



人权理事会

第三十三届会议

议程项目 2 和 3

联合国人权事务高级专员的年度报告以及
高级专员办事处的报告和秘书长的报告

增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会和文化权利，包括发展权

关于采取基于人权的方法执行降低可预防疾病的孕产妇死亡率
和发病率的政策和方案的技术指南的后续行动*

联合国人权事务高级专员办事处的报告

概要

本后续报告详述执行《关于采取基于人权的方法执行降低可预防疾病的孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的技术指南》的各种政策和方案。资料来自会员国、联合国各机构、民间社会组织和其他利益攸关方。本报告的重点是那些明确关注技术指南的活动。报告还提出使用技术指南的初步建议，用以确保在执行《2030 年可持续发展议程》中遵守人权义务。

* 本报告附件不译，原文照发。



目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 传播和推介活动.....	3
三. 技术指南的使用.....	5
A. 国家一级的多个利益攸关方进程.....	5
B. 立法改革.....	7
C. 规划和预算编制.....	7
D. 确保实际执行.....	8
E. 监测、审查、监督和补救.....	8
四. 实施过程中的挑战.....	9
A. 持续参与.....	10
B. 传播	10
C. 多个利益攸关方合作.....	10
D. 宣传和能力建设.....	11
五. 2030 年可持续发展议程.....	11
A. 性健康和生殖健康及权利.....	11
B. 国际人权标准.....	12
C. 参与	12
D. 重点关注不平等和歧视.....	12
E. 人权的不可分割性.....	13
F. 人权指标.....	14
G. 问责制	16
六. 建议.....	17
附录.....	19

一. 导言

1. 《关于采取基于人权的方法执行降低可预防疾病的孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的技术指南》(A/HRC/21/22, Corr.1 与 2)，是应人权理事会第 18/2 号决议的请求编写的，已于 2012 年 9 月提交人权理事会。2014 年 9 月收到第一份执行情况报告(A/HRC/27/20)以后，理事会在第 27/11 号决议中促请各国利用立足人权的综合办法在各级采取行动，解决导致孕产妇死亡和发病的相互关联的根源，并考虑报告所载的各项建议。还请高级专员编写一份后续报告，说明各国和其他有关各方采用技术指南的情况。本报告即是根据这一请求提交的。
2. 本报告详细介绍实施技术指南的各项相关活动和举措。2015 年 12 月 11 日发出了一份普通照会，请求提交有关资料；¹ 还通过访谈、报告和信函从各利益攸关方获得进一步资料。本报告特别强调那些明确关注执行技术指南的活动。为说明起见，还列举了一些泛泛涉及基于权利方法的实例。
3. 2014 年，《关于采取立足人权的方针执行降低和消除 5 岁以下儿童可预防死亡率和发病率的政策和方案的技术指南》提交理事会，理事会敦促各国执行这一技术指南。本报告中详述的某些活动也来自这份重要文件。该技术指南的执行情况报告另行提交理事会第三十三届会议(A/HRC/33/23)。
4. 本报告第二部分专门讨论如何利用技术指南执行《2030 年可持续发展议程》。妇女人权，包括她们的性健康和生殖健康及权利，是《2030 年议程》的一个主要方面。随着各国拟定实施《2030 年议程》的战略和计划，技术指南已成为确保遵守人权义务的一项工具。本报告提出了使用技术指南的初步建议。

二. 传播和推介活动

5. 2014 年 6 月以来，确保广泛传播技术指南的努力一直在持续。在全球一级，许多出版物和文件都提到了技术指南。² 从荷兰和墨西哥生殖选择信息小组所提交的材料可以看出，技术指导的传播是通过各种全球性会议和国家一级会议上的

¹ 完整的清单见 www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/FollowUpReport.aspx。

² 见世卫组织《在提供避孕信息和服务方面保障人权的指南和建议》(2014 年)。人口基金，“从承诺走向行动：性健康和生殖健康及权利”(2014 年)；世卫组织，“在全球基金概念说明中加强生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康的涵盖”(2014 年)；世卫组织，“关于预防和消除医疗机构在妇女分娩期间不尊重和虐待行为的声明”(2014 年)；Alicia Ely Yamin, 《权力、苦难和争取尊严的斗争：卫生医疗人权框架以及为什么它们必不可少》(宾夕法尼亚大学出版社，2015)。

介绍或其他促进活动实现的。³ 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和各人权机制在介绍《2030 年议程》中也讨论和宣传了技术指南。⁴

6. 2015 年 9 月, 秘书长发表了最新的《妇女、儿童和青少年健康全球战略(2016-2030 年)》, 全球战略与《2030 年议程》一起旨在“消除所有妇女、儿童和青少年的可预防死亡, 大大改善他们的健康和福祉, 为创造一个更加繁荣和可持续的未来而进行重大变革”。⁵ 全球战略明确地植根于人权法律, 立足于尊重性别平等, 借鉴了技术指南所阐释的原则。今后 15 年落实全球战略和实施《2030 年议程》, 是进一步执行技术指南的最重要机会之一, 从本报告后半部分可以看出。全球战略设立了独立问责小组, 小组的任务是监测全球战略下的承诺, 协助在可持续发展问题高级别政治论坛上审查可持续发展目标的进展。小组将发挥重要作用, 确保全球战略的实施, 使可持续发展目标与人权义务相一致。

7. 此外, 还努力将技术指南转化为具体利益攸关方群体更容易接受的语言。⁶ 例如, 人权高专办与联合国人口基金(人口基金)、世界卫生组织(卫生组织), 孕产妇、新生儿和儿童健康伙伴关系组织和哈佛大学弗朗索瓦-哈维尔·巴尼奥卫生医疗和人权中心, 为卫生政策制定者、国家人权机构和医疗卫生工作人员编写了应用指南(为司法人员编写的另一份文件即将完成), 涉及以基于人权方针解决性健康、生殖健康、孕产妇健康以及新生儿和 5 岁以下儿童健康问题的主要考虑。认识到每个人在采用以人权为基础的方法、为理事会的技术指南增砖添瓦方面, 都可以发挥作用, 指南旨在根据各利益攸关方情况更详细地阐述应考虑的问题。

8. 还发起了各种重要活动, 支持技术指南概述的许多原则, 例如白丝带联盟领导的全球“充满尊重的孕产妇医疗保健”运动, 以及非洲人权和人民权利委员会发起的将堕胎非刑罪化的运动。

9. 最后, 人权条约机构将技术指南当作审查和分析工具。经济、社会和文化权利委员会通过了关于性健康和生殖健康权利的第 22 号一般性意见(2016 年), 借鉴了技术指南的内容, 特别是确保拥有专业医务人员和经过培训的熟练接生人员, 以提供全面的性健康和生殖健康服务。委员会还在向《经济、社会、文化权利国际公约》缔约国提出的建议中援引了技术指南, 包括冈比亚(E/C.12/GMB/

³ 例如, 在妇女分娩问题会议上(2016)和全球产妇新生儿保健会议上作了介绍(墨西哥, 2015), 在世界人道主义首脑会议上进行了推介(伊斯坦布尔, 2016)。

⁴ 例如, 见“2030 年议程”的联合声明。文本见网站: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E。

⁵ 可查阅 www.everywomaneverychild.org/global-strategy-2。

⁶ 例如, 见芬兰提交的材料, “生殖权利中心, 孕产妇死亡率与人权问题的国际倡议和国际怀孕咨询服务(IPAS)”。

CO/1, 第 27 段)、尼泊尔(E/C.12/NPL/CO/3, 第 26 段)、巴拉圭(E/C.12/PRY/CO/4, 第 29 段)和塔吉克斯坦(E/C.12/TJK/CO/2-3, 第 31 段)。

10. 消除对妇女歧视委员会将技术指南纳入关于委内瑞拉玻利瓦尔共和国的结论性意见(CEDAW/C/VEN/CO/7-8, 第 31 段)。儿童权利委员会在以下国家的结论性意见中也提到了技术指南: 哥伦比亚(CRC/C/COL/CO/4-5, 第 40(c)段)、多米尼加共和国(CRC/C/DOM/CO/3-5, 第 52(b)段)、厄立特里亚(CRC/C/ERI/CO/4, 第 56(g)段)、坦桑尼亚联合共和国(CRC/C/TZA/CO/3-5, 第 59(f)段)和委内瑞拉玻利瓦尔共和国(CRC/C/VEN/CO/3-5, 第 57(c)段)。

三. 技术指南的使用

A. 国家一级的多个利益攸关方进程

11. 人权高专办为响应理事会关于使用技术指南的要求, 与合作伙伴合作在选定的国家推进性健康、生殖健康、孕产妇和儿童健康的多个利益攸关方进程。这项工作巩固了 2013 年 11 月在马拉维举行的区域讲习班的成果。在这次讲习班中, 来自马拉维、南非、乌干达和坦桑尼亚联合共和国的国家利益攸关方聚在一起, 共同形成利用基于人权方针的共识, 并寻求机会在国家一级使用技术指南。

12. 自此开始展开人权评估, 多方利益攸关方举行对话, 就乌干达(2014 年)、马拉维(2015 年)和坦桑尼亚联合共和国(2016 年)的情况进行评估。在赞比亚, 多方利益攸关方 2015 年举行了对话会。这些对话会激励各国采取实际行动, 支持采用基于人权的方针。下文介绍的三个进程概述这些举措如何开始或深化对国家一级面临的主要挑战的讨论。⁷ 至关重要的是, 利用技术指南提供的切入点与所有三个国家之前存在的医疗卫生和人权问题举措直接相关。

13. 如各利益攸关方在访谈中所说, 这些进程的一项关键成果是形成了一个强化的或新建的多个利益攸关方进程, 以基于人权方针处理性健康、生殖健康、孕产妇和儿童的健康问题。十分重要的是, 卫生部门之外的行为者参与这一领域的规划和执行, 卫生部门行为者则增进了对人权以及人权与卫生医疗之间重要关系的认识。

14. 与会者还强调, 该进程提高了公众和多部门在规划中的参与, 加强了问责制, 促使各利益攸关方超越纯粹的生物医学范畴, 以解决不平等以及阻碍性健康、生殖健康、孕产妇和儿童健康的根源。

⁷ 此处未介绍坦桑尼亚联合共和国的情况, 因为对该国的评估是在 2016 年 5 月举行的。

15. 在马拉维，由卫生部、人权高专办、人口基金、卫生组织、联合国儿童基金会(儿童基金会)、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(联合国妇女署)牵头进行的人权评估，与马拉维人权委员会在联合国人口基金(人口基金)支持下进行的性健康和生殖健康及权利全国调查结果不谋而和。由于这两份报告相互补充，在2015年10月的多个利益攸关方对话中一并审议。来自马拉维社会各方面的行动者参加了会议，包括多个部委的政府官员、议员、地区卫生官员、司法系统人员、联合国机构、服务提供商、民间社会组织和媒体。在对话中，提出了几个基于证据的政策应对措施，确定了关键行动者采取行动的职责，最终加强了各级的问责制。

16. 由于这种参与，性健康和生殖健康及权利在马拉维人权行动计划以及联合国和马拉维人权委员会联合工作计划中占据突出位置。其中一个主要行动领域是努力将人权讨论扩展到地区层面，在这一层面可以看到许多影响有效享受权利的障碍。人口基金特别重视避孕措施的选择以及避孕用品和服务的提供及获得。在马拉维采取的另一关键行动领域是法律改革，包括目前正在进行的改革堕胎法和倡导制定全面的性健康和生殖健康权利法律。

17. 在乌干达，2014年11月，在改善性健康和生殖健康及权利的多重举措背景下举行了多个利益攸关方会议。在卫生部的领导下，建立一个工作队，研究以基于人权方针进行规划和执行，并创造更多宣传机会。

18. 乌干达的技术指南推广进程产生了各种能力建设举措。人权高专办将以下三点作为优先事项：建设民间社会组织能力，监测侵犯性健康和生殖健康及权利的行为；提供记录有关案件的专门人权数据库，为战略诉讼和政策宣传提供资料；对卫生工作者进行以基于人权方针解决医疗卫生问题的能力建设。此外，人口基金、人权高专办和卫生组织成立了一个咨商小组，与乌干达人权委员会合作，加强其体制能力，以监测和报告性健康和生殖健康及权利的状况。

19. 认识到有必要特别注意常常被排除在这一领域规划进程之外的个人和社区，卫生部同意不仅在医疗保健机构，而且在社区对孕产妇死亡原因进行调查。因此，现在人们更加认识到，必须分析未得到满足的卫生保健需求与未进入医疗机构的人的权利，以提供有效的补救。例如，根据技术指南，白丝带联盟把工作重点放在与社区监测行动工作队合作监督各个地区获得医疗服务的情况上。此外，多个利益攸关者进程提高了人们对技术指南的认识，也促使人们更多注意到青少年获得性健康和生殖健康服务的权利，卫生部更新了青少年健康战略和开始收集10至14岁少年的数据，

20. 人权高专办和乌干达民间社会组织在多个利益攸关方进程中的另一关键行动领域是与司法机关合作，促进了解经济、社会和文化权利，包括健康权的可诉性，这将加大对可预防的孕产妇死亡的有效问责的可能性。

21. 2015年，赞比亚努力借鉴其他国家实施技术指南的进程。在这方面，在人口基金的倡议下，各利益攸关方，包括人口理事会、国家人权机构、南部非洲妇

女与法律研究和教育信托基金和人权高专办，召开了一次初步会议，讨论赞比亚的性健康和生殖健康及权利现状，并确定未来的优先领域。其中包括：一次独立的人权评估；促进与政府官员的概况介绍会；民间社会组织提高人们对以基于人权方针解决性健康和生殖健康问题的认识；随后，促进国家多个利益攸关方的对话，以传播评估的初步结果，获得反馈，达成政策和方案方针的共识；编制以基于人权方针制定赞比亚性健康和生殖健康方案的国家报告。

22. 这三个多个利益攸关方进程表明各种合作伙伴，包括政府、民间社会、卫生工作者、议员、统计人员、司法机关和联合国的参与、倡议和领导的至关重要，利用了位于不同层面的利益攸关方的战略优势。

B. 立法改革

23. 几个利益攸关方还报告说，它们以技术指南或其中所载人权原则作为评估或监测工具，来审查和修订现行法律。格鲁吉亚、希腊、马达加斯加、马里和摩尔多瓦共和国等国在提交的材料中，强调其国家法律在何种程度上符合技术指南。

24. 民间社会团体也报告了利用技术指南倡导法律改革的情况。例如，美利坚合众国的生殖权利中心报告，它利用技术指南在州一级提出一套备选方案“菜单”，敦促遵守人权。国际怀孕咨询服务社(IPAS)指出，技术指南为它和塞拉利昂政府的合作项目提供信息，有助于解决孕产妇死亡率高的问题，包括不安全堕胎问题，并倡导法律改革，如目前正在等待批准的堕胎合法化法案。

C. 规划和预算编制

25. 几个利益攸关方报告说，它们以技术指南或其中所载人权原则作为评估或监测工具，在萨尔瓦多、欧洲联盟、马达加斯加、秘鲁和斯洛伐克等国审查、修改和通过各项政策和方案，特别注意弱势群体。在智利和摩尔多瓦共和国，也强调多个利益攸关方的参与、合作和伙伴关系。哥伦比亚、芬兰、立陶宛和荷兰的来文说，基于人权的方针已被明确纳入卫生政策。卡塔尔等一些国家指出，技术指南非常有用；布隆迪其他国家表示，技术指南对制定今后政策很有价值。

26. 技术指南也被用于促进和实施以基于人权方针编制孕产妇保健预算活动。例如，SAHAYOG 与印度孕产妇健康和人权国家联盟大量借鉴技术指南内容，向本国卫生和家庭福利事务议会常设委员会提交报告、专家介绍、数据和政策建议。在它们的干预行动之后，委员会对 2015/16 年度卫生和家庭福利部提出的部门资金需求进行了预算监督，之后考虑了平等和不歧视的人权原则，并向该部提出了若干立足权利的建议。因此，该部增加了预算特别构成部分，指定用于边缘化的土著居民。

D. 确保实际执行

27. 还更加努力地与卫生服务提供者合作，以基于人权方针解决性健康和生殖健康问题。例如，各组织，包括哈利斯科州卫生部、促进安全孕产全国委员会、哈利斯科州促进安全孕产委员会、Simone de Beauvoir 领导者协会和人权高专办组成联盟，在墨西哥哈利斯科州利用技术指南解决孕产妇死亡率较高的问题。该项目为 60 位社会工作者组织了培训，随后他们编写了 10 份在各自的卫生机构提供性健康和生殖健康服务与人权问题的研究议定书。目前这些议定书正在实施之中，使社会工作者可以打破定型观念，批评侵犯妇女人权的体制做法，加强监测和问责制。

28. 除了上文提到的主要针对卫生工作者的指南(第 7 段)外，人口基金与卫生组织合作，按卫生保健提供者和方案管理人员的常用术语，编制了一份关于在避孕服务提供过程中保障人权的详细实施指南。⁸

29. 在南非，南非助产士协会利用技术指南进行助产士能力建设，主要采取基于人权的方针，促进助产士在性健康和生殖健康服务中发挥有别于一般护士的特殊作用，包括单独培训、登记和管理。协会制定了《以基于人权方针作好助产工作的教员手册》，借鉴技术指南并使之概念化，举办讲习班，增强领导成员和战略教育人员的权能，将这一工作引入各自培训机构，宣传助产士的工作。迄今为止，在两名训练有素教员开办的培训班中，已有 30 名助产士试用了这本手册。这些讲习班和培训课程有助于加强宣传工作，与国家卫生部和卫生部长进行合作，确保在《南非护理和接生法(2015 年)》中明确和独立地承认助产士地位。

E. 监测、审查、监督和补救

30. 巴西的多个利益攸关方广泛使用技术指南以监测第 17/2008 号来文“Da Silva Pimentel 诉巴西案”的后续行动，消除对妇女歧视委员会于 2011 年 7 月 25 日通过了关于这份来文的意见，这是国际人权条约机构第一次将孕产妇死亡当作侵犯人权行为的决定。

31. 这一案件的很多建议主要关注这类侵犯人权行为不再发生，并就国家如何提供孕产妇医疗服务提出改革意见。决定发布四年后，生殖权利中心指出，它召集了后续行动委员会会议，以评估这些建议的执行情况。在技术指南的启发下，委员会提出了有力可行的建议，以进一步改革巴西孕产妇保健系统，目前该中心正在借此进行宣传工作。

⁸ 人口基金和世卫组织，《在避孕服务提供中保障人权：实施指南》(2015)。

32. 国际怀孕咨询服务社注意到，它与其国家伙伴采用了基于人权的方针监测巴西政府采取有效措施执行委员会决定取得的进展。国际怀孕咨询服务社还与巴西民间社会组织合作，将技术指南作为一个框架，评估了巴西五个州的医疗机构堕胎后的医疗服务质量。研究人员使用了基于人权方法，根据技术指南设计采访问题，并于 2015 年 10 月在美洲人权委员会专题听证会上提交了最后报告。

33. 墨西哥生育选择信息组强调，技术指南有助于推进社会正义，有助于增强权利持有人的能力建设，可在他们的权利遭到侵犯时利用地方和国家两级的公共人权机构提出申诉，要求国家回应，目标是实现对侵权行为的全面赔偿。该组织对墨西哥妇女生殖权利进行了专门研究并编写了报告，以引发对侵权行为的关注，向各主管机构提出建议，进而影响与生殖健康和权利有关的政策决定。

34. 秘鲁利益攸关方还利用技术指南来支持参与性监测方法。例如，民间社会卫生论坛(ForoSalud)努力进行土著妇女的能力建设，以确保医疗卫生设施的质量；公民直接监督医疗设施；记录和编制监督结果报告；每月与区域监察专员办公室、ForoSalud 成员和整体医疗保险部门人员分析这些调查结果；建立土著妇女领导人、卫生服务提供者和政府机构的“对话空间”。这些努力使监察专员办公室内部对健康权利有了更好的理解；由于土著妇女的定期监督，并能够向监察人员汇报监测结果，也加强了公共医疗设施的问责制。

35. 另一个监测侵犯孕产妇健康权利行为的例子是，大赦国际 2014 年发表报告，探讨了南非妇女和女童在产前保健方面面临的障碍。⁹ 报告利用技术指南作为分析工具，采用定性研究和包容性研究方法，确定了造成产前保健延误或缺失的主要障碍，这方面的一个重要成果是社区中对孕产妇医疗保健看法的转变，从原来将孕产妇医疗保健视为不得不忍受的恶劣服务转变成将其视作一项需要去争取的人权。据称当局已经查访了报告中提到的一些地点，以证实调查报告的主要结论。

四. 实施过程中的挑战

36. 关于实施技术指南或广义而言采用基于人权的方针，上述许多例子描绘了一幅令人鼓舞的画面。技术指南被各种利益攸关方广泛利用，经常进行跨部门和各种不同范围的合作。在某些情况下，多个利益攸关方在国家一级的自主性取得了积极进展。

37. 尽管有这些积极的经验，但仍有许多挑战阻碍着技术指南进一步执行。

⁹ 大赦国际，“产妇健康斗争：南非产前医疗护理障碍”(2014 年)。

A. 持续参与

38. 技术指南提交人权理事会已为时四年。在影响人们对孕产妇健康、性健康和生殖健康所涉人权的理解方面，技术指南的具体成果有目共睹。也对一些国家的政策、战略和工作计划的内容产生了影响。

39. 在地方和国家一级实施技术指南，必须作出协调一致和坚定的政治和财政承诺，了解相关障碍，制定解决办法，并建设各方能力。这种长期的持续参与往往难以实现。此外，各利益攸关方指出，尽管某些多个利益攸关方进程的发展势头良好，但在若干情况下民间社会组织应当领导这一进程，而它们常常受到现有资源的限制，以及受限于它们的合作努力可在多大程度上影响国家行为者执行基于人权的方针。

B. 传播

40. 许多利益攸关方表示关切的是，国家一级决策者很少了解技术指南，或者缺乏对技术指南的自主权。尽管传播活动自 2012 年以来有所加强，但不知道技术指南和理事会呼吁实施技术指南，仍是一大挑战。

41. 尽管理事会过问孕产妇死亡率和发病率问题是一个比较积极的例子，说明理事会的工作在国家一级获得实施，但仍需要作出更大努力，将理事会和区域人权机制所做的重要工作与国家一级的执行工作联系起来，反之亦然。恰逢理事会成立十周年，这是一个预兆吉祥的时刻，应该考虑如何缩小国际一级、区域进程与国家一级行动之间的差距。

C. 多个利益攸关方合作

42. 本报告特别强调多个利益攸关方进程的重要性。这些进程需要投入大量的时间、人力和财政资源。在某些情况下，面对有意义参与的复杂性，不同行为者可能选择捷径，认为也可以实现同样结果。按照基于人权的方针，各利益攸关方，包括卫生服务提供者的磋商过程，以及帮助边缘化妇女和少女的过程，对创造主张权利的赋权环境至关重要。

43. 在许多国家往往根深蒂固的卫生系统的性质使得整体性、跨部门的变革难以实现。这种变革在问责不明晰的地方变得更加复杂化。联邦、州和地方各级行为者以及私营部门行为者，都影响有关孕产妇健康的法律和政策，并参与服务的提供。在这种情况下，需要有更好的协调和信息共享以及更多的利益攸关方的参与。虽然许多利益攸关方在采用基于权利方针中可发挥作用，但确保维护人权的最终责任仍然在中央政府，中央政府应创造有利环境，让所有责任承担者履行其义务，权利持有者主张其权利。

D. 宣传和能力建设

44. 仍然需要提高人们对孕产妇死亡率和发病率的认知，将其视为一个基本人权问题，并非主要是生物医学问题。某些利益攸关方的答复和技术指南执行工作的讨论表明，各国继续拒绝承认降低可预防的孕产妇死亡率是一个紧迫人权问题，与传统的公民权利和政治权利的保护同等重要。需要做出更大努力，促进人们了解人权的不可分割性。

45. 还需要进一步努力，加强不同行动者在不同情况下实际应用基于人权的方针的能力建设。使用技术指南的过程表明，需要首先共同了解何为基于人权的方针，以及为实现人权而加强伙伴关系的关键因素。

五. 2030 年可持续发展议程

46. 《2030 年议程》，与秘书长新的全球战略一并解读，为实现人权，特别是实现性健康和生殖健康及权利奠定了坚实基础。在此基础上，需要认真注意如何把这些全球议程转换成国家的执行工作。

47. 可持续发展目标被誉为项变革性议程，以基于人权方针是实现这一变革的路径——从慈善到赋权，从需要到权利。确定权利持有人及其应享权利，责任承担者及其义务的进程，需要在地方、国家和国际各级进行包容性辩论，了解谁被拒绝或无法主张自己的权利，为何如此；谁握有权力，为何如此，以及优先事项如何设定，对谁有利。这种转变要求批判和质疑那些固化歧视和不平等的复杂权力结构，然后拆除这些体制，建立更公正和更平等的社会。

48. 随着各国开始落实可持续发展目标，技术指南已成为引领各种努力的重要工具，以期确保遵守人权义务，实现变革性议程的承诺。

A. 性健康和生殖健康及权利

49. 技术指南的基础是承认性健康和生殖健康及权利，包括安全怀孕和生育的权利。认识这一权利包括：承认妇女在分娩中存活与否与妇女和女童在社会中的地位密切相关；她们能够就何时和是否进行性交或结婚或生育作出知情决定；她们能够获得高质量的医疗卫生服务和信息，包括全面的性教育；她们能够获得实现其人权的资源。

50. 对性健康和生殖健康及权利的广泛理解得到了 1990 年代政治协定的支持，如《国际人口与发展会议行动纲领》和《北京行动纲要》，但《千年发展目标》仅涉及孕产妇健康。《2030 年议程》有了重要改进，承认应更全面地对待妇女权利，包括性健康和生殖健康权利，在实施过程中必须予以保留。

B. 国际人权标准

51. 在执行可持续发展目标过程中，以基于人权的方针降低孕产妇死亡率和发病率，广义而言也就是实现妇女的人权，需要遵守对所有国家都具有约束力的国际人权标准。虽然可持续发展目标和在它之前的千年发展目标为集体行动提供了重要指标，但其最终目标必须是充分实现人权。《2030 年议程》宣言在这一方面的要求具体明确，强调各国必须按照国际法规定的权利和义务执行这一议程。

52. 一个关键的行动是确保共同理解国际人权标准的内容和相应的国家义务。关于性健康和生殖健康及权利，如高级专员向理事会提交的第一份关于可预防的孕产妇死亡率和发病率报告指出的(A/HRC/14/39)，这些权利跨越多个领域，标准也隶属于多项条约。如上文所述，经济、社会和文化权利委员会通过了关于性健康和生殖健康权的第 22 号一般性意见(2016 年)。对《公约》第十二条的这一权威性解释，加上其他人权机制的工作，规定了该领域的国家义务，应作为国家执行可持续发展目标的参考点。在该一般性意见中，委员会明确指出，性健康和生殖健康权涉及一整套自由和权利。这些自由包括在不遭受暴力、胁迫和歧视的情况下，在涉及个人身体、性健康和生殖健康的事项上，有权做出自由和负责任的决定和选择。权利则包括不受阻碍地利用各种医疗卫生设施、商品、服务和信息，从而确保所有人充分享有性健康和生殖健康权。

53. 这些人权标准在各种情况下都适用。重要的是，可持续发展目标与千年发展目标只注重发展中国家进展的做法不同，阐述了适用于所有国家的普遍议程，这是一个按照技术指南审查各国内部不同群体之间不平等的重要机会。

C. 参与

54. 在整个技术指南中，特别强调了所有受影响群体的参与。这种参与必须贯穿于执行可持续发展目标的方方面面，从制订政策和方案到预算拨款、执行、监测和审查工作。可能需要作出特别努力，创造有利环境，促进受影响群体，尤其是妇女和女童的参与和积极合作。这将包括消除那些压制和削弱妇女声音或威胁其安全的歧视性法律和做法；使妇女和女童可以获得参与的机会，同时考虑到她们在工作、家庭或学校的其他职责，并建设她们有效参与的能力；确保言论、结社和集会自由得到充分保护。此外，参与性进程必须制订能够回应已表达的优先事项的方案。

D. 重点关注不平等和歧视

55. 如技术指南所指出的，采取基于权利的方针，要求将重点明确放在最边缘化和最受排斥的群体上。这种把消除歧视作为优先事项的做法反映在《2030 年议程》中“不让一个人掉队”的呼吁上。对千年发展目标最一贯的一项批评是在许多情况下重视总体进展，而忽视最贫困阶层。例如，虽然总体的熟练助产士比

率有所提高，从 1990 年的 59% 上升为 2014 年的 71%，但最底层的五分之一人口中的妇女和农村地区妇女仍然不太可能获得这种服务。事实上，最边缘化的妇女和面临多重和交叉形式歧视的妇女，往往最有可能健康不佳，其人权受到侵犯。¹⁰ 认识到那些群体无法享有他们的权利，并在此认识基础上制定政策和方案，是立足权利方针的一个基本要素，应被充分纳入可持续发展目标的执行中。

56. 要确定谁在遭受歧视和不平等，必须有可靠的分类数据，《2030 年议程》特别列出一个需要特殊关注的长长的群体清单。除了数据分类，还必须采取措施，了解所有处于社会边缘地位的群体，特别是那些受到多种形式歧视的群体，他们在用以衡量进展情况的官方统计数字中可能被忽略。例如，在调查“已满足的避孕需要”的数据中，仅包括已婚或同居妇女，但不包括其他性行为活跃的妇女或青少年。数据收集和分析不能脱离许多社会所处的背景，即不愿意挑战现有性别规范，妇女和女童的性行为被视为可以控制。其他可能不出现在官方统计数字中的群体还有青少年(10-14 岁)、身份不正常的移徙者、残疾人、土著人民和被判有罪的人。

E. 人权的不可分割性

57. 运用以权利为本的方法，目的在于实现所有人权——公民、文化、经济、政治和社会权利，认识到各种人权是不可分割的。《2030 年议程》涵盖了所有相关的人权问题，应视为一个不可分割的整体，这需要不同部门融为一体，必须抵制严格按部门切分的办法。¹¹

58. 根据人权义务降低孕产妇死亡率和发病率，需要努力实现可持续发展目标中的多项目标。虽然目标 3.1 最直接关注孕产妇死亡这一独特问题，但要在降低孕产妇死亡率方面取得实际进展，需要在关于健康生活的整个目标 3 中采取行动。需要考虑以全面和综合方法，确保建立涵盖全民卫生保健的卫生系统，包括性健康和生殖健康、提供全面医疗服务、运作良好的转诊系统和问责机制。这一办法要求采取行动，加强医疗保健系统和支持卫生工作者。落实目标 3 还需要特别努力，消除医疗保健中的歧视，维护专业行为和道德标准，尊重知情同意、病人隐私和保密。

59. 此外，在降低孕产妇死亡率方面取得进展，与妇女和女童的社会地位密切相关。需要在所有可持续发展目标中采取行动。例如，应该按照关于消除对妇女歧视的目标 5.1 对法律进行审查，有些法律要求妇女得到第三方(丈夫、父母或多个医疗专业人员)同意才能获得性健康和生殖健康服务或信息，有些法律将成人

¹⁰ 《2015 年千年发展目标报告》，(纽约，2015 年)，第 39-40 段。

¹¹ 人权高专办编制了一张表格，把所有可持续发展目标与相关的人权义务联系起来，表明需要整体解决方法。可查阅 http://ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/Post2015/SDG_HR_Table.pdf。

双方同意的性行为加以定罪，有些法律把为仅由妇女要求的性健康和生殖健康服务加以定罪，如堕胎或紧急避孕。消除暴力，包括对妇女的暴力(目标 16.1 和 5.2)，对解决孕产妇死亡率和发病率问题绝对必要，因为暴力包括家庭内和社区里的性暴力以及危机状况，直接影响妇女和女童是否有能力或意愿获得医疗保健服务。消除童婚和强迫婚姻(目标 5.3)也至关重要，因为这是导致女童和少女在身体或精神尚未成熟时怀孕的主要原因，亦与孕产妇死亡率和发病率相关。其他可持续发展目标包括影响健康的重要社会基本决定因素，如体面工作、获得住房和安全饮用水以及卫生条件，这些对妇女人权包括性健康和生殖健康和权利也十分重要，正如技术指南所强调的。

60. 另一例子是关于教育的可持续发展目标 4。使女童留在学校学习，而不是安排其结婚，确保她们的教育包括全面的性教育，使其对生殖和性行为有知情决策权，是不可或缺的干预措施，以支持增进享有性健康和生殖健康及权利，降低孕产妇死亡率和发病率。

61. 上一节强调关注不平等的重要性，运用基于权利方法降低孕产妇死亡率，也与可持续发展目标的目标 10 “减少不平等”下的具体目标紧密相关。需要进一步努力，制定方法，切实有效地捕捉多重和交叉形式的歧视和不平等问题。

62. 从人权角度来看，减少可预防的孕产妇死亡率和发病率还需要对权利遭到侵犯进行问责，受害者获得性别敏感的有效补救。关于法治和平等诉诸司法的目标 16.3 说明了问责制的一个重要方面，往往因干预措施注重孕产妇死亡的健康问题而被忽视。

F. 人权指标

63. 本节已提到制订适当指标的重要性。然而，由于指标框架对确定如何解释具体目标和总体目标不可或缺，还必须更多注意这一重要问题。统计委员会提交的报告(E/CN.3/2016/2/Rev.1)是支持《2030 年议程》宏伟愿景的值得赞扬的努力，其中包括人权方面。加上全球战略提出的指标，就形成了一个坚实的基础，用以衡量各国根据人权义务降低孕产妇死亡率和发病率的努力和成就。¹²

64. 然而，这些全球适用的指标，即使全部采用，仍不能提供充分信息，以了解妇女和女童是否真正享有人权，尤其是性健康和生殖健康权利。评估人权的享受，不能沦为数据收集，即便收集到的资料多么有说服力。人权监测和记录方法，包括质量指标和具体情况具体分析，是对指标选择和衡量的重要补充工具，以便能够更充分地了解各国是否履行其人权义务。在这方面，至关重要的是，分

¹² 《每位妇女和每个儿童》，“妇女、儿童和青少年健康全球战略的指标和监测框架”(2016 年)。

析可持续发展目标各项指标取得的进展必须与更广泛的人权报告结合起来，例如，提交联合国条约机构和普遍定期审议的报告或国家人权机构领导的国家报告进程。

65. 可持续发展目标的指标框架必须立足于人权标准。经济、社会和文化权利委员会最近通过的第 22 号一般性意见，为理解所涵盖问题的广度提供了一个重要基础。本报告附件里有一个表格，列出了拟议指标，并交叉引用性健康和生殖健康权利的核心内容。在国家适应进程中还可纳入一些补充指标，与现有拟议的可持续发展目标和全球战略指标一并解读，包括：

(a) 是否存在歧视性法律，这些法律对个人获得性健康和生殖健康服务、商品和信息进行刑事处罚，或为之设置障碍；

(b) 一个国家中提供最低限度的性健康和生殖健康服务的医疗保健机构所占百分比；

(c) 评估基本和全面的紧急产科治疗的可提供性和质量的指标；

(d) 是否存在国家性健康和生殖健康政策；

(e) 是否设有具体预算系统，用以跟踪公共部门和总资源中用于性健康和生殖健康服务的资源比例；

(f) 医疗中止妊娠占活产案的比例；

(g) 国家人权机构、监察专员或其他机制已调查并裁决的健康权申诉所占比例以及政府有效处理的此类申诉所占比例。

66. 此外，选定的指标应包括结构、过程和成果指标，以及定性和定量指标的组合。这对于了解创造实现权利所需有利环境的措施十分重要，如审查法律框架、预算拨款和对妇女健康的主要干预措施(如熟练助产士接生)。对评估权利是否切实实现也很关键，例如，降低青少年生育率和提供一系列现代避孕药具，以及掌握个人实际经历，如记录个人在医疗保健机构遭遇歧视、不尊重和虐待的经历。

67. 在指标的优先排列上，技术指南规定，“量化指标应该是 (a) 能持续和经常衡量，即能及时对一个行政部门所采取的行动进行衡量；(b) 客观，即允许在各时段、国家和/或分区域之间进行比较；(c) 在编制方案上相关，即能够确认优先事项并了解问责的空白；理想的是 (d) 得到地方审计，以促进对所服务人口的责任(A/HRC/21/22 和 Corr.1 和 2, 第 71 段)。应参照这些标准对既定的指标重新审查。例如，孕产妇死亡率不符合标准，因为这些指标不完备，难以评估政策是否在发挥作用。此外，为使熟练助产士接生这一指标有意义和客观，必须对何谓“熟练”规定一个共同标准，而这是一项进行中的重要工作领域。

68. 还必须注意指标不应激励破坏人权享受的行动。例如，避孕药具使用的指标不应掩盖选择现代方法与妇女和女童知情同意的重要性。

69. 此外，有些指标从人权的角度被确定为重要，但收集数据的方法仍然不够先进。这种情况应视为一种信号，表明必须更多地注意这些可能的方法，而不当作不可克服的障碍。例如，缺乏全面的产科急诊服务仍然是妇女怀孕分娩死亡的一个关键因素，提供这种医疗服务被视为缔约国根据人权法律承担的一项核心义务。联合国已制定了一套指标，用以监测产科急诊的提供；然而，目前的数据收集系统不允许有效使用这些指标进行监测。¹³ 还必须作出更大努力，克服这些障碍，以便找到适当方法，了解妇女和女童在多大程度上能够获得安全、健康和有尊严怀孕和分娩所需要的医疗服务。

70. 促进可持续发展的“数据革命”必须充分接受注重人权的指标，还必须采取基于人权的数据收集、编制、分析和传播方法。这就要求在数据收集过程中恪守下述人权原则：所有人口群体的参与，特别是边缘化群体的参与；对数据分类，以防止基于国际人权法所禁止理由的歧视；自我认同，而又不加剧对这些群体的歧视；保证获得信息权利的透明度；尊重答复者的隐私和个人数据的保密性；数据收集和使用方面的问责。¹⁴

G. 问责制

71. 技术指南中提出的“问责制循环”概念是说，问责制应该处于基于权利方针的中心，而不是发生侵权行为后的想法。在实施可持续发展目标过程中，必须重视评估对妇女性健康和生殖健康及权利的现有问责机制，将问责机制纳入干预措施和战略，监督这些机制和进程的运行和效果，并采取补救行动回应个人权利要求。设立和维持这样的问责机制，需要专门和持续的资源。确保权利持有人有效参与实施《2030 年议程》各方面工作对建立有效问责制度至关重要。

72. 技术指南还强调需要通过多种形式的审查和监督来推行问责制度，包括行政(如卫生机构内部)、社会(如社区监督)、政治(如各国议会对政府行政部门的监督)、法律(如司法机构或国家人权机构的监督)和国际(如向国际人权机制提交报告)诸方面。确定责任，必须超越个人，去查明系统失灵，超越缔约国国内当局，去了解私营部门和捐助者的作用。

¹³ 世卫组织、人口基金、儿童基金会和避免孕产妇死亡和残疾方案，《监测产科急诊手册》(2009)。

¹⁴ 人权高专办，“以基于人权方针处理数据：《2030 年发展议程》不让一个人落在后面”(2016)。

73. 如上所述，在编写本报告时，可持续发展目标的详细“后续落实和审查”框架仍在讨论之中。一个强有力的多个利益攸关方问责制度是必要的。在全球一级，可持续发展问题高级别政治论坛将通过国家审议和专题审议来审查进展情况。这些审议应系统利用联合国人权机制的信息和建议，确保执行《2030 年议程》与具有约束力的人权义务相一致。与全球战略之下设立的独立问责小组密切协作，可提供妇女、儿童和青少年健康和权利问题的更多和更详细资料。在国家 and 区域层面，需要参与性、包容性和透明的监督机制，使人们能够从不同视角报告实现可持续发展目标和遵守人权标准的进展。同样重要的是，对私人行为者，包括私人医院、制药公司和公共及私营捐助机构的行动也要进行监督，以评估它们按照人权义务对实现可持续发展目标的贡献(见大会第 70/1 号决议，第 67 段)。

六. 建议

74. 高级专员赞赏地注意到各国以众多实例说明了各种利益攸关方如何利用技术指南确保从基于权利角度处理孕产妇健康问题。鉴于其对国家执行《2030 年议程》的重大意义，高级专员建议理事会继续审议这一重要问题。

75. 谨向各会员国和其他利益攸关方提出以下相关建议：

(a) 在国家和国际层面提高意识，认识到可预防的孕产妇死亡率和发病率是一个基本人权问题，特别是在这一背景下，加强所有利益攸关方对所有人权不可分割的理解；

(b) 尽可能广泛传播技术指南和相关工具，包括向所有部委、各级相关公共机构、权利持有人和相关领域的其他组织传播技术指南和相关工具；

(c) 通过区域和国际现有人权机制，以及在可持续发展目标的监督和问责框架内，报告技术指南的执行情况；

(d) 通过组织情况介绍、培训、网络研讨会或其他会议，加强各利益攸关方，包括决策者、立法者、国家人权机构、司法机关、联合国机构和卫生工作者对以基于人权方针处理性健康和生殖健康问题的意识，并增强这方面能力；

(e) 召集和支持多个利益攸关方会议，包括卫生工作者和边缘化妇女和女童，讨论以基于权利方针处理性健康和生殖健康问题，并在国家一级的进程中寻找机会，优先注意具体领域和行动计划；

(f) 指定一个国家机构，负责确保按技术指南要求在所有部门和所有层面执行基于权利的方针；

(g) 确认人权的中心地位，加强国际和区域进程之间的联系，包括《2030 年议程》和妇女、儿童和青少年健康全球战略的联系；

(h) 在国家一级制订注重人权的指标，用以监测执行《2030 年议程》的进展和影响，把指标分析与人权报告相结合，确保以基于人权的方法收集、编制、分析和传播数据；

(i) 在执行可持续发展目标过程中评估妇女性健康和生殖健康及权利的现有问责机制，将问责机制纳入干预措施和战略当中，监督这些机制和进程的运作和效果，并采取补救行动，以确保回应人权需要。

Annex

Indicators for assessing compliance with human rights obligations, especially related to sexual and reproductive health and rights

<i>Core content of the right to sexual and reproductive health from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 22 (2016) on sexual and reproductive health^a</i>	<i>Relevant indicators in the Statistical Commission report (E/CN.3/2016/2/Rev.1)^b</i>	<i>Additional indicators in the Global Strategy indicator and monitoring framework^c</i>	<i>Non-exhaustive list of additional indicators that could be incorporated into national-level adaptation (with reference to where indicator has been proposed, where feasible)^d</i>
To repeal or eliminate laws, policies and practices that criminalize, obstruct or undermine access by individuals or a particular group to sexual and reproductive health facilities, services, goods and information	5.1.1 Whether or not legal frameworks are in place to promote, enforce and monitor equality and non-discrimination on the basis of sex		- Existence of discriminatory laws which criminalize or place other barriers to an individual's access to sexual and reproductive health services, goods and information
To adopt and implement a national strategy and action plan, with adequate budget allocation, on sexual and reproductive health, which is devised, periodically reviewed and monitored through a participatory and transparent process, disaggregated by prohibited ground of discrimination	5.6.2 Number of countries with laws and regulations that guarantee women aged 15-49 access to sexual and reproductive health care, information and education 16.6.1 Primary government expenditures as a percentage of original approved budget, disaggregated by sector (or by budget codes or similar)	Current country health expenditure per capita (including specifically on reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health) financed from domestic sources	- Existence of a costed national plan on sexual and reproductive health (OHCHR right to health indicators) - Specific budget tracking system in place on proportion of public sector and total resources dedicated to sexual and reproductive health services (adapted from OHCHR right to health indicators)
To guarantee universal and equitable access to affordable, acceptable and quality sexual and reproductive health services, goods and facilities, in particular for women and disadvantaged and marginalized groups	5.6.1 Proportion of women aged 15-49 who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care 3.1.1 Maternal deaths per 100,000 live births 3.1.2 Proportion of births attended by skilled health personnel 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population (by age group, sex and key populations)	Proportion of women aged 15-49 who received four or more antenatal care visits Proportion of women who have postpartum contact with a health provider within two days of delivery Percentage of people living with HIV who are currently receiving antiretroviral therapy, by age and sex Proportion of women aged 20-49 who report they were screened for cervical cancer	- Indicators to assess the availability and quality of basic and comprehensive emergency obstetric care (WHO, UNFPA, UNICEF, Averting Maternal Death and Disability, emergency obstetric care indicators) - Percentage of health care facilities in a country that offer a minimum package of sexual and reproductive health services (WHO, Ending Preventable Maternal Mortality)

<i>Core content of the right to sexual and reproductive health from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 22 (2016) on sexual and reproductive health^a</i>	<i>Relevant indicators in the Statistical Commission report (E/CN.3/2016/2/Rev.1)^b</i>	<i>Additional indicators in the Global Strategy indicator and monitoring framework^c</i>	<i>Non-exhaustive list of additional indicators that could be incorporated into national-level adaptation (with reference to where indicator has been proposed, where feasible)^d</i>
	3.7.1 Percentage of women of reproductive age (aged 15-49) who have their need for family planning satisfied with modern methods	Prevalence of anaemia in women aged 15-49, disaggregated by age and pregnancy status	
	3.7.2 Adolescent birth rate (aged 10-14; aged 15-19) per 1,000 women in that age group	Out of-pocket health expenditure as percentage of total health expenditure	
	3.c.1 Health worker density and distribution		
	10.2.1 Proportion of people living below 50 per cent of median income, disaggregated by age group, sex and persons with disabilities		
	10.3.1 Percentage of the population reporting having personally felt discriminated against or harassed within the last 12 months on the basis of a ground of discrimination prohibited under international human rights law		
To enact and enforce the legal prohibition of harmful practices and gender-based violence, including female genital mutilation, child and forced marriage and domestic and sexual violence, including marital rape, while ensuring privacy, confidentiality and free, informed and responsible decision-making, without coercion, discrimination or fear of violence, in relation to the sexual and reproductive needs and behaviours of individuals	5.2.1 Proportion of ever-partnered women and girls aged 15 years and older subjected to physical, sexual or psychological violence by a current or former intimate partner, in the last 12 months, by form of violence and by age group 5.2.2 Proportion of women and girls aged 15 years and older subjected to sexual violence by persons other than an intimate partner in the last 12 months, by age group and place of occurrence	Proportion of rape survivors who received HIV post-exposure prophylaxis within 72 hours of an incident occurring	- Legal recognition of marital rape

Core content of the right to sexual and reproductive health from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 22 (2016) on sexual and reproductive health^a

Relevant indicators in the Statistical Commission report (E/CN.3/2016/2/Rev.1)^b

Additional indicators in the Global Strategy indicator and monitoring framework^c

Non-exhaustive list of additional indicators that could be incorporated into national-level adaptation (with reference to where indicator has been proposed, where feasible)^d

5.3.1 Percentage of women aged 20-24 who were married or in a union before age 15 and before age 18

5.3.2 Percentage of girls and women aged 15-49 who have undergone female genital mutilation/cutting, by age group

16.2.3 Proportion of young women and men aged 18-29 who experienced sexual violence by age 18

16.6.2 Proportion of the population satisfied with their last experience of public services

To take measures to prevent unsafe abortions and to provide post-abortion care and counselling for those in need

- Medical terminations of pregnancy as a proportion of live births (OHCHR right to health indicator)

To ensure all individuals and groups have access to comprehensive education and information on sexual and reproductive health that are non-discriminatory, non-biased, evidence-based, and that take into account the evolving capacities of children and adolescents

Proportion of men and women aged 15-24 with basic knowledge about sexual and reproductive health services and rights

- Percentage of schools that provided comprehensive sexuality education in the previous academic year (High Level Task Force for the International Conference on Population and Development indicators)

To provide medicines, equipment and technologies essential to sexual and reproductive health, including based on the WHO Model List of Essential Medicines

3.b.1 Proportion of the population with access to affordable medicines and vaccines on a sustainable basis

- Indicators related to the availability of essential medicines

<i>Core content of the right to sexual and reproductive health from the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 22 (2016) on sexual and reproductive health^a</i>	<i>Relevant indicators in the Statistical Commission report (E/CN.3/2016/2/Rev.1)^b</i>	<i>Additional indicators in the Global Strategy indicator and monitoring framework^c</i>	<i>Non-exhaustive list of additional indicators that could be incorporated into national-level adaptation (with reference to where indicator has been proposed, where feasible)^d</i>
To ensure access to effective and transparent remedies and redress, including administrative and judicial ones, for violations of the right to sexual and reproductive health	16.3.1 Proportion of victims of violence in the previous 12 months who reported their victimization to competent authorities or other officially recognized conflict resolution mechanisms	Governance index (voice, accountability, political stability and absence of violence, government effectiveness, regulatory quality, rule of law, control of corruption) Proportion of countries that have ratified human rights treaties related to women's, children's and adolescents' health	- Proportion of received complaints on the right to health investigated and adjudicated by the national human rights institution, ombudsperson, or other mechanisms and the proportion of these responded to effectively by the Government (OHCHR right to health indicators)

^a Assessing compliance with human rights obligations would necessitate examining State action beyond the core content of the right to sexual and reproductive health. However, identifying indicators for the core content of the right provides an important baseline to be observed by all States.

^b The report specifies that "Sustainable Development Goal indicators should be disaggregated, where relevant, by income, sex, age, race, ethnicity, migratory status, disability and geographic location, or other characteristics, in accordance with the Fundamental Principles of Official Statistics."

^c The Framework includes the issue of disaggregation in its recommendations, specifying that "for many indicators the disaggregation by age, sex, socioeconomic status and other dimensions is critical to ensure that no one is left behind, including in humanitarian and other fragile settings. This will require special attention to data collection, analysis and communication for most indicators."

^d OHCHR key messages on the 2030 Agenda explain that "data should be collected and disaggregated by all grounds of discrimination prohibited under international human rights law, which will require developing new partnerships, methods and data sources, including non-traditional data sources and data gatherers including civil society". Additionally, special efforts should be made to ensure information is collected on the situation of 10-14 year olds.