

**Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана**
Среднесрочный обзор Азиатско-тихоокеанской декларации министров
о народонаселении и развитии

Бангкок, 26–28 ноября 2018 года

Пункт 3b предварительной повестки дня*

Тематическая дискуссия, касающаяся возникающих проблем и пробелов в осуществлении Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию, основных направлений деятельности по дальнейшему ее осуществлению и рекомендаций, содержащихся в Азиатско-тихоокеанской декларации министров о народонаселении и развитии**Поощрение гендерного равенства и всеобщего доступа к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав****Записка секретариата***Резюме*

Вопросы гендерного равенства и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав занимают центральное положение в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию и в Азиатско-тихоокеанской декларации министров о народонаселении и развитии. Им также отведено важное место в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в частности в целях в области устойчивого развития, касающихся обеспечения здорового образа жизни (цель 3) и обеспечения гендерного равенства (цель 5). Однако обеспечение гендерного равенства и охрана сексуального и репродуктивного здоровья и прав представляют собой сквозные вопросы, которые имеют крайне важное значение для достижения устойчивого развития в целом. В этом документе представлен обзор динамики и тенденций, касающихся обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, гендерного насилия и пагубных обычаев, а также описана их взаимосвязь с целью по обеспечению гендерного равенства.

I. Введение

1. На Международной конференции по народонаселению и развитию в 1994 году государства-члены подтвердили, что обеспечение гендерного равенства и равного доступа для женщин и девочек к праву на участие в жизни общества, возможностям, информации и услугам зависит от полной реализации женщинами и девочками их прав на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и сексуальных и репродуктивных прав, и является одним из

* ESCAP/APPC/2018/L.1.



предварительных условий для реализации этих прав. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года в совокупности представляют собой комплексные рамки, включающие в себя обязательства, которые должны быть выполнены с тем, чтобы обеспечить гендерное равенство и охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав. В Азиатско-тихоокеанской декларации министров о народонаселении и развитии, которая была подготовлена в качестве компонента двадцатилетнего обзора хода осуществления Программы действий и была принята в 2013 году на шестой Азиатско-тихоокеанской конференции по народонаселению, были изложены всесторонние обязательства, соответствующие Программе действий.

2. За последние два десятилетия на международном и региональном уровнях удалось добиться получения значительной и поддающейся количественной оценке выгоды за счет вложения инвестиций в охрану сексуального и репродуктивного здоровья. Однако прогресс в этой области подрывает сохраняющееся гендерное неравенство, недостаточный объем инвестиций в повышение качества и оперативности услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, а также нежелание решать вопросы, касающиеся охраны сексуального и репродуктивного здоровья на комплексной основе.

3. Несмотря на достижение беспрецедентного прогресса в том, что касается сокращения материнской смертности в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в 2015 году в регионе при родах умерло 85 000 женщин. Вопреки значительному успеху, которого удалось добиться, в расширении доступа к методам контрацепции, в 2017 году потребности в методах контрацепции были не удовлетворены в отношении приблизительно 132 млн женщин, проживающих в регионе. Глубоко укоренившееся неравенство сохраняется в вопросах, касающихся доступа к услугам по квалифицированному родовспоможению и дородовому уходу. Ограниченный доступ к медицинским услугам и неспособность систем здравоохранения справиться с чрезвычайными гуманитарными ситуациями приводят к увеличению риска развития связанных с беременностью заболеваний, материнской смертности и гендерного насилия.

4. На пути к искоренению гендерного насилия принимаются соответствующие законы и реализуются усилия, направленные на укрепление правоохранительного потенциала и расширение доступа к услугам. Однако остаются не устраненными такие барьеры, как нехватка качественных услуг, неприветливость судебной системы и пагубные социально-культурные нормы, обуславливающие принятие и замалчивание проблемы гендерного насилия¹. Пагубные обычаи, такие как детские браки и выбор пола ребенка с дискриминацией по гендерному признаку, продолжают существовать и обусловлены гендерным неравенством и мнением о том, что девочки обладают меньшей ценностью. Законы, стратегии и нормы стран региона по-прежнему являются дискриминационными в отношении женщин и девочек и подрывают их права.

5. В настоящем документе представлен обзор прогресса, достигнутого в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в выполнении обязательств, отраженных в Программе действий, в Азиатско-тихоокеанской декларации министров и в Повестке дня на период до 2030 года. Отмечено существование взаимосвязи между гендерным неравенством и другими формами неравенства и уязвимости, которые не позволяют женщинам и молодежи, проживающим в Азиатско-Тихоокеанском регионе, в полной мере воспользоваться правом на охрану сексуального и репродуктивного здоровья.

¹ См. E/ESCAP/GEWE/1.

II. Взаимосвязь между гендерным равенством и охраной сексуального и репродуктивного здоровья и прав

6. Инвестиции, направляемые на цели охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, позволяют спасти жизни, поощряют гендерное равенство, обеспечивают здоровье и благополучие, помогают женщинам получить доступ к качественному образованию и найти достойную работу, повышают производительность труда и уровень семейных доходов, улучшают здоровье и благополучие детей, таким образом внося вклад в реализацию более широкого круга целей в области развития. Гендерное равенство является одним из необходимых условий для обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, в том числе права отдельных лиц и пар принимать самостоятельные и ответственные решения о количестве детей и промежутке времени между их рождением.

7. Неравенство в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав связано с проблемой гендерного неравенства и подкрепляется им. Зачастую женщины сталкиваются с гендерной дискриминацией, усугубляющей другие формы неравенства, будь то по экономическому или по географическому признаку, или существующие между отдельными группами населения. Стигма, дискриминация и социальная изоляция создают существенные препятствия, не позволяющие в полной мере воспользоваться услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующими правами. Эти препятствия становятся еще более значительными в комбинации с расширяющимся неравенством, связанным с уровнем доходов, образованием и проживанием в сельских районах.

8. Проявлениями гендерного неравенства являются насилие в отношении женщин и девочек и пагубные обычаи, подрывающие их право на принятие решений о замужестве и о том, когда и за кого выходить замуж, а также о беременности и о том, когда и как часто планировать беременность. Тот факт, что женщины и молодежь не обладают достаточными правами в отношении собственного сексуального и репродуктивного здоровья, приводит к высокому уровню материнской смертности, незапланированным беременностям и неудовлетворенным потребностям в методах контрацепции, а также к проблемам в области обеспечения доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам по безопасному прерыванию беременности там, где это разрешено законом, и к медицинскому обслуживанию после искусственного прерывания беременности. Такое неудовлетворительное положение дел в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья ограничивает доступ женщин и девочек к образованию, трудоустройству и возможностям для получения доходов, а также подрывает их способность участвовать на равной с мужчинами и мальчиками основе во всех сферах жизни.

9. В Азиатско-Тихоокеанском регионе женщины и девочки по-прежнему сталкиваются с существенным неравенством в том, что касается права голоса, участия в жизни общества и доступа к образованию и трудоустройству, и чаще испытывают нищету и уязвимость. Женщины региона имеют меньшие шансы получить полное среднее образование и устроиться на работу на полный рабочий день, чем мужчины². В 2017 году гендерный разрыв в области участия в хозяйственной деятельности, получения образования, здоровья и благополучия и участия в политической жизни составлял 29,4 процента для стран Восточной Европы и Центральной Азии, 32 процента – для стран

² *Inequality in Asia and the Pacific in the Era of the 2030 Agenda for Sustainable Development* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под номером № E.18.P.F.13).

Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона и 34 процента – для стран Южной Азии³.

10. Для искоренения насилия в отношении женщин, обеспечения их физической автономности и возможности принимать и реализовывать собственные решения в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав, необходимо бороться с дискриминационными законами, стратегиями и нормами и внести изменения в неравноправные властные гендерные отношения.

III. Сексуальное и репродуктивное здоровье, услуги и права

A. Материнское здоровье

11. Нищета и гендерное неравенство имеют значительные негативные последствия для здоровья матери. Нищета обостряет проблему нехватки доступа к услугам по охране материнского здоровья и способствует созданию условий для оказания неудовлетворительных, недоступных и дорогостоящих услуг в бедных и недостаточно обслуживаемых районах. В соответствии с гендерными нормами предпочтение отдается благополучию мужчин и мальчиков и их доступу к услугам здравоохранения в ущерб женщинам и девочкам, что обостряет проблему отсутствия у женщины экономического выбора и нехватки автономности. Незапланированные беременности чаще происходят среди малоимущих, менее образованных женщин и девочек, проживающих в сельских районах, не имеющих доступа к качественным услугам по охране материнского здоровья. Девочки из менее обеспеченных семей обладают большим риском родить ребенка в подростковом возрасте и имеют более ограниченный доступ к услугам квалифицированного родовспоможения и родового ухода. Связанные с беременностью риски для здоровья подрывают способность женщин заботиться о своих семьях и участвовать в социальной и экономической жизни, а также приводят к большей уязвимости домашних хозяйств к экономическим и экологическим потрясениям.

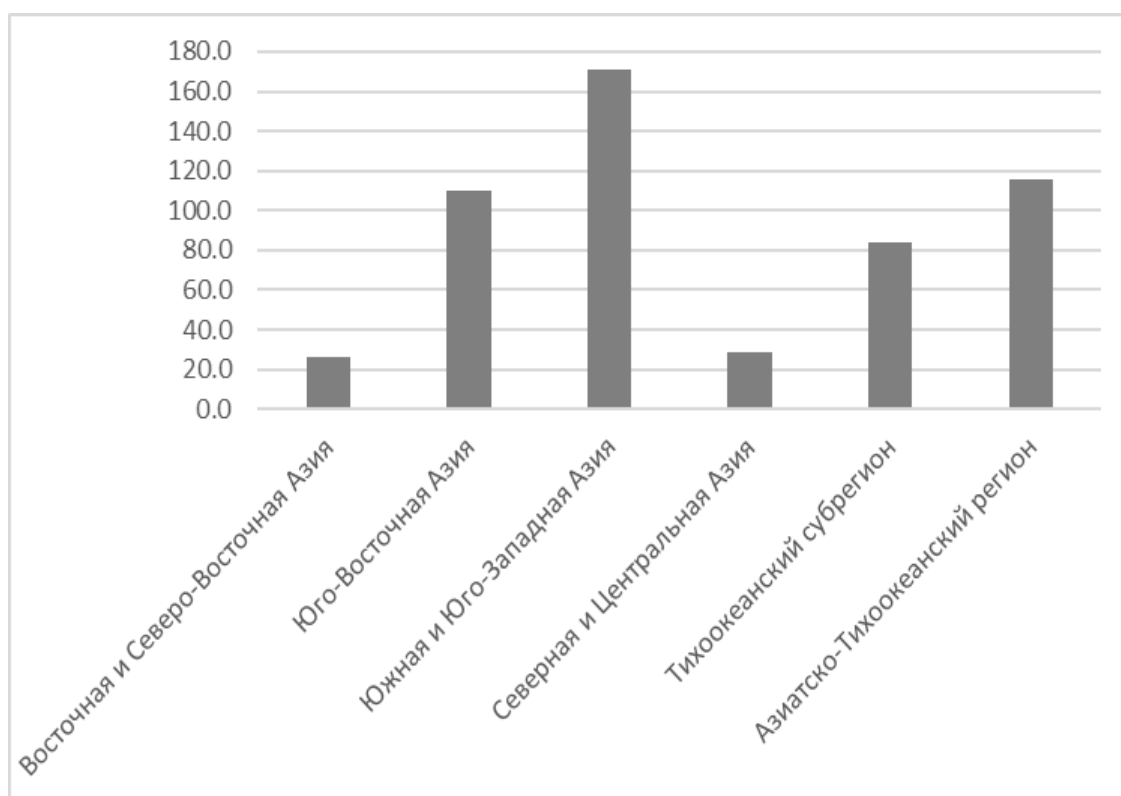
12. В период реализации Целей развития тысячелетия удалось добиться беспрецедентного прогресса в том, что касается показателей материнской смертности, которые снизились на 61 процент в регионе в период 2000–2015 годов⁴. Несмотря на этот прогресс в 2015 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе при родах умерло 85 000 женщин. Смерть 75 процентов из них была вызвана пятью основными предотвратимыми причинами материнской смертности⁵. На диаграмме I показано, что показатели материнской смертности были наиболее высокими в странах Южной и Юго-Западной и Юго-Восточной Азии.

³ World Economic Forum, *The Gender Gap Report 2017*, (Женева, 2017 год).

⁴ Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), Asian Development Bank and United Nations Development Programme, *Making It Happen: Technology, Finance and Statistics for Sustainable Development in Asia and the Pacific – Asia-Pacific Regional MDGs Report 2014/15* (Бангкок, 2015 год).

⁵ World Health Organization (WHO), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division* (Женева, 2015 год).

Диаграмма I
Материнская смертность в Азиатско-Тихоокеанском регионе с разбивкой по субрегионам, 2015 год
 (на 100 000 рождений)



Источник: онлайн-база данных ЭСКАТО (на основании данных, предоставленных Статистическим отделом Департамента по экономическим и социальным вопросам, глобальная база данных по показателям достижения целей в области устойчивого развития). См. http://data.unescap.org/escap_stat/ (по состоянию на 18 июня 2018 года).

13. В среднем для достижения задачи 1 цели 3 в области устойчивого развития по снижению глобального коэффициента материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений к 2030 году необходимо нарастить темпы прогресса в два-три раза по сравнению с текущими тенденциями⁶.

14. Конфликты и стихийные бедствия препятствуют прогрессу в области снижения коэффициента материнской смертности. В Азиатско-Тихоокеанском регионе приблизительно 4 процента женщин в любых перемещенных или пострадавших в результате стихийных бедствий группах населения окажутся беременными, и 15 процентов из них будут иметь связанные с беременностью осложнения⁷. Неспособность систем здравоохранения справиться с последствиями чрезвычайных ситуаций и сокращение доступа к услугам могут стать причиной резкого увеличения количества смертей в результате осложнений, которые в более стабильных условиях легко поддаются лечению. В этой ситуации многие женщины также теряют доступ к методам контрацепции, в результате чего повышается риск наступления незапланированной беременности, заражения ВИЧ и инфекциями, передаваемыми половым путем.

⁶ Susan Nicolai and others, "Projecting progress: reaching the SDGs by 2030" (Лондон, Институт зарубежного развития, 2015 год).

⁷ United Nations Population Fund (UNFPA), "Emergency preparedness and response in the Asia-Pacific region", February 2017.

15. Для снижения показателей предотвратимой материнской смертности и улучшения материнского здоровья необходимо обеспечить непрерывное оказание качественных медицинских услуг, в том числе услуг по дородовому уходу квалифицированным специалистом и квалифицированного родовспоможения в медицинском учреждении. В период 1990–2014 годов удалось расширить доступ к услугам квалифицированного родовспоможения и дородового ухода, однако всеобщего доступа к этим услугам добиться пока не удалось (диаграмма II).

Диаграмма II
Квалифицированное родовспоможение в Азиатско-Тихоокеанском регионе с разбивкой по субрегионам, 1990–2014 годы
 (процентная доля)



Источник: онлайн-база данных ЭСКАТО (на основании данных, предоставленных Статистическим отделом, глобальная база данных по показателям достижения целей в области устойчивого развития).

Примечание: пустые ячейки были интерполированы.

16. Ситуация внутри стран неоднородна, в частности, если принимать во внимание разницу, существующую между городскими и сельскими районами и обусловленную уровнем благосостояния. Так, например, в странах Южной Азии наблюдается 33-процентный разрыв в охвате услугами между сельскими (42 процента) и городскими (75 процентов) районами⁸.

⁸ United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2015* (Нью-Йорк, 2015 год).

17. Положение дел в области охвата услугами по родовому уходу, предусматривающему, как минимум, четыре посещения врача, в регионе неоднородно. В период 1990–2014 годов в странах Юго-Восточной Азии наблюдалось увеличение охвата услугами с 45 до 84 процентов, тогда как страны Южной Азии отставали: в них охват услугами увеличился всего лишь с 23 до 36 процентов⁹. Уровень охвата может быть как максимально низким как, например, в Афганистане (23 процента), Бангладеш (31 процент) и Пакистане (37 процентов), так и приближающимся к всеобщему как, например, в Таиланде (91 процент) и Фиджи (94 процента). Уровень охвата в странах Северной и Центральной Азии превышает 90 процентов, за исключением Азербайджана (66 процентов) и Таджикистана (52 процента)¹⁰. Существенные различия наблюдаются между городскими и сельскими районами и группами с различным уровнем благосостояния.

18. Необходимо активизировать усилия, направленные на обеспечение доступности качественных базовых и комплексных услуг по оказанию неотложной акушерской и родовой помощи. Акушерский свищ по-прежнему является одной из главных причин заболеваемости, страданий и социальной изоляции девочек и женщин, в частности в странах Южной Азии, характеризующихся наличием огромного разрыва в степени доступности медицинских и социальных услуг в сельских районах.

19. Одним из важных барьеров, препятствующих использованию услуг по охране материнского здоровья, является их стоимость, включающая сумму оплаты медицинских услуг и расходы на проезд. Сопутствующие расходы, связанные с обращением за медицинской помощью, в том числе возникающие в связи с потерей рабочего времени и выполнением неоплачиваемых обязанностей по уходу, также являются фактором, ограничивающим доступ к услугам по охране материнского здоровья для малоимущих женщин. В Азиатско-Тихоокеанском регионе данная ситуация обостряется высокой стоимостью медицинского обслуживания и необходимостью самостоятельно покрывать расходы на лечение.

20. Одной из основных предотвратимых причин материнской смертности и инвалидности является небезопасный аборт. Из приблизительно 53,8 млн незапланированных беременностей, возникающих ежегодно в странах Азии, 35,5 млн (65 процентов) заканчиваются аборт¹¹. В странах Океании каждый год возникает 4 000 незапланированных беременностей, 1 520 (38 процентов) из которых заканчиваются аборт. Среднегодовой коэффициент абортов за период 2010–2014 годов составил 36 на 1 000 женщин репродуктивного возраста для стран Азии и 19 – для стран Океании.

21. Искусственное прерывание беременности считается безопасным в тех случаях, когда: а) используются рекомендованные ВОЗ методы и б) эти методы используются квалифицированным персоналом. Оно считается менее безопасным в тех случаях, когда выполнено только одно из вышеуказанных условий, и наименее безопасным в тех случаях, когда ни одно из вышеуказанных условий выполнено не было. В странах Азии приблизительно 62 процента абортов являются безопасными, 30 процентов – менее безопасными и 8 процентов -наименее безопасными.

⁹ Ibid.

¹⁰ Онлайн-база статистических данных ЭСКАТО (на основании данных, предоставленных Статистическим отделом, глобальная база данных по показателям достижения целей в области устойчивого развития) (см. диаграмму I).

¹¹ Guttmacher Institute, “Abortion in Asia: fact sheet”, March 2018.

22. Как правило, риск небезопасного аборта повышается в тех случаях, когда на искусственное прерывание беременности наложены значительные законодательные ограничения. Даже если аборт является законным, многие женщины все же сталкиваются с преградами, не позволяющими им воспользоваться безопасными, законными медицинскими услугами, которые также являлись бы недорогими и доступными. Такие преграды включают в себя трудности в поиске специалистов, выполняющих аборт, неудовлетворительные условия в медицинских учреждениях, недостаточный уровень осведомленности о законности абортов и страх общественного осуждения за прерывание беременности, что в некоторых случаях приводит к социальной изоляции, чувству стыда и вины и подрывает здоровье и благополучие женщин.

23. В странах региона ежегодно около 4,6 млн женщин проходят лечение в связи с осложнениями, вызванными искусственным прерыванием беременности. В 2014 году как минимум 6 процентов всех материнских смертей (5 400 смертей) в странах Азии стали результатом небезопасного прерывания беременности. Малоимущие и проживающие в сельских районах женщины более подвержены риску столкнуться с проблемой небезопасного искусственного прерывания беременности и связанных с ним тяжелых осложнений. Для снижения показателей заболеваемости и смертности в результате небезопасных абортов необходимо обеспечить повышение качества комплексного медицинского обслуживания после абортов и расширение доступа к нему.

24. Существует очевидная взаимосвязь между неудовлетворенными потребностями в методах контрацепции и абортами. Большинство женщин, сделавших аборт, принимают это решение по причине того, что беременность была незапланированной. Особенно высок риск незапланированной беременности для молодых женщин, в результате чего также растет количество небезопасных абортов. Для сокращения количества незапланированных беременностей и абортов или незапланированных деторождений важно решить проблему, связанную с удовлетворением потребности в методах контрацепции.

В. Услуги по планированию семьи

25. Фундаментальное значение для достижения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин имеет реализация права на принятие решения о беременности, о том, когда и как часто рожать. Незапланированная беременность ограничивает возможности женщин и девочек в области образования, участия в жизни общества и улучшения экономического положения. Снижение рождаемости способствует увеличению продолжительности жизни женщин и позволяет им воспользоваться экономическими возможностями. Меньший размер семьи, как правило, предполагает более высокий уровень образования и вложение большего количества средств в воспитание девочек.

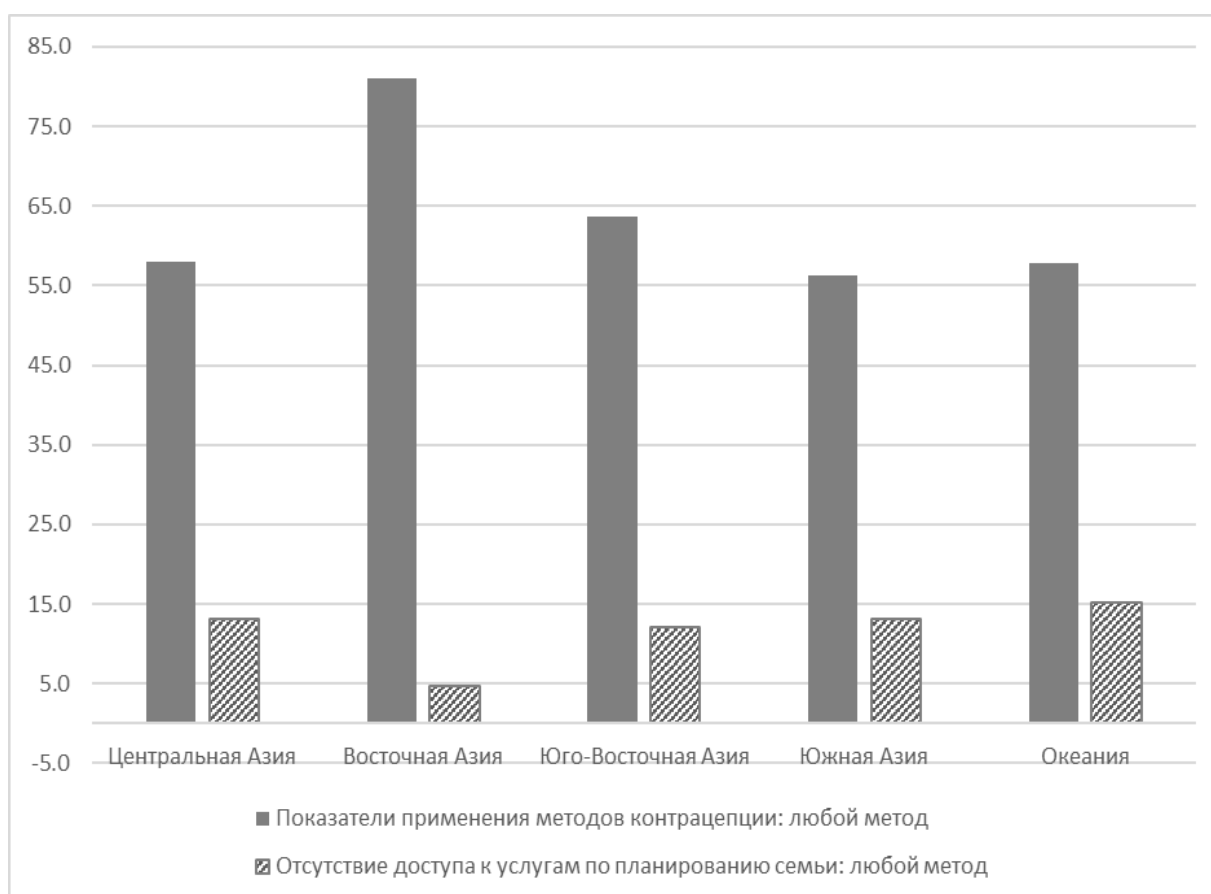
26. Во всем мире почти половина женщин в возрасте 15-49 лет не принимает самостоятельные решения, касающиеся медицинского обслуживания, использования методов контрацепции и половых отношений. В странах Азии самостоятельные решения в этих сферах не принимает 31,5 процентов женщин¹². Женщины, состоящие в насильственных отношениях, как правило, чаще свидетельствуют о том, что они не в состоянии договориться об использовании методов контрацепции. Тайное использование методов контрацепции, связанное с отсутствием прав на принятие решений, приводит к увеличению риска насилия в отношении женщин.

¹² *The Sustainable Development Goals Report 2017* (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под номером № E.17.I.7).

27. Показатели использования современных методов контрацепции улучшились по сравнению с 1980 годом. В настоящее время более половины состоящих в браке или в отношениях женщин используют современные методы контрацепции. Однако в 2017 году приблизительно 132 млн женщин в Азиатско-Тихоокеанском регионе не имели доступа к методам контрацепции. Процентная доля женщин, не имеющих доступа к услугам по планированию семьи, составляет от 4,7 процентов в странах Восточной Азии до 15,1 процентов – в странах Тихоокеанского субрегиона (диаграмма III). Самое большое количество женщин, не имеющих доступа к современным методам контрацепции (70 млн), проживает в странах Южной Азии¹³. Эта цифра значительно занижена, так как в имеющихся данных отражены потребности только состоящих в браке или в отношениях женщин.

Диаграмма III

Оценочные данные о масштабах применения методов контрацепции и неудовлетворенных потребностях в средствах планирования семьи в Азиатско-Тихоокеанском регионе среди замужних или состоящих в отношении женщины в возрасте 15-49 лет, средние показатели, 2018 год (процентная доля)



Источник: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, «Оценочные и прогнозируемые данные о показателях планирования семьи в 2018 году».

Примечание: Показанные субрегионы отличаются от субрегионов ЭСКАТО.

¹³ Guttmacher Institute, “Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017 – fact sheet”, December 2017.

28. Кроме того, несмотря на то что потребность женщины в методах контрацепции считается удовлетворенной в случае использования ею метода контрацепции в конкретный момент времени, это не всегда свидетельствует о ее способности делать осознанный выбор. В развивающихся странах 60 процентов используемых методов контрацепции составляют такие методы, как стерилизация женщин и использование внутриматочных противозачаточных средств¹⁴. Для обеспечения возможности осуществления осознанного выбора методов контрацепции в странах региона необходимо привлечение большего объема инвестиций. Обеспечение доступности всего спектра методов контрацепции и качественных услуг позволит женщинам и девочкам выбрать надлежащие методы контрацепции в соответствии с их предпочтениями в отношении размера семьи, в зависимости от особенностей их полового поведения и здоровья, либо перейти на использование таких методов.

29. Удовлетворение потребностей в методах контрацепции в странах Азии позволит на 75 процентов уменьшить количество незапланированных беременностей (с 52 млн до 13 млн), на 77 процентов – количество незапланированных деторождений (с 13 млн до 3 млн) и на 75 процентов – количество аборт (с 33 млн до 8 млн). Обеспечение доступности всего спектра современных методов контрацепции в совокупности с оказанием медицинских услуг всем беременным женщинам и новорожденным позволит снизить материнскую смертность на 72 процента (с 90 000 до 25 000 смертей в год) и смертность новорожденных – на 77 процентов (с 1,5 млн до 328 000 смертей). Помимо того, что это даст возможность женщинам реализовать право на получение доступа к информации и услугам и делать самостоятельный выбор и принимать решения, касающиеся собственной репродуктивной жизни, это также повысит уровень образования, занятости среди женщин и уровень их доходов и будет способствовать увеличению размеров сбережений и имущества домашних хозяйств.

С. ВИЧ и другие инфекционные заболевания, передаваемые половым путем

30. Азиатско-Тихоокеанский регион занимает второе место в мире по численности проживающих в нем людей, инфицированных ВИЧ. В 2016 году их численность составляла приблизительно 5,1 млн человек. На долю Индии, Индонезии и Китая приходится приблизительно 75 процентов от общей численности людей, инфицированных ВИЧ, и 70 процентов от общего количества новых случаев инфицирования. Показатели охвата лечением увеличились более чем в два раза в период 2010–2017 годов, что привело к уменьшению количества связанных с ВИЧ/СПИДом смертей на 30 процентов. Однако этот показатель по-прежнему ниже, чем средний мировой показатель, составляющий 53 процента¹⁵. В 2017 году процентная доля женщин, проходящих лечение, чтобы предотвратить передачу инфекции от матери ребенку, составляла 46 процентов, что значительно ниже среднего мирового показателя, составляющего 76 процентов¹⁶.

31. В 2016 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе было зарегистрировано приблизительно 280 000 новых случаев инфицирования ВИЧ. Темпы прогресса в уменьшении количества новых случаев инфицирования замедлились в последние годы. В ряде стран отмечается развитие эпидемий. В период 2010–2016 годов количество новых случаев инфицирования ВИЧ уменьшилось на 13 процентов, однако таких темпов уменьшения случаев инфицирования

¹⁴ UNFPA, *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges* (Нью-Йорк, 2016 год).

¹⁵ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *UNAIDS Data 2017* (Женева, 2017 год).

¹⁶ UNAIDS, *Snapshots: HIV Epidemic in Asia and the Pacific* (Бангкок, 2017 год).

недостаточно, чтобы выполнить согласованные задачи и положить конец эпидемии к 2030 году¹⁷.

32. Большинство новых случаев инфицирования ВИЧ регистрируют среди ключевых групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования ВИЧ, в том числе среди потребителей инъекционных наркотиков, работников сферы сексуальных услуг, трансгендеров, людей, находящихся в местах лишения свободы, и мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами. Эти ключевые группы населения зачастую подвергаются стигматизации и, в ряде стран, уголовному преследованию, что препятствует эффективной борьбе с ВИЧ. В более чем 23 странах было организовано проведение национальных обзоров или консультаций, касающихся законов и стратегий, которые позволяют устранить правовые и политические барьеры, препятствующие эффективной борьбе с ВИЧ.

33. ВИЧ является одной из основных причин смертности среди женщин репродуктивного возраста во всем мире. Пагубные социальные нормы, гендерное неравенство, нищета и насилие способствуют увеличению риска вступления в незащищенные половые отношения для женщин. Отсутствие равенства прав между женщинами и мужчинами препятствует получению женщинами доступа к презервативам и не позволяет им настоять на их использовании. В Азиатско-Тихоокеанском регионе женщины составляют 35 процентов от общей численности взрослого населения, инфицированного ВИЧ¹⁸. В странах с развивающейся эпидемией, таких как Камбоджа, Мьянма и Таиланд, огромное количество людей, живущих с ВИЧ, составляют женщины, состоящие в отношениях с мужчинами, подверженными высокому риску инфицирования ВИЧ¹⁹.

34. Женщины, инфицированные ВИЧ, и ключевые группы риска среди женщин часто сталкиваются с дискриминацией и непропорционально высокими показателями незапланированной беременности. Получение доступа к услугам по лечению ВИЧ вносит важный вклад в удовлетворение потребностей женщин в лечении ВИЧ и в охрану их сексуального и репродуктивного здоровья в целом. Кроме того, существует тесная взаимосвязь между гендерным насилием и ВИЧ. Гендерное насилие является одновременно и причиной, и следствием инфицирования ВИЧ. Гендерное насилие увеличивает риск инфицирования ВИЧ и является последствием стигматизации и дискриминации людей, инфицированных ВИЧ.

35. В 2015 году было зарегистрировано 207 млн новых случаев инфицирования излечимыми инфекционными заболеваниями, передаваемыми половым путем, в странах западной части Тихоокеанского субрегиона и Юго-Восточной Азии, что составило почти 60 процентов от общего количества новых случаев инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, во всем мире²⁰. Эффективной борьбе с инфицированием препятствует нехватка данных об инфекционных заболеваниях, передаваемых половым путем, и непоследовательность в информировании о новых случаях инфицирования. Без лечения инфекции, передаваемые половым путем, повышают риск передачи ВИЧ и приводят к таким осложнениям, как бесплодие, внематочная беременность, выкидыш, внутриутробная смерть плода и врожденные

¹⁷ UNAIDS, *UNAIDS Data 2017*.

¹⁸ UNAIDS, *Snapshots: HIV Epidemic in Asia and the Pacific* (Бангкок, 2016 год).

¹⁹ United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women), "Policy and programme guidance: HIV and gender-based violence – preventing and responding to linked epidemics in Asia and the Pacific Region" (Бангкок, 2016 год).

²⁰ WHO, *Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2015* (Женева, 2016 год).

инфекционные заболевания. Было доказано, что вирус папилломы человека способствует развитию рака шейки матки. Несмотря на достигнутый прогресс огромной угрозой для развития беременности по-прежнему является материнский сифилис, даже среди женщин, имеющих доступ к дородовому уходу. Борьба с ВИЧ стала одним из основных катализаторов профилактики и лечения инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем. Учитывая значительные показатели распространенности инфекций, передаваемых половым путем, в регионе, в частности в странах Тихоокеанского субрегиона, важнейшее значение имеет привлечение внимания широкой общественности к угрозе инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем.

36. Включение услуг по профилактике ВИЧ, в том числе добровольных консультационных услуг и тестирования, в зону охвата услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья позволит увеличить количество людей, проходящих добровольное тестирование на ВИЧ, и добиться более полного понимания рисков, связанных с заражением ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передаваемыми половым путем.

D. Охрана сексуального и репродуктивного здоровья и прав молодежи

37. В регионе проживает около 690 млн подростков и молодых людей в возрасте 15-24 лет. Наличие доступа к средствам массовой информации и высокий уровень урбанизации и глобализации среди молодых людей вносят вклад в изменение их ценностей, норм и поведения в половой жизни, что нередко вступает в противоречие с традиционным социокультурным отношением к добрачным половым отношениям. Значительная доля молодых людей, проживающих в регионе, ведет активную половую жизнь и, все чаще, начинает ее до брака. Однако в отношении добрачных половых отношений сохраняются мощные культурные запреты и пагубные гендерные нормы. По-прежнему высоко ценится женское целомудрие и девственность до брака, в результате чего добрачные половые отношения считаются постыдным и позорным явлением, а молодые незамужние женщины не получают достаточного доступа к необходимой информации и услугам. Традиционные взгляды на подростковое половое поведение приводят к нежеланию медицинских работников предоставлять молодым людям необходимую информацию и услуги.

38. Многие молодые люди, проживающие в регионе, не имеют достаточных знаний и жизненных навыков для того, чтобы обсуждать вопросы, касающиеся безопасных и добровольных отношений, и сталкиваются с препятствиями в том, что касается получения доступа к услугам и товарам, необходимым для предотвращения незащищенного полового акта и его последствий. В результате они сталкиваются с риском наступления ранней и незапланированной беременности, небезопасного искусственного прерывания беременности, инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, и ВИЧ. Эти риски оказываются еще более высокими для молодых людей из бедных семей и находящихся в социальной изоляции в связи с, помимо прочего, этнической принадлежностью, инвалидностью, миграционным статусом, сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью.

39. Значительная доля девочек подросткового возраста и молодых женщин сообщают о том, что они подвергались физическому и сексуальному насилию, в том числе вступали в половую связь по принуждению, что увеличивает риск таких негативных последствий, как наступление ранней и незапланированной беременности, искусственное прерывание беременности, инфекционные

заболевания, передаваемые половым путем, и ВИЧ²¹. Девочки подросткового возраста, пережившие принудительный или насильственный половой акт, как правило, менее склонны использовать презервативы или другие виды контрацепции в будущих половых отношениях.

1. Подростковая беременность

40. Несмотря на 40-процентное уменьшение количества подростковых беременностей в странах Южной Азии, свидетельствующего о сокращении количества детских браков, общее количество подростковых беременностей в регионе за последние двадцать лет уменьшилось незначительно. Напротив, в ряде стран Юго-Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона наблюдается увеличение количества подростковых беременностей, что противоречит мировым тенденциям²².

41. В 2015 году в Азиатско-Тихоокеанском регионе 5,2 млн детей были рождены от матерей подросткового возраста, большинство из которых состояли в браке. В регионе на 1 000 подростков приходится 30,6 живорожденных. Самый высокий уровень раннего деторождения в настоящее время наблюдается в странах Юго-Восточной Азии, в которых на 1 000 девочек в возрасте 15-19 лет приходится 47 новорожденных²³. Из общего количества подростковых беременностей в регионе 47 процентов являются незапланированными²⁴, что усугубляет важную и часто замалчиваемую проблему небезопасного искусственного прерывания беременности.

42. К моменту достижения 18-летнего возраста одна из семи девочек, проживающих в регионе, уже родила ребенка, и более одной трети девочек состоят в браке. Большинство случаев подростковой беременности происходит среди замужних девочек подросткового возраста, однако 25 процентов от общего количества первенцев, рожденных от матерей в возрасте до 20 лет, в странах Азии были зачаты до вступления в брак, что свидетельствует о том, что добрачная беременность является одним из факторов, способствующих раннему вступлению в брак и созданию союзов для многих девочек подросткового возраста.

43. Раннее деторождение несет не только значительные последствия для здоровья, но и усугубляет проблему гендерного неравенства, так как зачастую приводит к тому, что девочки оказываются вынужденными прекратить школьное образование, в результате чего сокращаются возможности получения ими доходов в будущем, и они оказываются не в состоянии выбраться из замкнутого круга нищеты. Преодоление проблемы стигматизации и дискриминационных социальных норм в отношении подростковой сексуальности, особенно в отношении девочек, в комбинации с созданием правовой и политической среды, в рамках которой ведущие активную половую жизнь подростки получают доступ к необходимой информации и услугам для защиты собственного сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав, позволят уменьшить количество подростковых беременностей и гарантировать доступ к образованию и рынку труда для молодых женщин.

²¹ UNFPA, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) and WHO, *Sexual and Reproductive Health of Young People in Asia and the Pacific: A Review of Issues, Policies and Programmes* (Бангкок, ЮНФПА, 2015 год).

²² UNFPA, *Universal Access to Reproductive Health*.

²³ Population Reference Bureau, "2017 world population data sheet with a special focus on youth" (Вашингтон, округ Колумбия, 2017 год).

²⁴ Jacqueline E. Darroch and others, "Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents – report", Guttmacher Institute, May 2017.

2. Доступ к методам контрацепции

44. Приблизительно 6,3 млн девочек в возрасте 15-19 лет в странах Азиатско-Тихоокеанского региона не имеют доступа к методам контрацепции. Методами контрацепции пользуется 22 процента замужних девушек, из них только 16 процентов пользуются современными методами контрацепции, и 24 процента не имеют доступа к методам контрацепции. Уровень использования различных методов контрацепции выше среди ведущих активную половую жизнь незамужних девочек подросткового возраста (41 процент), однако только 21 процент девочек использует современные методы контрацепции, и только 6 процентов используют более эффективные методы контрацепции. В странах Южной Азии и в тихоокеанских островных странах наблюдается особенно низкий уровень использования методов контрацепции, особенно среди девочек в возрасте 15-19 лет, а также более высокий уровень неудовлетворенной потребности в методах контрацепции по сравнению с Восточной и Юго-Восточной Азией. В Азиатско-Тихоокеанском регионе приблизительно 50 процентов незамужних ведущих активную половую жизнь девочек (в возрасте 15-19 лет) не имеют доступа к методам контрацепции²⁵.

45. Факторы, влияющие на наличие доступа у молодых людей к методам контрацепции, могут быть различными в разных субрегионах и зависят от семейного положения. Например, низкий уровень использования методов контрацепции в странах Южной Азии среди молодых замужних женщин согласуется с большой степенью распространенности детских браков, давлением общества, принуждающим к деторождению сразу после вступления в брак и нехваткой у молодых замужних женщин информации, прав и возможностей для принятия осознанных решений, касающихся деторождения.

3. Доступ к услугам и информации по охране сексуального и репродуктивного здоровья

46. В большинстве стран региона в национальном законодательстве и политике учтены вопросы, касающиеся сексуального и репродуктивного здоровья молодых людей, и предусматривается реализация основанных на соблюдении прав национальных программ по охране сексуального и репродуктивного здоровья. В некоторых странах также были приняты законы, в которых явно признан развивающийся потенциал молодых людей принимать независимые решения, касающиеся собственного здоровья. Однако существуют также примеры законов и политики, в соответствии с которыми доступ к таким услугам ограничен, например, для не состоящих в браке людей, или для получения доступа к таким услугам молодыми людьми в возрасте до 18 лет предусмотрена необходимость получения согласия родителей.

47. Возраст, по достижению которого молодые люди могут законно давать согласие на совершение полового акта, вступление в брак и проведение медицинского лечения, значительно различается в разных странах, а также в зависимости от гендерной принадлежности. Законы, касающиеся возраста сексуального согласия, безусловно важны, так как позволяют защитить молодых людей от сексуального насилия и эксплуатации, но они должны быть сформулированы таким образом, чтобы не препятствовать получению доступа к необходимым услугам лицами, добровольно вступающими в половую связь со сверстниками. Например, в ряде стран в соответствии с рекомендациями Комитета по правам ребенка, содержащимися в его замечании общего порядка №20 (2016 год) об осуществлении прав ребенка во время подросткового периода, не устанавливается уголовная ответственность за половую связь между подростками одного возраста.

²⁵ UNFPA, *Universal Access to Reproductive Health*.

48. В национальных стратегиях почти всех стран упоминаются учитывающие интересы молодежи медицинские услуги, которые представляют собой качественные услуги по медицинскому обслуживанию, являющиеся доступными, учитывающими потребности молодых людей и приемлемыми для них. Кроме того, в большинстве стран были разработаны или в настоящее время разрабатываются национальные стандарты по оказанию учитывающих интересы молодежи медицинских услуг. Однако в настоящее время масштаб оказания этих услуг ограничен, и охват ими также не является достаточным ввиду ряда факторов, включающих нехватку бюджетных средств, недостаточный уровень развития инфраструктуры и проблемы в обеспечении конфиденциальности, неудовлетворительный уровень подготовки медицинских сотрудников и отсутствие надлежащего надзора, а также низкий уровень осведомленности о таких услугах среди молодежи. Молодые люди, как правило, не имеют доступа к наличным средствам для оплаты услуг и не всегда способны воспользоваться этими услугами без участия родителей.

49. Доказано, что всестороннее половое просвещение, основанное на учитывающем возрастные и культурные особенности подходе к просвещению о половых вопросах и вопросах, касающихся личных взаимоотношений, за счет предоставления научно обоснованных, реалистичных и непредвзятых данных, позволяет повысить уровень знаний и самооценку, меняет отношение к этим вопросам и поведение и способствует установлению более справедливых отношений между полами. Программы, в которых уделяется внимание вопросам взаимоотношения полов или властных отношений, в пять раз более эффективны, чем программы, в которых эти вопросы не затрагиваются. Молодые люди, получившие всестороннее половое просвещение, как правило, склонны вступать в половую жизнь позднее, чем их сверстники, используют презервативы и прочие методы контрацепции и в меньшей степени подвержены рискам инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ и незапланированной беременности, а также реже вступают в насильственные отношения.

50. В связи с более высоким риском возникновения проблем с сексуальным и репродуктивным здоровьем у молодых людей, сталкивающихся с дискриминацией и насилием, необходимо уделять особое внимание тому, чтобы в рамках всестороннего полового просвещения рассматривались вопросы, касающиеся дискриминационных социальных и гендерных норм, и учитывались реальные условия жизни и права всех молодых людей.

51. Наблюдается огромный разрыв между существующими на бумаге стратегиями, касающимися всестороннего полового просвещения, и их практической реализацией. В ходе обзора, проведенного в 11 странах Азии, было установлено, что серьезную проблему представляет обеспечение охвата стратегиями подростков и молодежи, не посещающих школу²⁶. Для охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав молодежи, а также для обеспечения гендерного равенства и установления ненасильственных, уважительных отношений важно увеличить объем инвестиций, направляемых на учитывающее возрастные особенности всестороннее половое просвещение, которое будет способствовать изменению отношения к гендерным вопросам и будет предусматривать приобретение реальных жизненных навыков, как в пределах школьной системы, так и за ее пределами.

²⁶ Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, *Comprehensive Sexuality Education (CSE) in Asia: A Regional Brief* (Куала-Лумпур, 2018 год).

Е. Гендерное насилие и пагубные обычаи

1. Гендерное насилие

52. Насилие в отношении женщин и девочек тесно связано с проблемой гендерного неравенства и является серьезным нарушением прав человека. Женщины, как правило, чаще сталкиваются с насилием со стороны сексуального партнера, чем кого-либо еще²⁷. В 2014 году показатели насилия со стороны сексуального партнера в странах Южной Азии составляли 43 процента, а в странах Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона – 30 процентов²⁸. На страновом уровне доля когда-либо состоявших в партнерских отношениях женщин в возрасте 15-49 лет, которые сообщали о том, что они подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера когда-либо в течение своей жизни, составила 15-68 процентов. Особенно высокий уровень насилия со стороны сексуального партнера был зарегистрирован в Тихоокеанском субрегионе.

53. Хотя в большинстве случаев жертвами гендерного насилия становятся женщины и девочки, мужчины и мальчики также затронуты этим явлением, особенно в детские годы. Кроме того, негативный опыт, полученный мужчинами, пережившими насилие в детстве, связан с последующим совершением ими актов насилия в отношении женщин. Люди, которые не соответствуют социальным нормам в том, что касается их сексуальной ориентации или гендерной идентичности, часто становятся жертвами насилия и во многих случаях объектами уголовного преследования. Риск стать жертвами насилия, эксплуатации и жестокого обращения увеличивается в условиях чрезвычайных ситуаций, конфликтов и стихийных бедствий, особенно для женщин и девочек.

54. Насилие имеет серьезные последствия для сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин и девочек подросткового возраста. Женщины, ставшие жертвами насилия, как правило, реже обращаются за медицинской помощью, в том числе за услугами по охране материнского здоровья, и менее склонны договариваться о вопросах, касающихся половых отношений, в том числе о вопросах, связанных с защитой от ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, и с использованием методов контрацепции. Насилие в отношениях, как правило, начинается на ранней стадии и может сопровождать беременность, что имеет серьезные последствия для здоровья и благополучия как матери, так и ребенка. Более того, цикл насилия, начинающийся в детские годы и даже во время беременности, оказывает негативное воздействие на человека в течение всего его жизни. Для обеспечения охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав женщин важно поощрять гендерное равенство и решать проблемы, связанные с гендерным насилием и пагубными обычаями.

55. В большинстве стран региона были приняты законы, в соответствии с которыми установлена уголовная ответственность за насилие в отношении женщин, в том числе за сексуальное насилие. В большинстве стран региона запрещено домашнее насилие, но, при этом, не обеспечена защита не состоящих в браке сексуальных партнеров, или не учтены все формы насилия, такие как сексуальные домогательства и супружеское изнасилование. В пяти странах Южной Азии были приняты законы о домашнем насилии в отношении

²⁷ UNFPA, “Violence against women: regional snapshot (2017) – kNOwVAWdata violence against women prevalence map in Asia-Pacific” (Бангкок, 2017 год).

²⁸ Jeni Klugman, “Gender based violence and the law: World Development Report background paper” (Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк, 2017 год).

физического, сексуального и эмоционального насилия. В четырех из этих пяти стран законом также предусмотрена ответственность за экономическое насилие. В 17 странах Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона 74 процента женщин не защищены от сексуального насилия, 76 процентов женщин не защищены от экономического насилия. Необходимо провести реформы для того, чтобы ввести запрет на все формы насилия на законодательном уровне, и обеспечить защиту не состоящих в браке сексуальных партнеров.

56. Эффективному применению законодательства препятствует низкий уровень осведомленности о существующих законах, имеющиеся барьеры в информировании о насилии, предвзятость, безразличие и низкий уровень потенциала правоохранительных органов и правовые системы и суды, которые не учитывают потребности жертв насилия²⁹. Необходимо уделять большее внимание вопросам повышения уровня осведомленности о существующих законах, запрещающих гендерное насилие, и устранять барьеры на пути доступа к правосудию.

57. Для оказания эффективной помощи жертвам насилия, включая оказание правовой, психосоциальной, медицинской и социальной помощи, необходимо принятие комплексных и многосекторальных мер. Особую роль в комплексном многосекторальном реагировании играет сектор здравоохранения. Женщины, пережившие насилие, чаще всего с большей готовностью рассказывают об актах насилия медицинским работникам, к которым испытывают большее доверие³⁰. Меры по борьбе с гендерным насилием на уровне сектора здравоохранения принимаются в большинстве стран мира, хотя их масштаб, сфера охвата, количество и качество и уровень достигнутой интеграции в национальные системы здравоохранения остается различным. Необходимо укреплять потенциал систем здравоохранения и медицинских работников с тем, чтобы они могли осуществлять эффективное реагирование на акты гендерного насилия, в том числе за счет проведения регулярных проверок и обеспечения эффективной передачи информации об актах насилия в другие инстанции. Необходимо расширять доступ к комплексным услугам, оказываемым жертвам изнасилования, и сделать их более доступными.

58. Степень распространенности насилия может быть различной в разных общинах, странах и регионах. Это означает, что насилие не является непреодолимой проблемой и может быть предотвращено. Для предотвращения насилия важно бороться с благоприятствующими ему факторами, такими как пагубные социальные и гендерные нормы и обычаи, в соответствии с которыми мужчины получают право утверждать свое превосходство и контролировать жизнь женщин, и которые служат оправданием, обоснованием или предлогом для насилия и гендерного неравенства.

59. Нарастание масштабов борьбы с гендерным насилием идет медленными темпами несмотря на то, что все большее количество фактов свидетельствует в пользу принятия эффективных программных мер. По последним полученным в ходе обзора фактов данным наиболее эффективным методом профилактики гендерного насилия является реализация многокомпонентных программ, в том числе ведение работы с многочисленными группами людей в заданной обстановке, привлечение пар, родителей и детей и комбинирование таких подходов, как реализация программных мер для изменения пагубных гендерных

²⁹ Klugman, "Gender based violence and the law"; and Eileen Skinnider, Ruth Montgomery and Stephanie Garrett, *The Trial of Rape: Understanding the Criminal Justice System Response to Sexual Violence in Thailand and Viet Nam* (Бангкок, «ООН-женщины», ПРООН и Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, 2017 год).

³⁰ UN-Women and others, "Module 2: health" in *Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence* (Нью-Йорк, 2015 год).

норм, групповое обучение на уровне общин для привлечения мужчин и мальчиков и расширение экономических прав и возможностей.

60. Наблюдается тесная взаимосвязь между насилием в отношении женщин и насилием в отношении детей. Их объединяют общие факторы риска, общие социальные нормы. Такие случаи насилия, как правило, совершаются в рамках одной семьи и формируют цикл жесткого обращения, который передается из поколения в поколение. Подростковый период становится решающим моментом, так как создает возможности для устранения проблемы насилия. Важно рассматривать в качестве приоритетной задачи принятие мер, направленных на профилактику насилия среди подростков, которые позволят опровергнуть существующие социальные нормы, предоставят большую свободу действий девочкам и будут содействовать установлению здоровых отношений между молодыми людьми, а также дадут возможность девочкам отложить первый нежелательный сексуальный контакт, брак, совместное проживание и деторождение до достижения взрослого возраста³¹. В число таких мер входит вложение инвестиций в всестороннее половое просвещение, охватывающее вопросы гендерных и властных отношений, так как имеющиеся данные указывают на то, что это позволяет снизить вероятность вступления молодых людей в насильственные отношения.

2. Пагубные обычаи

61. Принудительные детские браки и детские браки по договоренности являются отражением гендерного неравенства, и в то же время усугубляют его. Они представляют собой злостное нарушение прав человека и имеют серьезные последствия для здоровья и благополучия девочек, приводя, в том числе, к увеличению риска наступления ранней беременности, материнской заболеваемости и смертности, к гендерному насилию, к снижению уровня образования и к ограничению возможностей трудоустройства и получения дохода.

62. Наибольшее количество женщин в возрасте 20-24 лет, вступивших в брак до 18 лет, проживает в странах Южной Азии. Из общего количества женщин в возрасте 20-24 лет, проживающих в странах Южной Азии, 30 процентов вступили в брак до 18 лет, 8 процентов – до 15 лет³². Показатели распространенности детских браков в течение некоторого времени уменьшались, однако в связи с ростом численности населения, общее количество девочек-невест продолжает увеличиваться. За последние десять лет риск вступления в брак для девочек уменьшился более чем в три раза в странах Южной Азии, но количество детских браков в этом субрегионе по-прежнему в два раза превышает количество детских браков в других субрегионах³³. В странах Южной Азии 19 процентов девочек в возрасте 15-19 лет состоят в браке или имеют постоянного партнера по сравнению с 6 процентами в странах Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона. По существующим прогнозам, для ликвидации детских браков к 2030 году потребуются в четыре раза повысить эффективность применяемых в настоящее время мер³⁴.

63. Во многих странах 18 лет является минимальным законным возрастом для вступления в брак девочек. В то же время, во многих странах девочкам

³¹ Emma Fulu, Sarah McCook and Kathryn Falb, “What Works evidence review: intersections of violence against women and violence against children”, What Works to Prevent Violence, September 2017.

³² UNICEF, UNICEF Data. Available at <https://data.unicef.org> (по состоянию на май 2018 года).

³³ UNFPA, UNESCO and WHO, *Sexual and Reproductive Health of Young People in Asia and the Pacific*.

³⁴ Nicolai and others, “Projecting progress”.

позволяется вступать в брак без согласия родителей или решения суда³⁵. Результаты недавно проведенного анализа законов о детских браках свидетельствуют о том, что 60 млн девочек в возрасте 10-17 лет не были защищены на законодательном уровне от детских браков в регионе в 2017 году³⁶. Даже в случае существования необходимых законов, таких законов недостаточно чтобы положить конец этому обычаю, так как многие девочки вступают в брак незаконно. Например, в 2017 году 77 процентов всех детских браков в Южной Азии были незаконными.

64. В регионе существуют различные формы ранних и детских браков. В Южной Азии распространены принудительные детские браки и детские браки по договоренности, тогда как в странах Юго-Восточной Азии и Тихоокеанского субрегиона преобладают добровольные отношения между подростками, так называемые «любовные браки» или гражданские браки. Беременность предшествует 25 процентам детских браков в странах Азии. Для сокращения количества ранних и детских браков и подростковых беременностей важно принимать меры, направленные на поощрение безопасных и добровольных половых связей, предотвращение подростковой беременности и расширение прав девочек подросткового возраста принимать самостоятельные решения в области сексуального и репродуктивного здоровья.

65. Образование является важным фактором, вносящим вклад в борьбу с детскими браками, и реализация стратегий, направленных на поощрение получения девочками полного среднего образования, может позволить уменьшить количество детских браков. Основанные на расширении прав и возможностей девочек подходы к решению этой проблемы, которые предусматривают предоставление девочкам необходимой информации, развитие у них навыков и оказание им поддержки по линии структур, выступающих за повышение их собственного статуса и уровня благополучия, оказываются более эффективными, чем такие экономические подходы, как предоставление семьям экономических стимулов или возможностей, направленных на компенсацию расходов, связанных с воспитанием девочек, и предотвращение их ранней выдачи замуж. Одной из основных мер по предотвращению подростковых беременностей, становящихся причиной детских браков, является организация всестороннего полового просвещения и обеспечение доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

66. Практика калечащих операций на женских половых органах представляет собой нарушение прав человека и крайнюю форму дискриминации в отношении женщин. В результате таких операций возникает ряд осложнений, таких как сильное кровотечение, инфекции и осложнения при родах. Практика калечащих операций на женских половых органах на настоящее время не получила широкого распространения в регионе, но существующие данные указывают на то, что она может стать более частым явлением в связи с тенденцией к проведению таких операций медицинским персоналом, а также растущим уровнем консерватизма и экстремизма. Калечащие операции на женских половых органах распространены в Индонезии и Малайзии. Эта практика также характерна для отдельных групп населения Индии и Шри-Ланки. В Индонезии почти 50 процентов девочек в возрасте до 12 лет подверглись калечащим операциям на женских половых органах в той или иной форме, и приблизительно три из четырех девочек подверглись этой процедуре в возрасте до шести месяцев³⁷. Результаты исследования, проведенного в сельских районах

³⁵ Quentin Wodon and others, “Ending child marriage: child marriage laws and their limitations” (Лондон, организация «Спаси детей»; Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк, 2017 год).

³⁶ Ibid.

³⁷ UNICEF, “Statistical profile on female genital mutilation/cutting: Indonesia”, February 2016.

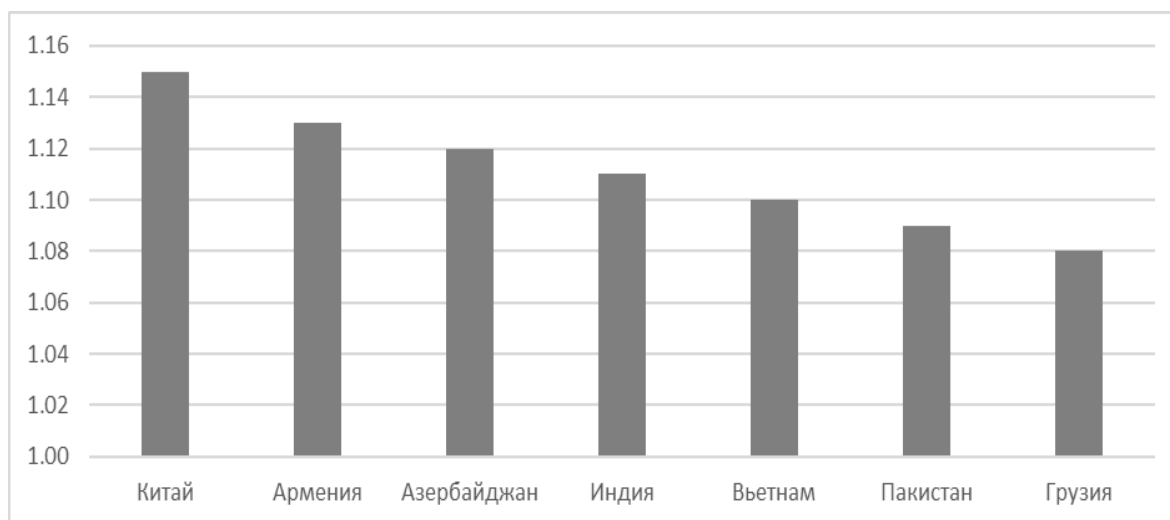
на севере Малайзии, указывают на то, что уровень распространенности калечащих операций на женских половых органах среди подлежащих исследованию групп женского населения Малайзии, исповедующих ислам, составляет 93 процента³⁸.

67. Обычай выбора пола ребенка с дискриминацией по гендерному признаку наблюдается все в большем количестве стран региона, в которых показатель соотношения полов при рождении превышает естественное соотношение полов, составляющее 1,07 мальчиков на одну девочку, и является признаком гендерного неравенства и предпочтения в пользу сыновей.

68. Недавно полученные данные указывают на то, что соотношение полов при рождении в пользу мальчиков составляет 1,15 в Китае, 1,13 в Армении, 1,12 в Азербайджане, 1,11 в Индии и 1,10 во Вьетнаме (диаграмма IV). В странах, в которых практикуется выбор пола ребенка с дискриминацией по гендерному признаку, как правило, этот обычай сконцентрирован в границах отдельных географических районов. В ряде регионов и провинций наблюдается чрезвычайно высокий дисбаланс полов. Несмотря на снижение уровня распространенности практики выбора пола ребенка с дискриминацией по гендерному признаку на национальном уровне в таких странах, как Вьетнам, Индия и Китай, данный обычай появляется в тех районах этих стран, в которых ранее он отсутствовал³⁹.

Диаграмма IV

Страны Азиатско-Тихоокеанского региона, в которых соотношение полов при рождении превышает 1,07, 2015–2020 годы



Источник: Организация Объединенных Наций, Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, World Population Prospects: 2017 Revision («Мировые демографические прогнозы: редакция 2017 года»). См. <https://population.un.org/wpp/>.

69. Возникающий в результате гендерный дисбаланс оказывает глубокое воздействие на общество. В 13 странах, в которых отмечался высокий коэффициент соотношения полов при рождении, ощущается нехватка приблизительно 117 млн женщин, и 90 процентов от этого недостающего

³⁸ Abdul Khan Rashid, Sapna P. Patil and Anita S. Valimalar, “The practice of female genital mutilation among the rural Malays in north Malaysia”, *Internet Journal of Third World Medicine*, vol. 9, № 1 (2009 год).

³⁹ Christophe Z. Guilmoto, “The masculinization of births: overview and current knowledge”, *Population*, vol. 70, No. 2 (2015 год).

количества женщин приходится на долю Индии и Китая. Гендерный дисбаланс приводит к насилию, незаконной торговле людьми и миграционному оттоку в целях вступления в брак.

70. В ряде стран региона были приняты законы, ограничивающие использование технологий выбора пола и селективного аборта. Однако эти законы не могут быть вполне эффективными без принятия более широких мер, направленных на устранение коренных проблем социального и гендерного неравенства. Основные стратегии должны включать в себя обеспечение понимания коренных причин, объясняющих наличие предпочтений в пользу сыновей, принятие мер, направленных на достижение гендерного равенства, в том числе за счет поощрения независимости женщин, расширения их экономических прав и возможностей, предоставления им полномочий по осуществлению контроля за доходами и имуществом и возможности принимать касающиеся их решения, а также предоставление им имущественных прав и прав наследования, и проведение кампаний, направленных на повышение значимости девочек в глазах населения.

IV. Заключение

71. Преодоление проблемы гендерного неравенства приносит выгоду всему обществу. Цели в области устойчивого развития представляют собой важнейшие рамки для активизации усилий по достижению гендерного равенства, устранению пагубных обычаев и обеспечению охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Применение основанного на соблюдении прав человека подхода предполагает, что правительства будут активно способствовать охране репродуктивных прав.

72. Для достижения задачи 7 цели 3 в области устойчивого развития по обеспечению всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья в странах важно обеспечить предоставление подобных услуг. Необходимо вкладывать большее количество инвестиций в проведение комплексных мероприятий на основе данных об охвате и качестве медицинских услуг с тем, чтобы эффективным образом бороться с неравенством и устранять существующие различия при поддержке стратегий финансирования для обеспечения всеобщего охвата медицинским обслуживанием, включающим в себя полный спектр комплексных, доступных и недискриминационных услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Оценочная стоимость предоставления услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья составит в среднем 9 долл. США на душу населения в развивающихся странах, что, являясь вполне скромной и доступной суммой инвестиций для большинства стран с низким и средним уровнем дохода, позволит принести огромную выгоду⁴⁰.

73. Одним из приоритетных направлений деятельности и далее будет являться активизация усилий, направленных на сокращение показателей материнской смертности и заболеваемости, расширение доступа и обеспечение качества оказываемой квалифицированными специалистами помощи при родах и дородового ухода, а также обеспечение доступа к качественным, недорогим базовым и комплексным услугам по оказанию неотложной акушерской помощи. Помимо этого, необходимо принимать меры по предотвращению небезопасных аборт и по обеспечению доступа к безопасным аборт там, где это разрешено законом, и к комплексным услугам по уходу после аборта.

⁴⁰ Ann M. Starrs and others, "Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all – report of the Guttmacher-Lancet Commission", *The Lancet*, vol. 391, No. 10,140 (30 июня 2018 года).

74. Помимо вышеперечисленного, необходимо также обратить внимание на решение проблем, которые являются основными причинами наступления незапланированной беременности, за счет сокращения неудовлетворенной потребности в методах контрацепции и повышения качества услуг и их доступности. Это имеет особое значение для подростков и молодых женщин. Важно обеспечить доступность полного спектра методов контрацепции и качество предоставляемых услуг с тем, чтобы позволить молодым женщинам и девочкам подросткового возраста делать осознанный выбор в отношении использования контрацептивов. Важнейшей задачей по-прежнему является активизация усилий, направленных на борьбу с распространением ВИЧ среди наиболее подверженных риску заражения групп населения, а также реформирование законов и стратегий, которые являются дискриминационными по отношению к ключевым группам населения, наиболее подверженным риску заражения ВИЧ, и препятствуют осуществлению эффективной борьбы с ВИЧ.

75. Важно обращать внимание на законы, стратегии, обычаи и социальные нормы, которые подрывают право молодежи на получение доступа к информации, товарам и услугам, связанным с охраной сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Необходимо обеспечить доступ молодежи к информации и услугам, и инвестировать средства в более масштабное оказание учитывающих потребности молодежи услуг и проведение всестороннего полового просвещения, ориентированного на различные возрастные группы, с учетом гендерной проблематики и на основе реальных жизненных навыков как в пределах школьной системы, так и за ее пределами.

76. Для ликвидации гендерного неравенства и неравных властных отношений, а также для обеспечения того, чтобы женщины и молодежь имели возможность принимать самостоятельные решения, касающиеся собственной жизни, и следовать им, необходимо решить проблему, связанную с существованием дискриминационных законов, стратегий и обычаев, а также пагубных социальных и гендерных норм. Необходимо также активизировать усилия, направленные на осуществление основанной на научных данных профилактики и принятие комплексных многосекторальных мер по борьбе с гендерным насилием и пагубными обычаями.
