vad som kan skäligt förväntas av en stat i frågan om de positiva förpliktelserna av rätten till liv beror helt och hållet på de rådande förhållandena. När resurser är begränsade kommer varje utgift för att rädda liv i en kontext innebära ett val att inte rädda liv i en annan kontext.<sup>239</sup>

#### 4.3 Rätten till liv – en rätt att inte bli dödad?

Rätten till liv kan tänkas vara en tydlig rättighet: en rätt att inte bli dödad. Det finns dock flera dimensioner till denna rättighet som än idag är omtvistade. För att förstå rätten till liv i dess helhet borde man först tolka vad som menas med att vara vid liv, och när livet börjar och slutar. Dock finns det flera olika tolkningar när det gäller livets början, till exempel att livet börjar vid befruktningsskedet, när fostrets hjärna utvecklats eller vid födseln, och även när det kommer till när livet slutar: tar livet slut vid hjärndöd eller då hjärtat slutar slå?<sup>240</sup> Om dessa frågor kunde besvaras enkelt och enhälligt skulle

<sup>236</sup> Human Rights Committee, Concluding observations: Gambia, 30.8.2018, UN doc. CCPR/C/GMB/CO/2, para. 18; Niger, 16.5.2019, UN doc. CCPR/C/NER/CO/2, para. 24-25.

<sup>237</sup> Wicks 2010, s. 229.

<sup>238</sup> *Ibid.*, s. 229 och 238.

<sup>239</sup> *Ibid.*, s. 237.

<sup>240</sup> Wicks 2007, s. 13.

förmodligen även själva rättigheten vara tydligare och mindre debatterad. Fastställandet av när livet börjar skulle ha genomgripande implikationer speciellt för vård av gravida kvinnor, både med tanke på lagligheten av att avbryta en graviditet och gällande kvinnans rätt till att vägra väsentlig vård under graviditeten och förlossningen. Dock har en enhällig tolkning om vad som innebär att vara vid liv inte uppnåtts, och därför fortsätter även debatten om vad rätten till liv verkligen innefattar.<sup>241</sup>

Artikel 3 av Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna fastställer att alla människor har rätt till liv.<sup>242</sup> Denna rättighet fastställs även i artikel 6, paragraf 1, av MP-konventionen som lyder:

1. Varje människa har en inneboende rätt till livet. Denna rätt skall skyddas genom lag. Ingen får godtyckligt berövas sitt liv. [...] <sup>243</sup>

I enlighet med MP-konventionens artikel 4, paragraf 2, är inga inskränkningar tillåtna i förhållande till rätten till liv.<sup>244</sup>

Rätten till liv kan tolkas att antingen utgöra krav för endast negativa eller, liksom ESK-rättigheter, även positiva åtgärder. Enligt den negativa tolkningen innebär rätten till liv en skyldighet för staten att avstå från vissa aktiviteter. I den positiva tolkningen betraktas rätten till liv att även innebära skyldigheten att erbjuda tjänster till rättighetens innehavare.<sup>245</sup>

MR-kommittén, vars uppgift är att övervaka tillämpningen av MP-konventionen, antog en allmän kommentar om rätten till liv i oktober 2018.<sup>246</sup> De två tidigare allmänna kommentarerna, vilka den nya ersatte, behandlade främst dödsstraff, medan denna nya allmänna kommentar föreskriver en bredare tolkning av rätten till liv. MR-kommittén fastställer att rätten till liv även omfattar positiva förpliktelser. Förpliktelsen att anta positiva åtgärder för att försäkra rätten till liv härrör från den allmänna förpliktelsen att försäkra konventionens rättigheter, vilket stipuleras i artikel 2, paragraf 1, läst i

<sup>241</sup> Wicks 2007, s. 13.

<sup>242</sup> Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna 1948, artikel 3.

<sup>243</sup> Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter 1966, artikel 6(1).

<sup>244</sup> *Ibid.*, artikel 4(2).

<sup>245</sup> McConnell 2000, s. 79.

<sup>246</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36.

kombination med artikel 6 om rätten till liv.<sup>247</sup> Vidare fastställer artikel 6 i sin andra mening att rätten till liv ska skyddas genom lag. Därmed anser MR-kommittén att stater har en *due diligence* förpliktelse att anta rimliga positiva åtgärder, som inte utsätter staten för oproportionerlig belastning, med hänsyn till rimligen förutsebara hot mot liv från privata personer och enheter vars handlingar inte hänförs staten.<sup>248</sup> Vidare har staten en förpliktelse att utreda eventuella olagliga livsberövanden, och vid behov åtala de ansvariga för denna handling.<sup>249</sup>

De ovannämnda förpliktelseerna berör statens förpliktelse att skydda personer från en kränkning av rätten till liv. MR-kommittén anser även att stater har positiva förpliktelser att erbjuda vissa tjänster för att försäkra rätten till liv.<sup>250</sup> Dessa berör främst hälsovård, som redan diskuterades tidigare i denna avhandling.

Trots att MR-kommittén även förespråkar positiva förpliktelser för att erbjuda tjänster gällande rätten till liv, har kommittén sällan beslutit om en kränkning av rätten till liv i fall gällande staters positiva förpliktelser utöver förpliktelsen att skydda. De fall där MR-kommittén ansett att en stat kränkt rätten till liv på grund av nedlåtenhet att erbjuda tillräcklig hälsovård har det endast berört personer vars frihet berövats.<sup>251</sup> Fallet som kommit närmast att erkänna en bredare omfattning av MP-konventionens artikel 6, utöver fall berörande frihetsberövade personer, var det individuella klagomålet *K.L. v Peru*.<sup>252</sup>

Det individuella klagomålet *K.L. v Peru*, som MR-kommittén behandlade år 2005, och som kommer att diskuteras mer ingående i kapitel 5, berörde mödravård och rätten till liv samt förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande. Kommitténs beslut var emellertid inte enhälligt i tolkningen om en eventuell kränkning av rätten till liv. Kommittémedlem Hipólito Solari-Yrigoyen framställde en avvikande åsikt, och ansåg att en kränkning av rätten till liv inte endast kräver att offret dött, utan att en kränkning även förekommit i fall där en persons liv utsatts för allvarlig fara. Solari-Yrigoyen anser därmed att Llantoy Huamán har utsatts för en kränkning av hennes rätt

<sup>247</sup> *Ibid.*, para. 21. Se även Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter 1966, artikel 2(1) och 6.

<sup>248</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 21.

<sup>249</sup> *Ibid.*, para. 27.

<sup>250</sup> *Ibid.*, para. 8.

<sup>251</sup> Se kommitténs beslut i *Lantsova v. Russian Federation*, Human Rights Committee 15.04.2002, UN doc. CCPR/C/74/D/763/1997.

<sup>252</sup> *K.L. v Peru*, Human Rights Committee 22.11.2005, UN doc. CCPR/C/85/D/1153/2003.



till liv.<sup>253</sup> Solari-Yrigoyens tolkning om att en kränkning av rätten till liv inte kräver att en person mister sitt liv stämmer överens med MR-kommitténs senaste tolkning av rätten till liv i kommitténs allmänna kommentar 36.<sup>254</sup> Även om kommitténs beslut i det ovannämnda fallet tyder på att rätten till liv kan anses ha blivit kränkt i mödravårdsfall endast då modern dött, medan ifall modern överlever kan det anses utgöra en kränkning av förbudet mot grym eller omänsklig behandling, är det möjligt att MR-kommitténs tolkning i frågan om rätten till liv utvecklats. Alltså är det möjligt att MR-kommittén i framtiden beslutar om kränkningar av rätten till liv i fall där en moders liv hotats, men hon lyckligtvis inte mist sitt liv. Frågan är ifall MR-kommittén kommer att anta beslut om att en kränkning förekommit både av artikel 6 och 7 i ett och samma fall, eftersom dess praxis hittills har antytt att det inte är nödvändigt.

Till skillnad från MR-kommittén har den Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (härefter Europadomstolen) en längre utvecklad rättspraxis i förhållandet till de positiva förpliktelserna i enlighet med rätten till liv.<sup>255</sup>

#### 4.4 Europadomstolens tolkning om när rätten till liv kränkts i mödravårdsrelaterade fall

Eftersom Europadomstolen har behandlat flera hälsovårdsrelaterade fall, har även dess tolkning om eventuella kränkningar av rätten till liv utvecklats betydligt mycket längre än MR-kommitténs tolkning. Dock gäller Europadomstolens praxis endast i Europarådets 47 medlemsstater, och omfattar därmed inte de fattigaste länderna i världen. Europadomstolens beslut kan emellertid influera MR-kommitténs tolkningar i diverse fall, vilket bland annat kan noteras i MR-kommitténs allmänna kommentar 38.<sup>256</sup>

---

<sup>253</sup> *Ibid.*, Appendix: Avvikande åsikt av kommittémedlem Hipólito Solari-Yrigoyen.

<sup>254</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 7.

<sup>255</sup> Wicks 2010, s. 68.

<sup>256</sup> Se bland annat fotnoter 5, 6 och 68 i Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36.

Två av de rättsfall genom vilka Europadomstolen format sin tolkning i frågan om rätten till liv i hälsovårdsrelaterade fall berör mödradöd: *Z v. Poland*,<sup>257</sup> och *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey*.<sup>258</sup>

MR-kommittén anser i sin allmänna kommentar nr 36 att en stats abortlagstiftning inte får kränka en gravid kvinnas rätt till liv, det vill säga att tillgång till abort ska försäkras då moderns liv eller hälsa är i fara.<sup>259</sup> Dock tyder den Europadomstolens beslut i fallet *Z v. Poland* på att förekomsten av en kränkande lagstiftning inte i sig räcker för att en stat skall göra sig skyldig till en kränkning av moders rätt till liv.<sup>260</sup> Istället avgör tillämpningen av den kränkande lagstiftningen i ett specifikt fall ifall en stat gjort sig skyldig till en kränkning av rätten till liv.

Fallet *Z v. Poland* berör en polsk kvinna, Y, som den 5 maj 2004 fick veta att hon är gravid i fjärde till femte veckan. Hon diagnostiserades med ulcerös kolit, och led av illamående, magsmärtor, kräkning och diarré, vilka är vanliga symtom för ulcerös kolit.<sup>261</sup> Hon behandlades vid ett antal olika sjukhus där hon fick basvård och farmakologisk behandling. Den 19 juli var hon diagnostiserad med abscess. Den 29 juli avlägsnades abscessen vid ett annat sjukhus.<sup>262</sup> Den 17 augusti antogs hon till ett tredje sjukhus med bland annat en ny abscess. Läkarna var medvetna om att Y led av ulcerös kolit, och samma dag avlägsnades abscessen. Medan hon i augusti behandlades vid samma sjukhus vägrade hennes läkare att utföra en full endoskopi. Vidare utfördes inte heller en diagnostisk bildbehandling av buken.<sup>263</sup> Den 4 september försämrades Y:s tillstånd, varefter hon överfördes till ett annat sjukhus. När hon anlände till det nya sjukhuset genomgick hon direkt en kirurgisk operation för fastställandet av orsaken till uppenbar sepsis. Efter operationen fortsatte hennes tillstånd att försämrats, och därmed överfördes hon genast till intensivvårdsavdelningen i ett annat sjukhus. Här genomgick hon sex operationer. Den 5

---

<sup>257</sup> *Z v. Poland*, European Court of Human Rights 13.2.2013, HUDOC 46132/08.

<sup>258</sup> *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey*, European Court of Human Rights 9.7.2013, HUDOC 13423/09.

<sup>259</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

<sup>260</sup> *Z v. Poland*, European Court of Human Rights 13.2.2013, HUDOC 46132/08.

<sup>261</sup> *Ibid.*, para. 9-11.

<sup>262</sup> *Ibid.*, para. 12-14.

<sup>263</sup> *Ibid.*, para. 16-17.

september avlägsnades det döda fostret, och 10 dagar senare avlägsnades Y:s livmoder. Den 29 september dog Y av en septisk chock.<sup>264</sup>

Den klagande, Y:s moder Z, hävdar att underlåtelsen att försäkra tillräcklig vård och underlåtelsen att anta en rättslig ram för att förebygga dödsfall utgör en kränkning av rätten till liv i enlighet med artikel 2 av Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).<sup>265</sup> Dock hänvisar Europadomstolen till formuleringen av Europakonventionens artikel 2, som lyder "[...] Ingen skall avsiktligt berövas livet [...]",<sup>266</sup> och anser att en kränkning av rätten till liv därmed kräver avsiktlighet. Enligt domstolen antyder den klagande inte att Y:s liv avsiktligt berövats, istället hävdar den klagande att den vård som Y fått inte varit tillräcklig.<sup>267</sup> Vidare föreskriver Europakonventionens artikel 2 att stater bör vidta lämpliga åtgärder för att skydda individens liv. Domstolen anser att myndigheter i vissa omständigheter kan ha positiva förpliktelser i frågan om hälsovård. Dock anser domstolen att ifall staten antagit tillräckliga bestämmelser för att försäkra höga professionella standard för vårdpersonal och skydd för patienters liv kan vårdpersonalens eventuella felbedömning inte anses vara tillräcklig för att hålla staten skyldig för en kränkning av artikel 2.<sup>268</sup>

Gällande avsaknaden av en rättslig ram för försäkran av rätten till liv hävdade den klagande att moderns rättigheter gentemot fostrets rättigheter inte tydligt fastställts i lag, och att vägran av vård på grund av samvetsskäl saknar övervakning. Saknaden av övervakning tyder enligt den klagande på att fostrets liv prioriteras över modern. Enligt staten hade ingen vägran av vård på grund av samvetsskäl förekommit.<sup>269</sup> Europadomstolen fann heller inga bevis på vägran av vård. Domstolen hänvisade till sitt beslut i fallet *Tysiac v. Poland*,<sup>270</sup> där domstolen ansett att den polska lagen inte omfattade något effektivt förfarande för att besluta ifall det finns grund för laglig abort baserat på risk för moderns liv eller hälsa. Dock hade en vägran av vård på grund av samvetsskäl

---

<sup>264</sup> Z v. Poland, European Court of Human Rights 13.2.2013, HUDOC 46132/08, para. 18-19.

<sup>265</sup> *Ibid.*, para. 74.

<sup>266</sup> Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna 1950, artikel 2, para. 1.

<sup>267</sup> Z v. Poland, European Court of Human Rights 13.2.2013, HUDOC 46132/08, para. 75-76.

<sup>268</sup> *Ibid.*, para. 76.

<sup>269</sup> *Ibid.*, para. 106-108.

<sup>270</sup> *Tysiac v. Poland*, European Court of Human Rights 24.9.2007, HUDOC 5410/03.

förekommit i fallet *Tysiac v. Poland*, medan det i Y:s fall inte förekommit. Därmed anser domstolen att dess uppgift inte är att överse de relevanta nationella lagarna och praxis *in abstracto*, utan endast gällande den specifika tillämpningen av dessa lagar i det aktuella fallet.<sup>271</sup> Domstolen anser att klagan gällande den rättsliga ramen är ogrundad.<sup>272</sup>

Fallet *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey* berör också ett mödradödsfall orsakat av otillräcklig vård.<sup>273</sup> Till skillnad från *Z v. Poland* berodde den otillräckliga vården dock på höga kostnader som den första klagande inte hade råd med. Menekşe Şentürk, Mehmet Şentürks fru, var gravid i 34:de veckan då hon började känna smärta.<sup>274</sup> Efter flera läkarbesök konstaterades fostret ha dött, vilket krävde omedelbart kirurgiskt ingrepp för att avlägsna det döda fostret. Dock hade Mehmet Şentürk inte råd att betala för detta ingrepp, och hans fru överfördes till ett annat sjukhus. Menekşe Şentürk fördes till det andra sjukhuset i en ambulans utan medicinsk personal. Hon dog i ambulansen.<sup>275</sup>

De klagande hävdar bland annat att Menekşe Şentürks död utgör en kränkning av Europakonventionens artikel 2 om rätten till liv.<sup>276</sup> Enligt de klagande orsakades hennes död av läkarnas och barnmorskornas underlåtenhet att fullgöra sina professionella skyldigheter. De klagande ansåg att läkarna varit medvetna om hennes kritiska tillstånd, och att staten är ansvarig för hennes död eftersom staten har en förpliktelse att erbjuda den nödvändiga sjukvården.<sup>277</sup>

Även i detta fall fastställde domstolen att ifall staten antagit tillräckliga bestämmelser för att försäkra höga professionella standard för vårdpersonal och skydd för patienters liv kan vårdpersonalens eventuella felbedömning inte anses vara tillräcklig för att hålla staten skyldig för en kränkning av artikel 2.<sup>278</sup> Dock uppfylls inte statens förpliktelser enligt artikel 2 ifall det rättsliga skyddet endast förekommer i teorin – det rättsliga skyddet måste fungera effektivt i praktiken.<sup>279</sup> En nationell utredning fastställde att Menekşe Şentürks

---

<sup>271</sup> *Tysiac v. Poland*, European Court of Human Rights 24.9.2007, HUDOC 5410/03, para. 111.

<sup>272</sup> *Ibid.*, para. 112. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna 1950, artikel 35, para. 3 och 4.

<sup>273</sup> *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey*, European Court of Human Rights 9.7.2013, HUDOC 13423/09.

<sup>274</sup> *Ibid.*, para. 6.

<sup>275</sup> *Ibid.*, para. 6-10.

<sup>276</sup> *Ibid.*, para. 3.

<sup>277</sup> *Ibid.*, para. 68-70.

<sup>278</sup> *Ibid.*, para. 80.

<sup>279</sup> *Ibid.*, para. 82.

död inte endast orsakats av vårdpersonalens felbedömning, men även av underlåtelsen att erbjuda vård på grund av att hon inte hade råd att betala sjukhuskostnaderna i förväg.<sup>280</sup> Utredningskommittén hade inte kunnat fastställa hur personalen ska gå tillväga i akutfall ifall kostnaderna inte betalas.<sup>281</sup> Enligt staten ska akutvård förses utan krav för betalning i förväg. Dock krävdes detta i Menekşe Şentürks fall, vilket ledde till att hon förnekade vård. Europadomstolen anser att beslutet att förneka vård inte kan tolkas ha gjorts på ett välinformerat sätt, eller att det skulle befria staten från dess ansvar att erbjuda den nödvändiga vården.<sup>282</sup> Domstolen betonar att patientens behov av omedelbart kirurgiskt ingrepp var otvivelaktigt, och att vårdpersonalen därmed var fullt medveten om situationens allvarlighet. Det framstår att den nationella lagstiftningen inte innehåller bestämmelser i detta avseende vilket ledde till brister i sjukhusets funktionalitet. Därmed avgör Europadomstolen att det förekommit en kränkning av artikel 2 om rätten till liv.<sup>283</sup>

Dessa två ovannämnda fall tydliggör Europadomstolen tolkning om när en kränkning av rätten till liv kan anses ha förekommit i mödravårdsfall. Domstolens tolkning om statens ansvar baserar sig främst på sambandet mellan den nationella lagstiftningen och dess tillämpning i praktiken: en stat kan endast anses vara ansvarig för vårdpersonalens handling ifall den baserar sig på bristfällig lagstiftning. I fallet *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* klargjorde domstolen vidare sin tolkning, och förklarade att förpliktelsen att anta tillfredsställande lagstiftning inkluderar även en skyldighet att försäkra ett effektivt fungerande av detta regelverk. Staten bör vidta nödvändiga åtgärder för att försäkra implementeringen av lagarna, inkluderande övervakning och tillämpning.<sup>284</sup>

Baserat på den bredare tolkningen av en stats förpliktelse att anta tillfredsställande lagstiftning anser Europadomstolen att staten kan anses vara ansvarig för vårdpersonalens handlingar, dock endast i ytterst sällsynta omständigheter.<sup>285</sup> Den första omständigheten är en situation där en patients liv är medvetet utsatt för fara på grund av nekande av tillgång till livräddande akut vård. Dock inkluderar detta inte situationer där en patient

---

<sup>280</sup> Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey, European Court of Human Rights 9.7.2013, HUDOC 13423/09, para. 90.

<sup>281</sup> *Ibid.*, para. 23 & 94.

<sup>282</sup> *Ibid.*, para. 95.

<sup>283</sup> *Ibid.*, para. 96-97.

<sup>284</sup> Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal, European Court of Human Rights 19.12.2017, HUDOC 56080/13, para. 189.

<sup>285</sup> *Ibid.*, para. 190.

ansetts ha fått bristfällig, fel eller försenad vård.<sup>286</sup> Den andra omständigheten är då en systematisk eller strukturell bristfällighet i vårdtjänsterna leder till att patienten inte har tillgång till livräddande akut vård, och myndigheterna är medvetna eller borde vara medvetna om denna risk, men försummat att vidta de nödvändiga åtgärder som hindrar detta från att förverkligas och därmed utsätter patientens, samt övriga patienters, liv i fara.<sup>287</sup>

Europadomstolen klargör tolkningen av undantagsfallen genom att presentera fyra krav på omständigheter som måste ha förekommit för att en kränkning av rätten till liv kan anses ha blivit kränkt. Först måste vårdinstitutionens handlingar överskrida felbehandling eller försummelse, till den grad att handlingarna överträder de professionella skyldigheterna, och patienten nekas akut vård oavsett personalens medvetenhet om att patientens liv riskeras ifall hon eller han inte får denna vård.<sup>288</sup> Vårdens bristfällighet måste vara objektivt och genuint identifierbart systematisk eller strukturellt för att staten kan anses vara ansvarig, och får inte endast utgöra en individuell omständighet där något har gått fel.<sup>289</sup> Vidare måste det finns en länk mellan den hävdade bristfälligheten och den skada som patienten utsatts för. Slutligen måste bristfälligheten ha orsakats av statens underlåtenhet att fullgöra sin förpliktelse att anta ett regelverk i vidare bemärkelse.<sup>290</sup>

## 5. Mödradöd – en form av tortyr?

### 5.1 Förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling

Förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling fastställs i Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller

---

<sup>286</sup> Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal, European Court of Human Rights 19.12.2017, HUDOC 56080/13, para. 191.

<sup>287</sup> *Ibid.*, para. 192.

<sup>288</sup> *Ibid.*, para. 194.

<sup>289</sup> *Ibid.*, para. 195.

<sup>290</sup> *Ibid.*, para. 196.

bestraffning (härefter Konventionen mot tortyr),<sup>291</sup> samt i MP-konventionens artikel 7.<sup>292</sup> Konventionen mot tortyr utgör den huvudsakliga folkrättsliga konventionen beträffande denna mänskliga rättighet, och dess artikel 22 föreskriver Kommittén mot tortyrs behörighet att motta och pröva individuella klagomål av personer som hävdar ha blivit utsatta för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>293</sup>

Artikel 1, paragraf 1, av Konventionen mot tortyr omfattar en definition om tortyr:

I denna konvention avses med begreppet tortyr varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en tredje person, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna. Tortyr innefattar inte smärta eller lidande som uppkommer enbart genom eller är förknippade med lagenliga sanktioner.<sup>294</sup>

Denna definition omfattar åtminstone fyra väsentliga krav på att en handling kan anses utgöra tortyr: handlingen orsakar allvarlig smärta eller lidande, antingen fysisk eller mental; handlingen är medveten; handlingen har ett specifikt syfte; och handlingen utgörs av en offentlig tjänsteman eller någon som företräder staten.<sup>295</sup>

Begreppet ”handling” i definitionen av tortyr exkluderar inte underlåtenhet. Flera av de tolkningar som antagits av Kommittén mot tortyr bevisar att tortyr kan begås genom att till exempel avsiktligt beröva en häktad person hans eller hennes mat för ett specifikt syfte, och därmed orsaka lidande.<sup>296</sup> Dock kan vårdslöshet inte anses utgöra tortyr, eftersom en vårdslös handling saknar syfte.<sup>297</sup> Artikel 1 av Konventionen mot tortyr nämner flera syften för vilka tortyr kan begås: för att erhålla information eller en bekännelse; bestraffning, hot eller tvång; och diskriminering.<sup>298</sup> Dock är det allmänt

<sup>291</sup> Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 1984.

<sup>292</sup> Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter 1966, artikel 7.

<sup>293</sup> Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 1984, artikel 22.

<sup>294</sup> *Ibid.*, artikel 1(1).

<sup>295</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5, para. 30.

<sup>296</sup> *Ibid.*, para. 31.

<sup>297</sup> *Ibid.*, para. 34.

<sup>298</sup> Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 1984, artikel 1(1).

accepterat att de syften som nämns endast är riktgivande och inte uttömmande.<sup>299</sup> Tortyr används främst på frihetsberövade personer, eftersom en häktad person är i ett fullständigt beroendetillstånd och därmed är speciellt utsatt för misshandel.<sup>300</sup>

Artikel 16 av Konventionen mot tortyr fastställer förbudet mot handlingar som innebär grym, omänsklig eller förnedrande behandling men som inte betecknas som tortyr, och som begås av eller sker på uppmaning eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna.<sup>301</sup> Fastän Konventionen mot tortyr inkluderar en definition om vad som omfattar tortyr, innehåller inte en enda folkrättslig konvention en definition av grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Istället definieras grym, omänsklig eller förnedrande behandling med hjälp av hur de skiljer sig från tortyr, i enlighet med definitionen i artikel 1 av Konventionen mot tortyr.<sup>302</sup>

Enligt specialrapportören mot tortyr Manfred Nowak skiljer sig inte grym, omänsklig eller förnedrande behandling från tortyr på grund av intensiteten av det lidande som orsakats offret.<sup>303</sup> Även om Europadomstolen ansett att detta utgör skillnaden i sitt beslut i fallet *Ireland v. The United Kingdom*,<sup>304</sup> tyder bland annat Kommittén mot tortyrs praxis på att intensiteten av lidandet inte påverkar beslut om en handling anses utgöra tortyr eller grym eller omänsklig behandling.<sup>305</sup> Dock skiljer sig kravet för vad som kan anses utgöra förnedrande behandling, för vilket det endast krävs särskild förödmjukelse, inte allvarlig smärta eller lidande.<sup>306</sup>

I enlighet med den historiska tolkningen av artikel 1 och 16 av Konventionen mot tortyr tolkar Nowak skillnaden mellan tortyr och grym eller omänsklig behandling att bero på

---

<sup>299</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5, para. 35.

<sup>300</sup> *Ibid.*, para. 37.

<sup>301</sup> Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 1984, artikel 16.

<sup>302</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5, para. 186

<sup>303</sup> *Ibid.*, para. 187

<sup>304</sup> *Ireland v. The United Kingdom*, European Court of Human Rights 18.1.1978, HUDOC 5310/71, para. 167. Se även *ibid.*

<sup>305</sup> Se Nowaks tolkning i Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5, para. 187.

<sup>306</sup> *Ibid.*



gärningens syfte, förövarens avsikt och offrets maktlöshet.<sup>307</sup> Tortyr omfattar en handling där förövaren avsiktligt orsakar smärta eller lidande för ett maktlöst offer med en specifik avsikt, som till exempel att tvinga fram ett erkännande eller information. Däremot omfattar grym eller omänsklig behandling handlingar där smärta eller lidande orsakas utan avsikt eller syfte, och då offret inte är under förövarens *de facto* kontroll. Skillnaden mellan att tortyr och grym eller omänsklig handling baserar sig alltså på ifall förövaren har ett syfte, inte på den grad smärta och lidande som gärningen orsakar.<sup>308</sup>

Till skillnad från Konventionen mot tortyr omfattar MP-konventionen ingen definition om vad som utgör tortyr. MR-kommittén anser det inte heller nödvändigt att nämna förbjudna handlingar eller skillnader mellan tortyr, grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Istället anser kommittén att skillnaderna mellan dessa beror på behandlingens natur, syfte och allvar.<sup>309</sup> Kommitténs beslut att inte definiera tortyr och skillnaderna mellan de olika behandlingarna kan vid första anblick verka problematisk. Dock leder detta till möjligheten att anta en bredare tolkning av vad som kan anses utgöra tortyr. Detta betyder att kommittén kan anta mer dynamiska beslut i fall där en strikt definition av tortyr skulle utesluta vissa handlingar från att kunna anses utgöra tortyr.<sup>310</sup>

## 5.2 Mödravård och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling

Historiskt sätt har tortyr och de övriga formerna av misshandel tolkats förekomma endast i fängelser och övriga frihetsberövande inrättningar i samband med till exempel förhör av fångar,<sup>311</sup> medan förvägran att erbjuda hälso- eller sjukvård har främst ansetts beröra en

---

<sup>307</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5, para. 188.

<sup>308</sup> *Ibid.*

<sup>309</sup> Human Rights Committee General Comment No. 20 (1992), UN doc. CCPR/GEC/6621/E, para. 4.

<sup>310</sup> The United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture: Interpretation of Torture in the Light of the Practice and Jurisprudence of International Bodies, tillgänglig på [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/UNVFVT/Interpretation\\_torture\\_2011\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/UNVFVT/Interpretation_torture_2011_EN.pdf), senast besökt 10.11.2019, s. 3.

<sup>311</sup> Center for Reproductive Rights: Reproductive rights violations as torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment: A critical human rights analysis, 2010, tillgänglig på

persons åtnjutande av rätten till hälsa.<sup>312</sup> Dock har det internationella samfundet allt mer börjat erkänna att tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling även kan förekomma i övriga kontexter, inkluderande hälso- och sjukvård.<sup>313</sup>

Specialrapportören mot tortyr Juan Méndez anser att det finns behov att identifiera missbruk som överskrider omfattningen av kränkningar av rätten till hälsa och som kan anses utgöra tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Dock förekommer det fall där staters myndigheter strävar till att försvara vissa handlingar, genom att hävda att dessa är nödvändiga på grund av administrativ effektivitet eller medicinsk nödvändighet.<sup>314</sup>

Enligt MR-kommittén skyddar MP-konventionens artikel 7 speciellt patienter i medicinska inrättningar.<sup>315</sup> Kommittén anser att medlemsstaterna har en förpliktelse att anta lagstiftande, administrativa, juridiska och övriga nödvändiga åtgärder för att skydda varje individ från tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, samt förebygga och bestraffa sådan behandling.<sup>316</sup> Artikel 7 tillåter inga undantag eller begränsningar. Vidare kan ett beordrande av en officiell myndighet inte rättfärdiga en kränkning av MP-konventionens artikel 7.<sup>317</sup>

Kommittén mot tortyr tolkar statens förpliktelser att förebygga tortyr att vara odelbara och ömsesidigt beroende av förpliktelsen att förebygga grym, omänsklig eller förnedrande behandling eftersom de tillstånd som leder till de övriga formerna av misshandel ofta även leder till tortyr.<sup>318</sup> Därmed skiljer sig inte statens förpliktelser beroende på om det är frågan om tortyr eller de övriga formerna av förnedring.

---

<https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf>, senast besökt 14.1.2019, s. 9.

<sup>312</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2013), UN doc. A/HRC/22/53, para. 11.

<sup>313</sup> *Ibid.*, para. 15.

<sup>314</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2013), UN doc. A/HRC/22/53, para. 12-13.

<sup>315</sup> Human Rights Committee General Comment No. 20 (1992), UN doc. CCPR/GEC/6621/E, para. 5.

<sup>316</sup> *Ibid.*, para. 2 & 8.

<sup>317</sup> *Ibid.*, para. 3.

<sup>318</sup> Committee against Torture General Comment No. 2 (2008), UN doc. CAT/C/GC/2, para. 3. Se även Center for Reproductive Rights: Reproductive rights violations as torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: A critical human rights analysis, 2010, tillgänglig på <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf>, senast besökt 14.1.2019, s. 10.

Inom mödravård är tortyr eller de övriga formerna av misshandel ofta orsakade av diskriminering. Detta gäller i synnerhet för kvinnor och flickor som söker vård som eventuellt motsäger samhälleliga könsroller och förväntningar, som till exempel abort. Vårdpersonalens utövande av maktbefogenheter - vilket leder till patientens maktlöshet - tillsammans med oklar lagstiftning utsätter kvinnor för risk för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>319</sup> Enligt specialrapportören mot tortyr Juan Méndez har stater en förhöjd förpliktelse att förebygga och bekämpa diskriminering mot kvinnor och flickor, inkluderande sexuella minoriteter, som ger upphov till tortyr eller övrig form av misshandel. För att bedöma graden av smärta och lidande som upplevts av offret ska staten ta i beaktande offrets sociala status och de rättsliga och institutionella ramverk som stärker könsstereotyper och förvärrar skada. Utöver erbjudandet av omfattande ersättningar och rehabilitering för offret, ska staten anta åtgärder och reformer för att bekämpa de förhållanden som orsakar diskriminering, och försäkra att denna typ av förnedring inte upprepas.<sup>320</sup>

Konceptet om dubbla lojaliteter är relaterat till mänskliga rättigheter berörande patientvård. Dubbla lojaliteter betyder att vårdpersonalen har samtidiga förpliktelser, uttryckliga eller underförstådda, till både patienten och staten.<sup>321</sup> Dessa samtidiga förpliktelser kan leda till att risken för kränkningar av patientens mänskliga rättigheter ökar. Ifall patientens och statens intressen är lika är risken liten. Dock kan dessa intressen stå i konflikt, vilket ofta leder till att vårdpersonalen är tvungen att kränka patientens rättigheter.<sup>322</sup> I frågan om reproduktiva rättigheter berörande mödrhälsa kan till exempel den nationella lagstiftningen begränsa tillgången till nödvändiga medicinska behandlingar, som bland annat säkra aborttjänster. Begränsande abortlagar kan förbjuda abort även i situationer där aborten är nödvändig för att rädda kvinnans liv eller skydda hennes fysiska och mentala hälsa. Genom att efterleva begränsande abortlagar riskerar vårdpersonalen kvinnans grundläggande rättigheter till liv, hälsa, och frihet från tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>323</sup>

---

<sup>319</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2016), UN doc. A/HRC/31/57, para. 42.

<sup>320</sup> *Ibid.*, para. 68.

<sup>321</sup> Cohen & Ezer 2013, s. 8.

<sup>322</sup> Cohen & Ezer 2013, s. 8.

<sup>323</sup> Center for Reproductive Rights: Reproductive rights violations as torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment: A critical human rights analysis, 2010, tillgänglig på

Misshandel av kvinnor inom mödravård, som bland annat vägran att utföra rättsligt tillgängliga vårdtjänster inkluderande abort, kan orsaka allvarligt och långvarigt fysiskt och emotionellt lidande.<sup>324</sup> Kommittén mot tortyr ansåg bland annat i sina kommentarer till Perus fjärde periodiska rapport att förbudet att erbjuda kvinnor möjligheten till frivillig abort, som i Peru är olagligt till och med i våldtäktsfall, leder i värsta fall till dödsfall orsakade av osäkra aborter.<sup>325</sup> Enligt kommittén utgör underlåtenhet att förhindra handlingar som hotar kvinnors hälsa grym och omänsklig behandling. Stater ska anta lagstiftningsåtgärder för att förhindra handlingar som hotar kvinnors fysiska och mentala hälsa genom att bland annat erbjuda nödvändig vård för mödrar och försäkra tillgången till familjeplanering.<sup>326</sup>

### 5.3 Mödradöd – en fråga om rätten till liv eller förbudet mot grym, omänsklig eller förnedrande behandling?

I kapitel 4.1 diskuterades MR-kommitténs förbehållsamhet att anta beslut om de positiva förpliktelserna gällande rätten till liv. Därmed har MR-kommittén tillsvidare inte antagit beslut om en kränkning av rätten till liv i fall där en stat hävdas att ha underlåtit att försäkra tillräcklig mödravård. Istället kan man upptäcka ett mönster i MR-kommitténs beslutstagande. I fall där en klagande anses ha blivit utsatt för grym, omänsklig eller förnedrande behandling anses det icke-nödvändigt att även besluta om en möjlig kränkning av rätten till liv.

I det individuella klagomålet *K.L. v. Peru*, som redan tidigare nämnts i denna avhandling, antog MR-kommittén ett beslut som klargjorde kommitténs tolkning gällande misshandel i mödrahälsofall i frågan om skillnaden mellan en kränkning av förbudet mot tortyr respektive de övriga formerna av misshandel. Framställaren av klagomålet, Karen Noelia

---

<https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf>, senast besökt 14.1.2019, s. 11.

<sup>324</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2013), UN doc. A/HRC/22/53, para. 46.

<sup>325</sup> Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Peru, 25.7.2006, UN doc. CAT/C/PER/CO/4, para. 23.

<sup>326</sup> *Ibid.*

Llantoy Huamán (härefter Llantoy Huamán), hävdade att hon i Lima, Peru, blivit offer för en kränkning av MP-konventionens artiklar 2, 3, 6, 7, 17, 24 och 26.<sup>327</sup> Llantoy Huamán blev gravid som 17-åring i mars 2001. En undersökning visade att fostret var anencefaliskt, och hon blev informerad om den risk som graviditeten utsatte hennes liv för. Obstetrikern rekommenderade avbrytandet av graviditeten, vilket Llantoy Huamán beslöt sig för att göra.<sup>328</sup> Då hon tillsammans med sin mor återvände till sjukhuset för operationen fick hon veta att avbrytandet av graviditeten krävde auktorisering av sjukhusdirektören. Modern ansökte auktorisering för operationen, men sjukhusdirektören nekade och hävdade att avbrytandet av graviditet i dessa omständigheter vore illegalt. Avbrytandet av graviditet vore endast lagligt ifall moderns liv eller hälsa är i fara.<sup>329</sup> Den 13 januari 2002 födde Llantoy Huamán barnet, och var tvungen att amma barnet tills dess död fyra dagar senare. Llantoy Huamán sjönk in i en djup depression och led även av en inflammation av vulva som krävde medicinsk behandling.<sup>330</sup>

Llantoy Huamán hävdar att hennes rätt till liv kränkts eftersom Peru inte antagit åtgärder för att försäkra en säker avbrytning av graviditet i fall där fostret inte är livskraftigt. Statens underlåtenhet att erbjuda en säker abort lämnade henne med två möjligheter, varav båda riskerade hennes liv: att utföra en hemlig och osäker abort, eller att fortsätta den traumatiska graviditeten som hotade hennes liv.<sup>331</sup>

MR-kommittén anser att myndigheterna var medvetna om att graviditeten utgjorde en risk för Llantoy Huamán liv, eftersom två olika läkare på samma sjukhus rekommenderat avbrytandet av graviditeten. Vägran att utföra denna tjänst kan enligt kommittén ha äventyrat Llantoy Huamán liv.<sup>332</sup> Llantoy Huamán lidande förvärrades av att hon, på grund av medicinska myndigheternas vägran att utföra abort, var tvungen att genomgå bedrövelsen att se dotterns deformitet samtidigt vetandes att dottern snart kommer att dö. Ett psykiatriskt intyg från augusti 2001 bevisade att hon sjönk i djup depression och de allvarliga följderna som detta medförde med tanke på hennes unga ålder.<sup>333</sup> MR-kommittén anser att följderna kunde ha förutsetts eftersom fostrets anencefali bekräftats. Trots detta

<sup>327</sup> K.L. v. Peru, Human Rights Committee 22.11.2005, UN doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, para. 1.

<sup>328</sup> *Ibid.*, para. 2.1-2.2.

<sup>329</sup> *Ibid.*, para. 2.3.

<sup>330</sup> *Ibid.*, para. 2.6.

<sup>331</sup> *Ibid.*, para. 3.3.

<sup>332</sup> *Ibid.*, para. 6.2.

<sup>333</sup> *Ibid.*, para. 6.3.

förnekades tillgången till abort. Därmed anser MR-kommittén att orsaken för Llantoy Huamáns lidande var Perus försummelse att erbjuda terapeutisk abort. Kommittén hänvisar till sin allmänna kommentar 20 som tolkar artikel 7 att inkludera både fysiskt och mentalt lidande, och att skyldigheten att skydda är speciellt viktig i frågan om minderåriga.<sup>334</sup> Kommittén anser därmed att det förekommit en kränkning av MP-konventionens artikel 7 om grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Dock anser kommittén, med hänsyn till kränkningen av artikel 7, att det inte är nödvändigt att besluta om en kränkning av konventionens artikel 6 om rätten till liv.<sup>335</sup>

MR-kommitténs tolkning och beslut i fallet *K.L. v. Peru* tyder på att myndigheternas medvetenhet om den risk som graviditeten utsätter modern för utgör ett krav på att en kränkning av MP-konventionens artikel 7 kan anses ha förekommit i fall som berör mödrahälsa. Kommittén grundar sitt beslut på den omfattande betoningen av medicinska myndigheternas medvetenhet, i samband med lidandets allvarlighet och Llantoy Huamáns unga ålder. Dock diskuterar MR-kommittén inte skillnaderna mellan de olika formerna av misshandel inkluderade i artikel 7. Llantoy Huamán hävdar uttryckligen en kränkning av grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>336</sup> Senare hävdar hon att tvånget att fortsätta graviditeten utgör grym eller omänsklig behandling.<sup>337</sup> MR-kommittén specificerar inte vilken eller vilka former av misshandel kränkningen utgör, utan formulerar beslutet endast som en kränkning av artikel 7. Detta bekräftar kommitténs tolkning om att det inte är nödvändigt att fastslå skillnaderna mellan de olika formerna av misshandel, vilken kommittén även uttryckte i sin allmänna kommentar nr 20.<sup>338</sup> Det betyder alltså att då eventuell misshandel i mödrahälsofall inte överskrider tröskeln för att utgöra en kränkning av förbudet mot tortyr, betyder det inte att den inte kan utgöra en kränkning av förbudet mot grym, omänsklig eller förnedrande behandling.

I det ovannämnda fallet angår det individuella klagomålet ett land där abortlagstiftningen tillåter abort i fall där moderns liv eller hälsa är i fara. År 2016 antog MR-kommittén ett beslut i det individuella klagomålet *Mellet v. Ireland*,<sup>339</sup> där frågan om ifall en stats strikta

<sup>334</sup> *K.L. v. Peru*, Human Rights Committee 22.11.2005, UN doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, para. 6.3. Se Human Rights Committee General Comment No. 20 (1992), UN doc. CCPR/GEC/6621/E, para. 2 & 5.

<sup>335</sup> *K.L. v. Peru*, Human Rights Committee 22.11.2005, UN doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, para. 6.3.

<sup>336</sup> *Ibid.*, para. 3.2(b).

<sup>337</sup> *Ibid.*, para. 3.4.

<sup>338</sup> Human Rights Committee General Comment No. 20 (1992), UN doc. CCPR/GEC/6621/E, para. 4.

<sup>339</sup> *Mellet v. Ireland*, Human Rights Committee 17.11.2016, UN doc. CCPR/C/116/D/2324/2013.

abortlagstiftning kan utgöra en kränkning av MP-konventionens artikel 7 om förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling blev aktuell. Den klagande i fallet, en irländsk kvinna vid namn Amanda Jane Mellet, blev gravid år 2011. I november 2011 fick hon veta att fostret led av hjärtfel vilket enligt vårdpersonalen kommer att leda till fostrets död före eller kort efter förlossningen. Vårdpersonalen förklarade dock att avbrytandet av graviditeten inte var lagenligt i Irland men att hon kunde välja att ”resa”. Vårdpersonalen förklarade inte vad ”resandet” innebar, och kunde heller inte tillhandahålla information om tillförlitliga sjukhus utanför Irland.<sup>340</sup> Mellet beslöt sig för att avbryta graviditeten och kontaktade en familjeplaneringsorganisation som hjälpte henne att komma i kontakt med ett kvinnosjukhus i Liverpool, Storbritannien.<sup>341</sup>

Tio dagar senare flög Mellet med sin man till Liverpool där hon genomgick en laglig abort. Efter en 36 timmars förlossning av det döda fostret var Mellet – fortfarande svag och blödande – och hennes man tvungna att återvända till Irland eftersom de inte hade råd att stanna längre. Mellet erbjöds ingen eftervård i Irland. Hon kände att hon var i behov av handledning för den sorg och trauma som aborten orsakat, men sjukhus i Irland erbjöd inte denna handledning för kvinnor som genomgått en abort.<sup>342</sup>

Den klagande hävdar att Irlands abortlagstiftning utsatt henne för grym, omänsklig och förnedrande behandling och inskränkt hennes värdighet och fysiska och mentala integritet genom att: 1) förneka henne reproduktiv hälsovård och handledning; 2) tvinga henne till att fortsätta bära ett döende foster; 3) tvinga henne att avbryta graviditeten utomlands; och 4) utsätta henne för intensiv stigmatisering.<sup>343</sup>

MR-kommittén anser att även om ett särskilt beteende eller en handling är laglig enligt den nationella lagstiftningen betyder det inte att beteendet eller handlingen inte kan inskränka artikel 7 av MP-konventionen.<sup>344</sup> Statens handling, i enlighet med den nationella lagstiftningen, utsatte den klagande för allvarligt fysiskt och mentalt lidande genom att inte tillhandahålla den vård eller information som hon varit i behov av. Detta

---

<sup>340</sup> Mellet v. Ireland, Human Rights Committee 17.11.2016, UN doc. CCPR/C/116/D/2324/2013, para. 2.1-2.2.

<sup>341</sup> *Ibid.*, para. 2.2.

<sup>342</sup> *Ibid.*, para. 2.4-2.5.

<sup>343</sup> *Ibid.*, para. 3.1.

<sup>344</sup> *Ibid.*, para. 7.4.

lidande kunde bland annat ha undvikits ifall den klagande hade tillåtits att avbryta graviditeten i den familjära omgivningen i sitt eget land och av den vårdpersonal som hon kände och litade på.<sup>345</sup> Kommittén anser vidare att MP-konventionens artikel 7 inte tillåter några inskränkningar, och att inga förmildrande omständigheter kan åkallas för att rättfärdiga en kränkning av artikel 7. Därmed anser MR-kommittén att statens handlingar i Mellets fall utgör grym, omänsklig eller förnedrande behandling, och med detta en kränkning av konventionens artikel 7.<sup>346</sup>

I likhet med MR-kommitténs beslut i fallet *K.L. v. Peru*, bevisar kommitténs beslut i fallet *Mellet v. Ireland* att stater idag inte endast anses ha en förpliktelse att försäkra tillgången till säkra aborter då graviditeten utgör ett hot mot moderns fysiska hälsa eller liv. Till skillnad från fallet *K.L. v. Peru* var Mellet inte informerad om någon fysisk risk som graviditeten kunde utsätta henne för.

## 6. Osäker abort som orsak för mödradöd

### 6.1 Orsaker till och konsekvenser av osäker abort

Trots vetenskapliga framsteg som möjliggör utförandet av säkra aborter på primärvårdsnivå avbryts ungefär 25 miljoner, det vill säga cirka 45 procent, av alla graviditeter genom en osäker abort.<sup>347</sup> Det verkliga antalet osäkra aborter som utförs i världen är dock svårt att bekräfta, speciellt i länder där tillgången till abort är rättsligt begränsat. Oavsett om aborter är lagliga eller inte är de ofta stigmatiserade och censurerade av bland annat politiska och religiösa ledare. Därmed är felaktig och bristfällig rapportering vanligt även i länder där tillgången till abort är rättsligt tillåten.<sup>348</sup>

---

<sup>345</sup> Mellet v. Ireland, Human Rights Committee 17.11.2016, UN doc. CCPR/C/116/D/2324/2013, para. 7.4.

<sup>346</sup> *Ibid.*, para. 7.6.

<sup>347</sup> Ganatra et al. 2017, s. 2372. Se även WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 15.01.2019.

<sup>348</sup> Grimes et al. 2006, ss. 1-2. Se även WHO: Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, Fourth Edition, 2004, tillgänglig på



Enligt Världshälsoorganisationen är en abort osäker då graviditeten avbryts av en eller flera personer som saknar de nödvändiga färdigheterna, eller om graviditeten avbryts i en omgivning som inte når upp till de lägsta medicinska kraven.<sup>349</sup> De nödvändiga färdigheterna och de medicinska kraven beror på sättet att utföra aborten. Aborter är mindre säkra då det utgörs med hjälp av föråldrade metoder även om utföraren av avbrytandet av graviditeten är utbildad.<sup>350</sup> En osäker abort kan orsaka skador som påverkar kvinnors livskvalitet och välmående, och kan till och med orsaka livshotande komplikationer. De livshotande komplikationerna orsakade av de mest osäkra aborterna omfattar allvarliga blödningar, infektioner, skada till genitalområdet och de inre organen.<sup>351</sup>

Den vanligaste anledningen för kvinnor och flickor att genomgå osäkra aborter är avbrytandet av oönskade graviditeter utan tillgång till säker abort. Orsaker för att kvinnor och flickor som önskar avbryta en oönskad graviditet inte har tillgång till säker abort inkluderar strikt abortlagstiftning, dålig tillgång till nödvändiga tjänster, höga kostnader, stigma, eller vårdpersonalens vägran att utföra abort av samvetsskäl.<sup>352</sup> Vidare kan kvinnors bristfälliga kunskap om relevanta lagar påverka deras tillgång till säker abort, även i länder med långvariga liberala lagar.<sup>353</sup> Till och med i länder där frivilliga aborter är rättsligt tillåtna kan missuppfattningar om lagligheten för minderåriga att ha samlag fördröja ungdomar från att söka vård. I flera kulturer kan dessa uppfattningar om laglighet bero på det stigma som sammankopplas med föräktenskapligt eller utomäktenskapligt sexuellt umgänge.<sup>354</sup> Bristfällig kunskap och missuppfattningar om vad som är lagenligt kan alltså orsaka hinder som inte egentligen är grundade på korrekt information och existerande lagar.

---

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9241591803/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241591803/en/), senast besökt 15.1.2019, s. 6.

<sup>349</sup> WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>350</sup> *Ibid.*

<sup>351</sup> *Ibid.*

<sup>352</sup> *Ibid.*

<sup>353</sup> Grimes et al., 2006, s. 1913.

<sup>354</sup> *Ibid.*

## 6.2 Rätten till hälsa, icke-diskriminering och tillgång till säker abort

Nästintill varje mödradödsfall eller handikapp som orsakas av abort kunde förebyggas med hjälp av sexualundervisning, användning av effektiva preventivmedel, tillgång till säker och laglig abort, samt vård av abortrelaterade komplikationer som är given utan dröjsmål.<sup>355</sup> Dock är dessa tjänster inte tillgängliga för varje kvinna.

Förekomsten av osäkra aborter beror på den diskriminering och maktdynamik som råder i flera samhällen. Mansdominerade ideologier formar politiken kring abort, preventivmedel, sexualundervisning och kvinnors förmåga att göra självständiga val.<sup>356</sup> Abort är även mycket stigmatiserat vilket leder till att få kvinnor väljer att prata öppet om sina erfarenheter. Därmed förekommer det mycket felaktig information om abort, och kvinnor utsätter sig för onödiga risker genom att antingen själv försöka framkalla abort, eller genom att vända sig till okvalificerade utförare. Dessa bidragande faktorer påverkar fattiga och utbildade kvinnor oproportionerligt.<sup>357</sup>

Orsaken till att fattiga och utbildade kvinnor söker osäkra aborter är att de ofta är omedvetna om sina rättigheter och inte har de resurser som krävs för att betala för säkra aborttjänster. Vidare har fattiga kvinnor ofta svårigheter att betala för den fysiska resan som krävs för att få tillgång till aborttjänster, inkluderande osäkra tjänster. Den tid som det tar för en fattig kvinna att samla in pengar för att ha råd med abort leder till att förfarandet skjuts upp,<sup>358</sup> vilket ökar på risken för komplikationer, och med detta risken för mödradöd. Därmed är det väsentligt att beslutsfattare är medvetna om de grupper som kräver särskild uppmärksamhet när det kommer till förebyggandet av oplanerad graviditet och osäker abort. Dock är det på grund av begränsade uppgifter svårt att dokumentera socioekonomiska och demografiska skillnader i osäkra aborter i enlighet med bland annat kvinnans utbildning, inkomst och etnicitet.<sup>359</sup>

Förebyggandet av oönskade graviditeter och osäkra aborter kräver enligt ESK-kommittén att stater ska anta rättsliga och politiska åtgärder för att försäkra varje flickas och kvinnas

---

<sup>355</sup> WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>356</sup> Kehoe et al. 2010, s. 155

<sup>357</sup> *Ibid.*, ss. 155-156.

<sup>358</sup> *Ibid.*, s. 154.

<sup>359</sup> Paul et al. 2009, s. 17.

tillgång till ekonomiskt tillgängliga, säkra och effektiva preventivmedel och sexualundervisning, och avreglera abortlagstiftningen. Vidare ska stater försäkra flickors och kvinnors tillgång till säkra aborttjänster och vård efter abort, vilket inkluderar utbildandet av vårdutgivare. Stater ska även respektera kvinnors rätt att anta egna beslut i relation till deras sexuella och reproduktiva hälsa.<sup>360</sup>

MR-kommittén anser att medlemsstater ska erbjuda säker, laglig och effektiv tillgång till abort i fall där den gravida kvinnans liv och hälsa är i fara, eller då slutförandet av graviditeten skulle orsaka betydande smärta eller lidande. Då en kvinna eller flicka genomgått en osäker abort som lett till komplikationer är hon i behov av akutvård. Stater ska försäkra tillgängligheten av, och effektiv tillgång till, prenatal vård och vård efter abort under alla omständigheter och av bra kvalitet.<sup>361</sup> Denna vård ska även erbjudas konfidentiellt.<sup>362</sup>

Vårdleverantörer är förpliktade att erbjuda livräddande vård till varje kvinna som genomgår abortrelaterade komplikationer. Detta inkluderar även vård för komplikationer orsakade av osäkra aborter, oavsett om den genomförda aborten varit laglig eller inte.<sup>363</sup> Dock förekommer det situationer där vården för abortrelaterade komplikationer endast erbjuds om kvinnan tillhandahåller information om den person eller personer som utfört den olagliga aborten. Detta sätt att tvinga fram bekännelser av kvinnor som är i behov av akutvård efter en olaglig abort utsätter kvinnor i livsfara.<sup>364</sup>

En kvinnas tillgång till säker abort kan vidare förhindras på grund av att vårdgivaren vägrar att utföra en abort av samvetsskäl. Medan fokuset inom hälso- och sjukvård i allmänhet ligger på patientens välmående bör även vårdpersonalens välmående och rättigheter tas i beaktande.<sup>365</sup> Vårdgivarens etiska och moraliska ståndpunkt är sammankopplat till hans eller hennes välmående. När en patient söker kontroversiell vård, inkluderande aborttjänster, kan vårdgivarens rätt till invändning av samvetsskäl därmed

---

<sup>360</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 28.

<sup>361</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

<sup>362</sup> *Ibid.*

<sup>363</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 49(e).

<sup>364</sup> WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

<sup>365</sup> Lamb 2016, ss. 34-35.

stå i konflikt med utförandet av denna tjänst. Vårdgivarens rätt att vägra att utföra aborten av samvetsskäl betyder dock inte att patientens rätt till abort förnekas, men kan däremot påverka tillhandahållandet av denna tjänst.<sup>366</sup>

Enligt MR-kommittén ska medlemsstater inte införa nya hinder, och avlägsna existerande hinder, som strider mot deras skyldighet att försäkra att kvinnor och flickor inte ska behöva genomgå osäkra aborter. Detta betyder att stater ska avlägsna alla hinder som förhindrar kvinnors och flickors tillgång till säker och laglig abort, inkluderande hinder som uppstår till följd av individuella vårdgivares invändning av samvetsskäl.<sup>367</sup> I sin allmänna kommentar nr 22 anser ESK-kommittén att ifall en kvinna inte har tillgång till den behandlingen som hon är i behov av bör hon hänvisas till en tillgänglig vårdgivare som är villig och kunnig att utföra denna behandling. Staten ska även försäkra att en vårdgivares invändning att utföra en handling på grund av samvetsskäl inte förhindrar tillgång till vård i akutsituationer.<sup>368</sup> Likaledes ansåg MR-kommittén i sina slutsatser för Polens senaste periodiska rapport att staten ska öka effektiviteten av hänvisningsmekanismer för patienter för försäkran av tillgången till laglig abort i situationer då en individuell vårdgivare invänt av samvetsskäl.<sup>369</sup>

### 6.3 Vems rätt till liv? - Moderns rättigheter i förhållande till fostrets rättigheter

Ett problem som ofta förknippas med abort är konflikten mellan moderns gentemot fostrets rättigheter. Rätten till liv berör alla människor, något som redan diskuterats tidigare i denna avhandling. En växande trend - med ofta ideologisk eller religiös bakgrund - är tolkningen att rätten till liv utsträcker sig till innan födseln. I vissa fall anses rätten redan beröra embryon, det vill säga att livet redan skulle börja vid befruktningsskedet. Denna uppfattning kan utgöra en risk för förverkligandet av moderns rättigheter, eftersom moderns och det ofödda barnets rättigheter därmed skulle anses vara

---

<sup>366</sup> Lamb 2016, s. 40.

<sup>367</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

<sup>368</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 43.

<sup>369</sup> Human Rights Committee, Concluding observations: Poland, 23.11.2016, UN doc. CCPR/C/POL/CO/7, para. 24.

lika värda, och kan stå i konflikt med varandra. Den bakomliggande orsaken till tolkningen av att rätten till liv redan börjar vid befruktningsskedet är ofta att kriminalisera avbrytandet av graviditet.<sup>370</sup> Detta kriminaliserande av aborter leder till en ökning i antalet osäkra aborter, vilket i sin tur leder till flera mödradödsfall. Därmed är även diskussionen om moderns rätt till liv i förhållande till fostrets rätt till liv relevant i frågan om osäkra aborter.

Då det uppstår situationer där moderns hälsa och liv riskeras av komplikationer i graviditeten är det inte endast frågan om moderns rättigheter, utan även om fostrets välmående och rättigheter. I en för modern livshotande situation finns det risk för att fostret mister sitt liv vid avbrytandet av graviditeten, medan i andra fall har fostret utvecklats tillräckligt långt för att kunna överleva utanför moderns kropp. I fall där fostret inte överlever utanför moderns kropp blir besvarandet av frågan ”när börjar rätten till liv?” relevant. Dock kräver besvarandet av denna fråga först ett svar på frågan ”när börjar livet?” – en fråga som det än idag finns flera syner på, vilket människorättskonventioner måste ta i beaktande. Emellertid kan konflikten mellan moderns och fostrets rättigheter studeras från en mer allmän synvinkel. Vi antar att modern och fostret har lika rättigheter, har modern då en rätt att avsluta graviditeten om det krävs för att rädda sitt eget liv?

I graviditeten är fostrets liv beroende av en kränkning av moderns rätt till kroppslig integritet. Fostret har oundvikligen och oskyldigt kränkt moderns kroppsliga integritet, vilket leder till en moralisk asymmetri.<sup>371</sup> Dock kan detta motargumenteras genom att kräva åtminstone någon grad av ansvar av modern för graviditeten, utom i våldtäktsfall. I våldtäktsfall anses modern inte bära något ansvar för graviditeten, medan i övriga fall kan graden av ansvar variera.<sup>372</sup> Däremot kan fostrets rätt till liv inte anses bero på befruktningssättet, det vill säga att ett våldtäktsfall inte kan tänkas eliminera fostrets rätt till liv. En tolkning är att även i fall där modern skulle bära ansvar för graviditeten ansvarar hon trots allt inte för fostrets behov av hennes kropp, eftersom fostrets rätt till

---

<sup>370</sup> Center for Reproductive Rights: Whose Right to Life? Women's Rights and Prenatal Protections under Human Rights and Comparative Law, 2014, tillgänglig på [https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/GLP\\_RTL\\_ENG\\_Updated\\_8%2014\\_Web.pdf](https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/GLP_RTL_ENG_Updated_8%2014_Web.pdf), senast besökt 10.11.2019, s. 1.

<sup>371</sup> Wicks 2010, ss. 167-168.

<sup>372</sup> Till exempel användningen av preventivmedel kan argumenteras att minska på moderns ansvar för graviditeten. Diskussionen om kravet för ansvarstagande är debatterad, men behandlas inte vidare i denna avhandling. Se Wicks 2010, ss. 168-169.

liv inte omfattar rätten att vistas i och använda sig av moderns kropp.<sup>373</sup> Dock leder detta inte till moderns rätt att döda fostret, utan endast att inte längre erbjuda användningen av hennes kropp. Detta skulle betyda att modern endast har en rätt att be om avlägsnandet av fostret från hennes kropp, vilket emellertid kan leda till fostrets död.<sup>374</sup>

En annan tolkning är att livet börjar då ett foster är livskraftigt, det vill säga när fostret är kapabelt att födas vid liv och har möjlighet att överleva självständigt utanför moderns kropp.<sup>375</sup> Emellertid kräver ett foster som nyligen blivit livskraftigt modern teknologi för sin överlevnad, vars tillgång beror på nivån och kvaliteten av den tillgängliga vården.<sup>376</sup> Beroende på den tillgängliga vården kan alltså ett livskraftigt foster överleva, och ifall moderns hälsa eller liv hotas av den fortsatta graviditeten kan fostret avlägsnas, vilket möjliggör överlevnaden för både modern och fostret. Ifall fostret inte ännu är livskraftigt, och moderns liv hotas av graviditeten, återstår endast två möjligheter: att graviditeten avbryts, det vill säga att endast modern överlever, eller att både modern och fostret avlider.

De folkrättsliga konventionerna har undvikit att ta ställning om fostrets rätt till liv. Det är ingen överraskning, eftersom ämnet är väldigt debatterat och ingen konsensus skulle kunna uppnås. Konventionerna har därmed lämnat tolkningen av ifall fostret har en rätt till liv - och vad den skulle omfatta - till kommittéerna. I frågan om fall där moderns hälsa eller liv är hotat har ESK-, MP- och Kvinnokommitténs tolkningar berörande omfattningen av statens skyldigheter varit klar. Staten är skyldig att försäkra tillgången till vård, inkluderande tillgång till abort, då moderns hälsa eller liv är hotat.<sup>377</sup>

Aborter utförs dock inte endast då moderns hälsa eller liv är hotat. Enligt MR-kommittén har stater en rätt att reglera tillgången till de så kallade "frivilliga aborterna", det vill säga då moderns hälsa eller liv inte är hotat av den fortsatta graviditeten.<sup>378</sup> När en stat förbjuder abort på frivilliga grunder betyder det emellertid inte att denna slags aborter

---

<sup>373</sup> Wicks 2010, ss. 169-170.

<sup>374</sup> *Ibid.*, s. 170.

<sup>375</sup> *Ibid.*, 18.

<sup>376</sup> *Ibid.*, s. 19.

<sup>377</sup> Se till exempel Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

<sup>378</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

inte längre förekommer. Aborter utförs istället olagligt, vilket kan leda till komplikationer som i värsta fall leder till mödradöd.

#### 6.4 Statens förpliktelse att förebygga osäkra aborter som del av förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling

Kommittén mot tortyr har uttryckt sig berörande fall där vårdpersonal vägrar att utföra tjänster som krävs för försäkrandet av att gravida kvinnor inte ska behöva genomgå osäkra aborter som hotar deras liv. Kommittén anser att ifall detta förekommer har en stat underlåtit att anta åtgärder för att förebygga handlingar som allvarligt hotar kvinnors fysiska och mentala hälsa, vilket utgör grym och omänsklig behandling.<sup>379</sup> Vidare anser kommittén att erbjudandet av vård åt kvinnor som lider av komplikationer till följd av en olaglig abort endast ifall de tillhandahåller information om den person som utfört aborten, vilken sedan används för rättsliga förfaranden gentemot kvinnorna och tredje parter, är i strid med bestämmelserna i Konventionen mot tortyr.<sup>380</sup> Kommittén mot tortyr har uppmanat stater att eliminera praxisen att tvinga fram bekännelser för bestraffningssyfte av kvinnor som ansöker om akutvård efter en olaglig abort. Stater ska även försäkra omedelbar och ovillkorlig vård av personer som söker akutvård.<sup>381</sup>

Hittills har denna avhandling bevisat att nekandet av tillgång till abort då graviditeten utgör ett hot mot kvinnans hälsa eller liv kan utgöra en kränkning av förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Dock förklarades det i kapitel 6.1 att kvinnor inte endast genomgår osäkra aborter ifall deras hälsa eller liv är i fara, det vill säga att orsaken bakom att en kvinna genomgår en abort inte nödvändigtvis grundar sig i kvinnans strävan att bevara sin egen hälsa. Istället är det den osäkra aborten, det vill säga själva behandlingen, som kan utsätta kvinnans hälsa eller liv i fara. Detta väcker dock frågan om ifall kvinnor enligt folkrätten har en rätt att genomgå en abort utöver i de

---

<sup>379</sup> Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Peru, 25.7.2006, UN doc. CAT/C/PER/CO/4, para. 23.

<sup>380</sup> Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Chile, 14.6.2004, UN doc. CAT/C/CR/32/5, para. 6(j).

<sup>381</sup> *Ibid.*, para. 7(m).

fall då kvinnans hälsa eller liv är i fara. Detta är emellertid en fråga som denna avhandling inte strävar till att besvara.

I de fall som tidigare diskuterats i denna avhandling och som berört situationer där graviditeten utgjort ett hot mot en kvinnas hälsa eller liv, och kvinnan därmed varit i behov av att genomgå en abort för att bevara sin egen hälsa, har lagstiftningen av staterna i fråga tillåtit en abort under dessa omständigheter. Istället har kvinnans tillgång till säker och laglig abort hindrats av oklarheter i lagstiftningens tolkning, vilket orsakat svårigheter för vårdpersonalen att anta effektiva beslut och därmed haft en negativ påverkan på vårdinrättningens funktionalitet. Därmed har kommittéerna inte haft behov att i dessa fall anta beslut om ifall en stats strikta abortlagstiftning i sig kan utgöra en kränkning av de internationella mänskliga rättigheterna.<sup>382</sup>

Erkännandet av det mentala lidandet som förnekandet av tillgången till en laglig och säker abort kan utsätta en kvinna för, och att detta kan utgöra en kränkning av förbudet mot grym, omänsklig eller förnedrande behandling, kan leda till att färre kvinnor behöver genomgå osäkra aborter för att avbryta graviditeter. Dock minskar det fortfarande inte på antalet osäkra aborter som utförs på grund av övriga skäl, som till exempel oönskade graviditeter. I stater med strikt abortlagstiftning där avbrytandet av oönskade graviditeter inte är tillåtet är det främst en fråga om utvecklingen av förebyggande åtgärder, det vill säga tillgång till preventivmedel och familjeplanering, samt tillgång till effektiv vård efter olagliga, och ofta osäkra, aborter.

## 6.5 Är en olaglig abort alltid osäker?

År 2011 antog MR-kommittén ett beslut i fallet *L.M.R. v. Argentina* berörande rätten till liv i förhållande till statens underlåtelse att försäkra tillgång till abort.<sup>383</sup> Detta fall erbjöd MR-kommittén en ypperlig chans att ta ställning till de hot som kvinnor utsätts för när de är tvungna att genomgå olagliga aborter som sista utväg, och att anta ett banbrytande

---

<sup>382</sup> Se Mitra 2017, s. 169.

<sup>383</sup> *L.M.R. v. Argentina*, Human Rights Committee 28.4.2011, UN doc. CCPR/C/101/D/1608/2007.



beslut om en eventuell kränkning av rätten till liv. Dock beslöt sig MR-kommittén att främst fokusera på de övriga omständigheterna av fallet.

L.M.R. är en kvinna med mental funktionsnedsättning, med en mental ålder motsvarande en 8 till 10-åring, som blivit gravid som följd av våldtäkt. Efter att graviditeten upptäckts i juni 2006 ansökte hennes moder om avbrytandet av graviditeten, vilket enligt den argentinska lagstiftningen är tillåtet i våldtäktsfall av personer med mental funktionsnedsättning.<sup>384</sup> Efter ett nekande svar överklagade modern beslutet, varefter högsta domstolen tillät utförandet av en abort. Dock vägrade sjukhuset att utföra en abort eftersom erhållandet av domstolens godkännande av avbrytandet av graviditeten tagit en lång tid och graviditeten därmed fortskridit för långt.<sup>385</sup> Med hjälp från lokala kvinnoorganisationer kontaktade familjen övriga sjukhus men inget av sjukhusen gick med på att utföra avbrytandet av graviditeten. L.M.R. var till slut tvungen att genomgå en olaglig abort.<sup>386</sup>

Framställaren av fallet, L.M.R.:s moder, hävdar bland annat att nekandet av en laglig abort utgjort en kränkning av L.M.R.:s rätt till liv.<sup>387</sup> Enligt henne har staten underlåtit att anta nödvändiga åtgärder för att försäkra tillgången till en säker abort. Dock fann MR-kommittén inga bevis på att L.M.R.:s liv hotats av graviditeten, eller att omständigheterna berörande det slutliga avbrytandet av graviditeten skulle ha utsatt hennes liv för fara.<sup>388</sup> MR-kommittén ansåg emellertid att statens underlåtenhet att försäkra L.M.R.:s rätt till avbrytandet av graviditeten i enlighet med argentinsk lagstiftning, och av familjens begäran, orsakat L.M.R. fysiskt och mentalt lidande utgörande en kränkning av artikel 7. Kommittén ansåg vidare att denna kränkning var speciellt allvarlig eftersom offret var en ung flicka med handikapp.<sup>389</sup>

I sin allmänna kommentar nr 36 anser MR-kommittén att stater bör försäkra tillgången till laglig abort i fall där genomförandet av graviditeten utgör omfattande smärta eller lidande för modern, det vill säga speciellt i våldtäktsfall.<sup>390</sup> I fallet *L.M.R. v. Argentina*

---

<sup>384</sup> L.M.R. v. Argentina, Human Rights Committee 28.4.2011, UN doc. CCPR/C/101/D/1608/2007, para. 2.3.

<sup>385</sup> *Ibid.*, para. 2.4-2.6.

<sup>386</sup> *Ibid.*, para. 2.8.

<sup>387</sup> *Ibid.*, para. 3.7.

<sup>388</sup> *Ibid.*, para. 8.6.

<sup>389</sup> *Ibid.*, para. 9.2.

<sup>390</sup> Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36, para. 8.

utgör graviditeten inte ett hot för moderns liv, däremot utsätter det L.M.R. för mentalt lidande. Därmed är kommitténs nekande beslut i frågan om en kränkning av rätten till liv från denna synpunkt obestridlig. Dock var L.M.R. tvungen att genomgå en hemlig abort. MR-kommitténs tolkning i fallet antyder att då en kvinna är tvungen att genomgå en olaglig abort kan hennes rätt till liv endast anses ha blivit kränkt om aborten utsätter hennes liv i fara. Även om det kan tolkas att L.M.R.:s abort utförts av en någorlunda kunnig person, eftersom familjen fått hjälp av lokala kvinnoorganisationer, uppstår frågan om en hemlig och olaglig abort ändå kan anses vara fullkomligt säker.

Abortens rättliga status påverkar inte i sig dess grad av säkerhet. En rättsligt tillåten abort kan vara osäker ifall den uppfyller en eller båda av Världshälsoorganisationens kriterier för osäker abort, som nämndes i kapitel 6.1. Kriterierna uppger inte heller att en säker abort behöver utföras vid en officiell vårdinstitution eller av anställd vårdpersonal. I själva verket utför även utbildade läkare och sjukskötare illegala aborter i länder med strikt abortlagstiftning. Dessa illegala aborter som utförs av professionella vårdutövare är säkrare än de aborter som utförs med hjälp av traditionella metoder eller av okunniga personer. Dock garanterar inte heller abortutförarens profession abortens säkerhet, eftersom läkare i flera länder inte behärskar utförandet av kirurgisk abort och fortfarande använder sig av föråldrade metoder.<sup>391</sup>

En olaglig abort behöver alltså inte alltid vara osäker, medan en laglig abort inte heller alltid är säker. Tillgången till dessa illegala aborter utförda av utbildade personer är emellertid en kostnadsfråga.<sup>392</sup> I allmänhet är kostnaden lägre för en abort utförd av en mindre kunnig person, och samtidigt är sannolikheten större att de metoder som denna person använder är farliga och att det uppstår komplikationer. Förmågan att betala avgör alltså nivån av säkerhet, vilket betyder att det i låginkomstländer med strikt abortlagstiftning oftast är de fattigaste kvinnorna som inte har tillgång till säker abort.<sup>393</sup>

En myt som ofta används som argument för att rättfärdiga strikta abortlagstiftningar är att legaliseringen av abort skulle leda till en ökning av aborter. Legaliseringen av abort, det vill säga att göra aborter säkra och tillgängliga, ökar inte avsevärt på efterfrågan av

---

<sup>391</sup> Singh et al. 2009, s. 28.

<sup>392</sup> *Ibid.*, s. 26.

<sup>393</sup> *Ibid.*, s. 27.

aborttjänster. Från statens synpunkt kommer abortrelaterade kostnaderna alltså inte att överbelasta hälsovårdsinfrastrukturen. Däremot kan legaliseringen av abort till och med leda till att efterfrågan för aborttjänster avtar: i Nederländerna, där tillgången till abort och preventivmedel är både lagligt och gratis, är antalet aborter ett av de lägsta i världen.<sup>394</sup>

## 6.6 Skyldigheten att erbjuda tillgång till preventivmedel – nyckeln för förebyggandet av osäkra aborter?

I kapitel 6.1 konstaterades att den vanligaste orsaken för att en kvinna beslutar sig för att genomgå en abort är på grund av oönskade graviditeter. Familjeplanering har en direkt inverkan på minskandet av antalet mödradödsfall eftersom det minskar på antalet graviditeter och därmed även graviditetsrelaterade komplikationer. Vidare minskar det på risken att behöva genomgå en osäker abort, dröjer den första graviditeten för unga kvinnor, och minskar på risker som är sammankopplade med flera och täta graviditeter.<sup>395</sup>

En allmän uppfattning är att de flesta kvinnor som genomgår aborter är unga flickor eller kvinnor. Dock är flera av de kvinnor som söker abort gifta och redan har flera barn. En orsak för att dessa kvinnor genomgår en abort är för att begränsa familjens storlek,<sup>396</sup> vilket tyder på otillfredsställande tillgång till preventivmedel. Även om preventivmedel förblir otillgängliga för flera gifta kvinnor, är tillgången till preventivmedel emellertid sämre för ogifta kvinnor, och särskilt flickor. Det otillfredsställda behovet av preventivmedel beror bland annat på könsnormer och bristfällig tillgång till preventivmedel, samt hälsoproblem orsakade av en viss preventivmetod.<sup>397</sup>

Tillgång till preventivmedel är en viktig del av rätten till hälsa, och nämndes i kapitel 2.3 om rätten till hälsa som en reproduktiv rättighet. Enligt ESK-kommittén inkluderar den reproduktiva rätten till hälsa en skyldighet för medlemsstater att försäkra tillgången till

---

<sup>394</sup> Grimes et al. 2006, s. 6.

<sup>395</sup> Ahmed et al. 2012, s. 111.

<sup>396</sup> Paul et al. 2009, ss. 16-17.

<sup>397</sup> *Ibid.*, ss. 17-18.

akutpreventivmedel.<sup>398</sup> Kommittén mot tortyr har också uppmanat stater att anta samtliga rättsliga och övriga åtgärder som är nödvändiga för att effektivt förebygga handlingar som utsätter kvinnors hälsa för allvarlig fara. Enligt kommittén inkluderar detta erbjudandet av nödvändig hälso- och sjukvård, förstärkandet av familjeplaneringsprogram och erbjudandet av bättre tillgång till information och reproduktiva hälsotjänster.<sup>399</sup>

Artikel 10 av Kvinnokonventionen fastställer jämlika rättigheter för kvinnor att "[...] fritt och under ansvar bestämma om antalet barn och tidrymden mellan havandeskapen samt att få tillgång till upplysning och utbildning liksom till de medel som erfordras för att kunna utöva denna rätt".<sup>400</sup> För att kunna göra informerade beslut om säkra och pålitliga preventivmedel anser Kvinnokommittén att kvinnor bör ha information om preventivmedel och deras användning, och tillgång till sexualundervisning och familjeplaneringstjänster, i enlighet med Kvinnokonventionens artikel 10, paragraf h.<sup>401</sup> Kvinnokommittén har vidare rekommenderat att stater prioriterar förebyggandet av oönskade graviditeter med hjälp av familjeplanering och sexualundervisning.<sup>402</sup>

Akutpreventivmedel är säkra och effektiva sätt att förebygga oönskade graviditeter.<sup>403</sup> De är avsedda för förebyggandet av graviditet efter oskyddat sex eller då den regelbundna preventivmetoden inte fungerat. Således är akutpreventivmedel viktiga för våldtäktsoffer, ungdomar, samt övriga marginaliserade grupper med svårigheter att få tillgång till regelbundna preventivmedel.<sup>404</sup> Akutpreventivmedel är emellertid det mest begränsade

---

<sup>398</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22, para. 13 & 45.

<sup>399</sup> Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Peru, 25.7.2006, UN doc. CAT/C/PER/CO/4, para. 23.

<sup>400</sup> Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor 1979, artikel 16, para. 1(e).

<sup>401</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 21 (1994), UN doc. A/49/38, para. 22; och Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor 1979, artikel 10, para. h.

<sup>402</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 24 (1999), UN doc. UN doc. A/54/38/Rev.1, para. 31(c).

<sup>403</sup> WHO: Emergency contraception: a guide for service delivery, 1998, tillgänglig på [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64123/WHO\\_FRH\\_FPP\\_98.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64123/WHO_FRH_FPP_98.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y), senast besökt 18.1.2019, s. 7. Se även UNFPA: The right to contraceptive information and services for women and adolescents, 2011, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>, senast besökt 18.1.2019, s. 16.

<sup>404</sup> Center for Reproductive Rights: Governments Worldwide Put Emergency Contraception into Women's Hands: A Global Review of Laws and Policies, 2004, tillgänglig på [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub\\_bp\\_govtswvec\\_0.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_govtswvec_0.pdf), senast besökt 18.1.2019, ss. 8-13.

moderna preventivmedlet på grund av felaktig informering av dess säkerhet, och missuppfattningen om att den är abortframkallande.<sup>405</sup> Förutom rättslig begränsning kan tillgången till akutpreventivmedel bland annat kräva en läkares förskrivning eller en förälders godkännande. Vidare är kunskaperna om akutpreventivmedel bristfälliga.<sup>406</sup> Eftersom akutpreventivmedel är effektivast när de är tagna inom 72 timmar efter oskyddat sex kan begränsningarna förhindra kvinnors tillgång till dem.<sup>407</sup>

I vissa omständigheter är risken att utsättas för en oönskad graviditet högre. Flyktingkvinnor och -flickor har ofta begränsad tillgång till reproduktiv vård, inkluderande preventivmedel och information om dessa. Vidare är flyktingkvinnor och -flickor speciellt utsatta för sexuellt utnyttjande. Dessa faktorer bidrar till ett omfattande antal oönskade graviditeter, vilket i sin tur kan leda till förekomsten av flera osäkra aborter och hög mödradödlighet.<sup>408</sup> Nästintill hälften av varje mödradödsfall i flyktingläger kan anknytas till osäkra aborter. Därmed är tillgången till preventivmedelstjänster och -information, inkluderande akuta preventivmedel, särskilt viktig i frågan om flyktingar. Bristfällig tillgång till akuta preventivmedel för våldtäktsoffer i och efter konfliktsituationer kan utsätta kvinnor och flickor för oönskade graviditeter, och således för en höjd risk av osäkra aborter.<sup>409</sup>

Även om användningen av preventivmedel kan minska på behovet av osäkra aborter, vilket i sin tur leder till färre mödradödsfall orsakat av osäkra aborter, är det inte svaret för utrotandet av mödradödlighet i sin helhet. Universell tillgång till preventivmedel betyder inte att alla oönskade graviditeter upphör, vilket betyder att behovet av säkra aborter inte heller upphör. Likaså leder inte heller förbudandet av säkra aborter till färre aborter, istället ökar det på antalet osäkra aborter. Därmed krävs det för utrotningen av förebyggbar både preventiva åtgärder i form av bland annat tillgång till

---

<sup>405</sup> International Consortium for Emergency Contraception: Improving access to emergency contraception, 2003, tillgänglig på [https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC\\_English\\_2003.pdf](https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC_English_2003.pdf), senast besökt 18.1.2019.

<sup>406</sup> *Ibid.* Se även Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Barbados, 24.8.1999, UN doc. CRC/C/15/Add.103, para. 25.

<sup>407</sup> International Consortium for Emergency Contraception: Improving access to emergency contraception, 2003, tillgänglig på [https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC\\_English\\_2003.pdf](https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC_English_2003.pdf), senast besökt 18.1.2019.

<sup>408</sup> UNFPA and the Center for Reproductive Rights: Briefing Paper: The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents, 2011, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>, senast besökt 15.6.2019, s. 11.

<sup>409</sup> *Ibid.*

familjeplaneringstjänster och preventivmedel, samt försäkrandet av tillgång till effektiv mödravård inkluderande säkra aborter och vård efter abort.

## 7. Avslutning

Denna avhandling har undersökt vilka förpliktelser rätten till hälsa, rätten till icke-diskriminering, rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, påför stater. Vidare diskuterades statens förpliktelser i förhållande till utrotandet av den enklast förebyggbara mödradödsorsaken: osäkra aborter.

Avhandlingen har strävat till att bevisa varför var och en av de fyra mänskliga rättigheterna är relevanta och sammanhängande i frågan om förebyggbar mödradödlighet. Varje rättighet erbjuder en ny synvinkel på problemet och påför väsentliga förpliktelser på stater att förebygga mödradödlighet. Emellertid är det rättigheternas olika tillämpningsmöjligheter som bäst bevisar varför var och en av dessa fyra rättigheter är väsentliga i frågan om förebyggbar mödradödlighet.

Medan ESK-rättigheterna, det vill säga rätten till hälsa och rätten till icke-diskriminering, ger breda tillämpningsmöjligheter, är staters förpliktelser i förhållande till dessa rättigheter svåra att definiera. Däremot är staters förpliktelser enklare att definiera i frågan om MP-rättigheterna rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Dock är tillämpningsmöjligheterna för dessa mer begränsade, eftersom bland annat rätten till liv främst kan anses ha blivit kränkt när modern mist sitt liv. Emellertid tyder MR-kommitténs nya allmänna kommentar på en bredare tolkning av rätten till liv och dess positiva förpliktelser, vilket betyder att MR-kommittén kan förväntas anta allt mer dynamiska beslut i frågan om mödravård.

De förpliktelser som rätten till hälsa, icke-diskriminering och liv, samt förbudet mot tortyr eller annan form av misshandel, påför stater är omfattande. Rätten till reproduktiv hälsa påför skyldigheter att respektera, skydda och fullgöra. Stater ska inte endast försäkra tillgången till och tillhandahållandet av mödravård, utan även försäkra tillgången till

preventiv behandling. Den preventiva behandlingen inkluderar preventivmedel, inkluderande akutpreventivmedel, och tillgång till information, bland annat genom familjeplaneringstjänster och sexualundervisning. I samband med mödravård har stater en skyldighet att erbjuda tillgång till väsentliga läkemedel. Den internationella utvecklingen antyder ett erkännande av tolkningen om att minimirättigheten till hälsa omfattar tillgången till primärhälsovård. Dock är det fortfarande oklart ifall mödravård tolkas vara inkluderat i begreppet primärhälsovård. Därmed finns det behov att klargöra vad minimirättigheten egentligen omfattar.

Mödradödligheten är högre bland de utsatta grupperna, inkluderande bland annat etniska minoriteter, fattiga, unga och invandrare. Även om ESK-konventionens rättigheter är gradvist förverkligbara, har stater en omedelbar förpliktelse att garantera rätten till hälsa utan diskriminering. Stater har även en omedelbar förpliktelse att anta en nationell handlingsplan, i vilken mödravård ska prioriteras. En stat kan inte direkt bortförklara dess underlåtenhet att försäkra tillgången till mödravård på grund av resursbrist. Ifall en stat hävdar resursbrist som orsak, måste staten bevisa att den gjort allt för att prioritera de tillgängliga resurserna för detta ändamål.

Staters förpliktelser i förhållande till rätten till liv inkluderar positiva förpliktelser att erbjuda vissa tjänster, främst i relation till hälsovård. En stats abortlagstiftning får inte kränka en gravid kvinnas rätt till liv, alltså ska tillgång till abort försäkras då moderns liv eller hälsa är i fara. En kränkning av rätten till liv kräver inte förlust av liv.

Underlåtenhet att förhindra handlingar som hotar kvinnans hälsa utgör grym och omänsklig behandling. Stater har en förpliktelse att anta bland annat lagstiftande och administrativa åtgärder för att skydda varje individ från tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling. Vidare ska stater försäkra omedelbar och ovillkorlig vård av personer som söker akutvård, inkluderande mödrar som är i behov av akutvård efter abort.

En stats vägran att erbjuda en viss mödravårdstjänst utgör diskriminering av kvinnor. Stater har en skyldighet att försäkra tillgången till säkra aborttjänster om moderns hälsa eller liv är hotat, eller om slutförandet av graviditeten skulle orsaka betydande smärta eller lidande, inkluderande mentalt lidande. Stater ska även försäkra tillgången till vård efter abort, oavsett om aborten varit laglig eller inte.

Utrotandet av förebyggbar mödradöd är beroende av flera mer eller mindre sammanhängande faktorer. Till exempel är hälso- eller sjukvårdens standard irrelevant ifall denna vård inte är tillgänglig för alla. Likaså är för alla tillgänglig vård obetydlig ifall denna inte omfattar tillgång till nödvändiga läkemedel eller vårdpersonalen inte är utbildad. Mödradöd är även beroende av övriga människorättsliga problem, som till exempel könsstymning och barnäktenskap, vilka ökar risken för mödradöd. Mödradöd är alltså inte endast orsakad av bristfällig tillgång till mödravård, och därmed krävs det helhetssyn för att utrota förebyggbar mödradödlighet.

Förutom saknaden av politisk möjlighet kan behovet för omfattande resurser anses utgöra den största orsaken varför minskandet av mödradödlighet på den senaste tiden upphört. Även om mödravård enligt ESK-kommittén inkluderas i minimirättigheten till hälsa gömmer sig flera stater bakom principen om det gradvisa förverkligandet av ESK-rättigheterna, och undviker att prioritera denna typ av vård när det kommer till resurstilldelning.<sup>410</sup> Därmed medför MR-kommitténs allt starkare ställning till förebyggbar mödradöd som del av rätten till liv och förbudet mot tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling en väsentlig utveckling mot ett – förhoppningsvis – framtida utrotande av förebyggbar mödradödlighet.

Diskussionen i denna avhandling bevisar att det återstår ett behov att tydliggöra ytterligare staters skyldigheter i frågan om utrotandet av förebyggbar mödradöd, samt att skapa strukturer för deras förverkligande. Minskandet på mödradöd kräver inte endast politisk vilja, men även omfattande resurser och fungerande infrastruktur.

---

<sup>410</sup> Forman et al. 2013, s. 2.



## KÄLLOR

### MONOGRAFIER OCH ARTIKLAR

Ahmed, Saifuddin et al., “Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries”, *The Lancet* 2012, vol. 380, nr 9837, 111-125.

Alston, Phillip, “Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights”, *Human Rights Quarterly* 1987, vol. 9, nr 3, 332-381.

Braveman, Paula & Gruskin, Sofia, “Defining Equity in Health”, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003, vol. 57, nr 4, 254-258.

Cohen, Jonathan & Ezer, Tamar, ”Human Rights in Patient Care: A Theoretical and Practical Framework”, *Health and Human Rights* 2013, vol. 15, nr 2, 7-19.

Cook, Rebecca J., “Advancing Safe Motherhood Through Human Rights”, i Merali, Isfahan & Oosterveld, Valerie, *Giving Meaning to Economic, Social and Cultural Rights*, 109-123, 2001, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Cook, Rebecca J. & Dickens, Bernard M., “Upholding pregnant women's right to life”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012, vol. 117, nr 1, 90-94.

Cook, Rebecca J., “International Human Rights and Women’s Reproductive Health”, *Studies in Family Planning*, 1993, vol. 24, nr 2, 73-86.

Cook, Rebecca J., “International Protection of Women's Reproductive Rights”, *New York University Journal of International Law and Politics*, 1992, vol. 24, nr 2, 645-727.

Cook, Rebecca J., *Women's health and human rights: the promotion and protection of women's health through international human rights law*, 1994, Geneva: World Health Organization.

Davies, Sara E., “Reproductive Health as a Human Right: A Matter of Access or Provision?”, *Journal of Human Rights* 2010, vol. 9, nr 4, 387-408.

Firoz, Tabassum et al., ”Measuring maternal health: focus on maternal morbidity”, *Bulletin of the World Health Organization* 2013, vol. 91, 794-796.

Forman, Lisa et al., “What could a strengthened right to health bring to the post-2015 health development agenda?: interrogating the role of the minimum core concept in advancing essential global health needs”, *BMC International Health and Human Rights* 2013, vol. 13, nr 48, 1-11.

Ganatra, Bela et al., “Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model”, *The Lancet* 2017, vol. 390, nr 10110, 2372-2381.

Grimes, David A. et al., "Unsafe abortion: the preventable pandemic", *The Lancet* 2006, vol. 368, nr 9550, 1908-1919.

Haddad, Lisa B. & Nour, Nawal M., "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality", *Reviews in obstetrics and gynecology* 2009, vol. 2, nr 2, 122-126.

Hunt, Paul & Gray, Tony, *Maternal Mortality, Human Rights and Accountability*, 2013, New York: Routledge.

Ibañez, Ximena Andión & Dekanosidze, Tamar, "The State's obligation to regulate and monitor private health care facilities: the Alyne da Silva Pimentel and the Dzebniauri cases", *Public Health Reviews* 2017, vol. 38, artikel 17, 1-9.

Juškevičius, Jonas & Balsienė, Janina, "Human Rights in Healthcare: Some Remarks on Limits of the Right to Healthcare", *Jurisprudencija: Mokslo darbu žurnalas* 2010, vol. 122, nr 4, 95-110.

Kehoe, Sean et al., *Maternal and Infant Deaths: Chasing Millennium Development Goals 4 and 5*, 2010., London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Krennerich, Michael, "The Human Right to Health. Fundamentals of a Complex Right" i Klotz, Sabine et al., *Healthcare as a Human Rights Issue*, 23-54, 2017, Bielefeld: Transcript Verlag.

Lamb, Christina, "Conscientious Objection: Understanding the Right of Conscience in Health and Healthcare Practice", *The New Bioethics* 2016, vol. 22, nr 1, 33-44.

Mapulanga-Hulston, Jackbeth K., "Examining the Justiciability of Economic, Social and Cultural Rights", *The International Journal of Human Rights* 2002, vol. 6, nr 4, 29-48.

Matthews, Zoë et al., "Examining the "Urban Advantage" in Maternal Health Care in Developing Countries", *PLOS Medicine* 2010, vol. 7, nr 9, e1000327.

Mitra, Anjori. "We're Always Going to Argue about Abortion: International Law's Changing Attitudes towards Abortion." *New Zealand Women's Law Journal* 2017, vol. 1, 142-181.

Müller, Amrei, "The Minimum Core Approach to the Right to Health. Progress and Remaining Challenges" i Klotz, Sabine et al., *Healthcare as a Human Rights Issue*, 55-93, 2017, Bielefeld: Transcript Verlag.

Paul, Maureen et al., *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, 2009, West Sussex: John Wiley & Sons.

Putu-Chekwe & Flood, "From Division to Integration: Economic, Social and Cultural Rights as Basic Human Rights" i Merali, Isfahan och Oosterveld, Valerie, *Giving*

*Meaning to Economic, Social and Cultural Rights*, 39-51, 2001, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Razavi, Shahra, "The 2030 Agenda: challenges of implementation to attain gender equality and women's rights", *Gender & Development* 2016, vol. 24, nr 1, 25-41.

Robertson, Robert E., "Measuring State Compliance with the Obligation to Devote the Maximum Available Resources to Realizing Economic, Social, and Cultural Rights", *Human Rights Quarterly* 1994, vol. 16, nr 4, 693-714.

Sepúlveda, Magdalena, "Obligations of International Assistance and Cooperation in an Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", *Netherlands Quarterly on Human Rights* 2006, vol. 24, nr 2, 271-303.

Singh, Susheela et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, 2009, New York: Guttmacher Institute.

Tasioulas, John, *Minimum Core Obligations: Human Rights in the Here and Now*, The World Bank 2017, Commissioned by the Nordic Trust Fund.

Tasioulas, John, *The Minimum Core of the Human Right to Health*, The World Bank 2017, Commissioned by the Nordic Trust Fund.

Toebes, Brigit, "The Right to Health and the Privatization of National Health Systems: A Case Study of the Netherlands", *Health and Human Rights* 2006, vol. 9, nr. 1, 102-127.

Travis, Phyllida et al., "Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals", *The Lancet* 2004, vol. 364, nr. 9437, 900-906.

Wicks, Elizabeth, *Human Rights and Healthcare*, 2007, Portland: Hart Publishing.

Wicks, Elizabeth, *The right to life and conflicting interests*, 2010, New York: Oxford University Press.

## KONVENTIONER OCH ÖVERENSKOMMELSER

1948 Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, Paris 10 december 1948, generalförsamlingens resolution 217A.

1950 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Rom 4 november 1950, UNTS 213, FördrS 18-19/1990.

1965 Förenta Nationernas konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering, New York 21 december 1965, i kraft 4 januari 1969, UNTS 660, FördrS 37/1970.

- 1979 Förenta Nationernas konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, New York 18 december 1979, i kraft 3 september 1981, UNTS 1249, FördrS 67-68/1986.
- 1989 Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter, New York 20 november 1989, i kraft 2 september 1990, UNTS 1577, FördrS 59–60/1991.
- 1966 Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, New York 16 december 1966, i kraft 3 januari 1976, UNTS 993, FördrS 6/1976.
- 1966 Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, New York 16 december 1966, i kraft 23 mars 1976, UNTS 999, FördrS 7-8/1976.

### **INDIVIDUELLA KLAGOMÅL & INTERNATIONELLA RÄTTSFALL**

Alyne da Silva Pimentel v. Brazil, Committee on the Elimination of Discrimination against Women 10.8.2011, UN doc. CEDAW/C/49/D/17/2008.

Ireland v. The United Kingdom, European Court of Human Rights 18.1.1978, HUDOC 5310/71.

K.L. v. Peru, Human Rights Committee 22.11.2005, UN doc. CCPR/C/85/D/1153/2003.

Lantsova v. Russian Federation, Human Rights Committee 15.04.2002, UN doc. CCPR/C/74/D/763/1997.

L.M.R. v. Argentina, Human Rights Committee 28.4.2011, UN doc. CCPR/C/101/D/1608/2007.

Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal, European Court of Human Rights 19.12.2017, HUDOC 56080/13

Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey, European Court of Human Rights 9.7.2013, HUDOC 13423/09.

Mellet v. Ireland, Human Rights Committee 17.11.2016, UN doc. CCPR/C/116/D/2324/2013.

Tysiac v. Poland, European Court of Human Rights 24.9.2007, HUDOC 5410/03

Z v. Poland, European Court of Human Rights 13.2.2013, HUDOC 46132/08.

## ÖVRIGA FN-DOKUMENT

Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Chile, 14.6.2004, UN doc. CAT/C/CR/32/5,

Committee against Torture, Conclusions and recommendations: Peru, 25.7.2006, UN doc. CAT/C/PER/CO/4.

Committee against Torture General Comment No. 2 (2008), UN doc. CAT/C/GC/2.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights: An evaluation of the obligation to take steps to the “maximum of available resources” under an Optional Protocol to the Covenant (2007), UN doc. E/C.12/2007/1.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 3 (1990), UN doc. E/1991/23.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 9 (1998), UN doc. E/C.12/1998/24.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14 (2000), UN doc. E/C.12/2000/4.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 20 (2009), UN doc. E/C.12/GC/20.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 22 (2016), UN doc. E/C.12/GC/22.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 21 (1994), UN doc. A/49/38.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women General recommendation No. 24 (1999), UN doc. A/54/38/Rev.1.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women General Recommendation No. 28 (2010), UN doc. CEDAW/C/GC/28.

Committee on the Elimination of Racial Discrimination General Recommendation No. 30 (2004), UN doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3.

Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Barbados, 24.8.1999, UN doc. CRC/C/15/Add.103.

Committee on the Rights of the Child General Comment No. 15 (2013), UN doc. CRC/C/GC/15.

General Assembly Resolution No. 70/1, 21.10.2015, UN doc. A/RES/70/1.

Human Rights Committee, Concluding observations: Gambia, 30.8.2018, UN doc. CCPR/C/GMB/CO/2.

Human Rights Committee, Concluding observations: Poland, 23.11.2016, UN doc. CCPR/C/POL/CO/7.

Human Rights Committee, Concluding observations: Niger, 16.5.2019, UN doc. CCPR/C/NER/CO/2.

Human Rights Committee General Comment No. 20 (1992), UN doc. CCPR/GEC/6621/E.

Human Rights Committee General Comment No. 36 (2018), UN doc. CCPR/C/GC/36.

Human Rights Council Resolution 11/8: Preventable maternal mortality and morbidity and human rights (2009), UN doc. A/HRC/11/37.

Joint General Recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/General Comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child (2014), UN doc. CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18.

OHCHR report on preventable maternal mortality and morbidity and human rights (2010), UN doc. A/HRC/14/39.

Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (2008), UN doc. A/RES/63/117.

Report of the International Conference on Population and Development, Kairo, September 1994, UN doc. A/CONF.171/13/Rev.1.

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2016), UN doc. A/71/304.

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2010), UN doc. A/HRC/13/39/Add.5.

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2013), UN doc. A/HRC/22/53.

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2016), UN doc. A/HRC/31/57.

## **ÖVRIGT MATERIAL / INTERNETMATERIAL**

Center for Reproductive Rights: Governments Worldwide Put Emergency Contraception into Women's Hands: A Global Review of Laws and Policies, 2004,

tillgänglig på

[https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub\\_bp\\_govtswvec\\_0.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_govtswvec_0.pdf), senast besökt 18.1.2019.

Center for Reproductive Rights: Reproductive rights violations as torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment: A critical human rights analysis, 2010, tillgänglig på

<https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf>, senast besökt 14.1.2019.

Center for Reproductive Rights: Whose Right to Life? Women's Rights and Prenatal Protections under Human Rights and Comparative Law, 2014, tillgänglig på

[https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/GLP\\_RTL\\_ENG\\_Updated\\_8%2014\\_Web.pdf](https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/GLP_RTL_ENG_Updated_8%2014_Web.pdf), senast besökt 10.11.2019

International Consortium for Emergency Contraception: Improving access to emergency contraception, 2003, tillgänglig på [https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC\\_English\\_2003.pdf](https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2017/05/Improving-Access-to-EC_English_2003.pdf), senast besökt 18.1.2019.

OHCHR: Frequently Asked Questions on Economic, Social and Cultural Rights, Fact Sheet No. 33, tillgänglig på

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FAQ%20on%20ESCR-en.pdf>, senast besökt 22.9.2019.

OHCHR: Maternal mortality and morbidity and human rights, tillgänglig på [https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal\\_mortality\\_morbidity.pdf](https://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/maternal_mortality_morbidity.pdf), senast besökt 9.11.2019.

OHCHR: Realizing human rights through government budgets, tillgänglig på <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/RealizingHRThroughGovernmentBudgets.pdf>, senast besökt 9.11.2019.

The Guardian: “Trump expands global gag rule that blocks US aid for abortion groups”, 26.3.2019, tillgänglig på <https://www.theguardian.com/global-development/2019/mar/26/trump-global-gag-rule-us-aid-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

The Guardian: “Why do women still die when giving birth?”, 24.9.2018, tillgänglig på <https://www.theguardian.com/global-development/2018/sep/24/why-do-women-still-die-giving-birth>, senast besökt 25.5.2019.

The United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture: Interpretation of Torture in the Light of the Practice and Jurisprudence of International Bodies, tillgänglig på [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/UNVFVT/Interpretation\\_torture\\_2011\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/UNVFVT/Interpretation_torture_2011_EN.pdf), senast besökt 10.11.2019.

UN: Millennium Development Goals: Goal 5: Improve Maternal Health, tillgänglig på <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>, senast besökt 10.11.2019.

United Nations Treaty Collection: Status of Treaties: Chapter IV Human Rights: 3.a Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

United Nations Treaty Collection: Status of Treaties: Chapter VI Human Rights: 8. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.

UNFPA and the Center for Reproductive Rights: Briefing Paper: The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents, 2011, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>, senast besökt 15.6.2019.

UNFPA: Maternal health, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/maternal-health>, senast besökt 5.11.2019.

UNFPA: Sexual and reproductive health, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>, senast besökt 5.11.2019.

UNFPA: The right to contraceptive information and services for women and adolescents, 2011, tillgänglig på <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>, senast besökt 18.1.2019.

WHO: Emergency contraception: a guide for service delivery, 1998, tillgänglig på [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64123/WHO\\_FRH\\_FPP\\_98.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64123/WHO_FRH_FPP_98.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y), senast besökt 18.1.2019,

WHO: Maternal health, tillgänglig på <https://www.who.int/maternal-health/en/>, senast besökt 28.10.2018.

WHO: Media centre, Maternal mortality (Fact sheet No 348), tillgänglig på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>, senast besökt 10.11.2019.

WHO: Maternal mortality, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>, senast besökt 10.11.2019.

WHO: Maternal mortality ratio (per 100 000 live births), tillgänglig på <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>, senast besökt 29.10.2018.

WHO: Preventing unsafe abortion, tillgänglig på <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>, senast besökt 10.11.2019.

WHO: Priority medicines for mothers and children 2011, tillgänglig på <https://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf?ua=1>, senast besökt 10.11.2019.



WHO: Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, Fourth Edition, 2004, tillgänglig på [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9241591803/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241591803/en/), senast besökt 15.1.2019.

WHO: Women and girls continue to be at risk of unsafe abortion, tillgänglig på [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/abortion-safety-estimates/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/), senast besökt 25.5.2019.

World Health Organization Model List of Essential Medicines. De senast uppdaterade listorna hittas på <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>, senast besökt 8.1.2019