

# Переплетенные судьбы, нити надежды

Устранение неравенства  
в области сексуального  
и репродуктивного  
здоровья и прав



UNFPA Народонаселение мира в 2024 году

## Доклад о народонаселении мира, 2024 год

Настоящий доклад был подготовлен под эгидой Отдела ЮНФПА по коммуникациям и стратегическому партнерству.

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Иэн Макфарлейн

### РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Старший редактор: Ребекка Зерзан  
Производственный редактор/  
художественное оформление: Кэтрин Блэк  
Редактор отдела: Ричард Коллодж  
Авторы текстов: Кэтрин Блэк, Ричард Коллодж, Далия Рэби, Лиза Рэтклифф, Кэтрин Траутвайн, Ребекка Зерзан  
Редакционная поддержка и руководство: Жаклин Далдин, Лиза Рэтклифф, Кэтрин Траутвайн  
Руководитель цифрового издания: Кэтрин Блэк  
Консультант цифрового издания: Энес Чампо  
Специалист по проверке фактов: Ральф Хаккерт

### СТАРШИЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Д-р Гита Сен

### ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ

Даниел Бейкер, Энн Гарбетт, Гретхен Лухсингер, д-р Тлаленг Мофокенг, Летлхогоноло Мокгороане, Джильда Седг, Клэр Томас

### СТАРШИЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАНТЫ ЮНФПА

Эмили Филмер-Уилсон, Мэнцзя Лян

### ХУДОЖНИКИ И АРТ-КОНСУЛЬТАНТЫ

Байомбе Эндани, Филип Фиммано, Хиджиния Гонсалес, Иэн Гест из Advocacy Project, Надя Хамид на Международном рынке народного искусства, Роза Джеймс, Ннека Джонс, Кристин Найт-Сети, Розалия Скиортино, Панакаджа Сетхи, Археологическое общество Сассекса ([www.sussexpast.co.uk](http://www.sussexpast.co.uk)), женский коллектив The Tally Assuit Women's Collective, Вова Моя

### КАРТЫ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

Использованные обозначения и представление материала на карте не подразумевают выражения со стороны ЮНФПА какого-либо мнения в отношении правового статуса любой страны, территории, города или района, или их властей, или же в отношении делимитации их границ или пределов.

Хронология искусства: Американская ассоциация женщин с университетским образованием, Конференция Организации Объединенных Наций по народонаселению и развитию/Роберт Раушенберг

Обложка: Ннека Джонс (@artyouhungry)  
Автором всех остальных работ является Роза Джеймс (@rosiejamestextileartist), если не указано иное.

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

ЮНФПА благодарит следующих лиц за то, что они поделились впечатлениями о своей жизни и работе для подготовки настоящего доклада: Алия, Туркменистан; Эллен Амстер, Канада; Адель Ботрос, Египет; Эйра Каррера, Панама; Исаак Чирва, Малави; Франциска Кордова, Колумбия; Кэролин ДеФорд, Соединенные Штаты Америки; Маймуна Дене, Буркина-Фасо; Дуа, Сирийская Арабская Республика; Энеида, Панама; д-р Эда Гюлюм, Турция; Джейлан Гюзей, Турция; Шаррон Хинчлифф, Соединенное Королевство; Сеиф Кученго, Объединенная Республика Танзания; Йонас Лубаго, Объединенная Республика Танзания; Ширли Матурана Обрегон, Колумбия; Тивья Ракини, Индия; Рама, Сирийская Арабская Республика; Умберто Родригес, Панама; Сира Си Саване, Кот-д'Ивуар; Нандита Шивакумар, Индия; Гертрудис Сир, Панама; Одри Танг, Великобритания; Лухуэй Уайтбейр, Соединенные Штаты Америки; Хосе Луис Вильчес Гутьеррес, Колумбия.

Неоценимый вклад в подготовку проекта внесли руководитель Отдела средств массовой информации и коммуникаций ЮНФПА Селинде Далкейт и сотрудники технического отдела ЮНФПА, в том числе Майкл Херрманн, Присцилла Иделе, д-р Джулиана Онабанджо, Лейла Шарафи и д-р Виллибальд Зек. Поддержку также оказали Артур Эркен и д-р Нкеирука Дидигу из Отдела политики и стратегии ЮНФПА, а также члены Канцелярии Исполнительного директора, включая Терезу Бюркле, Сэма Чорица, д-ра Нигину Мунтян, Алану Нгох и Хорста Рутча. Также свой вклад внесли члены отделов, заместитель Исполнительного директора Дьене Кейта и заместитель Исполнительного директора Эндрю Сабертон, а также коллеги из ЮНФПА SWEDD, в том числе Мусса Багайоко, Нафиссату Диоп, Эммануэль Ландаис Лопес и Вали Сене.

Коллеги ЮНФПА и другие организации по всему миру поддерживали разработку тематических статей и другого контента или предоставляли технические рекомендации: Самир Альдароби, Ванны Арроша, Зейнеп Атилган, Адольфо Баллина, Ана Де Обалдиа, Йенс-Хаген Эшенбахер, Роуз Мари Гад, Эрен Коркмаз, Лилиан Ландау, Дейзи Леонсио, Нуран Махлуф, Юлия Новиченок, Деметра Поллинири, Нора Рестрепо и Сиака Траоре.

Автор Энн Гарбетт возглавила анализ данных демографических обследований и обследований состояния здоровья населения с целью изучения доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и информации в разбивке по этнической принадлежности и социально-экономическим категориям.

Печатная версия и интерактивный дизайн: компания Prographics, Inc.

Редакция благодарит за вклад партнеров, в том числе исследователей из Института Гутмаера, в частности Жаклин Дэррок и Элизабет Салли; экспертов Отдела народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций, в частности Джулию Гоннелла, Юмико Камия, Владимиру Кантора и Каролину Шмид; экспертов Управления Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ), в частности Николая Фазеля и Екатерину Спасову; экспертов Управления ООН по координации гуманитарных вопросов (УКГВ), в частности Лилиан Барахас, Джасприт Киндра, Эйприл Фам и Барбару Вахтер; независимого эксперта ООН по защите от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности Виктора Мадригал-Борлозу; а также экспертов Азиатско-Тихоокеанского ресурсного и исследовательского центра женщин (ARROW), в частности Сивананти Танентиран.

### ПРИМЕЧАНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЯЗЫКА

В настоящем докладе слово «чернокожие» используется для обозначения групп или отдельных лиц в расовом, этническом или культурном смысле. Термин «чернокожие» часто используется для передачи общего чувства истории и идентичности, в то время как термин «белые» с такой целью применяется реже. Поскольку термин «коренной народ» может использоваться для общего обозначения народов многих культур и традиций, в настоящем докладе этот термин не пишется с заглавной буквы, за исключением случаев, когда он используется для обозначения конкретной группы или нации. При обсуждении таких вопросов, как сексуальное насилие и беременность, настоящая доклад также, как правило, ссылается на женщин и девочек; данные по этим вопросам в целом получены из обследований и исследований, в которых участники идентифицируют себя как женщины или девочки. Важно отметить, что трансгендерные мужчины и небинарные люди также переживают беременность, и что люди разного пола подвергаются сексуальному насилию и препятствиям на пути к охране сексуального и репродуктивного здоровья в непропорционально большом количестве, что абсолютно неприемлемо.

### ПРИМЕЧАНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИЗОБРАЖЕНИЯХ

На протяжении тысячелетий женщины и сообщество коренных народов использовали ткачество и вышивку, чтобы стереть границы между искусством и функциональностью, практичностью и красотой. Тем не менее, их работы долгое время считались ремеслом, а не изобразительным искусством, не могли быть представлены в официальных художественных институтах и на рынки. По этой причине женские движения и коренные народы использовали этот вид искусства, чтобы привлечь внимание к проблемам, связанным с их изоляцией, таким как гендерное насилие, отсутствие репродуктивной справедливости и системный расизм, а также призвать к солидарности другие сообщества. Художники и коллективы, занимающиеся текстильным делом, представленные в настоящем докладе, продолжают эту традицию, выражая современные опасения с помощью навыков, передаваемых женщинами из поколения в поколение. Их произведения искусства в совокупности демонстрируют, как права, достоинство и будущее каждой женщины переплетаются с правами ее сестер, дочерей, матерей и друзей.





# ПЕРЕПЛЕТЕННЫЕ СУДЬБЫ, НИТИ НАДЕЖДЫ

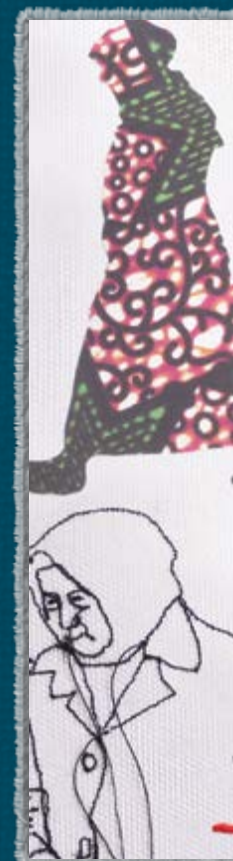
Устранение неравенства в области  
сексуального и репродуктивного  
здоровья и прав





# СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ..... 4



## ГЛАВА 1

### Работа продолжается

СТР. 6

**МАТЕРИАЛ:** Когда кризисы лишают людей доступа к медицинскому обслуживанию, члены сообществ ликвидируют пробелы ..... 16

**МАТЕРИАЛ:** Швеи объединяются против гендерного насилия ..... 22

**В ФОКУСЕ:** Проблемы с доступом к медицинским услугам через призму времени в зависимости от социально-экономического статуса и этнической принадлежности со слов опрошенных . 28

**ХРОНОЛОГИЯ** ..... 34–39

## ГЛАВА 2

### Разрушающее неравенство

СТР. 32

**МАТЕРИАЛ:** Безопасные услуги в области родовспоможения, расширяющие возможности колумбийских женщин африканского происхождения ..... 46

**МАТЕРИАЛ:** Активисты на низовом уровне привлекают внимание к пропавшим без вести и убитым женщинам из числа коренных народов ..... 52

**В ФОКУСЕ:** Деколонизация сексуальных и гендерных норм ..... 60





**ГЛАВА 3**

**Важна каждая деталь**

**СТР. 62**

**МАТЕРИАЛ:** Женщины с инвалидностью в Туркменистане отстаивают свои права . . . . . 70

**МАТЕРИАЛ:** Африканские переписи населения стремятся охватить всех . . . . 76

**В ФОКУСЕ:** Кто настолько важен, чтобы быть включенным в оценку? История матерей-подростков . . 82

**ГЛАВА 4**

**Женщины —  
путеводная  
нить**

**СТР. 86**

**МАТЕРИАЛ:** Сифилис подчеркивает угрозу здоровью и правам человека: стигматизация. . . . .92

**МАТЕРИАЛ:** Местное руководство оказывает помощь наиболее нуждающимся девочкам . . . 104

**ГЛАВА 5**

**Формируя  
коллективное  
будущее**

**СТР. 110**

**МАТЕРИАЛ:** Сексуальное здоровье и права пожилых людей больше не игнорируются . . . . . 118

**МАТЕРИАЛ:** Женщины Нгабе поднимают волну революции в области женского здоровья и равенства . . . . . 124

**ПОКАЗАТЕЛИ** . . . . . 133

**ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ** . 152

**БИБЛИОГРАФИЯ** . . . . . 157





# ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Тридцать лет назад правительства по всему миру согласились с тем, что репродуктивное здоровье и права человека являются краеугольными камнями глобального развития, то есть достигли новаторского консенсуса, обеспечившего десятилетия прогресса. С тех пор глобальный показатель нежелательной беременности снизился почти на 20% во всем мире. Число женщин, использующих современные средства контрацепции, удвоилось. На сегодняшний день по меньшей мере в 162 странах приняты законы о борьбе с бытовым насилием, а материнская смертность с 2000 года снизилась на 34%.

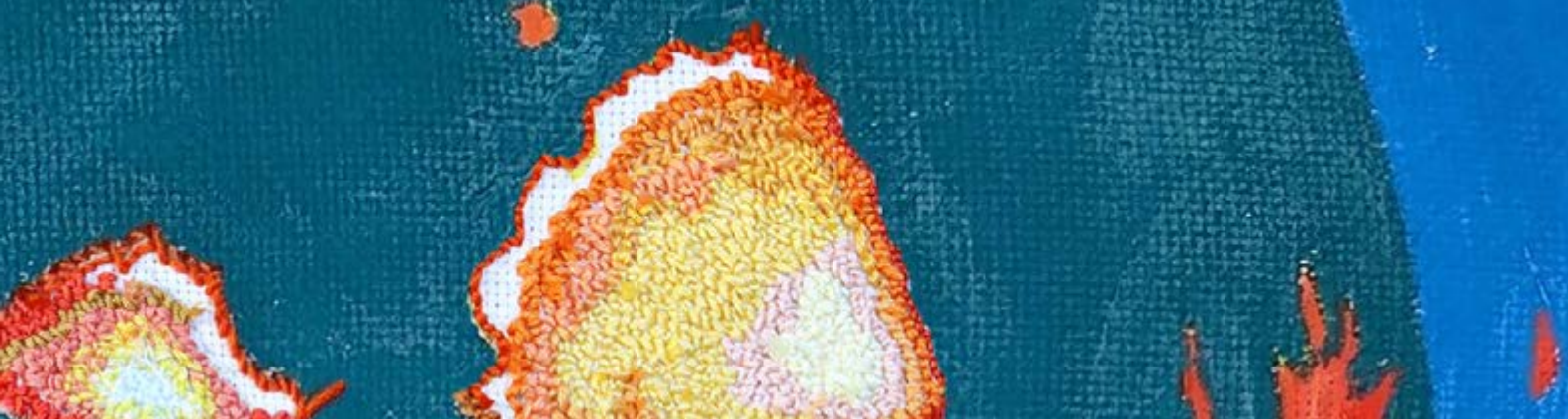
Однако этот прогресс не был ни достаточно быстрым, ни достаточно широким. Гендерное насилие по-прежнему широко распространено практически в каждой стране и сообществе. С 2016 года наблюдается нулевое снижение материнской смертности, и тревожно, что в ряде стран эти показатели продолжают расти. Почти половина женщин по-прежнему не может принимать решения относительно своего собственного тела — реализовывать свои права в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Одной из ключевых причин тому является неравенство. Новые данные, представленные в настоящем докладе, показывают: несмотря на то, что барьеры, с которыми, по их словам, сталкиваются женщины из разных социально-экономических классов и этнических групп,

со временем снизились, улучшение ситуации для женщин, находящихся в наиболее уязвимом положении, оказалось минимальным. Иными словами, в то время как мир сосредоточился на оказании услуг тем, кого проще всего достичь, мы пренебрегли борьбой с неравенством и диспропорциями внутри наших систем и обществ, что привело к тому, что разрывы превратились в пропасти.

Повсюду люди, обращающиеся за необходимой помощью в области сексуального и репродуктивного здоровья, вынуждены преодолевать пересекающиеся препятствия из-за гендера, экономического статуса, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, инвалидности и многих других характеристик. В тех немногих местах, где ведется сбор данных, женщины африканского происхождения оказываются более уязвимыми к жестокому обращению со стороны акушеров и негативным последствиям для здоровья матерей. Женщинам из числа коренных народов часто отказывают в соответствующей культуре охраны материнского здоровья, а их собственная практика деторождения может быть криминализована, что приводит к значительно более высокому риску смерти во время беременности и родов. Нормы гендерного неравенства по-прежнему глубоко закреплены в инфраструктуре здравоохранения, включая сохраняющийся дефицит инвестиций в мировую рабочую силу в области акушерства, состоящую в основном из женщин. Женщины





и девочки с инвалидностью в 10 раз чаще сталкиваются с гендерным насилием, а также с более высокими барьерами для получения информации и ухода в области сексуального и репродуктивного здоровья. Представители ЛГБТКИА+ сталкиваются с серьезными различиями в состоянии здоровья в дополнение к дискриминации и стигматизации и из-за них.

Дальнейший путь к выполнению обязательства Каирской международной конференции по народонаселению и развитию об обеспечении всеобщего сексуального и репродуктивного здоровья и прав очевиден: для достижения этой цели мы должны искоренить неравенство в наших системах здравоохранения и политике и сосредоточить приоритетное внимание на наиболее уязвимых и исключенных из сообществ женщин и молодежи.

Нам необходима всеобъемлющая, универсальная и инклюзивная медицинская помощь, основанная на правах человека и фактических данных, подтверждающих эффективность мер. Эта работа жизненно важна, она справедлива и возможна. В настоящем докладе содержится множество примеров программ и усилий, которые расширили доступ людей к качественным медицинским услугам и их получению, как правило, с помощью мероприятий, адаптированных наиболее нуждающимися для таких же, как они. Для ускорения достижения успеха потребуется больше качественных

данных, дезаггегированных таким образом, чтобы однозначно выявлять тех, кто остался без внимания, и собранных с учетом их вклада и вопросов безопасности.

Самые разные слои населения, от феминисток до групп коренных народов, климатических и молодежных активистов, уже указывают путь к более справедливому общему будущему.

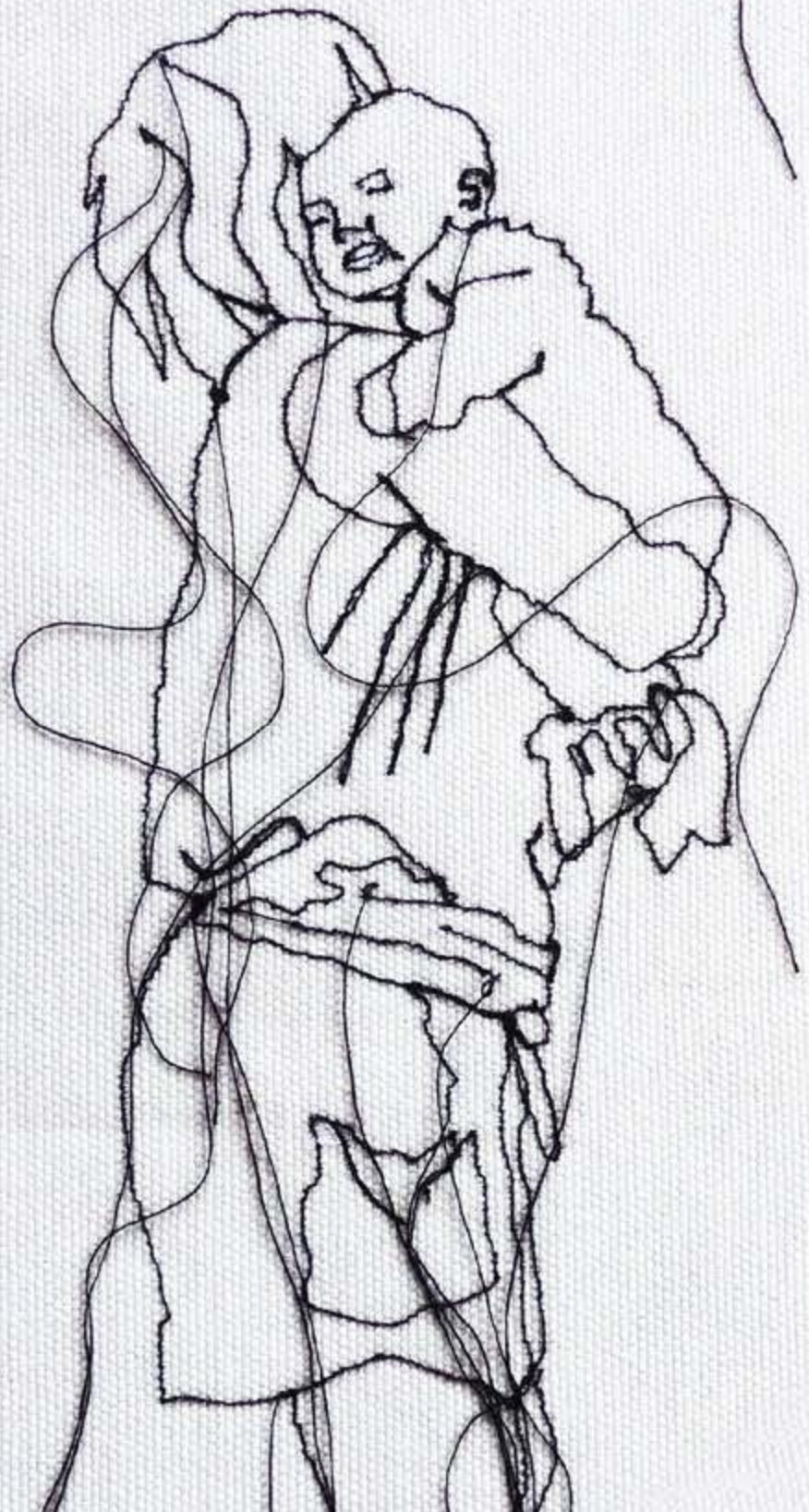
В конечном счете обеспечение справедливого прогресса принесет пользу всему обществу. Это важно и само по себе, однако преимущества достижения более справедливого и равноправного для мужчин и женщин мира также принесло бы триллионы долларов в мировую экономику.

Ткань человечества богата и прекрасна — это гобелен, состоящий из 8 миллиардов нитей, и каждая из них уникальна. Нашу устойчивость обеспечивает не одна отдельная нить, но коллективное, переплетенное целое. В этом наша сила, и именно так мы намерены действовать и добиваться успеха — работая сообща.

#### **Д-р Наталия Канем**

Исполнительный директор  
Фонд Организации Объединенных Наций  
в области народонаселения







# Работа ПРОДОЛЖАЕТСЯ





Благополучные роды. Выбор противозачаточных средств. Защита от гендерного насилия.

Больше людей, чем когда-либо прежде, смогли воспользоваться этими важнейшими, жизненно необходимыми правами. Но количество людей, лишенных этих прав, все еще не равно нулю, как это может и должно быть.

В целом, сегодня люди живут дольше, а их здоровье лучше, чем прежде. И все же на пути прогресса миллионы людей оказываются оставлены без внимания, в ловушке многочисленных, усугубляющих друг друга форм уязвимости и дискриминации. В мире несметных богатств и проверенных решений в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья такое неравенство свидетельствует об отсутствии четких намерений что-либо изменить, а не о нехватке идей или ресурсов. Важно учитывать это, ведь подобное утверждение означает, что гораздо более быстрый прогресс в искоренении уязвимости и дискриминации не просто желателен, но и возможен, и мы способны встать на путь этого прогресса уже сейчас.

В 2024 году мир отмечает тридцатую годовщину Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) 1994 года в Каире. На этой конференции было подписано основополагающее глобальное соглашение, ставящее людей в центр развития, соглашение, обязывающее обеспечить лучшее здоровье, права и выбор для всех. Соглашение подтвердило идею человеческого потенциала — идею, которая с тех пор способствовала значительному прогрессу и была поддержана глобальной Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, согласованной в 2015 году.

Тем не менее, повестка дня МКНР осуществлена лишь частично, и, прежде всего, неравенство затрагивает наиболее уязвимые слои населения. Неравенство пронизывает каждое сообщество, лишая некоторых людей фундаментального права на сексуальное и репродуктивное здоровье. Различия во власти и возможностях, связанные,

помимо многих других факторов, с гендером, расой и этнической принадлежностью, как по отдельности, так и в сочетании, по-прежнему в значительной степени ограничивают возможности выбора и доступ людей к услугам. Это происходит, когда женщине с инвалидностью отказывают в информации о сексуальном здоровье или когда девочку из бедной деревни выдают замуж в раннем возрасте. Это происходит, когда беременная женщина из этнического меньшинства сталкивается с жестоким обращением, которое по-прежнему остается само собой разумеющимся в системах здравоохранения.

Ускоренное выполнение обязательств МКНР в интересах людей, которые остались без внимания, является одним из самых неотложных приоритетов в мире. Выполнение обязательств остается приоритетом, потому что для каждого человека телесная автономия — возможность делать выбор в отношении своего тела и будущего без насилия или принуждения (UNFPA, 2021) — зависит от реализации права на сексуальное и репродуктивное здоровье. Оно определяет преимущества, которые люди могут получить на протяжении всей своей жизни, как в области здравоохранения, так и в области образования, занятости и участия в политической жизни. В свою очередь, мирное, устойчивое и справедливое общество зависит от здоровых и наделенных правами людей без каких-либо исключений.

Уже создана прочная основа для выполнения обязательств МКНР в интересах каждого человека. Мировое сообщество лучше, чем когда-либо прежде понимает, как устранить сохраняющиеся барьеры и типы дискриминации. Международное сообщество десятилетиями соглашалось с тем, что развитие, ориентированное на интересы людей, требует всеобщего доступа к качественным медицинским услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, и продолжает приближаться к всеобъемлющим целям движения за репродуктивную справедливость (McGovern and others, 2022). В настоящем докладе утверждается, что тридцатая годовщина МКНР — это возможность



## Существует возможность усилить поддержку гендерного равенства и репродуктивных прав.

ориентировать системы здравоохранения и социальной защиты на предоставление услуг, которые расширяют возможности всех людей, уважают их разнообразие, поддерживают их достоинство и помогают им реализовывать свои права, в том числе право на телесную автономию. Годовщина также служит призывом к новым обязательствам по устранению диспропорций и неравенства, которые все еще разделяют сообщества. Это неравенство создает и усиливает системные и структурные барьеры, становящиеся причиной хронической уязвимости женщин и других групп практически во всех аспектах жизни, от рынков труда, образования и участия в политической жизни. Настало время предпринять решительные действия, чтобы разрушить эти барьеры.

Политическая и социальная поляризация, часто связанная с экономическим неравенством, ведет к нестабильности во всем мире (United Nations, 2018), а вопросы, связанные с репродуктивными правами, включая комплексное сексуальное образование, права ЛГБТКИА+, доступ к контрацепции, аборт и гендерное равенство, все чаще оказываются меж двух огней (Kanem, 2023). Тем не менее, сокращение неравенства в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав могло бы способствовать сокращению экономического неравенства (UNFPA, 2017), тем самым внося свой вклад в обеспечение стабильности, предотвращение конфликтов (Nyård, 2018) и ускорение развития. В большинстве случаев уже существует возможность усилить поддержку гендерного равенства и репродуктивных прав: этот год





может ознаменовать крупнейший в истории суммарный акт демократии прямого участия, когда более 50 стран проведут значимые выборы, способные повлиять на судьбы миллиардов людей (Harbath, 2023; IFES, n.d.), в том числе судьбу миллиардов женщин и девочек и бесчисленного множества уязвимых сообществ.

## Прогресс, однако не для всех

С момента проведения МКНР был достигнут значительный прогресс в ключевых областях сексуального и репродуктивного здоровья, чему способствовали социальная мобилизация, лидерство, партнерство и приверженность людей достижению целей конференции, от удаленных пунктов оказания медицинских услуг до высших эшелонов власти, бизнеса и благотворительности. Неустанная информационная деятельность гражданского общества и работа с общественностью сыграли важную роль в обеспечении этих впечатляющих результатов (см. поэтапный график на стр. 34–39).

В период с 2000 по 2020 год материнская смертность во всем мире снизилась на 34% (WHO and others, 2023), и основной причиной этого успеха можно считать улучшение доступа к квалифицированной и неотложной акушерской помощи. С 1990 по 2021 год число женщин, пользующихся современными средствами контрацепции, удвоилось (UN DESA, 2022). В период с 1990 по 1994 и с 2015 по 2019 годы число нежелательных беременностей сократилось на 19% (Bearak and others, 2018). С 2000 года число рождений среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет сократилось примерно на треть (UNFPA, 2023). Показатели инфицирования ВИЧ также значительно снизились. Число новых случаев инфицирования в 2021 году оказалось почти на треть меньше, чем в 2010 году (United Nations, 2023). Доля девочек, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах, также существенно сократилась благодаря изменению отношения к этой практике (UNICEF, 2022).

По мере повышения статуса женщин в обществе, о чем свидетельствует, например, медленный, но неуклонный рост их лидерских позиций (United Nations, 2023), растет и признание важности телесной автономии как права человека (ОНЧР, 2017). Приняв в 2015 году Цели в области устойчивого развития (ЦУР), международное сообщество стремилось с помощью показателя 5.6.1 измерить способность женщин осуществлять телесную автономию — принципиально новое глобальное подтверждение того, что телесная автономия является императивом, связанным с соблюдением прав человека. Правительства во всем мире также стремятся защитить женщин и девочек на законодательном уровне: впервые в истории 162 страны приняли законы против домашнего насилия (World Bank, n.d.). В качестве дальнейшего продвижения телесной автономии мир все чаще отвергает криминализацию сексуальности ЛГБТКИА+. В начале пандемии СПИДа большинство стран криминализировали однополые отношения, в то время как сегодня две трети стран отказались от этого; при этом прогресс, вероятно, еще ускорится, поскольку уже в 2022 году больше стран отменили карательные законы, чем в любой другой год за последние 25 лет (HIV Policy Lab and others, 2023).

Другие обнадеживающие признаки наблюдаются в новых моделях в области здравоохранения, подкрепленных надежными доказательствами и признанием прав человека. Они охватывают все большее число людей и в большей степени учитывают различные контексты и потребности людей. Например, модели медицинских услуг на основе самообслуживания получили одобрение ЮНФПА, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других организаций общественного здравоохранения после стремительного развития новых технологий, которые позволяют пользователям укреплять и поддерживать свое собственное здоровье и справляться с болезнями и инвалидностью без непосредственного обращения к медицинским работникам. Такие изменения могли бы значительно расширить доступ к услугам в области сексуального



и репродуктивного здоровья (UNFPA, 2024). Также многообещающим является растущее признание того, что медицинская помощь, оказываемая квалифицированными акушерками, чья профессия, насчитывающая тысячелетия истории и долгое время стоящая на втором плане в современной медицине (см. главу 2), спасает жизни и экономит средства (UNFPA and others, 2021).

Гендерное равенство все чаще называют одной из самых разумных инвестиций в развитие, приносящей огромные социальные и экономические выгоды (UNFPA, 2023a), при этом экономическая отдача от инвестиций в сексуальное и репродуктивное здоровье также является убедительной. Согласно расчетам ЮНФПА, дополнительные расходы в размере 79 млрд долл. США в странах с низким и средним уровнем дохода к 2030 году, например, предотвратят 400 миллионов незапланированных беременностей, спасут жизни 1 миллиона матерей и 4 миллионов новорожденных и принесут экономические выгоды в размере 660 млрд долл. США (UNFPA, 2022).

Тем не менее, несмотря на достигнутые результаты, миллионы людей по-прежнему не наблюдают существенных изменений в своей повседневной жизни и продолжают бороться за реализацию своих прав, главным образом в связи с тем, что глубинные причины гендерной дискриминации и других множественных форм уязвимости слишком глубоки.

Согласно последним данным, в 69 странах четверть женщин до сих пор не могут принимать собственные решения в области здравоохранения. Четверть женщин не могут отказаться от секса с мужем или партнером. Почти каждая десятая женщина лишена выбора в вопросе использования противозачаточных средств (UNFPA, 2024a). Но эти данные еще не послужили основанием для значительного улучшения телесной автономии женщин. Лишь около трети стран представляют эти данные в рамках отчетности. И сейчас уже доступен второй раунд данных по более чем 30 странам, и хотя в 19 странах наблюдается положительная тенденция в способности женщин принимать

решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья, в 13 странах наблюдается отрицательная тенденция (UNFPA, n.d.).

Некогда многообещающий прогресс в сокращении предотвратимой материнской смертности в значительной степени остановился: в период с 2016 по 2020 год глобальное ежегодное сокращение материнской смертности фактически равнялось нулю (WHO and others, 2023). Это означает, что около 800 женщин по-прежнему умирают каждый день во время родов, и почти каждую из этих смертей можно предотвратить. Как убедительно заявил д-р Махмуд Фатхалла, бывший директор Специальной программы ООН в области воспроизводства населения: «Матери умирают не из-за болезней, которые мы не способны вылечить. Они умирают, потому что обществу еще предстоит принять решение о том, что их жизни стоит спасать» (Fathalla, 2012).

Материнская смертность является наглядным примером неравенства, которое поражает все аспекты сексуального и репродуктивного здоровья из-за того, насколько вопиющими являются различия как между странами, так и внутри них. Разница между жизнью и смертью может зависеть от места родов, поскольку подавляющее большинство случаев материнской смертности, более 70%, происходит в странах Африки к югу от Сахары, где расположены многие наименее развитые страны мира и наиболее хрупкие системы здравоохранения. У женщин в этом регионе, сталкивающихся с осложнениями во время беременности и родов, вероятность умереть от них примерно в 130 раз выше, чем у женщины в Европе или Северной Америке. Неравенство внутри регионов и стран столь же значительно и глубоко. Например, на Мадагаскаре самые богатые женщины в пять раз чаще, чем самые бедные, получают квалифицированную помощь при родах (UN Women and others, 2023); а лица африканского происхождения во всех районах Северной и Южной Америки чаще остальных подвергаются жестокому обращению со стороны акушеров (UNFPA and others, 2023).



Неравенство также наблюдается в доступе к современным средствам контрацепции, включая неравенство, связанное с расой и этнической принадлежностью (Jackson and others, 2017), статусом беженца и мигранта (Raben and van den Muijsenbergh, 2018), уровнем образования, социально-экономическим статусом и проживанием в сельской местности по сравнению с городской местностью (Makumbi and others, 2023). И несмотря на распространенность гендерного насилия и недостаточное количество сообщений о случаях такого насилия, даже в этой области наблюдается неравенство, связанное с возрастом (Decker and others, 2015) и сексуальностью (Evens and others, 2019). Также отмечаются различия в потерянных годах жизни из-за насилия со стороны интимного партнера для лиц разной расовой, этнической принадлежности или гендерной идентичности (Graham and others, 2021).

Несмотря на это неравенство — или, возможно, из-за него — слишком мало стран собирают

данные о потребностях и барьерах в области сексуального и репродуктивного здоровья; еще меньше стран дезагрегируют эти данные по факторам, которые, как известно, способствуют пренебрежению, дискриминации и уязвимости, включая культуру, этническую принадлежность, расу, касту, язык и религию, статус инвалидности, статус наличия ВИЧ/СПИДа, миграционный статус, а также сексуальную ориентацию и гендерную идентичность.

В то же время быстро возникают новые вызовы в цифровой сфере. Технологии здравоохранения быстро развиваются и открывают огромные перспективы в плане улучшения работы с информацией, ослабления бюрократии и расширения доступа к медицинской помощи. И все же миллионы людей по-прежнему находятся по ту сторону цифрового разрыва. Такие технологии, как искусственный интеллект, могут распространять существующие предубеждения и дискриминационные нормы, потенциально





усугубляя неравенство. Так, существуют свидетельства того, что некоторые компьютерные диагностические системы обеспечивают более точные результаты диагностики белых мужчин, чем людей других рас и полов (Muro and Egbokhare, 2023). Недавнее исследование также подчеркивает, что технологии создают новые опасные возможности для эксплуатации и злоупотреблений по признаку гендера (UNFPA, 2024b). Гендерное неравенство может быть заложено в самом дизайне технологий, так как при принятии решений по алгоритмам обучения отмечается недостаточная представленность женщин. Особенно серьезные проблемы могут быть связаны с технологиями здравоохранения, ориентированными на гендерные аспекты и приводящими к несвоевременной или неправильной диагностике и лечению. Представленность женщин на ранних стадиях клинических испытаний составляет всего 22%, а беременные и кормящие женщины по-прежнему исключаются даже из клинических испытаний на постмаркетинговой стадии (Ravindran, 2020; Shields & Lyerly, 2013).

## Шаг назад — и шаг вперед

В основу повестки дня МКНР легло стремление людей из всех слоев общества объединиться и найти решения общих проблем в области народонаселения и развития, которое тем самым отражает «серьезные изменения в отношении народов мира и их лидеров к репродуктивному здоровью, планированию семьи и росту населения» (UNFPA, 1994). Мощный импульс этой повестки с тех пор уже обеспечил устойчивый и возобновленный прогресс в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Несмотря на то, что ни одна страна пока не может утверждать, что охватила всех своих жителей необходимыми услугами, почти каждая страна демонстрирует значительные успехи. Многие взяли на себя обязательство ускорить прогресс, признавая, что он является неотъемлемой частью Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и ее 17 ЦУР.

Однако многочисленные кризисы, включая конфликты, последствия изменения климата и пандемию COVID-19, поставили под угрозу достижения десятилетий и угрожают будущему прогрессу. Более того, предпринимаются неустанные, хорошо организованные усилия по противодействию реализации прав человека и достижению гендерного равенства. Несмотря на то, что противодействие сексуальному и репродуктивному здоровью и правам часто объясняется традициями и прикрывается ностальгией, оно противоречит давно достигнутому консенсусу и основным соглашениям в области прав человека, отрицает устоявшиеся научные и медицинские знания и способствует политическому расколу и нестабильности (Kanem, 2023; Guttmacher Institute, 2017).

Противодействие обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья и прав приводит к большей уязвимости сообществ, которые уже остались без внимания — или были оставлены без внимания намеренно. Усилия по контролю за рождаемостью и ограничению телесной автономии непропорционально сильно сказываются, например, на мигрантах, людях с инвалидностью, представителях меньшинств и коренных народов и многих других. Отсутствие комплексного сексуального образования ограничивает права на информацию и образование и, скорее всего, может лишить молодых людей, обладающих меньшими ресурсами, возможности получить точные ответы на свои вопросы. Усилилось также резкое отрицание прав людей с различной сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью (El Chamaa, 2023). На фоне глобальной тенденции к декриминализации сексуальности и идентичности ЛГБТКИА+ в тех странах, где сохраняется криминализация ЛГБТКИА+, наблюдается ужесточение наказаний, включая такие суровые наказания вплоть до смертной казни, несмотря на явные доказательства того, что криминализация не только увеличивает уровень распространения ВИЧ и приводит к нарушениям прав человека, но и негативно влияет на экономику (HIV Policy Lab and others, 2023).



Регресс и поляризация снижают стабильность сообществ и доверие внутри них, а также повышают их склонность к дезинформации и лжи (Gupta and others, 2023; Osmundsen and others, 2021). Для достижения дальнейшего прогресса следует начать с тех вопросов, которые не вызывают разногласий: что ни одна женщина не должна умирать, давая жизнь; что каждый человек имеет право решать, когда, стоит ли и с кем создавать семью; что каждый человек должен иметь возможность делать выбор в отношении своего тела без насилия или принуждения; что когда женщины и девочки могут сами определять свою судьбу, они и их сообщества процветают. Более того, как косвенно признает МКНР, права и благополучие любого человека неразрывно связаны с правами и благополучием других. Там, где права одного человека подвергаются риску, фактически риску подвергаются права каждого из нас (United Nations, 2020).

Этот принцип хорошо понимали феминистские и другие движения, которые объединились с государствами-членами для выработки повестки дня МКНР: в преддверии сентябрьской конференции 1994 года в Каире собрались самые разные женщины со всего мира. Они прибегли к активным действиям, чтобы поставить сексуальное и репродуктивное здоровье и права человека во главу угла правозащитной деятельности женщин и сделать его центральным элементом искоренения нищеты, устойчивого развития и реализации прав человека в целом (Corréa and others, 2015). За девять месяцев до МКНР женщины из 79 стран приняли участие в глобальной подготовительной конференции в Рио-де-Жанейро, где они решительно выступили против принудительной демографической политики и указали на присущее ей структурное неравенство как на «основополагающую основу усиления бедности и уязвимости женщин, ухудшения состояния окружающей среды, роста числа мигрантов и беженцев, а также повсеместного роста фундаментализма» (Anon, 1994). За четыре месяца до МКНР коллектив чернокожих феминисток в Соединенных Штатах отреагировал на международный стимул, выступив с призывом к репродуктивной справедливости, концепции,

которая выходит за рамки доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и направлена на борьбу с многочисленными формами экономической, социальной, политической и экологической несправедливости, каждая из которых влияет на сексуальное и репродуктивное здоровье и права и должна учитываться для достижения комплексных результатов в интересах наиболее уязвимых слоев населения (Ross, 2017).

Сегодня широкий спектр народных движений повторяет эти идеи, снова призывая к справедливости и развитию. Различные группы, часто возглавляемые уязвимыми группами лиц, объединяются для решения общемировых проблем, от права на телесную автономию до стремления к созданию планеты, пригодной для жизни. Их совместная деятельность эффективная и многообещающая, ведь исследования показывают, что крупномасштабные социальные изменения возможны только в том случае, если около 25% людей поддержат их (Sloane, 2018).

Ко многим значимым достижениям можно отнести растущую согласованность широкой общественности и различных организаций гражданского общества с усилиями по обеспечению репродуктивного здоровья и прав и наоборот. Так, женщины из числа коренных народов мобилизуют свои усилия, чтобы положить конец уничтожению экологических ресурсов, поскольку это угрожает не только их культуре и чувству связи с землей, но и их здоровью и выбору в пользу деторождения. Молодые активисты проводят кампании за климатическую справедливость, внося вклад в признание того, что климатическая справедливость — это также и репродуктивная справедливость (McGovern and others, 2022). Они подчеркивают, что бедные сообщества, наиболее пострадавшие от изменения климата, также сталкиваются с беспочвенными обвинениями в усугублении кризиса из-за их высокого уровня рождаемости. И это происходит даже несмотря на то, что большая часть выбросов парниковых газов по-прежнему приходится на наиболее богатые страны с низким уровнем рождаемости.



В Индии активисты движения касты неприкасаемых выступают за правовую защиту женщин, сталкивающихся с дискриминацией по кастовому признаку на рабочих местах и в сфере образования. Если дискриминация сохранится, многие не смогут содержать свои семьи и обеспечить своим детям достойную жизнь, что в свою очередь приведет к замкнутому кругу, увековечивающему слабое сексуальное и репродуктивное здоровье (McGovern and others, 2022).

Случаи, когда права женщин были в значительной степени ущемлены, как в Афганистане, объединили женских активисток, правозащитников, политиков и видных юристов, выступивших за определение гендерного

апартеида и признание его преступлением против человечности (Bahous, 2023; Nia, 2023). Движение «Зеленая волна», возникшее в результате протестов против шокирующе высоких показателей убийств женщин и охватившее всю Латинскую Америку, изменило суть активизма, а также законы об абортх в регионе, когда-то известном одними из самых строгих ограничений в этой области (Carpenter, 2019). Как заявила одна активистка: «Крики гнева, боль, радость и солидарность женщин на улицах, безусловно, поставили феминистское движение в центр общественного внимания как сильное и необходимое движение, требующее радикальных изменений в такой жизни, которую мы сейчас знаем» (Kharas and others, 2019).

## Откат назад как реакция на прогресс

После десятилетий прогресса в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав недавно был также отмечен откат. Например, необходимость комплексного сексуального образования, которая когда-то практически не вызывала разногласий, все чаще оспаривается на международных переговорах (United Nations, 2023a). Правозащитные организации сообщают, что ограничения на аборт в одной стране провоцируют волновой эффект в других (Fòs Feminista, 2023), при этом медицинские работники все больше сомневаются в законности базовых услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья (Kapet, 2023).

Однако откат назад может быть стандартной реакцией на прогресс. Как отмечает Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека: «В нескольких странах власти отметили резкий всплеск гомофобного и трансфобного насилия сразу после громких законодательных изменений, направленных на более эффективную защиту прав ЛГБТ. Можно провести параллель между этим явлением и событиями в прошлом: прежние попытки искоренить расовую сегрегацию и дискриминацию, как сообщается, вызвали аналогичную негативную реакцию, направленную против представителей расовых меньшинств» (OHCHR, n.d.). Таким образом, задача состоит в том, чтобы сохранить надежду и поддержать импульс перед лицом противодействия.





# Когда кризисы лишают людей доступа к медицинскому обслуживанию, члены сообществ ликвидируют пробелы

Духа, 28-летняя мать-одиночка, уже была беженкой от войны в Сирийской Арабской Республике и жила в турецкой провинции Хатай, когда в феврале 2023 года произошло два мощных землетрясения. Стихийное бедствие вынудило ее и троих ее маленьких детей покинуть свое прежнее ненадежное жилье и поселиться в тентомобильной палатке.

Духа забеременела после кризиса и в течение нескольких месяцев страдала от болезненной инфекции мочевыводящих путей; она рассказывает, что это обычное явление среди выживших после землетрясения, учитывая антисанитарные условия на объектах санитарии. «Нехватка чистой воды стала причиной многих видов инфекций».

Одной из ее самых больших проблем был недостаточный доступ к медицинскому обслуживанию: положения турецкого законодательства позволяют зарегистрированным сирийским беженцам со статусом временной защиты бесплатно посещать медицинские центры для семей и мигрантов. Но в Хатае, недалеко от эпицентра землетрясений, многие службы оказались выведены из строя, а другие могли не справиться с возросшим спросом.

К счастью, Духа смогла получить помощь у д-ра Эды Гюлюм, врача, работающей в HASUDER, Турецкой ассоциации специалистов общественного здравоохранения, члены которой часто посещали женщин и девочек в районах, пострадавших от землетрясения.

Мобильные отделения HASUDER при поддержке ЮНФПА предоставляют дородовые и послеродовые консультации, а также консультации по вопросам планирования семьи и лечения таких распространенных заболеваний, как цистит, вагинит и инфекции мочевыводящих путей. Они также проводят групповые сессии в целях информирования о раке молочной железы, личной гигиене, планировании семьи и профилактике инфекций, передающихся половым путем.

«Мы провели обследование брюшной полости и проверили ее жизненные показатели, — рассказывает д-р Гюлюм. — Мы также позаботились о том, чтобы она не пропускала стандартные дородовые визиты к врачу, и подарили ей “набор для беременных”, в который входит детская одежда, одеяло и туалетные принадлежности».

Духа стала призывать других обратиться за медицинской

помощью. «Духа свободно говорила по-турецки и очень стремилась помочь медицинскому персоналу взаимодействовать с большим количеством женщин, обращаясь к врачам и гинекологам всякий раз, когда женщина по соседству нуждалась в них», — отмечает Д-р Гюлюм.

Право человека на здоровье закреплено во многих международных соглашениях по всему миру, но в условиях перемещения населения, конфликтов и других кризисных ситуаций это право часто оказывается под угрозой или нарушается. Существующие системы здравоохранения могут быть поставлены под угрозу, массы пациентов могут быть вынуждены сменить место жительства, а меры реагирования на чрезвычайные ситуации могут не уделять приоритетного внимания услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, что в непропорциональной степени сказывается на женщинах и девочках.

Д-р Гюлюм и HASUDER пытаются ликвидировать эти пробелы. Д-р Гюлюм, помимо турецкого, свободно владеет арабским и английским языками. С августа 2023 года она оказывает услуги пострадавшим от землетрясения сообществам, как правило, принимая



от 10 до 30 женщин ежедневно. Когда она работает в мобильном медицинском пункте, ей удается посетить до 80 человек.

«Ближайшая больница находится примерно в 20 минутах езды на машине, — объясняет она. — Поскольку в этом районе нет общественного транспорта, мобильный медицинский пункт также оказывает услуги пациентам, нуждающимся в немедленной помощи».

С такой ситуацией столкнулась 22-летняя Рама (имя изменено) из Сирийской Арабской Республики. Она также была вынуждена жить в палатке после землетрясения. Она обратилась за помощью в HASUDER после выкидыша на ранних сроках беременности, что подвергло ее жизнь риску из-за возникновения сепсиса. Мобильная бригада помогла ей добраться до государственной больницы, где ей была оказана помощь. Несколько дней спустя она позвонила мобильной бригаде: «Я просто хочу, чтобы вы знали, что мне удалось справиться с проблемой», — сказала она.

Для тех, кто не планирует беременность, перемещение и потеря доступа к базовым медицинским учреждениям также сопряжены с серьезными рисками. «Наиболее распространенными заболеваниями, которые я наблюдаю, являются инфекции, передающиеся половым путем, инфекции мочевыводящих путей и незапланированная беременность, — рассказывает Джейлан Гузей, медсестра и наставник по вопросам охраны здоровья в Ассоциации подходов молодежи к здоровью (Y-Peer Türkiye) в Хатае, поддерживаемой ЮНФПА. — Я также провожу тренинги и повышаю осведомленность об этих проблемах, а также о планировании семьи».



По словам медсестры Джейлан Гузей, после землетрясений 2023 года увеличилось число случаев беременности в раннем возрасте и незапланированной беременности, а также сообщений о сексуальном насилии, принуждении и торговле людьми. © UNFPA Türkiye

С мая 2023 года г-жа Гузей в основном работает с лицами, перемещенными в результате стихийного бедствия; она объясняет, что ее группа часто выявляет другие глубинные проблемы. Например, при раздаче наборов для беременных персонал может выявить нелеченные инфекции, передающиеся половым путем, а также случаи насилия или принуждения.

«Мы наблюдаем рост числа случаев ранней и незапланированной беременности после кризиса, а также сообщений о сексуальном насилии, принуждении и торговле людьми... Наблюдается очень заметный рост».

Чтобы решить проблему многочисленных случаев нежелательной беременности, г-жа Гузей гораздо чаще, чем раньше, взаимодействует с мужчинами.

«Я работаю в основном с женщинами, но мы наблюдаем все больше пар, посещающих консультации вместе. Это необычно, как правило, мужчины не хотят обращаться за средствами контрацепции».

Несмотря на то, что перебои в предоставлении услуг приводят к пагубным последствиям, г-жа Гузей обнаружила неожиданный положительный эффект в оказании поддержки непосредственно перемещенным лицам. «До землетрясения услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья оказывались более скрытно, это был своего рода секрет, но сейчас мужчины с большим пониманием относятся к этим вопросам. Они полагали, что средства контрацепции каким-то образом направлены против них, но теперь ощущают меньше угрозы».



## Язык неравенства

Язык, который мы используем для решения вопросов неравенства, имеет значение. Крайне важно избегать изображения какого-либо отдельного человека или сообщества как бессильного или маловажного. Несмотря на существующую тенденцию описывать целые группы как уязвимые или угнетенные, все чаще предпринимаются усилия по определению конкретных условий, которые могут препятствовать доступу к правам и выбору. По этим причинам ЮНФПА сместил акцент с наиболее отстающих *групп* на *факторы*, приводящие к наибольшему отставанию. Некоторые эксперты и организации теперь называют такие группы «намеренно оставленными без внимания» (Kharas and others, 2019), а не «оставшимися без внимания», избегая намека на то, что уязвимость является результатом собственных неудач или недостатка ресурсов внутри общины. Многие используют фразы «никого не обходить вниманием» и «первыми охватить тех, кто находится позади остальных»; оба принципа являются центральными в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (UNFPA, 2021a). Многие из этих терминов используются в докладе не для того, чтобы выразить предпочтение того или иного термина, а для того, чтобы придерживаться исходного материала и/или свести результаты исследования в связанный и понятный текст. Авторы признают, что в целом язык неравенства постоянно меняется. Нам следует взять на себя обязательство постоянно прислушиваться ко всем членам наших сообществ и учиться у них.

**В этом докладе используются перечисленные ниже термины со следующими определениями:**

**«Не обходить никого вниманием»** — из Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (United Nations, 2015). Термин «не обходить никого вниманием» отражает приверженность всех государств-членов Организации Объединенных Наций искоренению нищеты во всех ее формах, сокращению неравенства и прекращению всех видов дискриминации и изоляции.

**«Оставшиеся без внимания»/«намеренно оставленные без внимания»** — люди, которые из-за системного неравенства сталкиваются с препятствиями в доступе к своим правам и выбору. В настоящем докладе используются оба термина.

**«Находящиеся позади остальных»** — люди, которые в наибольшей степени лишены доступа к своим правам и выбору. Те, кто находится позади остальных, часто сталкиваются с пересекающимися негативными факторами, которые в совокупности приводят к чрезвычайным трудностям или остракизму. Важно отметить, что подобное зависит от контекста; обстоятельства, из-за которых люди оказываются позади, определяются более масштабными социальными, политическими и культурными факторами, которые могут существенно отличаться в разных местах.

**«Равенство»** — состояние равенства, особенно в ценностях, статусе, правах или обращении в соответствии с законом.

**Справедливость** — честность; термин «справедливость» часто используется для того, чтобы подчеркнуть, что равное распределение ресурсов или возможностей все еще может привести к несправедливым результатам из-за существующих привилегий и негативных факторов.

**«Неравенство»** — состояние отсутствия равенства, особенно в статусе, правах или обращении в соответствии с законом.

**«Несправедливость»** — состояние отсутствия справедливости.

**«Маргинализированные»** — человек или группа, к которым относятся как к незначительным, низшим или маловажным в силу их идентичности. Человек может быть маргинализован, среди прочего, из-за своей сексуальной идентичности, расы, этнической принадлежности, религиозной принадлежности, класса, касты, уровня образования, экономического статуса или инвалидности.

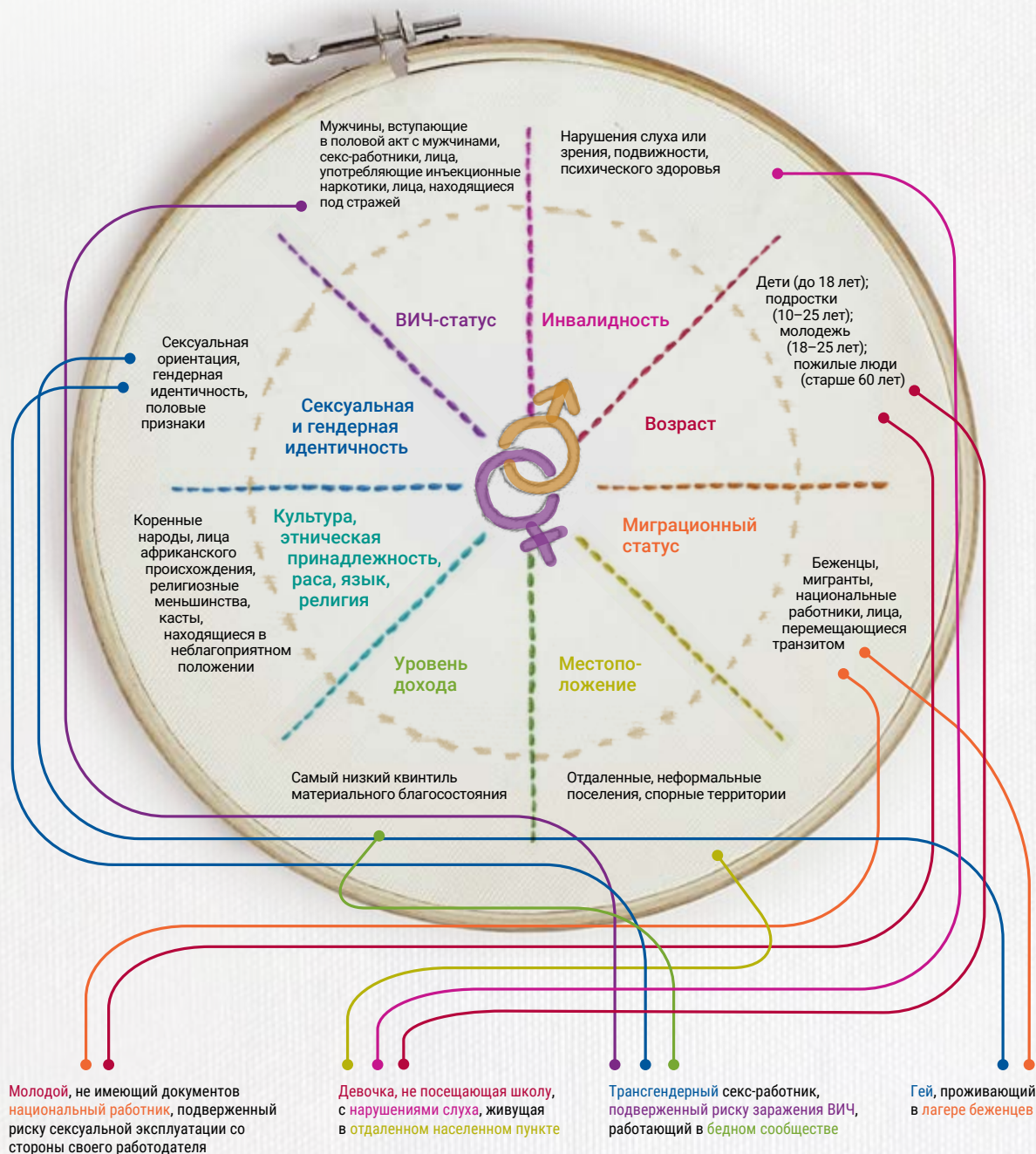
**«Уязвимые»** — подверженные эксплуатации, жестокому обращению или другим формам вреда; этот термин широко используется, но может быть проблематичным без признания факторов, которые приводят к уязвимости, такие как отказ в возможностях или барьеры на пути к услугам.



## ➤ ДИАГРАММА 1

### Факторы, помимо гендерного, из-за которых люди остаются без внимания

Многие факторы перекликаются с гендерными факторами, приводя к уязвимости людей и сообществ. К этим факторам относятся, но не ограничиваются ими, этническая принадлежность, раса, каста, язык, религия, статус инвалидности, статус ВИЧ/СПИДа, миграционный статус, а также сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Гендер (в центре иллюстрации) и эти факторы маргинализации (среднее кольцо) могут принимать множество различных форм (примеры приведены во внешнем кольце). В реальном мире люди могут сталкиваться со многими пересекающимися идентичностями и обстоятельствами (внизу иллюстрации), которые негативно влияют на их сексуальное и репродуктивное здоровье и права.



Источник: адаптация материалов UNFPA, 2021a.

## Мы знаем больше, чем когда-либо, о стимулах перемен

Пусть некоторые люди по-прежнему оказываются намеренно оставленными без внимания, есть возможности — и надежда — для быстрого прогресса, основанного на глобальных соглашениях по достижению равенства, которое, в частности, является основной темой Повестки дня на период до 2030 года (United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017). Среди причин для оптимизма: исследования, показывающие, что улучшения в области репродуктивного и материнского здоровья среди беднейших слоев населения в последние годы происходили быстрее (Ghebreyesus and others, 2020), несмотря на то, что прогресс оказался неравномерным, уровень охвата услугами здравоохранения более обеспеченных групп был значительно выше (Amouzou and others, 2020).

Также обнадеживает растущий объем знаний о том, кто остается без внимания, почему и как это можно исправить. Бедность все чаще рассматривается лишь как одна из движущих сил неравенства. Прогресс также значительно различается (Ghebreyesus and others, 2020) при рассмотрении других факторов, которые создают барьеры для получения услуг, приводят к ухудшению состояния здоровья или иным образом ограничивают реализацию прав в области сексуального и репродуктивного здоровья. Эти факторы включают гендер и возраст; культуру, этническую принадлежность, расу, язык и религию; статус инвалидности; статус наличия ВИЧ/СПИДа; место жительства; статус мигранта, лица, ищущего убежища и перемещенного лица; а также сексуальную ориентацию и гендерную идентичность. Этот список не является исчерпывающим — и даже людей, находящихся в общем неблагоприятном положении, сложные и разнообразные обстоятельства могут по-разному лишать права на сексуальное и репродуктивное здоровье (UNFPA, 2021a). Во всех случаях основным

принципом прав человека остается: где бы и по каким бы причинам ни возникали дискриминация, предвзятость, уязвимость и неравенство, они всегда требуют принятия корректирующих мер.

С 1994 года в основных международных соглашениях закреплены обязательства по устранению неравенства в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Были кодифицированы права людей с инвалидностью и коренных народов, дополнены существующие конвенции о правах женщин и ликвидации расовой дискриминации. Перспективные региональные соглашения включают Монтевидейский консенсус по вопросам народонаселения и развития, где отражено обязательство поощрять и защищать сексуальное и репродуктивное здоровье и права как важнейшие права для обеспечения социальной справедливости и устойчивого развития. Новаторский протокол к Африканской хартии прав человека и народов о правах женщин в Африке, более известный как протокол Мапуту, привел к отмене ограничений на аборты более чем в полудюжине стран, включая запреты колониальной эпохи, напрямую связанные с высоким уровнем материнской смертности (см. страницу 60 по теме колониальной истории) (McGovern and others, 2022).

Понимание факторов, из-за которых люди и сообщества остаются без внимания, и согласие устранить их могут подтолкнуть к новым решениям — и при правильном выборе может начаться процесс охвата всех людей с необходимым темпом и в нужном масштабе. Многие стимулы перемен хорошо известны и наглядно доказали свою эффективность. Все начинается с устранения дисбаланса сил, заложенного в сообществах, законах, экономике и здравоохранении, поскольку трудно, если не невозможно, добиться инклюзии людей в системы, которые по своей сути остаются дискриминационными. Необходимо сознательное изменение гендерного соотношения сил на всех уровнях, от семей до парламентов, наряду с усилиями по расширению и улучшению качества услуг и изменению норм и моделей поведения (George and others, 2020; Herten-Crabb and Davies, 2020).



## Гуманитарные кризисы становятся причиной уязвимости

Чрезвычайные гуманитарные ситуации непропорционально сильно затрагивают женщин и девочек, людей с инвалидностью, представителей коренных народов, лиц с различной гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией, людей старшего возраста и подростков. Ранее существовавшее гендерное неравенство и дискриминация в отношении уязвимых групп усугубляются во время кризисов. Также возрастает число случаев гендерного насилия, однако предотвращение, смягчение последствий и реагирование на такое насилие является одним из наименее приоритетных секторов, испытывающих наибольший недостаток финансирования (ООНА, n.d.). Недостаточное финансирование в условиях кризиса повышает уязвимость тех, кто подвергается риску: например, выжившие могут остаться без доступа к жизненно важной помощи, и сокращение продовольственной и другой помощи тесно связано с ростом гендерного насилия. В Чаде после неудачи в строительстве двух новых пунктов размещения много перемещенных женщин и девочек были вынуждены остаться в переполненном лагере, где не обеспечена достаточная защита от насилия (ООНА, 2023).

Скудные ресурсы также ограничивают доступ людей, проживающих в труднодоступных районах, к медицинским услугам. В Эфиопии это привело к тому, что мобильные бригады медицинской помощи могли охватить услугами только 36% целевых групп населения, при этом многие сообщества в отдаленных районах не получали необходимого обслуживания вовсе. В Афганистане пришлось закрыть примерно 170 стационарных и мобильных медицинских учреждений, что ограничило возможность получить услуги первичной медико-санитарной помощи для миллиона человек, включая беременных женщин, детей и людей с инвалидностью (ООНА, 2023).

Однако уязвимость — это лишь половина проблемы. Местные женщины и возглавляемые женщинами организации, находящиеся на переднем крае чрезвычайных ситуаций, являются ключевыми действующими лицами в обеспечении удовлетворения потребностей маргинализированных сообществ. Необходимо обеспечить их полное, равноправное и значимое участие и укрепить их лидерство. Несмотря на то, что эти организации по-прежнему не получают достаточного финансирования и обладают достаточным представительством, прогресс очевиден. В 2023 году в состав 10 гуманитарных страновых групп входила по крайней мере одна местная организация, возглавляемая женщинами. В Йемене в состав гуманитарной страновой группы входили две местные организации, возглавляемые женщинами, и местная организация людей с инвалидностью. В 13 из 19 консультативных советов страновых совместных фондов, выделяющих средства гуманитарным организациям, была представлена по крайней мере одна местная организация, возглавляемая женщинами. Это многообещающие шаги, однако необходимо сделать гораздо больше.

*Этот текст был подготовлен Управлением Организации Объединенных Наций по координации гуманитарных вопросов.*



# Швеи объединяются против гендерного насилия

«Работники швейной промышленности могут поднять свой голос против насилия на рабочем месте без угрозы возмездия», — заявляет Тивья Ракини.

Это стало кардинальным изменением для тысяч преимущественно молодых женщин, занятых в швейной промышленности, объясняет г-жа Ракини, президент Текстильного и общего профсоюза Тамил Наду (ТТСУ). Тамин Наду, где расположено более чем 2000 фабрик, на которых занято 280 000 рабочих, является крупнейшим в Индии производителем хлопчатобумажной пряжи, поставляющей ее как на внутренний, так и на международный рынки, включая известные модные бренды. Большинство сотрудников — молодые женщины, в то время как руководство и супервизоры — в основном мужчины. Такая неравномерная динамика власти усугубляется кастовой принадлежностью работников швейной промышленности и статусом мигрантов, а также усилиями корпораций, желающих избежать ответственности за правонарушения.

Существующие профсоюзы неохотно занимались такими проблемами, как гендерное насилие и домогательства. «В Тамил Наду в швейной промышленности доминируют профсоюзы, возглавляемые мужчинами, и все руководство, в том числе высшее, также состоит из мужчин. На самом

деле, проблемы женщин никогда никого не волновали, — говорит Надита Шивакумар, советник ТТСУ. — Сотрудницы хотели бы, чтобы рабочее движение включило гендерные вопросы в основную повестку дня; речь идет не только о заработной плате».

«Рабочая сила на 80% состоит из женщин, 60% из которых принадлежат к касте неприкасаемых — уязвимой касте в Индии, — объясняет г-жа Ракини. — Но руководство и руководители подразделений — это люди из высших каст. Им нелегко слушать, когда работник из касты неприкасаемых говорит: “Вы ошибаетесь!” Это то, что им действительно дается с трудом».

Разочарованные швеи приняли решение основать собственную организацию, и на свет появился ТТСУ. Это один из первых профсоюзов в Тамил Наду, возглавляемых женщинами, а также возглавляемый представителями касты неприкасаемых. Число членов быстро росло; в настоящее время профсоюз насчитывает более 11 000 работников. Доверие между его руководством и членами позволило профсоюзу действовать решительно, когда произошла трагедия: в январе 2021 года Джейасре Катиравель, женщина из касты неприкасаемых и член ТТСУ, была убита своим руководителем на швейной фабрике в Диндигуле, принадлежащей Eastman Exports,

после нескольких месяцев сексуальных домогательств. Ее смерть стала переломным моментом; ее коллеги хотели не просто справедливости для Катиравель, но и системных изменений, направленных на защиту всех работниц швейной промышленности.

«В случае Джейасре главным отличием стало то, что это произошло в деревне, где у ТТСУ очень сильное профсоюзное присутствие, — рассказала г-жа Шивакумар. — Женщины состояли в профсоюзе очень долгое время. Мать Джейасре состояла в профсоюзе, как и сама Джейасре. Так что, поскольку все случилось именно в такой деревне и в таких обстоятельствах, это обеспечило сильную солидарность, и общей тенденцией обвинять жертву не возникло [...] Все говорило о том, что, что бы ни случилось, мы продолжим бороться. Знаете, это был тот самый момент, подобный движению Ме Тоо, но для работников фабрики».

Их горе и фрустрация послужили поводом для проведения глобальной кампании «Справедливость для Джейасре». Кульминацией кампании стало подписание в апреле 2022 года Диндигульского соглашения о ликвидации гендерного насилия и домогательств, исторического договора, закрепившего множество уровней защиты на рабочем месте посредством набора соглашений



о цепочке поставок с системой сдержек и противовесов, призванных обеспечить ответственность за гендерное насилие и домогательства на всех уровнях. Если руководство не соблюдает условия соглашения, стороны, подписавшие соглашение с брендом, по закону обязаны принять ответные меры в отношении Eastman Exports для обеспечения соблюдения соглашения. Подписантами стали поставщик, ТТСУ и союзники профсоюза, включая Азиатский альянс минимальной заработной платы и Глобальную трудовую юстицию – Международный форум по трудовым правам. Соглашение также было подписано международными модными брендами, которые закупают одежду на фабриках, включая H&M Group и Gap Inc.

Сегодня, объясняет г-жа Шивакумар, «на каждой производственной линии есть женщины-руководители, которые выполняют функции контролеров в цехе. Они обладают достаточной властью, чтобы указывать на проблемы и не столкнутся с возмездием».

Последствия таких изменений затрагивают не только рабочее место. Многие работники швейной промышленности в Тамил Наду являются внутренними мигрантами, которые останавливаются в общежитиях, оборудованных фабриками, и пользуются автобусами, предоставляемыми фабриками; и общежития, и транспорт были местами эксплуатации. «Водители преследуют женщин, говоря: “Если вы окажете мне сексуальные услуги, даже если вы опоздаете, я подожду пять минут”, – поясняет г-жа Шивакумар. – Владельцы бизнеса привлекли отмываться от любой ответственности. Раньше они



Члены ТТСУ празднуют подписание Диндигульского соглашения. © ТТСУ

говорили: “Это работа по контракту. Это не наша ответственность”».

Подобное предусмотрено Диндигульским соглашением. «Мы постарались охватить не только рабочие места, но и автобусы, которые перевозят работников, и общежития, потому что многие проблемы возникают в транспорте... Теперь у автобусов появились проверяющие».

Спустя год результаты соглашения превзошли ожидания даже его авторов. Были урегулированы 98% от общего числа жалоб (Asia Floor Wage Alliance and others, 2023), включая 100% жалоб, связанных с гендерным насилием и домогательствами. Более 2000 работников, включая высшее руководство, вспомогательный персонал и внешних подрядчиков, прошли обучение по выявлению и предотвращению злоупотреблений. Соглашение также имело положительные результаты для производителя. В сентябре 2022 года швейная фабрика Диндигуля была исключена из списка производителей, деятельность которых запрещена

Соединенными Штатами по подозрению в принудительном труде; решение об исключении ссылалось на Диндигульское соглашение.

«За один год мы заставили работников понять, что мы работаем в их интересах, – заявила г-жа Ракини. – Но теперь высшее руководство также понимает, что мы выступаем не только за рабочих, не просто высказываемся против руководства. Мы также за бизнес».

В настоящее время ТТСУ ведет переговоры о распространении этих мер защиты на других поставщиков, однако уточняется, что каждое новое соглашение должно быть адаптировано к потребностям работников, которых оно охватывает. «О чем бы ни шла речь, соглашение должно касаться местных проблем работающих женщин. Это урок, который мы усвоили, – поясняет г-жа Шивакумар. – Теперь нам нужно распространить действие соглашения на большее количество районов, чтобы эти средства защиты были доступны на каждом предприятии, и соглашение стало нормой. Вот, что нам нужно сделать».

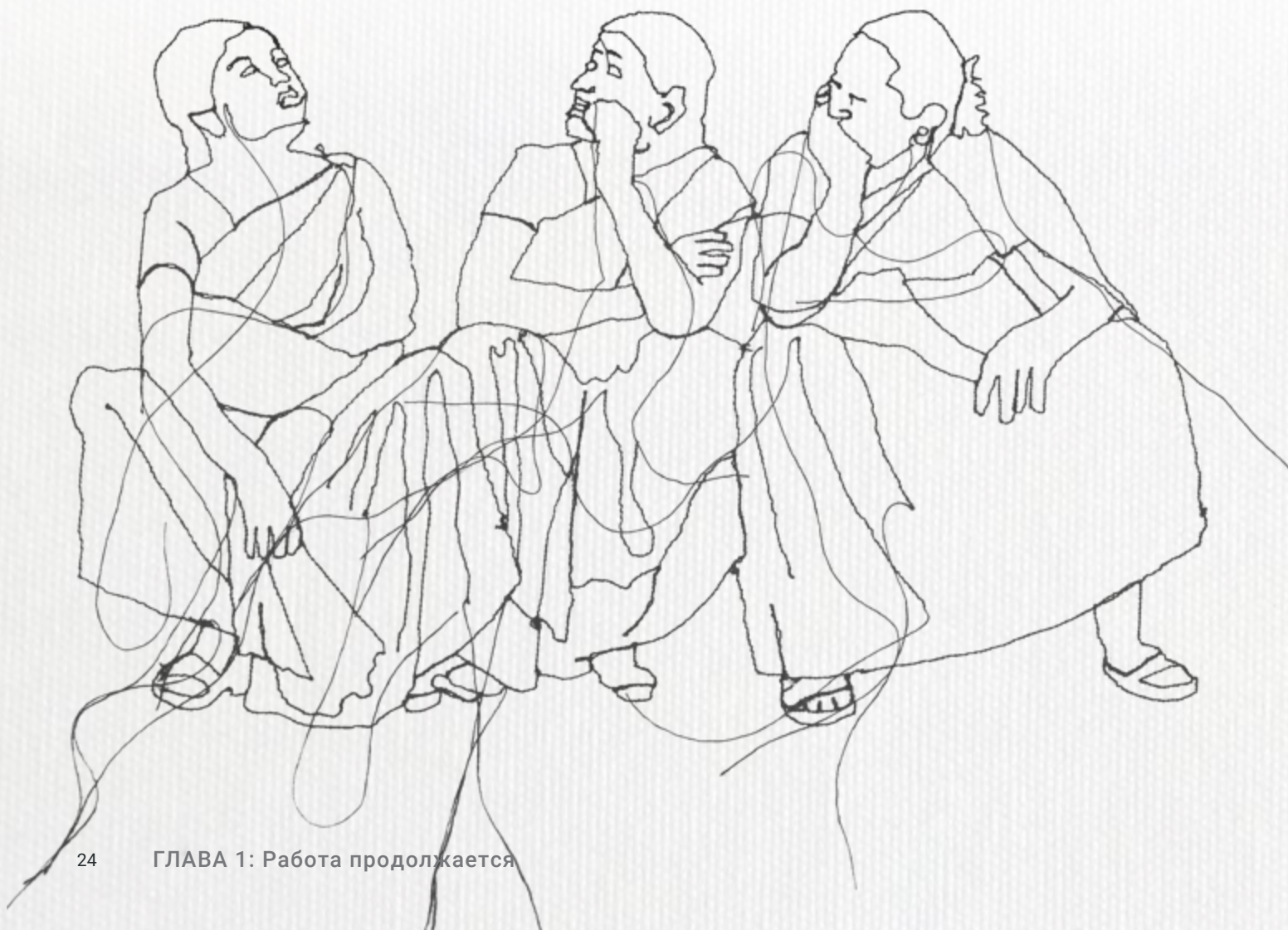


Такие концепции, как сексуальная и репродуктивная справедливость, разработаны с целью признания многочисленных факторов дискриминации и неравенства и принятия мер в отношении них, в том числе посредством осознанного призыва к самим людям определить, как выглядит справедливость и что требуется для ее достижения (McGovern and others, 2022).

Примерами культурных сдвигов являются сокращение числа детских браков в Южной Азии, которое стало возможным благодаря расширению доступа к образованию для девочек, а также изменениям в экономике, которые открыли возможности для трудоустройства женщин (Herten-Crabb and Davies, 2020). Недавнее обязательство искоренить детские браки, принятое четырьмя странами, в которых проживает пятая

часть всех несовершеннолетних невест, опиралось на появляющиеся данные о комплексном пакете решений, включающем, среди прочего, социальную помощь с учетом гендерных факторов, инклюзивную политику на рынке труда и всеобщее среднее школьное образование (Indira and others, 2023).

С момента проведения МКНР было собрано гораздо больше качественных данных, которые позволяют запустить новые программы и привлечь инвестиции. Например, в 1994 году мы не располагали достаточной информацией о масштабах материнской смертности; данные часто были ненадежными или не собирались вовсе. Сегодня эти цифры в основном соответствуют агрегированному уровню. Более того, данные о населении и состоянии здоровья, собираемые международными учреждениями и национальными





правительствами, в настоящее время, как правило, дезагрегированы по полу, уровню дохода, местоположению и возрасту. Быстро растет количество данных об инвалидности. Однако теперь предстоит сделать еще больше для того, чтобы составить полную картину всех форм уязвимости. Данные об этнической принадлежности, расе, языке, религии, принадлежности к коренному населению, миграционном статусе и идентичности ЛГБТКИА+ по-прежнему недостаточны. При наличии правильных обязательств, в том числе за счет постоянного использования новых технологий, возможно достичь большего.

Существует зарождающееся, но постепенно увеличивающееся понимание того, как услуги в области здравоохранения способны помочь устранить дискриминацию и структурные барьеры для тех, кто оказался оставлен без внимания. Деятельность акушерок показала себя многообещающей как в случае предоставления услуг, так и в вопросах расширения прав и возможностей женщин в уязвимых сообществах.

Растущее число фактических данных указывает на то, что мероприятия в области охраны сексуального здоровья с сексуально позитивным подходом могут уменьшить стигматизацию, привлечь уязвимых людей к использованию услуг, в том числе для лечения инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, а также повысить использование контрацептивов (Ford and others, 2022; Zaneva and others, 2022; Stars and others, 2018). Женские группы самопомощи в бедных сообществах продемонстрировали свою пользу в предоставлении информации как о здравоохранении, так и о микрофинансировании для удовлетворения экономических потребностей, что привело к значительному улучшению показателей в области дородового ухода и планирования семьи. Важнейшим компонентом этих групп является то, что женщины-члены определяют на местном уровне условия, на которых они продолжают свою деятельность: урок, который следует применять широко, заключается в том, что обеспечение участия в принятии решений о своем будущем — это норма, а не исключение.

---

**Данные о населении и здоровье, собираемые международными учреждениями и национальными правительствами, теперь обычно дезагрегируются по полу, доходу, местоположению и возрасту.**



## Наше прошлое, наше настоящее, наше будущее

Никто не хочет жить в мире, где половина всех беременностей является незапланированной, где женщины подвергаются избиениям в своих домах или умирают от предотвратимых причин при родах. Мы все хотим будущего, в котором девочки и женщины знают, что они могут завершить свое школьное образование, найти достойную работу, создать семьи, если захотят, и стать частью здорового, процветающего общества и внести в него значимый вклад. Это развитие, ориентированное на людей, — надежное, справедливое и устойчивое к кризисам.

Первоначальное исследование в этом докладе (стр. 28) демонстрирует, как барьеры на пути доступа к медицинским услугам быстрее снижались для женщин, которые находятся в более привилегированном положении с точки зрения социально-экономического статуса, и для тех, кто принадлежит к этническим группам, у которых и без того было меньше препятствий для получения медицинской помощи. Это исследование также доказывает, что различия внутри стран больше, чем различия между странами, что означает, что каждое сообщество участвует в увековечении этой несправедливости и что требуются изменения как на низком, так и на высоком уровнях.

В главе 2 доклада представлены объяснения этому. Несмотря на 30-летний консенсус относительно эмансипирующей силы сексуального и репродуктивного здоровья, системы, предоставляющие такие медицинские услуги, по-прежнему пропитаны глубоким гендерным неравенством, расовой дискриминацией и дезинформацией. Тем не менее, процесс разоблачения этой несправедливости открывает возможности для развития систем и практик, основанных на общем достоинстве *всех* людей.

В третьей главе приводятся исследования мировой информационной революции, в некотором

смысле вызванной самой МКНР, которая призвала к дезагрегированию данных, чтобы определить, где и для кого неудовлетворенные потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья остаются наиболее острыми. Эта директива в значительной степени осталась невыполненной. Если мы хотим, чтобы мир достиг реализации всеобщего права на сексуальное и репродуктивное здоровье, то следует уделить внимание информационному элементу МКНР.

В главе 4 освещаются преимущества для общества, здравоохранения и эффективности, которых еще предстоит добиться, а также инвестиции, которые могут привести к расширению масштабов этих преимуществ. Аргументы в пользу контрацепции на данный момент неопровержимы. Экономисты и сторонники, а также сами женщины установили, что развитие человеческого капитала значительно ускоряется в том случае, если люди получают доступ к планированию семьи. Но инвестиций только в средства контрацепции недостаточно. В этой главе более широко рассматриваются преимущества, которые дает репродуктивная автономия.

В заключительной главе представлен прогноз будущего, подготовленный с использованием анализа консорциума экспертов и лидеров мнений в области демографии, изменения климата, здравоохранения и технологий, который позволяет предвидеть некоторые из самых серьезных вызовов как Повестке дня МКНР, так и вызовов, брошенных миру в целом. Настоящая глава доказывает, что даже на фоне надвигающихся грозных туч популизма, дезинформации, климатической катастрофы и широкомасштабного перемещения населения всеобщие и инклюзивные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека останутся столь же важными или даже более важными для обеспечения устойчивого и основанного на правах человека будущего для всех.

Каждая глава начинается с размышления о прогрессе, достигнутом за последние 30 лет, важного напоминания о том, что, несмотря на текущие и неизбежные проблемы, мир в целом

движется к обеспечению прав человека и достижению гендерного равенства. Следующие разделы глав направлены на то, чтобы заложить основу для общего понимания важности борьбы с дискриминацией, а затем описывают способы продвижения вперед.

Борьба за здоровье — это борьба за равенство и телесную автономию (Ghebreyesus and others, 2020), за справедливость и развитие, ориентированное на людей. Она должна вестись в интересах людей и сообществ, не оставляя никого без внимания, посредством выбора, которым все люди заслуживают обладать в отношении своего тела и своей жизни. Для этого мы должны справиться со сложностями.

Нам придется выйти за рамки измерения человеческого опыта в широких средних величинах, которые не позволяют увидеть опыт уязвимых групп. А также придется отказаться от стратегии «все или ничего», когда одни люди всегда остаются в выигрыше, а другие всегда проигрывают. Мы можем обратиться к геометрии ткачества как к источнику вдохновения для альтернативного видения человеческого потенциала. В этом плетении, которое присуще культурам и сообществам во всем мире, прочность любой отдельной нити значительно увеличивается за счет ее переплетения с другими. Аналогичным образом, образование, автономия, здоровье и потенциал каждого человека сами по себе незначительны, но существенно укрепляются, если сочетаются с правами, здоровьем и благополучием других людей. Действительно, 30 лет назад в Программе действий МКНР на основе достигнутого консенсуса было подтверждено, что сексуальное и репродуктивное здоровье и репродуктивные права тесно связаны с более широкими целями устойчивого развития и неотделимы от них. Это одновременно новый и древний способ понимания нашего мира, в котором различные нити сплетаются в общий гобелен, в котором каждая жизнь дополняет ткань нашего коллективного человечества, украшая ее и укрепляя полотно.



Борука — коренной народ в Коста-Рике. Они собирают семена, цветы, кору деревьев, морских улиток и другие предметы из мира природы, чтобы создавать красители для своих тканей, но прежде спрашивают разрешения у матери-природы, чтобы гарантировать, что их практики и традиции остаются устойчивыми. © Christian Moon/UNFPA Costa Rica



## Проблемы с доступом к медицинским услугам через призму времени в зависимости от социально-экономического статуса и этнической принадлежности со слов опрошенных

В последние годы появилось множество способов отслеживания и измерения прогресса в процессе глобального расширения доступного, в том числе экономически, медицинского обслуживания (WHO and others, 2023).

Примечательно, что отчетность по задаче 3.8.1 ЦУР, «охват основными медико-санитарными услугами», представляет важнейшую информацию о проценте лиц, получающих основную медицинскую помощь, количестве медицинских учреждений и персонала на душу населения и других сопоставимых на международном уровне показателях. Тем не менее, как показывает этот доклад, также важно позволить людям говорить от своего имени. Первоначальный анализ, представленный здесь, демонстрирует, как женщины из различных социально-экономических и этнических групп, согласно их сообщениям, сталкивались с изменениями в доступе к медицинским услугам.

Это показали демографические обследования и обследования в области здравоохранения в 69 странах мира. В ходе обследований женщинам предлагается сообщить о том, возникают ли у них серьезные проблемы с доступом к медицинским услугам во время болезни. Среди более обширного списка различных типов проблем есть четыре конкретных вопроса,

которые задавались во всех странах проведения обследований, а именно: возникают ли у женщин серьезные проблемы: (1) из-за расстояния до медицинского учреждения; (2) с получением денежных средств, необходимых для лечения; (3) из-за нежелания посещать учреждение в одиночку; или (4) из-за необходимости получить разрешение для посещения медицинского учреждения. Только в 25 из 69 стран – примерно в трети от общего числа – вопросы были заданы в рамках более чем одного обследования, при этом также определялась этническая принадлежность женщины. Этот набор данных дает возможность изучить проблемы доступа женщин к медицинским услугам, о которых они сообщали сами, с разбивкой по времени, социально-экономическим факторам (квинтиль благосостояния, уровень школьного образования и проживание в городской или сельской местности) и этнической принадлежности. Вместе эти 25 стран представляют около трети мирового женского населения и почти 300 различных этнических групп.

Следует подчеркнуть, что ответы, данные самими респондентами на вопросы о доступе к медицинским услугам, значительно отличаются от показателей всеобщего охвата услугами здравоохранения (WHO and others, 2023a), и, что важно, уровни и тенденции обоих показателей иногда могут

противоречить друг другу. Демографические обследования и обследования состояния здоровья населения – это лишь одни из множества исследований и опросов, используемых для оценки доступа к здравоохранению, которые в совокупности могут дополнить столь важную тему конкретной информацией.

### **Общее улучшение, неравномерные темпы**

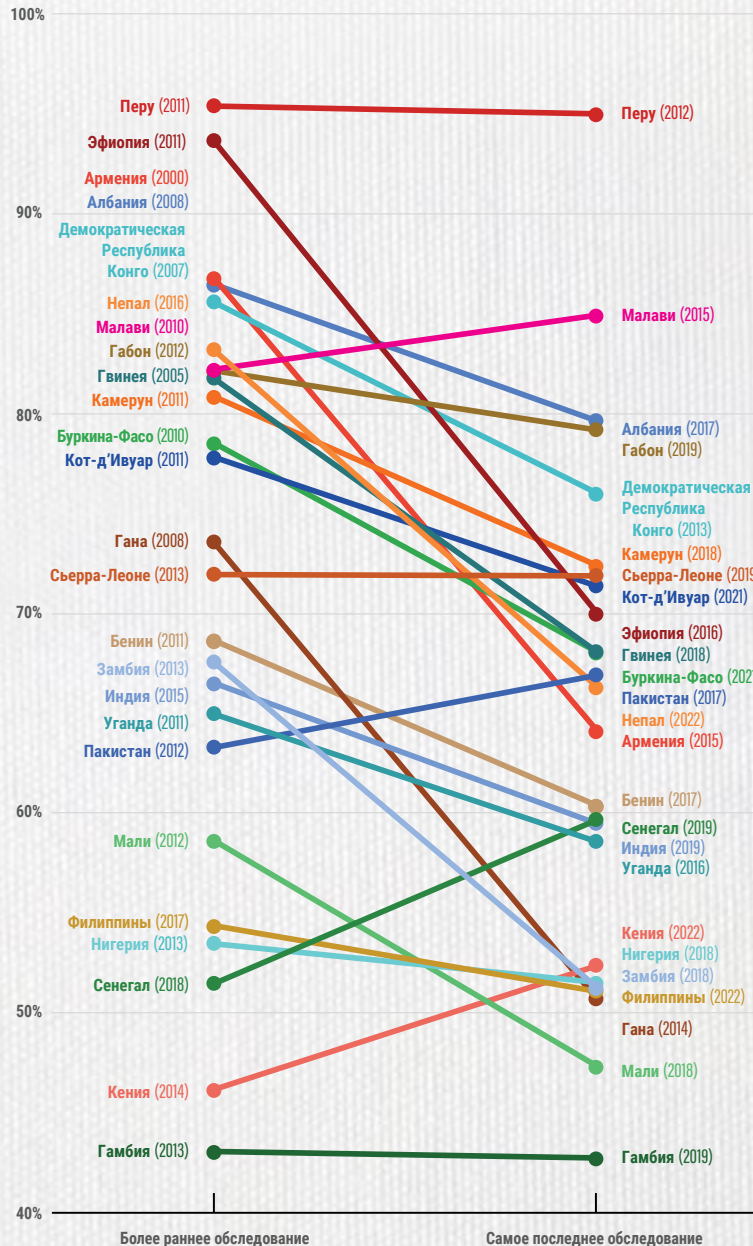
Полученные результаты свидетельствуют об обнадеживающей общей тенденции к сокращению проблем с доступом к медицинским услугам. Согласно самым последним обследованиям (которые проводились в период с 2012 по 2022 год, в зависимости от страны), 61% женщин сообщили об одной или нескольких серьезных проблемах с доступом к медицинским услугам во время болезни. Это можно считать улучшением по сравнению с первым периодом обследования (2000–2018 годы), когда о серьезных проблемах с доступом сообщили 67% женщин.

Тем не менее, анализ также выявил значительное неравенство между странами. Например, в ходе самого последнего обследования 43% женщин в Гамбии заявили о серьезных проблемах с получением медицинской помощи, в то время как в Перу с такими проблемами столкнулись 95% женщин. Несмотря на то, что в большинстве



## » ДИАГРАММА 2

### Доля женщин, испытывающих серьезные проблемы с доступом к медицинским услугам во время болезни, в разбивке по странам



Источник: демографическое обследование и обследование состояния здоровья населения

Примечание: существует общая положительная тенденция снижения проблем с доступом к медицинской помощи. (В случае Малави, где изменения с течением времени незначительны, пределы погрешности достаточно велики, чтобы считать изменения бесспорными.)

стран женщины сообщили об улучшении доступа в период между первым и вторым обследованиями, в нескольких странах произошли незначительные изменения (Габон, Гамбия, Малави, Нигерия, Перу и Сьерра-Леоне) или были выявлены признаки регресса (Кения, Пакистан и Сенегал).

Более того, неравенство *внутри* стран часто значительно, чем разница *между* странами. Иными словами, различия, которые проявляются между социально-экономическими группами и этническими группами внутри одной и той же страны, как правило, превышают различия, наблюдаемые в средних показателях между странами (например, Гамбия по сравнению с Перу). Например, в 2017 году в Албании 91% женщин рожала с *наиболее* уязвимым социально-экономическим статусом — городские жительницы без образования и из квинтиля беднейших слоев населения — столкнулись с серьезными проблемами с доступом к медицинским услугам, в то время как только среди этнических албанских женщин с наиболее привилегированным социально-экономическим статусом — сельские женщины с высшим образованием и из самого богатого квинтиля благосостояния — с такими проблемами столкнулись лишь 5%. Аналогичным образом, в то время как в Буркина-Фасо в 2021 году лишь 18% городских женщин народности сенуфо с высшим образованием и из квинтиля с самым высоким уровнем благосостояния испытывали серьезные проблемы с доступом к медицинскому обслуживанию, с такими же проблемами столкнулись 95% сельских женщин-туарегов/белла, не имеющих образования и принадлежащих к квинтилю с самым низким уровнем благосостояния.



**Благосостояние, уровень образования и место жительства способствуют увеличению разрыва**

Женщины с наиболее уязвимым социально-экономическим статусом, которые в первом обследовании заявили о более высокой распространенности серьезных проблем с доступом к медицинской помощи, в среднем ощутили наименьшие изменения в этом вопросе с течением времени. Женщины из *наименее* уязвимых слоев населения, которые сообщили о самой низкой распространенности серьезных проблем с доступом, как правило, со временем отмечали наибольшее улучшение. Эти результаты напоминают результаты других исследований в области здравоохранения, выявивших аналогичные закономерности обратной справедливости (Victoria and others, 2018). Все эти социально-экономические показатели, которые учитывают благосостояние, уровень образования и место жительства, зависят от конкретной страны, при этом в некоторых странах большими преимуществами обладают сельские жители, а в других, например, городские жители (см. техническую записку на стр. 154).

В среднем в *наиболее* уязвимых социально-экономических группах в период между более ранним и более поздним обследованиями наблюдалось снижение доли женщин с серьезными проблемами в доступе к медицинскому обслуживанию, равное 5 процентным пунктам. Напротив, в *наименее* социально-экономической уязвимой группе доля женщин, столкнувшихся с серьезными проблемами с доступом к медицинскому обслуживанию, снизилась на 8 процентных пунктов.

**Этническая принадлежность играет постоянную роль в неравенстве**

Неравенство в области здоровья проявляется во многих аспектах, включая этническую

принадлежность. В этом исследовании рассматривалось улучшение доступа этнических групп к медицинским услугам с течением времени; группы с более высокой долей женщин, испытывающих серьезные проблемы, считались более маргинализированными, а группы с более низкой долей женщин, сталкивающихся с проблемами доступа, считались менее маргинализированными. Различия, основанные на этнической принадлежности, сохраняются даже после учета различных уровней образования, благосостояния и проживания в городской/сельской местности. Если говорить проще, женщины с одинаковым уровнем образования, достатком и местом жительства, но разной этнической принадлежности часто сообщают о совершенно различных реалиях, когда речь заходит о доступе к медицинским услугам. По всему миру 43% женщин из наиболее неблагополучных социально-экономических групп своей страны и наименее уязвимой этнической группы сталкивались с серьезными проблемами доступа к медицинским услугам; для женщин из наиболее неблагополучных социально-экономических групп своей страны и наиболее уязвимой этнической группы этот показатель составил 83%, что означает разницу в 40 процентных пунктов для групп женщин, которые разделяли те же социально-экономические проблемы и отличались только своей этнической принадлежностью.

Более того, несмотря на то, что в большинстве стран наблюдается общее улучшение доступа, более чем в половине стран, где был проведен анализ, различия между разными этническими группами увеличились в период между двумя обследованиями. В 14 странах с увеличивающимся разрывом между этническими группами более ранние опросы показали разрыв в 41 процентный пункт

между женщинами, находящимися в неблагоприятном социально-экономическом положении, из наиболее и наименее маргинализированных этнических групп, в то время как в более поздних опросах разрыв увеличился до 48 процентных пунктов.

Тенденции среди всех этнических групп, выявленных в 25 странах, разнообразны, но очевидна общая закономерность: этнические различия играют роль в проблемах с доступом к медицинским услугам почти в каждой стране и обществе, где данные дезагрегированы по этнической принадлежности. Иными словами, получая сообщения женщин о проблемах с доступом к медицинской помощи во время болезни – обследования охватывают треть женского населения планеты, – мы видим, что этнические различия в доступе к медицинской помощи являются повсеместными и, в ряде случаев, только усугубляются.

**Сократить разрыв возможно**

Однако есть и хорошие новости. Этнические различия не везде носят экстремальный характер, и присутствуют многообещающие признаки того, что сокращение разрыва возможно. Согласно предыдущему обследованию в Гвинее у беднейших сельских женщин из народности герзе, не имеющих образования, наблюдалась самая высокая доля проблем с доступом к медицинским услугам среди всех этнических групп – 96%, однако по результатам последнего обследования доля женщин, испытывающих серьезные проблемы с доступом, снизилась до 72%, что лучше, чем среди сельских женщин из всех других этнических групп с одинаковым уровнем бедности и школьного образования. В более раннем нигерийском обследовании среди беднейших сельских женщин без образования 87% женщин экои сообщили о серьезных проблемах с доступом к медицинским услугам.



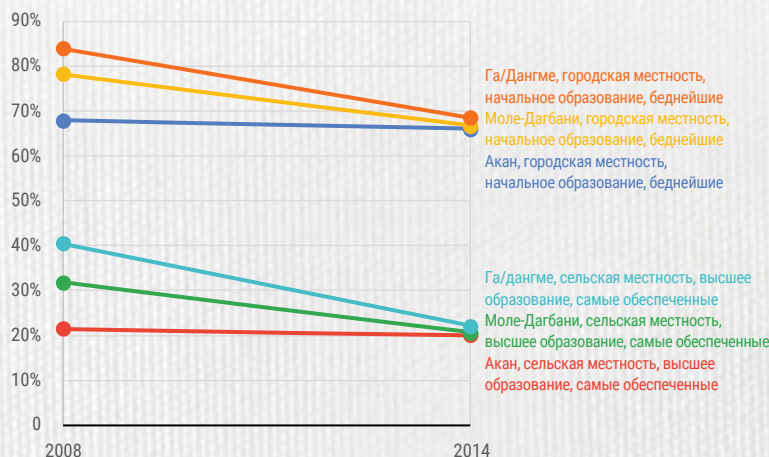
Согласно последнему обследованию, эта доля снизилась до 64%, что почти равно показателям бедных сельских женщин-хауса, этнической группы, сообщившей о наилучшем доступе. (Тем не менее, эти улучшения не были повсеместно распространены среди всех этнических групп в этих странах.)

Одним из особенно ярких примеров стала Гана, где наблюдалась разница всего в 3 процентных пункта в доле женщин акан с наиболее уязвимым социально-экономическим профилем, сталкивающимися с серьезными проблемами в доступе к медицинским услугам, по сравнению с долей женщин га и дангме, тогда как, согласно предыдущему обследованию, разница составляла 16 процентных пунктов. Фактически, неравенство между несколькими другими этническими и социально-экономическими группами в Гане также уменьшилось в период между более ранними и более поздними обследованиями, что свидетельствует не только об улучшении доступа к медицинским услугам, но и о повышении справедливости.

Почему Гана добилась таких успехов в устранении пробелов в равенстве по сравнению с другими странами? Одно из возможных объяснений связано с расширением доступа к медицинским услугам в Гане за период, охватываемый этими обследованиями, включая введение политики бесплатного медицинского обслуживания матерей и продолжающееся внедрение национальной системы медицинского страхования (Aikins and Koram, 2017; Blanchet and others, 2012). Многие другие страны также внедрились национальные схемы медицинского страхования, однако только в Гане достижения равенства, по-видимому, стало осознанным принципом усилий по обеспечению

### ➤ ДИАГРАММА 3

#### Гана. Доля женщин, испытывающих одну или несколько проблем с доступом к медицинским услугам: социально-экономические экстремумы, в разбивке по этнической принадлежности



Источник: ЮНФПА

Примечание: выявлено, что изменения в доступе к медицинским услугам коснулись только двух этнических групп (га/дангме и моле-дагбани), отличных от самой многочисленной этнической группы (акан). В обеих этих группах женщины сообщили, что доступ к медицинскому обслуживанию со временем улучшился, так как были устранены проблемы, отмеченные в предыдущем обследовании.

доступа к медицинским услугам, охватив не только разработку инициатив, но и определение приоритетов оценки и реформ, основанных на фактических данных (Phillips and others, 2020). Например, в то время как другие страны с национальными системами медицинского страхования в значительной степени полагались на частные расходы из собственных средств, Гана резко увеличила долю финансирования здравоохранения из государственных фондов (Odeyemi and Nixon, 2013).

#### Необходимо настаивать на прогрессе для всех

В целом, анализ данных из этих 25 стран позволяет извлечь важные уроки для всех наций и сообществ. В частности, глобальный прогресс в улучшении доступа к медицинским услугам оставался неравномерным, и по многим показателям те, кто

оказался далеко позади, получают такие услуги в последнюю очередь.

Более того, этнические различия не ограничиваются определенными странами: их можно выявить везде, где собираются надежные данные об этнической принадлежности. Поэтому привлечение внимания к существованию этнических и социально-экономических различий в доступе к медицинским услугам не следует рассматривать как обвинение в предвзятости или апеллирование к политике. Скорее, этнические и социально-экономические диспропорции кажутся универсальными, в то время как прогресс в устранении этих диспропорций таковым не является. Однако прогресс *возможен*. Он начинается с того, что людям в первую очередь предоставляется возможность рассказать о своем опыте неравенства.







# РАЗРУШАЮЩЕЕ НЕРАВЕНСТВО





Программа действий МКНР появилась после окончания Холодной войны, во времена потрясений и неопределенности. Тот 1994 год ознаменовался как окончанием апартеида в Южной Африке, где в апреле состоялись первые многорасовые демократические выборы, так и вспышкой геноцида в Руанде в том же месяце. Швеция легализовала гражданские союзы между однополыми партнерами, став третьей страной, когда-либо делавшей это, — и в то же время глобальный уровень новых случаев ВИЧ-инфицирования достиг самого высокого за

всю историю показателя (UNAIDS, n.d.). Обещание коллективных действий и опасность непринятия таких действий не могли остаться незамеченными участниками МКНР в Каире.

И действительно, главное достижение МКНР — смена парадигмы вопросов народонаселения и развития в мировом понимании — стало результатом коллективных усилий государств-членов и широкой общественности. Программа действий представила концепции репродуктивного

За несколько десятилетий до проведения МКНР в 1994 году **международные женские и феминистические движения выступили инициаторами включения прав женщин в глобальные программы развития. После МКНР прогресс только ускорился. Представленная хронология иллюстрирует, как МКНР объединила повестку дня в области народонаселения и развития и феминистские движения в целях консолидации поддержки сексуального и репродуктивного здоровья и прав во всем мире.**

**ПЕРВАЯ ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ, ПРОШЕДШАЯ В РИМЕ,**

являясь в основном научной конференцией, была посвящена демографии в развивающихся странах; в дискуссиях в то время преобладали опасения по поводу роста населения и нехватки ресурсов.

1954 г.

**ТРЕТЬЯ ВСЕМИРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ, ПРОШЕДШАЯ В ВУХАРЕСТЕ**

После десятилетия экономического роста численность населения перестала рассматриваться как серьезная «проблема». На этом этапе правительства согласились с необходимостью новой парадигмы в области народонаселения и развития, в то время как

1974 г.

Исследователи-феминистки использовали рамочные структуры прав человека, чтобы определить свою собственную роль.



1975 г.

**НАЧИНАЕТСЯ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ЖЕНЩИН ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

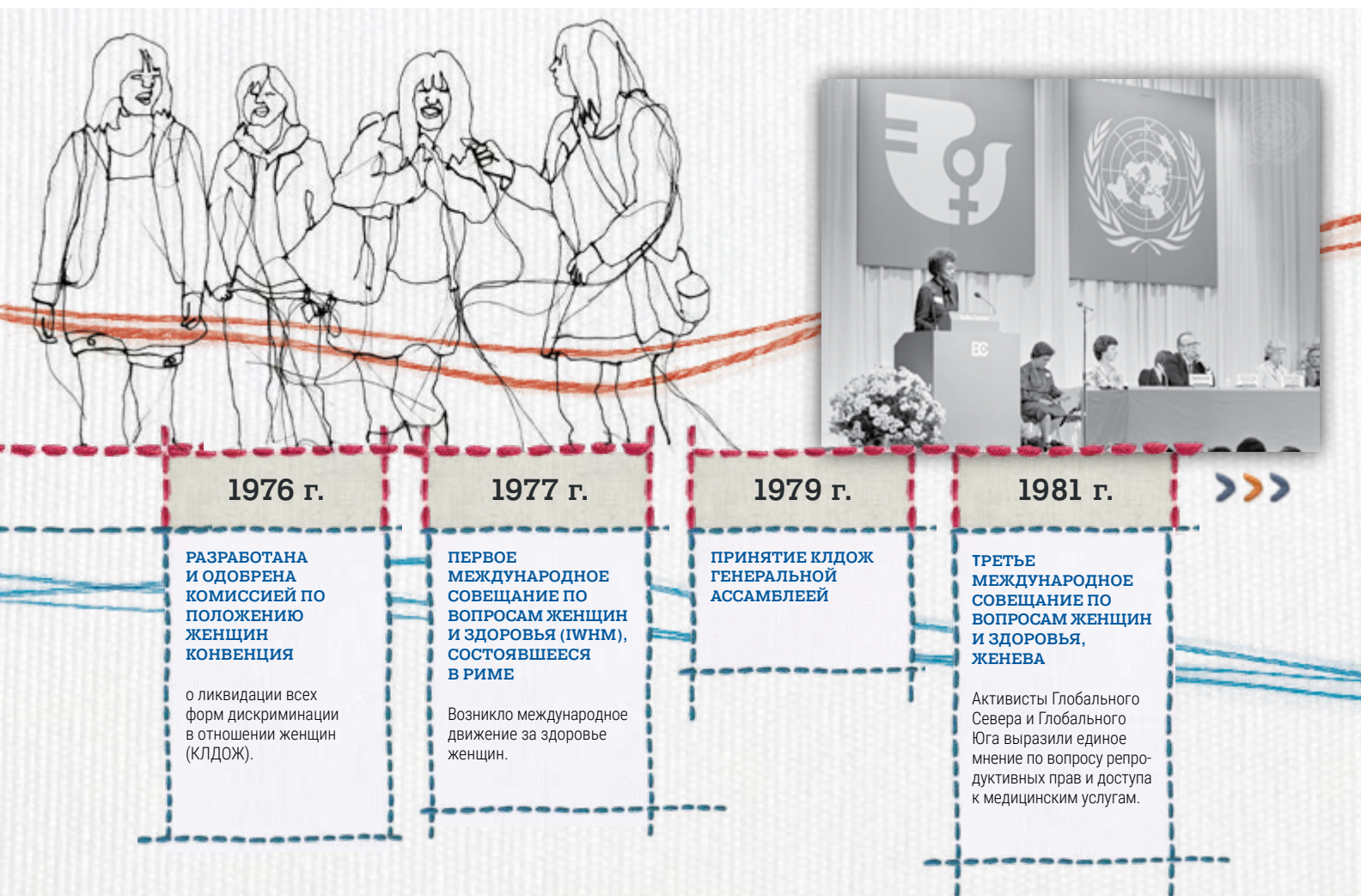
Международные женские движения расширяются и мобилизуют свои усилия вокруг социальных, экономических и политических проблем.



здоровья и репродуктивных прав (оба термина уже использовались женским движением и защитниками общественного здравоохранения) более широкому международному сообществу (Berro Pizarossa, 2018) и указала на них как на «права человека, которые уже признаны в национальных законах, международных документах по правам человека и других согласованных документах» (UNFPA, 1994). Призвав к мудрости общественных активистов и опираясь на существующее право человека на

здоровье, Программа действий смогла добиться договоренности, что государства и системы здравоохранения обязаны поддерживать сексуальное и репродуктивное здоровье, а также репродуктивные права и благополучие всех людей.

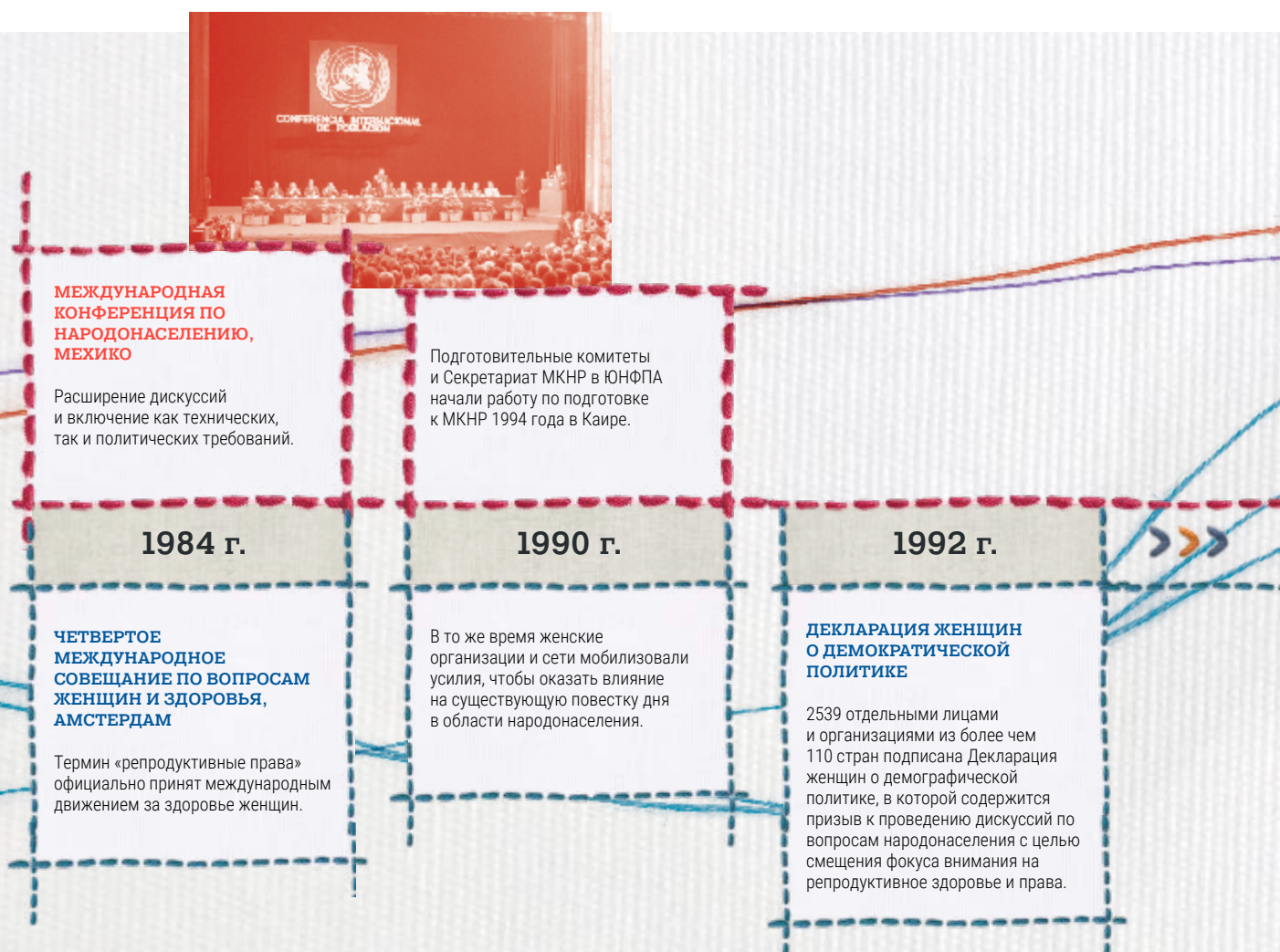
Эта роль систем здравоохранения как средства обеспечения прав человека — не только права на наивысший достижимый уровень здоровья, но и ряда других прав — к тому моменту уже повсеместно признавалась, однако в спорной





сфере сексуального и репродуктивного здоровья заявление оказалось новаторским. В рамках Программы действий даже было достигнуто соглашение по вопросу об абортах, вызывавшему жаркие дебаты. Было определено, что «в обстоятельствах, когда аборт не противоречит закону, такой аборт должен быть безопасным» и что «во всех случаях женщины должны иметь доступ к качественным услугам по лечению осложнений, возникающих в результате аборта». Окончательный текст содержал информацию о том, что «здоровье

и личностное развитие женщины в решающей степени зависят от качества предлагаемых ей услуг и имеющегося выбора», как подтвердила Исполнительный директор ЮНФПА Нафис Садик в следующем году в Пекине на Четвертой Всемирной конференции по положению женщин, подчеркнув роль систем здравоохранения, врачей, контрацепции и информации в «освобождении женщин от системы ценностей, которая настаивает на том, что размножение является их единственной функцией».





И за 30 лет, прошедших с момента Каирской конференции, системы здравоохранения, образования и правительства, а также группы гражданского общества, которые возлагают на них ответственность, добились своих результатов. Если оценивать законы исходя из того, в достаточной ли степени они гарантируют полный и равный доступ к охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, включая охрану материнства, доступ к абортам и средствам контрацепции,

комплексное сексуальное образование, вакцинацию против ВПЧ и тестирование на ВИЧ, консультирование и лечение, выясняется, что 76% таких законов действуют в 115 странах, согласно показателю 5.6.2 ЦУР (UNFPA, 2024a). Более того, с 1994 года право на аборт было признано за миллионами людей во всем мире, поскольку более 60 стран пересмотрели свои законы об абортах в пользу снятия ограничений (Center for Reproductive Rights, n.d.). Только четыре страны отменили законность аборт.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НАРОДОНАСЕЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ (МКНР), СОСТОЯВШАЯСЯ В КАИРЕ,**

стала редкой возможностью для достижения политического согласия между правительствами в уникальное для мировой политики время: на фоне окончания холодной войны, вслед за Соглашениями «Осло» и в период изменения взглядов на проблемы народонаселения на самых высоких уровнях. Не имело себе равных представительство НПО: 4000 представителей из более чем 1500 организаций гражданского общества из 113 стран. Представители женского движения также вошли в состав национальных делегаций, отстаивая свои реалии и права, которые необходимо было включить в Программу действий МКНР.



**МКНР+5**

В целях содействия продвижению повестки дня МКНР среди нового поколения были привлечены молодежные движения.

1994 г.

1995 г.

1999 г.

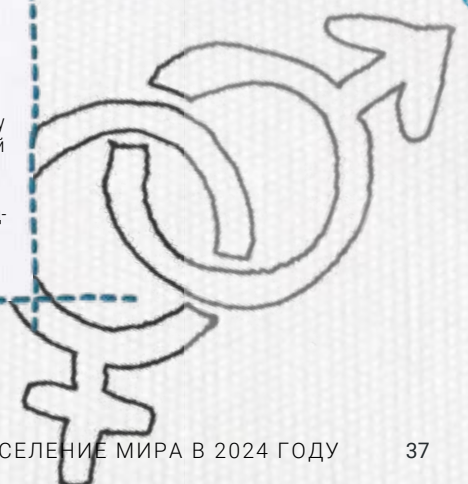


**ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, РИО-ДЕ-ЖАНЕЙРО**

Подготовительная конференция, Рио-де-Жанейро: сотни женщин совместно опубликовали заявление, в котором излагаются принципы и условия, необходимые для обеспечения ориентированного на женщин и права человека подхода к народонаселению.

**КУЛЬМИНАЦИЕЙ ЧЕТВЕРТОЙ ВСЕМИРНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ЖЕНЩИН В ПЕКИНЕ СТАЛИ ПЕКИНСКАЯ**

декларация и Платформа действий, которые наряду с Каирской конференцией 1994 года признаны основополагающим моментом в международном женском движении.





МКНР также призвала молодежь иметь доступ к «информационным, образовательным и коммуникационным мероприятиям и услугам, касающимся репродуктивного и сексуального здоровья», и участвовать в их разработке — признание того, что подобная информация позволит нынешнему и будущим поколениям реализовать свой потенциал. С тех пор были разработаны международные стандарты, и на данный момент две трети предоставивших отчетность стран заявляют, что 76% или более их школ предоставляют ту или иную форму

сексуального образования (UNESCO and others, 2021). Вспомогательные репродуктивные технологии стали практически повсеместными, позволяя большему числу людей реализовать свои стремления к зачатию и расширяя возможности для большего числа различных семей.

Но многое только предстоит сделать.

Телесная автономия реальна для слишком малого числа женщин во всем мире. Сегодня чуть более половины (56%) женщин в мире





могут самостоятельно принимать обоснованные решения относительно сексуальных контактов и деторождения. Это означает свободу делать выбор в отношении медицинского обслуживания и использования противозачаточных средств, а также говорить «нет» сексу с мужем или партнером (информация, собранная в отчетах стран по показателю 5.6.1 ЦУР (UNFPA, 2024a). Несмотря на ограниченные данные (подробнее они рассматриваются в главе 3), растущее количество свидетельств указывает на то, что телесная автономия и репродуктивное здоровье

чаще и значительнее подрываются среди тех, кто сталкивается с одной или несколькими формами угнетения, тех, кто подвергается этнической или расовой дискриминации, преследованиям из-за ВИЧ-статуса или инвалидности, или дискриминации по признаку их сексуальной ориентации или гендерной идентичности. Растет признание того, что способность определять свое репродуктивное будущее, включая доступ к современным средствам контрацепции, безопасным абортam, когда они разрешены законом, дородовой медицинской помощи и уходу за детьми, неравномерно



### НАЙРОВИЙСКИЙ САММИТ МКНР-25

Гражданское общество, молодежные лидеры и представители правительства выступили в поддержку сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Итогом саммита стали почти 1300 обязательств и перспективное Заявление Найроби.

### ФОРУМ «ПОКОЛЕНИЕ РАВЕНСТВА»

Из-за глобальной пандемии COVID-19 обзор «Пекин+25» проведен с опозданием на год. Форумы по вопросам равенства поколений придали смелости международному женскому движению и вновь заручились поддержкой правительств и партнеров; поддержка включала создание коалиции действий, посвященной телесной автономии, сексуальному и репродуктивному здоровью и правам.

### МКНР-30

Тридцатая годовщина новаторской Каирской конференции: возросла численность и сила феминистских движений и движений за репродуктивные права, достигнуто множество успехов, однако наша работа далека от завершения. Мобилизованы новые организации и члены, в том числе по таким межсекторальным вопросам, как каста, инвалидность, коренное население, сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Благодаря этому создается пространство для множества мнений и заинтересованных сторон, а социальные сети привлекают к этим вопросам больше людей с различными точками зрения.

2017 г.

Создано движение She Decides («Она принимает решения») в поддержку репродуктивного здоровья и прав. Также в ответ на миллионы женщин, открыто осуждающих сексуальное насилие и домогательства, возникло движение #MeToo («Я тоже»), ознаменовавшее возрождение кампании 2006 года.

2019 г.

**Сила международного женского движения заключается в нашей способности воображать и переосмысливать, строить и перестраивать заново, сохранять и добиваться, привлекать новые поколения, новых заинтересованных лиц, искать новые способы мышления и организации. Мы не остановимся, пока не выиграем битву за свободу наших тел, наших голосов и нас самих.**

*Этот текст был подготовлен Азиатско-Тихоокеанским ресурсным и исследовательским центром для женщин (ARROW).*

2021 г.

2024 г.



распределяется в зависимости от расы, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, половых характеристик, класса и социально-экономического статуса.

На самом деле мир только начинает бороться с наследием многочисленных форм дискриминации в медицине и системах здравоохранения. По мере выявления этого наследия возникают вопросы о людях, подвергшихся уязвимости, механизмах этой

уязвимости и ее сохраняющихся последствиях. В отличие от предыдущих усилий, которые, как правило, были сосредоточены на поведении отдельных лиц, эксперты теперь обращают внимание на структуры, которые увековечивают дискриминацию, порой даже незаметно (ОНЧНР, 2021). В результате дискриминация все чаще выявляется по неравным результатам, а не требует доказательств того, что эти результаты были мотивированы индивидуальной неприязнью.

## Право человека на сексуальное и репродуктивное здоровье

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права в настоящее время широко понимаются и признаются в ряде правозащитных систем (Organization of African Unity, 1981; ОНЧНР, 1966), которые основаны на праве на жизнь, на достоинство, на образование и информацию, на равенство перед законом и на недискриминацию; праве принимать решения о количестве детей и интервалах между их рождением; праве на неприкосновенность частной жизни; праве на здоровье; праве на свободу убеждений и их свободное выражение; праве на согласие на вступление в брак и на равенство в браке; праве быть свободным от гендерного насилия, вредных практик, пыток и жестокого обращения, а также праве на эффективные механизмы правовой защиты в случае нарушений основных прав.

Также общепризнано (ОНЧНР, 2019; UNFPA, 2019; Shalev, 1998), что ключевые принципы, определяющие права человека, в особенности недискриминация, равенство и неприкосновенность частной жизни, право на информацию, а также целостность, автономию, достоинство и благополучие отдельных лиц, в том числе в отношении сексуального и репродуктивного здоровья и прав, являются неотъемлемой частью реализации права на здоровье.





Такой подход оказался наиболее заметен в системах правосудия. Движение Ni Una Menos (исп. «Ни одной (женщиной) меньше») в Латинской Америке, например, подчеркивало пассивность властей в случаях фемицида и других форм гендерного насилия. Движение Black Lives Matter (англ. «Жизни черных имеют значение») привлекло внимание к непропорционально большому количеству случаев полицейского насилия над чернокожими людьми во всем мире (ОНЧР, 2023). Были затронуты и другие секторы: в сфере образования протестное движение Rhodes Must Fall («Родос должен пасть») привлекло внимание к неравенству в сфере высшего образования сначала в Южной Африке, а затем и на международном уровне (Knudsen and Andersen, 2019).

Такого рода расчеты столь же актуальны для систем здравоохранения, и этот факт оставался недооцененным во время пандемии COVID-19. Во многих частях мира чрезвычайные меры в связи с пандемией не соответствовали законодательству в области прав человека (ОНЧР, 2020). И без того уязвимые группы населения столкнулись с более высокими показателями заболеваемости и смертности, связанных с пандемией COVID-19, и более серьезными перебоями в работе других служб здравоохранения, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья (WHO, 2020). Современный дискурс вокруг движений за гендерную, социальную и расовую справедливость может наводить на мысль, что эти вопросы являются спорными или политическими, но было бы ошибкой рассматривать этот процесс только через призму политики. Мы можем признать, что история репродуктивного здоровья включает в себя достойные сожаления трагедии и оплошности, не умаляя при этом многих достижений в области науки и техники. Скорее, все это позволяет извлекать уроки из прошлого, создавая возможности для получения знаний и прогресса в интересах всех людей.

## Системы здравоохранения должны способствовать соблюдению прав человека

Системы репродуктивного здоровья не всегда были ориентированы на укрепление здоровья и прав человека. По крайней мере, не всех женщин. «Основным недостатком охраны репродуктивного здоровья в рамках системы здравоохранения оставалась философия, в соответствии с которой предоставлялись услуги, — прокомментировали эксперты. — Женщины рассматривались как средство в процессе размножения и как мишени в процессе контроля за рождаемостью. Целью услуг не были женщины как таковые. Женщины извлекали выгоду из этого процесса, но не находились в его центре. Они были объектами, а не субъектами» (Cook and others, 2003).

Системы и структуры контроля сексуальности, в особенности (но не всегда) сексуальности женщин, были универсальными, пронизывая все общества по всему миру. Тела женщин, девочек и людей с разнообразной гендерной самоидентификацией часто подвергались дискриминации, вредным практикам, контролю и эксплуатации, насилию и угнетению — нарушениям прав человека, которым исторически способствовали системы здравоохранения (ОНЧР, 2021a). И все эти проблемы сегодня все еще актуальны. Между отдельными лицами и реализацией права на сексуальное и репродуктивное здоровье по-прежнему существует множество препятствий, действующих на разных уровнях: в сфере клинической помощи, на уровне систем здравоохранения и в контексте основополагающих детерминант здоровья. Они действуют по-разному для тех, кто сталкивается с различными формами уязвимости.

Работники в области здравоохранения сегодня являются одними из тех, кто лучше всего способен определить преобразующую ценность права на сексуальное и репродуктивное здоровье, поскольку



они лично наблюдают, как планирование семьи, защита от насилия, защита от болезней и доступ к охране материнского здоровья приводят к созданию более здоровых и образованных семей и сообществ. Многие действующие работники в области репродуктивного здоровья осознают свою роль в защите прав своих пациентов (и тема прав пациентов, по сути, является одним из основных в образовании медицинских работников во всем мире [Rostami-Moez and others, 2021; Karakuş and others, 2015; Lewkonía, 2011]). Специалисты в области репродуктивного здоровья, предоставляющие средства контрацепции, информацию и уход, часто находятся на переднем крае усилий по обеспечению телесной автономии (см. статью на стр. 16) (Kalra and others, 2021). Однако за это они могут столкнуться с угрозами. Новое исследование демонстрирует, что «работники [в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав] стремятся соблюдать права человека других, их

собственные права человека подвергаются риску», поскольку они сталкиваются с «остракизмом и притеснениями на рабочем месте», «словесными угрозами и физическим насилием», а также враждебными действиями в личной жизни (Boydell and others, 2023).

Следующие разделы иллюстрируют, как дискриминация по признаку пола, расовая и этническая дискриминация и дезинформация продолжают оказывать влияние на службы здравоохранения и информацию сегодня, доказывая, что как права человека, так и общественное здравоохранение требуют изменений. Для того, чтобы работники здравоохранения стали защитниками прав человека, системы здравоохранения, в которых они работают — которые исторически были замешаны в эксплуатации и злоупотреблениях, а сегодня делают многих работников сексуального и репродуктивного здоровья уязвимыми для

## Работники здравоохранения как борники телесной автономии

Существует взаимосвязь между получением достойной, качественной помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья и опытом расширения экономических, социальных и личных прав и возможностей. Работники здравоохранения, в частности, непосредственно наблюдают, как репродуктивная автономия — способность выбирать, когда и с кем заниматься сексом или забеременеть, способность жить без насилия и предотвратимых инфекций, передаваемых половым путем, и т. д. — позволяет людям продолжить свое образование, отложить создание семьи или наоборот, построить карьеру и/или внести свой вклад в развитие своего сообщества. И они видят, как наделенные правами и возможностями люди, те, кто может продолжать образование, карьеру и/или создавать семьи, имеют также больше возможностей для доступа к услугам в области репродуктивного здоровья. Цикл добродетели — неоспоримая истина для тех, кто становится его свидетелем. «Мы учим их, что к ним должны относиться с уважением, — заявляет Виктор Касорла, акушер, работающий в перуанских Андах, который предоставляет своим пациентам, в основном из числа коренных народов, информацию об их правах (UNFPA, 2021). — Никто не имеет права прикасаться к их телам: ни я, ни их тети, ни их отцы, ни их матери, ни персонал, ни полиция, никто».



плохого обращения, — могут и должны быть реформированы, чтобы реализовать свою первоначальную и более благородную цель в интересах отдельных людей, медицинских работников и общества в целом: исцеление.

## Наследие дискриминации по признаку пола в сфере охраны репродуктивного здоровья

Понимание наследия сексизма в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья действительно может способствовать поиску решений, в том числе экономически эффективных и легко достижимых, для сохраняющихся проблем.

Одним из важных примеров является история родовспоможения, области, которая на протяжении веков в основном считалась прерогативой женщин. Акушерки принимали роды, в то время как врачи, профессия, доступная только мужчинам, как правило, избегали участия в этом процессе. Роды долгое время считались женским таинством, и только женщины обладали особыми знаниями и пониманием процесса, включая использование трав в качестве лекарств. Со временем врачи-мужчины действительно начали оказывать помощь роженицам, первоначально только при сложных родах и родах с высоким риском (Litoff, 1982).

В итоге врачи и другие учреждения, в которых доминируют мужчины, приняли на себя контроль над акушерками. Например, в доколониальной Индонезии женщины полагались на традиционных акушерок или повитух, известных как *дукун*, которые предоставляли им средства контрацепции, обеспечивали родовспоможение и аборт. После признания Индонезии колонией в 1800-х годах власти попытались заменить *дукун* акушерками, прошедшими подготовку под руководством мужчин в голландской медицинской службе (Adnani and others, 2023). Примерно в то же время

врачи-мужчины в Индии предложили организовать формальное обучение традиционных акушерок, известных как *даи*: усилия, которые в конечном итоге привели к замене *даи* подготовленными акушерками и врачами, работающими в рамках медицинского учреждения (Samanta, 2016).

Акушерки также были переданы под юрисдикцию руководителей-мужчин в Европе в XVI и XVII веках, когда они получили лицензию от церковных властей, в которых доминировали мужчины, и в некоторых случаях были вынуждены выступать в качестве свидетелей-экспертов по делам о «детоубийстве, оспариваемой девственности, абортах и стерильности» (Sprecher and Karras, 2011). Именно в этот период во Франции вошли в моду «акушеры» (мужчины-акушеры), создав конкуренцию так называемым «практикующим естественным путем» женщинам-акушеркам и поспособствовали широкому использованию таких инструментов, как щипцы. Пол и статус мужчин определили их авторитет в этой области, несмотря на почти полное отсутствие практического опыта (Martucci, 2017). В то время основное влияние на мужчин, готовящихся стать врачами, оказывали труды о родах, написанные практикующими врачами, которые, возможно, никогда не видели самих схваток или родов (Hobby, 1999), а не практические знания (Thomas, 2016).

Зарождающаяся «наука о природе» породила взгляд на медицину как на нечто объективное, часть универсальной системы знаний, из которой женщины-акушерки были в значительной степени исключены (Shiva, 1996). В отличие от врачей-мужчин, они не получали образования и не были вовлечены в исследовательские и экспериментальные научные методы. К XVIII веку костяк профессии составляли мужчины, и акушерок обвиняли в использовании древних, опасных и устаревших практик. Исследования, посвященные Южной Африке колониальной эпохи, например, показывают, что реальный опыт и знания акушерок — особенно чернокожих акушерок — в значительной степени не нашли отражения в исторических



документах (Deacon, 1998). Вклад мужчин в эту область, напротив, был лучше задокументирован, что способствовало преобладанию мужских взглядов на деторождение. Новые теории родов сравнивали тело с машиной, а роды — с механическим процессом, что еще больше отдалило акушерок как практиков, поскольку считалось, что женщинам не хватает знаний и способности понимать механизмы родов (Murphy-Lawless, 1998). Тела во время процесса деторождения все чаще рассматривались как неконтролируемые, ничем не сдерживаемые, неограниченные, неуправляемые, неидеальные и непредсказуемые (Carter, 2010). В 1915 году д-р Джозеф Деле, автор самого важного учебника по акушерству того времени, описал роды как патологический процесс, который наносит вред как матерям, так и младенцам. «Если бы представители профессии (акушерства) осознали, что роды, рассматриваемые современными глазами, больше не являются нормальной функцией... об акушерках нельзя было бы даже упоминать», — писал он (DeLee, 1915). Позже д-р Дели предложит вмешательство, включая рутинное использование седативных средств, эфира, эпизиотомии и щипцов — все это, как теперь известно, вредно при постоянном использовании, — чтобы спасти женщин от «зла», присущего родам (Leavitt, 1988).

Вытеснение акушерок из сферы акушерской медицины в то время стало глобальным явлением, однако сегодня последствия этого процесса наиболее серьезны в странах с низким и средним уровнем дохода. ВОЗ определила Африку и Юго-Восточную Азию как регионы с пропорционально меньшим количеством стран, признающих акушерство как отдельную профессию. Преподаватели акушерского дела в этих регионах постоянно сообщают об отсутствии доступа к туалетам, а во франкоязычной Западной Африке три четверти преподавателей по крайней мере некоторое время не имеют доступа к чистой воде. Более того, на африканский регион ВОЗ приходится 56% общемировой нехватки медицинских работников, занимающихся вопросами сексуального, репродуктивного здоровья, охраны

здоровья матерей, новорожденных и подростков (UNFPA and others, 2021).

И несмотря на то, что акушерство сегодня широко понимается как современная, регулируемая, техническая профессия, эффективно интегрированная в инфраструктуру здравоохранения, в большинстве мест в этой области работают преимущественно женщины. Исследования показывают, что акушеры страдают от серьезной профессиональной сегрегации, различий в оплате труда по признаку пола, отсутствия возможностей для руководства и многочисленных форм дискриминации и притеснений, включая сексуальные домогательства (UNFPA and others, 2021). В докладе ВОЗ за 2019 год указано, что гендерный разрыв в оплате труда в области здравоохранения оказался больше, чем в других секторах, при этом медицинские работники женского пола зарабатывали в среднем на 28% меньше, чем медицинские работники мужского пола, а среди медсестер и акушерок сохранялся 11-процентный гендерный разрыв в оплате труда даже после корректировки с учетом профессиональной сегрегации (Boniol and others, 2019).

Недооценка акушерства «приводит к ограничению выбора и возможностей трудоустройства для акушерок и усиливает неравенство структур власти в обществе», включая отсутствие профессиональной автономии (UNFPA and others, 2021), которую сами акушерки определяют как препятствие для предоставления высококачественной медицинской помощи (International Confederation of Midwives and others, 2016). В докладе о состоянии акушерского дела в мире за 2021 год отмечается, что в странах с низким и средним уровнем дохода многие акушерки сталкиваются с трудностями или не получают возмещения по государственным программам страхования, что приводит к финансовым потерям или вынуждает акушерок уделять приоритетное внимание уходу за более состоятельными пациентами.

Тем не менее, исследователи давно отметили, что инвестиции в обучение акушерок и уход

принесли бы значительные дивиденды в области охраны здоровья матерей и новорожденных с меньшими затратами и лучшими результатами, чем более медиализированные модели ухода (UNFPA and others, 2021). Глобальное исследование здравоохранения, проведенное журналом «Ланцет» в 2021 году при поддержке ЮНФПА, показало, что существенное расширение охвата деятельностью акушерок может предотвратить 41% материнских смертей, 39% неонатальных смертей и 26% мертворождений, что составляет 2,2 миллиона смертей, предотвращаемых ежегодно к 2035 году, при этом большинство из таких смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода (Nove and others, 2021).

Учитывая исторически сложившуюся уязвимость женщин в акушерстве, следует изучить роль дискриминации по признаку пола в продолжающемся недостаточном инвестировании в акушерство во всем мире. Также стоит изучить последствия этих иерархий на основе гендера в медицине, которые затрагивают не только практикующих врачей, но и людей, получающих медицинские услуги (а в случае пренебрежения и изоляции — тех, кто *не* получает эти услуги).

Акушерское и гинекологическое насилие, широко описываемое как жестокое обращение и насилие, с которыми сталкиваются при оказании помощи

в области репродуктивного здоровья, в том числе во время родов, вызывает растущую озабоченность международного сообщества (ОНСНР, 2019а). Явление многообразное, включает словесное и физическое насилие — примерами являются насмешки, угрозы, удары кулаками, пинки, затыкание рта и физическое ограничение (Downe and others, 2023), — а также чрезмерное вмешательство, такое как ненужная с медицинской точки зрения эпизиотомия, отсутствие информированного согласия, отказ в обезболивании (UNFPA, 2019а) и принудительная стерилизация. Исследования подчеркивают, что эти формы жестокого обращения, как правило, наблюдаются в «контекстах, когда поставщики услуг, в первую очередь акушерки, чувствуют себя лишенными поддержки или даже жертвами в рамках своей профессиональной иерархии» (Schaaf and others, 2023). Жестокое обращение в учреждениях в области охраны репродуктивного здоровья в значительной степени способствует материнской смертности и создает препятствия для получения медицинских услуг уязвимыми женщинами и девочками (UNFPA and others, 2023).





## Безопасные услуги в области родовспоможения, расширяющие возможности колумбийских женщин африканского происхождения

Более двух десятилетий назад 18-летняя Ширли Матурана Обрегон посетила больницу в Чоко, в Тихоокеанском регионе Колумбии, поскольку нуждалась в лечении гастрита. Однако несмотря на то, что в то время она находилась на девятом месяце беременности, г-жа Матурана Обрегон не захотела остаться в больнице и родить там.

«Это было не то место, где я хотела бы остаться, — рассказала г-жа Матурана Обрегон ЮНФПА. — Я хотела, чтобы моя мама была там, но все, что я услышала [в больнице], это то, что я буду одна».

Поэтому она вернулась домой, и вскоре у нее начались схватки. Ее мать и сестры были рядом, чтобы поддерживать ее на протяжении всех родов, как и *партера*, традиционная акушерка и практик знаний, унаследованных от сообщества выходцев из Африки в Колумбии. «Это было прекрасно и незабываемо», — уточнила она.

Для г-жи Матураны Обрегон решение рожать с *партерой* отражало ее личные и культурные приоритеты. Но роды на дому также часто являются следствием отсутствия других вариантов. Население Чоко,

80% которого идентифицируют себя как выходцев из Африки, непропорционально бедно и по-прежнему в значительной степени не охватывается официальной системой здравоохранения Колумбии. Поездка к врачу может проходить в опасной местности, затронутой конфликтом, или же просто стоять слишком дорого.

Последствия небезопасных родов могут быть смертельными, особенно для женщин и девочек африканского происхождения. В Колумбии они подвергаются более чем в два раза большему риску умереть в результате беременности и родов, чем женщины неафриканского происхождения. Тем не менее, стремясь улучшить показатели охраны материнского здоровья, колумбийская система здравоохранения иногда выступала против *партер* и культурных ценностей, которые они представляют.

*Партер* высмеивали как ведьм и травниц или изображали как непрофессионалов, работающих в антисанитарных условиях. Исторически сложилось так, что колумбийские законы требовали, чтобы любой, кто присутствовал

при родах, получил официальную лицензию медицинского учреждения, — правила, которые привели к искоренению работы, выполняемой *партерами*, изолировав их от медицинского учреждения. Тем не менее, на тихоокеанском побережье Колумбии *партеры* часто являются единственными доступными поставщиками медицинских услуг. Национальная статистика показывает, что в одном городе в Чоко в 2021 году на каждых родах присутствовали традиционные акушерки (DANE and UNFPA, 2023).

«Врачи относятся к нам так, будто все, [что мы делаем], грязно, — говорит *партера* Франциска Кордоба, более известная как Пача Пасмо. — Как я уже говорила нескольким врачам, у вас может быть пятилетний опыт, но у вас нет такого опыта, как у меня — я начала посещать роды еще до вашего рождения».

Однако новая инициатива более тесно увязывает деятельность работников здравоохранения и *партер*. В 2020 году был запущен проект Partera Vital, направленный на подтверждение зачастую незаметной работы *партер* по оказанию помощи беременным женщинам и помощи после родов, учитывающей





Проект ЮНФПА Partera Vital направлен на расширение возможностей традиционных акушерок, таких как Ширли Матурана Обрегон (слева) и Пача Пасмо (справа), оказывать поддержку беременным женщинам в Чоко, Колумбия. © UNFPA Colombia/Sara Chavarriga

культурные особенности, а также предоставлению *партерам* инструментов и навыков для безопасного предоставления своих услуг своим сообществам и совместно с официальной медицинской системой.

Через Partera Vital национальное статистическое агентство Колумбии совместно с ЮНФПА и местными ассоциациями *партер* работало над внесением поправок в правила, запрещающие традиционным акушеркам регистрировать новорожденных. *Партеры* получили доступ к мобильному приложению, позволяющему им регистрировать рождения в национальном реестре рождений; они также собрались вместе для проведения тренингов, направленных на улучшение выявления рисков во время беременности и родов.

Сначала к проекту присоединились 30 традиционных акушерок в Чоко. *Партеры* также получили весы для взвешивания новорожденных, наборы

для безопасных родов, содержащие такие предметы, как чистые простыни и перчатки, и тонометры, которые могут помочь им выявить опасные для жизни осложнения беременности. «Если *партера* видит, что у беременной женщины высокое кровяное давление, они сообщают об этом», – рассказала г-жа Пача.

Влияние проекта стало очевидным сразу же во время пандемии COVID-19 в 2020 году, когда статистика показала, что 34% родов в Чоко проводились при участии *партер* – почти на 50% больше, чем было зарегистрировано в предыдущем году. *Партеры* обратились к правительству с просьбой признать их незаменимыми работниками в условиях кризиса, и это изменение привело к тому, что *партеры* получили ресурсы и оборудование для оказания услуг своим сообществам. Совсем недавно ЮНЕСКО, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, объявила традиционное акушерство в Колумбии и других

странах неотъемлемой частью нематериального культурного наследия человечества.

Внедрение Partera Vital в Чоко также совпало с крупным достижением в области здравоохранения в регионе: снижением материнской смертности. «Мы пока не знаем, совпадение ли это – связано ли это с расширением прав и возможностей *партер* или нет, – но в текущем году материнская смертность снизилась почти на 40%», – заявил советник ЮНФПА по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья в Колумбии Хосе Луис Вильчес Гутьеррес.

После родов с участием *партеры* г-жа Матурана Обрегон решила стать одной из них. «Люди, которым мы служим, хотят пройти через рождение своих детей с *партерой*, потому что *партера* обеспечивает проведение родов так, как того хочет женщина, – сказала она. – Мы здесь для того, чтобы воплотить мечты этих женщин в реальность».



## Наследие этнической и расовой дискриминации

Одним из последствий пандемии COVID-19 стало осознание заново расовых различий, сохраняющихся в системах здравоохранения, и растущие усилия по рассмотрению этих различий в контексте исторического неравенства. Несмотря на то, что многие разговоры о расовом неравенстве вызывали споры, продвижение равноправия и справедливости в области здравоохранения во многих случаях приводит к ценным и основанным на фактических данных решениям этих проблем. Иными словами, понимание наследия расовой дискриминации, а также роли колониализма в насаждении расовых иерархий раскрывает множество возможностей для достижения равноправия и справедливости в медицине.

Исторически сложилось так, что многие правительства рассматривали деторождение главным образом в инструменталистских терминах. Оно поощрялось, когда считалось ценным для экономических или политических целей (Хуан Баутиста Альберди из Аргентины, как известно, сказал: «Управлять — значит населять»), и не поощрялось (часто выборочно, среди групп, считающихся «низшими»), когда считалось нежелательным. Во времена колониальных режимов, в особенности в условиях трансатлантической работорговли, деторождение рассматривалось как форма производства активов как в переносном, так и в буквальном смысле (UNFPA, 2023b). В Африке и Карибском бассейне в начале XX века программы охраны материнского здоровья были в значительной степени обусловлены ощущаемой нехваткой рабочей силы, необходимой для работы на плантациях и в отраслях экспорта (De Barros, 2014; Thomas, 2003). В середине XX века внимание оказалось сосредоточено на содействии планированию семьи, поскольку небольшие семьи рассматривались как более способствующие национальному экономическому развитию и глобальной безопасности, а также потому, что с течением времени лидеры и международные организации

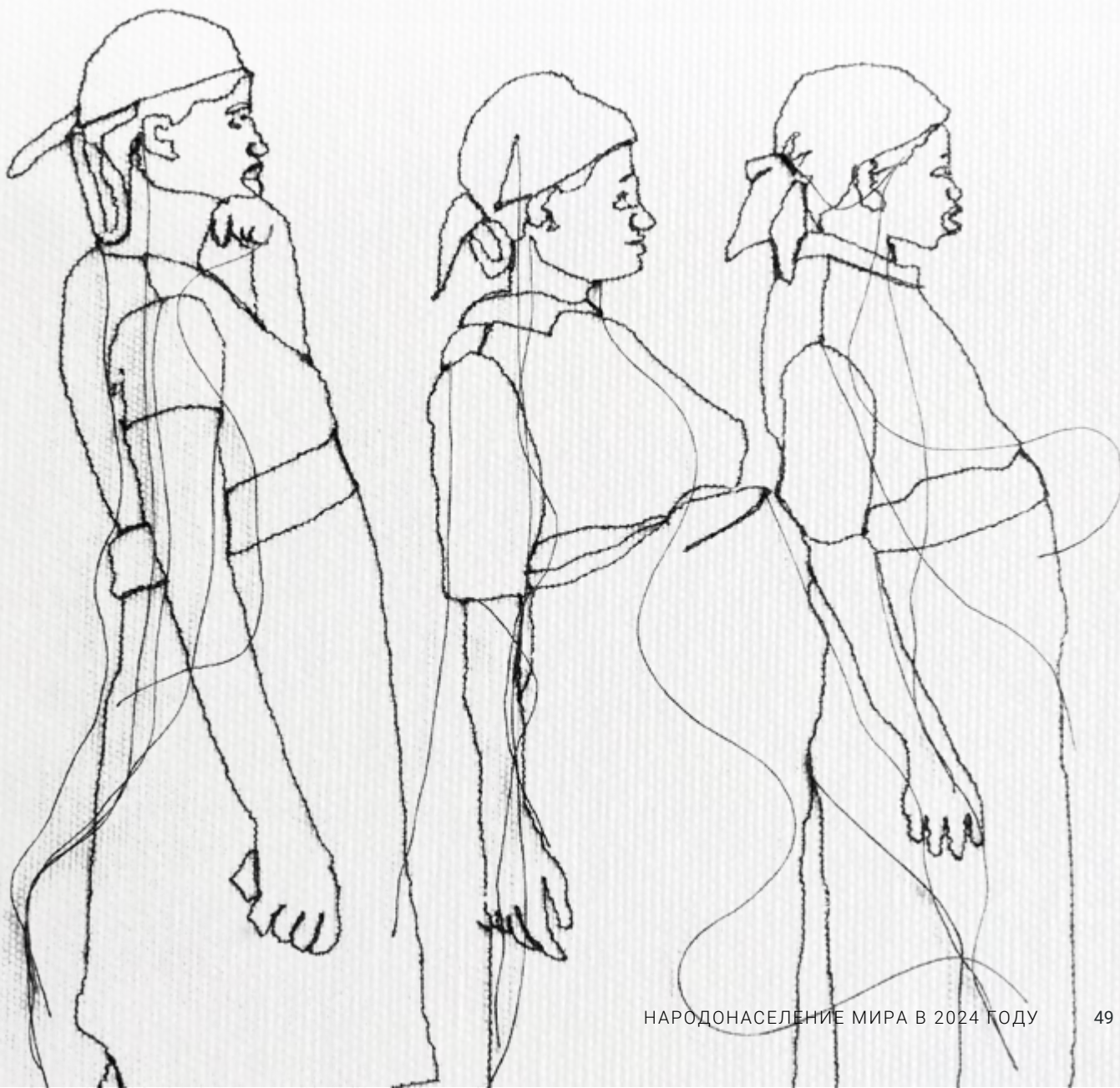
реагировали на опасения по поводу надвигающегося «демографического взрыва» в развивающихся странах (UNFPA, 2023b; Bourbonnais, 2016; Solinger and Nakachi, 2016; Ahluwalia, 2008; Connelly, 2008; Klausen, 2004; Briggs, 2003; Hartmann, 1995). Примечательно, что инструменталистская риторика в отношении деторождения сохраняется и по сей день, как из-за опасений «перенаселения» в контексте изменения климата, которое стремится объяснить разрушение окружающей среды показателями рождаемости среди людей на Глобальном Юге, так и из-за опасений «недостаточной численности населения», когда речь заходит о стареющих обществах (UNFPA, 2023b).

По этим причинам область репродуктивного здоровья больше остальных оказалась затронута расовой колониальной историей мира. Рабство узаконило потерю чернокожими женщинами телесной и репродуктивной автономии и стимулировало контроль над способностью порабощенных людей к деторождению (Johnson and others, 1999). Для многих чернокожих женщин деторождение оставалось сферой контроля и эксплуатации, включая изнасилования, принудительную стерилизацию, медицинские эксперименты и несанкционированные медицинские исследования и обучение. Одним из наиболее известных примеров является случай Дж. Марион Симс, гинеколога, которая проводила экспериментальные операции на порабощенных чернокожих женщинах без анестезии или их осознанного согласия (Owens, 2017). Однако на самом деле это было далеко не единичный случай. Рабовладельческие больницы той эпохи в первую очередь способствовали распространению биомедицинских знаний о чернокожих и нормализовали идею о том, что чернокожие тела отличаются с точки зрения физиологии, неполноценны и невосприимчивы к боли (Hogarth, 2017).

Поэтому достижения в области акушерской и гинекологической медицины содержат внутреннее противоречие для некоторых из наиболее уязвимых женщин и девочек: эти

области медицины, с одной стороны, содержат знания и технологии, которые могут спасти жизни и облегчать страдания, тогда как, с другой стороны, основаны на причинении серьезного вреда и даже увековечивают его. Эта двойственность проявилась и в процессе появления современных средств контрацепции: контрацепция стала революционной для телесной и репродуктивной автономии женщин, однако в то же время продвигалась как инструмент для применения теорий евгеники. Современный

контроль рождаемости широко рассматривался, в том числе его первыми сторонниками, как средство ограничения воспроизводства «нежелательных» групп населения, особенно бедных женщин, женщин с инвалидностью, чернокожих женщин, женщин из числа уязвимых этнических групп на Глобальном Юге и коренных народов на Глобальном Севере (Ross and Solinger, 2017; Ginsburg and Rapp, 1995). Использование контрацептивов в качестве инструмента репродуктивного контроля сохранялось





на протяжении десятилетий. Так, в Южной Африке эпохи апартеида чернокожие женщины часто подвергались агрессивным программам контрацепции, которые осуществлялись под видом контроля за рождаемостью (Klugman, 1993).

Чернокожие женщины, жившие при режиме апартеида в Южной Африке, также чаще сталкивались с акушерским насилием и жестоким обращением при обращении в службы здравоохранения. Уход без согласия и акушерское насилие были особенно широко распространены в государственных больницах, обслуживающих преимущественно сообщества с низким уровнем дохода, где сочетались многочисленные факторы уязвимости: гендер, бедность, раса. Эти группы населения сталкивались с отсутствием информированного согласия, недостаточной осведомленностью о правах пациентов и недостаточной подготовкой медицинских работников в вопросах получения

информированного согласия и обеспечения ухода с учетом принципов уважения (Jewkes and others, 2015).

Неудовлетворительное обращение с чернокожими и другими лицами, находящимися в неблагоприятном положении, в медицинской сфере продолжается и по сей день (UNFPA and others, 2023). Например, международные правозащитные органы неоднократно выражали обеспокоенность по поводу сохраняющейся дискриминации и нарушений прав человека, с которыми сталкиваются женщины рома, в особенности в области охраны репродуктивного здоровья (Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017; Human Rights Committee, 2016; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015). В докладе Европейского центра по правам рома за 2020 год о репродуктивных правах женщин рома было указано, что многие опрошенные были обездвижены во время родов и подвергались физическому насилию, а также им было отказано в анестезии (ERRC, 2020). Это наследие проявляется и в сохраняющихся различиях в состоянии здоровья среди чернокожих женщин и женщин из числа этнических меньшинств в Соединенном Королевстве (MBRRACE-UK, 2020) и Соединенных Штатах Америки (Hoyert, 2023), а также среди мигрантов и представителей определенных каст в Индии (Allard and others, 2022) и других странах Южной Азии (Kapilashrami and John, 2023).

Тем не менее, повышенное внимание и растущий объем фактических данных о дискриминации и вреде в сфере сексуального и репродуктивного здоровья можно считать достижением (Downe and others, 2023). В этих выводах отмечается, что дискриминация связана с нормализацией вреда и часто остается незамеченной практикующими врачами, системами здравоохранения и даже самими пациентами. «Там, где насилие является повседневным и даже тривиальным «фактом жизни»... оно становится ожидаемым, невидимым и, следовательно, увековеченным в самой структуре», — отмечают исследователи.



Более того, усилия по сокращению или искоренению насилия неэффективны, если не принимаются меры по борьбе с дискриминацией и стигматизацией (Bohren and others, 2022). Это наблюдение также можно рассматривать как призыв к действию по искоренению предвзятости в сфере здравоохранения.

Подобные выводы могут и должны применяться в системах здравоохранения в целом, где неравенство в оказании медицинской помощи носит расовый характер или может быть объяснено

этнической принадлежностью, культурными различиями, миграционным статусом или формами уязвимости. Например, для решения проблемы неуважительного и жестокого обращения с женщинами во время родов ВОЗ призвала правительства, поставщиков медицинских услуг, профессиональные ассоциации и образовательные учреждения принять меры, включая исследования, согласование прав человека и более активное участие женщин из затронутых сообществ (WHO, 2015).

## Принудительная стерилизация — сохраняющееся нарушение

Качественная помощь в области сексуального и репродуктивного здоровья способствует расширению прав и возможностей человека и поддерживается им, но верно и обратное. Некачественная или неправильно оказанная медицинская помощь в области сексуального и репродуктивного здоровья, отказ в услугах и нарушения репродуктивных прав могут привести к каскаду вредоносных последствий в течение всей жизни человека, а неблагоприятные условия, в свою очередь, повышают уязвимость к некачественному уходу, отказу в уходе и нарушениям прав. Пожалуй, нигде подобное не проявляется так ярко, как в случае принудительной стерилизации, одной из самых экстремальных форм контроля над репродуктивной автономией человека. Стерилизация без согласия, отнимающая у женщин право когда-либо иметь детей, укрепляет мнение общества о том, что некоторые женщины не заслуживают быть матерями. Чернокожие женщины, женщины из числа коренного населения, женщины из религиозных меньшинств, женщины с инвалидностью, женщины, помещенные в специализированные учреждения, женщины-мигранты и обедневшие женщины в сельской местности — все они подвергались жестокому обращению в форме стерилизации (Roberts, 1991) исторически и подвергаются сегодня. Например, в 2015 году в Комиссию по вопросам гендерного равенства была подана жалоба от имени 48 южноафриканских женщин, которые подверглись принудительной стерилизации в государственных больницах. Все они были беременными чернокожими женщинами, и большинство из них были ВИЧ-инфицированы. Они рассказали, что их принуждали подписать бланки согласия, якобы разрешавшие стерилизацию, когда они испытывали сильную боль или находились в процессе активных родов. Комиссия установила, что права заявителей на равенство, свободу от дискриминации, достоинство, физическую неприкосновенность, свободу и безопасность в отношении своего тела, а также наивысшие достижимые стандарты охраны здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье и права, были нарушены (Commission for Gender Equality, 2020). В другом примере в докладе Совету по правам человека за 2022 год подчеркивалось, что принудительная стерилизация является распространенной практикой во всем мире (United Nations General Assembly, 2022).



## Активисты на низовом уровне привлекают внимание к пропавшим без вести и убитым женщинам из числа коренных народов

Несмотря на то, что мать Кэролин Дефорд исчезла в 1999 году, только в 2011 году она, наконец, узнала термин, описывающий сложное горе, которое она испытывала с того дня: неоднозначная потеря.

«Вы словно застряли и не можете двигаться дальше, только испытываете постоянное удивление, — рассказала г-жа Дефорд, член племени пуяллап в штате Вашингтон и член правления организации «Пропавшие без вести и убитые женщины коренных народов США» (MMIWUSA). — Я представляла себе все, что могло случиться с моей мамой, так или иначе, снова и снова».

С этим чувством незавершенности сталкиваются тысячи представителей коренных народов по всей территории Соединенных Штатов, чьи родственники ежегодно объявляются пропавшими без вести. Уровень убийств среди женщин коренных американцев, живущих в резервациях, может в 10 раз превышать средний показатель по стране (Urban Indian Health Institute, 2018), что делает убийство третьей по значимости причиной смерти среди женщин коренных народов. Несмотря на суровую статистику, в данных имеются

огромные пробелы, а это означает, что число пострадавших, скорее всего, занижено. В 2016 году Национальный центр криминальной информации сообщил о 5712 случаях пропажи женщин и девочек из числа американских индейцев и коренных жителей Аляски; в том же году Министерство юстиции США зарегистрировало в своей базе данных о пропавших без вести лицах всего 116 случаев.

Занижение числа случаев, неправильная классификация по расовому признаку и плохие взаимоотношения между правоохранительными органами и сообществами коренных народов — все это способствует отсутствию надежных данных (Urban Indian Health Institute, 2018). Разветвленность системы юрисдикции усугубляет проблему. В 1978 году Верховный суд США постановил, что племенные нации больше не могут преследовать неместных лиц, совершающих преступления против коренных жителей на землях племен. В результате, если представитель коренного населения становится жертвой насильственного преступления, личность жертвы и преступника (преступников),

принадлежащих к коренному населению или не являющихся таковыми, местонахождение преступления в резервации или за ее пределами, а также характер и тяжесть деяния — все это должно быть установлено еще до того, как станет известно, какие органы должны заниматься этим делом.

Многие считают, что преступники могут воспользоваться такой путаницей, чтобы напасть на женщин и девочек из числа коренных народов. «Мы должны иметь возможность принимать меры в отношении преступлений, совершенных на нашей земле. Мы — нации внутри наций, суверенные нации внутри нации, и у нас меньше всего возможностей защитить наших людей», — заявляет г-жа Дефорд.

Семьи пропавших без вести лиц и сторонники коренного населения заявляют, что даже в случае проведения расследования к процессу не относятся с должной неукоснительностью, как он того заслуживает. «Такое ощущение, что все пытаются переложить ответственность на других, чтобы никому не пришлось пачкать руки, — уточнила Дефорд. — Вероятно, это не так, но именно так я это вижу».



В 2013 году повторное утверждение Закона о насилии в отношении женщин (VAWA) восстановило уголовную юрисдикцию племен в отношении лиц, не являющихся коренными жителями, совершающих преступления бытового насилия на землях племен. Самое последнее утверждение, проведенное в 2022 году, расширило список преступлений, которые могут преследоваться в судебном порядке, включив в него, среди прочего, сексуальное насилие, торговлю людьми в целях сексуальной эксплуатации и преследование. Лухуи Уайтбейр, профессор изучения коренных народов в Университете штата Орегон и член правления MMIWUSA, заявила, что племенные народы теперь имеют доступ к новому набору инструментов для защиты своих сообществ. Тем не менее, по ее словам, правовые реформы на этом завершились. «Люди думают: «Да, мы сделали это!» Но это не всегда конец истории».

Профессор Уайтбейр указывает, что повторное утверждение VAWA в 2022 году распространяется не на все племенные нации — только на те, которые признаны на федеральном уровне. Это означает, что такие нации, как родина проф. Уайтбейр, прибрежная группа чумаш, не подпадают под действие закона. Существует также проблема ресурсов, поскольку племена редко имеют доступ к достаточному финансированию или профессиональной подготовке для проведения тщательных расследований.

Общественные инициативы, такие как MMIWUSA, приходят на помощь. Часто то, в чем больше всего нуждаются семьи, когда пропадает близкий человек, — это элементарные вещи: билет на самолет, твердая почва под ногами для проведения поисков или деньги, чтобы нанять няню для детей, чей родитель исчез. «Я действительно благодарна, что есть люди, которые посвящают так много времени наземным поискам людей и созданию листовок о пропавших без вести,



Кэролин Дефорд, чья мать исчезла в 1999 году, работает с MMIWUSA, защищая права и благополучие женщин и девочек из числа коренных народов в Соединенных Штатах.  
© Carolyn DeFord

потому что иногда семьям приходится выбирать: «Мне приготовить ужин или начать поиски пропавшего человека? Потому что у меня нет поддержки для проведения поиска». И поэтому для организаций крайне важно иметь возможность предоставлять ресурсы для таких поисковых запросов», — уточняет проф. Уайтбейр.

Еще одним важным шагом является преодоление стереотипов в отношении коренных народов и сообществ. «Отмена нормализации эксплуатации тел людей и представления о нас как об одноразовых товарах сыграли бы значительную роль, — заявила проф. Уайтбейр. — Я бы сказала, что положить конец насилию в отношении женщин из числа коренных народов поможет, если рассматривать его не только как проблему коренных народов. Это общая проблема».

Что касается г-жи Дефорд, то за годы, прошедшие с тех пор, как исчезла ее мать, она научилась принимать свое горе и использовать его, чтобы помогать другим семьям,

пытающимся найти ответы: «Было очень полезно поделиться своей историей, иметь возможность использовать свой опыт, чтобы помочь другим людям, как другие активисты помогают мне, — сказала она. — Возможность выполнять часть этой работы по сбору материала, чтобы семьи могли позаботиться о себе и быть там, где они чувствуют себя наиболее полезными, — это было полезно, действительно возможность почувствовать, что этот ужасный, травмирующий опыт не был напрасным. Если я могу использовать это, чтобы помочь другим людям, тогда я чувствую, что, по крайней мере, это что-то значит».

Местные активисты также способствуют изменению законов. «Здесь были приняты одни из первых законов в стране», — рассказала г-жа Дефорд, — и это произошло благодаря голосам широких масс, благодаря семьям, которые собирались, давали показания и делились своими историями, нашими разочарованиями и тем, в чем мы нуждались».



## Наследие дезинформации

Несмотря на прогресс, наблюдаемый в медицине как науке и в международных соглашениях по правам человека, ложь и предположения по-прежнему широко распространены, проникая не только в социальные нормы и внутреннее законодательство, но и в системы здравоохранения и образования. В результате эти рудиментарные заблуждения продолжают причинять вред. Многие из подобных заблуждений основаны на чрезмерно простом понимании сексуального развития человека. Когда предполагается, что сексуальное развитие, черты характера и идентичность стандартны для всех людей, естественные вариации в человеческом опыте могут казаться неправильными или неупорядоченными, и люди, которые не соответствуют ожиданиям, получают отказ в предоставлении услуг или даже страдают от политики и практики.

В качестве одного из примеров, менархе — начало менструации — когда-то широко считалось биологически неопровержимым признаком готовности девушки к беременности.

Предполагалось, что способность к менструации указывает на фертильность и способность вынашивать детей. Брачный возраст девушки социально или юридически определялся наличием или отсутствием менструации. Совсем недавно, в 1970-х годах, в одном международно используемом учебнике по гинекологии говорилось, что менструация — это «плач разочарованной матки» (Jeffcoate, 1975), что подразумевало, что менструация сигнализирует о неспособности женского организма забеременеть.

Взгляды на менархе менялись с течением времени, и сейчас признается более комплексное понимание физической и эмоциональной зрелости. Сегодня известно, что многие менструальные циклы в раннем возрасте не сопровождаются выходом яйцеклетки, и поэтому менархе не обязательно сигнализирует о готовности организма к беременности (Carlson and Shaw, 2019). Возраст менархе также меняется в зависимости от таких

факторов, как генетика, питание и воздействие загрязнителей окружающей среды (Forman and others, 2013), и в настоящее время считается, что умственная и психологическая зрелость наступает спустя годы — даже десятилетие — после среднего возраста начала менархе (Araín and others, 2013). В настоящее время считается, что беременность и материнство в раннем подростковом возрасте — это опасные для жизни физиологические и психические риски для здоровья.

Однако вместо того, чтобы учить тому, что менархе является одним из многих факторов развития фертильности, в процессе учебы на это явление указывают как признак того, что организм человека «подготовлен» к беременности. Это чрезмерное упрощение может быть использовано в качестве поддержки неверных представлений, таких как представление о том, что подросткам младшего возраста не требуется информация о менструации, или предположение о том, что беременные подростки физиологически подготовлены к деторождению.

Другое чрезмерное упрощение связано с гендерным эссенциализмом, идеей о том, что мужчины и женщины различны биологически, физиологически и по своим врожденным способностям, и что эти различия неизменны (Meyer and Gelman, 2016). Исследователи из разных областей уже дискредитировали это понятие: «доказательства включают результаты нейробиологии, которые опровергают половой диморфизм», т. е. существование двух различных и фиксированных категорий, «предполагая, что тенденция рассматривать гендер/пол как значимую бинарную категорию обусловлена культурой и поддается влиянию» (Hyde and others, 2019).

Реальность гораздо сложнее, как в вопросах пола, так и в вопросах гендера — терминов, которые часто используются взаимозаменяемо, но обладают различными значениями. Пол, относящийся к биологическим и физиологическим характеристикам женщин и мужчин, таким как хромосомы, гормоны и репродуктивные

органы, часто рассматривается как включающий только две категории. Тем не менее, по оценкам исследований, примерно у 2% людей на самом деле встречаются интерсексуальные вариации (согласно некоторым данным, до 4% [Jones, 2018]), что означает, что у этих людей присутствуют анатомические, хромосомные, гормональные или другие физические черты, которые не полностью вписываются в дихотомию мужчины и женщины. Гендер, с другой стороны, может быть описан как социальный конструкт, характеристики женщин, мужчин, девочек и мальчиков, и процесс соответствия этим социальным ожиданиям с помощью норм, моделей поведения, ролей и других средств (WHO, n.d.). Гендер также бросает вызов двойственности — сообщества из стран

по всему миру (включая Австралию, Аргентину, Бангладеш, Канаду, Фиджи, Индию, Мексику, Непал, Новую Зеландию, Пакистан, Филиппины, Самоа, Таиланд, Тонгу и Соединенные Штаты) признают идентичности, которые не соответствуют бинарному подходу, выделяющему мужчин и женщин (ОНСНР, 2023а).

Нет ничего по своей сути политического или идеологического в признании существования гендерного разнообразия или в отмечании распространенности не присущих диморфизму половых признаков. Это разнообразие *не* требует устранения категорий «мужчины» и «женщины». Действительно, глобальный консенсус по вопросам достижения гендерного равенства *требует*,

## Когда гендерные ожидания становятся движущейся мишенью

В то время как многие люди, рожденные с половыми признаками, не присущими диморфизму, вынуждены из-за давления юридических, социальных систем и систем здравоохранения вписываться в гендерную бинарность, те, кто *действительно* живет в рамках гендерной бинарности, часто сталкиваются с пристальным вниманием, стигматизацией и изоляцией за неспособность в *достаточной степени* воплотить эти гендерные нормы.

Южноафриканская бегунья спорта высших достижений Кастер Семеня получила статус женщины при рождении, и она идентифицировала себя как женщину, однако ее женственность неоднократно подвергалась сомнению спортивными конкурентами и учреждениями — ситуация, обычная для женщин и девушек-спортсменок, которые воспринимаются как слишком мужественные. Г-жа Семеня была вынуждена пройти гормональное лечение, чтобы «исправить» свое тело. Она продолжала выигрывать забеги во время гормонального лечения, но чувствовала усталость, тошноту и, по ее словам, как будто «бежала в теле, которое мне не принадлежало» (Semenua, 2023). Она также подвергалась неоднократному инвазивному тестированию на пол, что является нарушением целого ряда основных прав, защищаемых на международном уровне. Европейский суд по правам человека недавно постановил, что ее право на свободу от дискриминации и частную жизнь было нарушено (European Court of Human Rights, 2023), однако руководящий орган Всемирной организации легкой атлетики по-прежнему запрещает ей участвовать в спортивных мероприятиях (Reid and Worden, 2023). И она всего лишь одна из многих женщин-бегуний мирового класса (многие из развивающихся стран), которым запретили участвовать в соревнованиях, которых принудили к хирургическим операциям и/или обследованию половых органов, и все потому, что их естественные половые признаки считаются неприемлемыми руководством легкоатлетических организаций (Longman, 2024).



чтобы вред, в подавляющем большинстве случаев связанный с мужчинами и мальчиками или с женщинами и девочками, был идентифицирован как таковой. Но вред, в подавляющем большинстве случаев связанный с людьми, которые не соответствуют полу или гендерным бинарным представлениям, также должен быть точно идентифицирован, иначе этот вред, а он значителен, сохранится. Управление Верховного комиссара по правам человека отмечает, что интерсексуалы подвергаются детоубийству, принудительным медицинским вмешательствам, дискриминации в сфере образования, спорта, занятости и других услуг, а также отсутствию доступа к правосудию и юридическому признанию (ОНСНР, n.d.a). Люди различной сексуальной ориентации и гендерного самовыражения, включая лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров, также сталкиваются с постоянной дискриминацией и насилием, включая насилие, легализованное и насаждаемое со стороны государств (ОНСНР, n.d.b). Непризнание сексуального разнообразия, например, отрицание существования сексуального разнообразия и отказ собирать данные о сексуальных меньшинствах, не устраняет и не может устранить эту жестокость и изоляцию.

Дезинформация об анатомических различиях, основанных на расовой принадлежности, также глубоко укоренилась в системах образования, включая системы медицинского образования. Например, многие современные учебники по акушерству продолжают использовать классификацию формы таза, предложенную в 1938 году У. Э. Колдуэллом и Х. К. Молоем, врачами, которые считали, что определенные формы таза являются «сверхчеловеческими», то есть воспринимаемым стандартом человеческого развития, в то время как другие представляют собой «остановку в эволюции от формы таза обезьяны». Сегодня исследователи отмечают: «Доступны убедительные доказательства того, что форма родовых путей изменчива и имеет тенденцию отличаться как внутри группы людей, так и среди групп, и что использование гинекоидной формы в качестве модели для всех женщин не

подтвердилось эмпирически, фактически неточно и потенциально опасно, особенно для женщин неевропейского происхождения» (Betti, 2021).

Подобные заблуждения влияют на доступ к обезболиванию и другой медицинской помощи. Одно исследование, проведенное в 2016 году в Соединенных Штатах, показало, что около половины участвовавших студентов-медиков и ординаторов-медиков согласны с по крайней мере одним ложным убеждением о биологических различиях между чернокожими и белыми людьми. Например, утверждение о том, что у чернокожих людей менее чувствительные нервные окончания, более толстая кожа или более высокая фертильность (Hoffman and others, 2016).

В качестве последнего примера следует отметить, что неправильные представления об истории также широко распространены, что оказывает постоянное влияние на доступ к услугам, которые должны обеспечивать телесную автономию и сексуальное и репродуктивное здоровье. Так, многие популярные идейные подходы предполагают, что продвижение сексуальных прав и прав на аборт на международном уровне являются формами западного влияния (ОНСНР, 2023a). На самом деле, множество свидетельств указывает на то, что гомофобные нормы и законы, а также ограничения телесной автономии женщин вводятся колониальными режимами (см. материал на странице 60). Часто эти нормы и законы остаются в силе после того, когда страны добиваются независимости от колониального контроля, даже в тех случаях, когда доколониальные культуры в целом признавали разнообразие в гендерной идентификации и сексуальной ориентации.

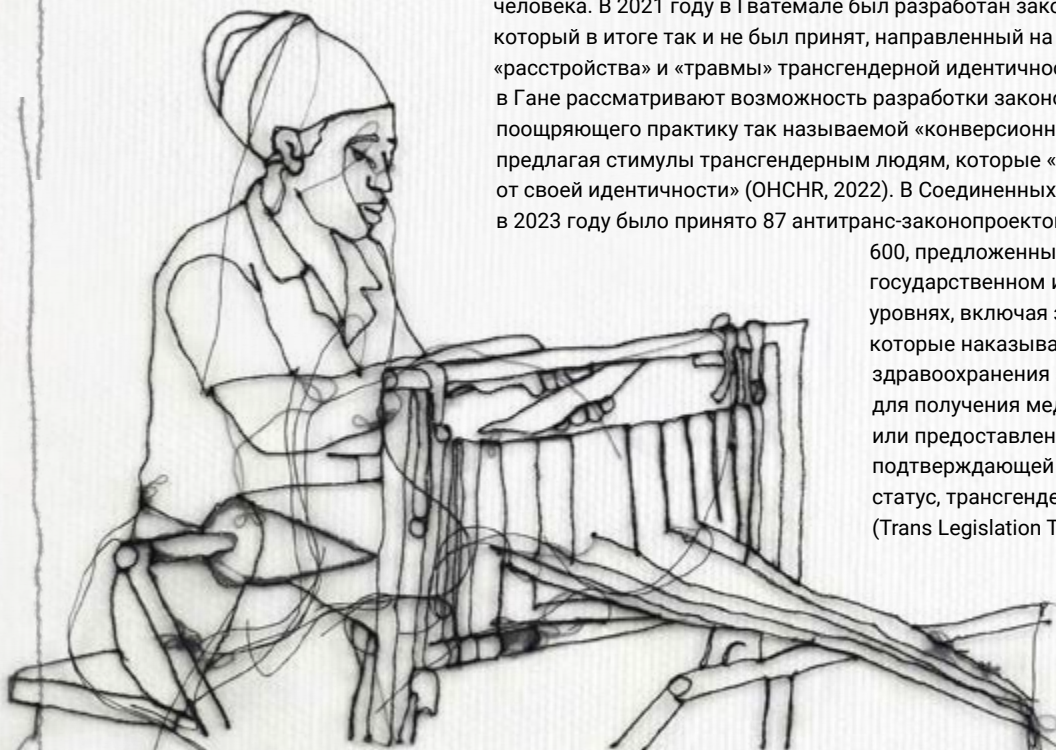
## Мост в лучшее будущее

Примирение современных систем здравоохранения с этим наследием не должно быть болезненным или карательным. Как это доказывает история МКНР, существует согласованная на глобальном уровне общая повестка дня по обеспечению гендерного

## Новое понимание, принятое в системах здравоохранения

Эксперты в области здравоохранения в настоящее время повсеместно признают, что менархе не является определяющим признаком женственности и что связанные с расой представления о боли и тазовых органах могут нанести вред. Системы здравоохранения также все чаще признают разнообразие гендерной идентичности, сексуальной ориентации и половых характеристик как составляющие спектра нормального развития человека. Например, за последние три десятилетия многие черты сексуальных меньшинств, которые когда-то считались патологическими, были признаны непатологическими или иным образом удалены из диагностических кодов. Это не просто попытка эффективнее осуществлять права человека; это также следствие «некачественных фактических данных и социальных обоснований, которые изначально оправдывали» эти диагнозы (Carpenter, 2018). Этот шаг также согласуется с глобальными усилиями по улучшению общественного здравоохранения в целом путем дестигматизации (UNAIDS, 2021) и растущим осознанием того, что медицинские услуги должны быть адаптированы к группам населения, которые гораздо более разнообразны, чем считалось ранее.

Тем не менее, некоторые государства рассматривают принятие мер, которые закрепляют патологизацию и противодействуют услугам в области здравоохранения, основанным на соблюдении прав человека. В 2021 году в Гватемале был разработан законопроект, который в итоге так и не был принят, направленный на защиту детей от «расстройства» и «травмы» трансгендерной идентичности, а политики в Гане рассматривают возможность разработки законодательства, поощряющего практику так называемой «конверсионной терапии», предлагая стимулы трансгендерным людям, которые «отрекаются от своей идентичности» (OHCHR, 2022). В Соединенных Штатах в 2023 году было принято 87 антитранс-законопроектов из примерно 600, предложенных на местном, государственном и федеральном уровнях, включая законопроекты, которые наказывают работников здравоохранения за направление для получения медицинских услуг или предоставление помощи, подтверждающей гендерный статус, трансгендерным людям (Trans Legislation Tracker, n.d.).





равенства, сексуального и репродуктивного здоровья и прав для всех людей. Преимущества этой общей повестки дня ощутимы на индивидуальном уровне, в осуществлении прав человека, достижении более высоких стандартов здравоохранения и расширении человеческого потенциала, а также во всех сообществах, обществах, нациях и регионах. Для достижения этих согласованных целей необходимо обеспечить достаточное финансирование и предпринять согласованные усилия, направленные не на то, чтобы отбросить назад тех, кто уже почувствовал преимущества прогресса, а на то, чтобы помочь продвинуться вперед тем, кому еще предстоит получить доступ к этим преимуществам.

Не следует отрицать, что многие медицинские и социальные достижения стали возможны благодаря долгой истории плохого обращения со стороны системы здравоохранения, от изобретения таких инструментов, как влагалищное зеркало Симса, до евгенических идей, которые в итоге сыграли свою роль в расширении доступа к планированию семьи. И не должно быть противоречий в признании того факта, что потомки тех, кто подвергся жестокому обращению, продолжают сталкиваться с некоторыми из наиболее значительных ограничений доступа к этим услугам, технологиям и правам.

Действительно, необходимо срочно извлечь уроки из прошлых ошибок. Технологии в области охраны репродуктивного здоровья продолжают стремительно развиваться, создавая возможности как для получения преимуществ отдельными лицами, так и для сохранения практики жестокого обращения (UNFPA, 2024b). Ценные диагностические инструменты, такие как пренатальное тестирование, уже широко используются не по назначению, например, для выбора пола ребенка в случае существования в обществе гендерных предубеждений. Пользователи новых высокоэффективных цифровых технологий уже предоставляют доступ к своим конфиденциальным данным, часто сами того не подозревая. А в недалеком будущем нас ожидает диагностика, основанная на искусственном

интеллекте, перенос цитоплазмы, который может привести к получению эмбрионов от трех биологических родителей, гаметогенез *in-vitro*, который способен производить сперматозоиды или яйцеклетки из нерепродуктивных клеток, инновации, которые могут изменить природу деторождения, пол и конфигурацию семьи, и многие другие достижения. Как всегда, наряду со значительными преимуществами существует потенциальный серьезный вред, включая вопросы безопасности и неприкосновенности частной жизни пациентов, а также «этические и правозащитные опасения по поводу коммерциализации воспроизводства населения» (UNFPA, 2024). В той мере, в какой эти технологии могут использоваться для жестокого обращения с уязвимыми группами или их изоляции, они также могут стать инструментами интеграции и расширения прав и возможностей, например, путем расширения качественных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья для тех, кого в настоящий момент невозможно этими услугами охватить, и путем предоставления возможности лицам различного пола и людям, исключенным из услуг по лечению бесплодия (Perritt and Eugene, 2022), создать семьи по своему выбору.

Движения по всему миру помогают нам примириться с бедами прошлого, и это те усилия, которые могут — и должны — формировать наше видение будущего. Глобальные доноры стремятся охватить некоторые из наиболее обездоленных сообществ инвестициями в инициативы в области акушерства, гендерного равенства и комплексного сексуального просвещения (см. стр. 108). Растущая инклюзия в медицине и научных исследованиях повышает качество человеческих знаний. Сегодня мы гораздо лучше понимаем разнообразие в гендерной самоидентификации, то, как варьируются гендерные нормы внутри стран и между ними, и насколько сложны и разнообразны половые признаки. Мы гораздо лучше понимаем, почему женщины из числа расовых меньшинств, женщины из числа коренных народов и женщины на Глобальном Юге оказались исключены из большей части

прогресса, наблюдаемого в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

Анализ барьеров на пути к получению медицинской помощи, основанный на рассказах самих женщин (стр. 28), показывает, что прогресс действительно возможен, и что несмотря на то, что те группы женщин, которые столкнулись с наибольшей распространенностью препятствий на пути к медицинскому обслуживанию, добились наименьшего прогресса, они *действительно* добились прогресса. И в некоторых странах

наиболее заметные улучшения в доступе к медицинским услугам были выявлены среди этнических групп, которые ранее сталкивались, по их собственным словам, с наибольшими барьерами. Все это обнадеживающие признаки того, что прогресс действительно можно ускорить. И несмотря на то, что для разработки политики и программ, охватывающих всех людей, требуется гораздо больше фактических данных (см. главу 3), четкое понимание неравенства и, следовательно, возможности действительного достижения справедливости никогда не было столь велико.



Билумы – это хозяйственные сумки, используемые в Папуа – Новой Гвинее. Их используют как переноски для младенцев («билум» переводится с языка ток писин как «утроба»), так и для транспортировки товаров на рынок, а также на похоронах выдающихся членов сообщества. Таким образом, билумы сопровождают многих жителей Папуа – Новой Гвинееи на протяжении всей жизни. Этот узор, выполненный в виде кожи свиньи, символизирует борьбу женщин за то, чтобы их видели, слышали и уважали. © UNFPA Papua New Guinea/PidginProductions



## Деколонизация сексуальных и гендерных норм

В июле 2023 года Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций опубликовал доклад, в котором привлек внимание к роли колониализма в увековечении насилия и дискриминации в отношении гендерно отличного населения (ОНЧР, 2023а). Доклад независимого эксперта по вопросам защиты от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности подготовлен на основе сотен встреч, визитов и обменов мнениями с государственными и негосударственными субъектами со всего мира. Согласно совокупности фактических данных, конкретные стратегии осуществления контроля над колонизированными лицами, применявшиеся различными колониальными державами, привели к стигматизации, криминализации и патологизации однополого влечения, трансгендерной идентичности и других форм разнообразной гендерной самоидентификации.

### Доколониальное разнообразие

Разнообразие сексуальной ориентации и гендерной идентичности существовало повсюду на протяжении всей задокументированной истории — от духовных защитников *бабайлан* коренной общины Филиппин до представителей *огбандже* в Нигерии. Отдельные лица, воплощающие гендерно отличные идентичности, были почитаемы и уважаемы во многих обществах, таких как «люди с двумя душами» в Северной Америке, *бонджу* в Европе, *муksy* в Мексике, *хиджра* в Индии и Бангладеш, *такатапуи* в Новой Зеландии и «девушки-сестры»

у аборигенов и жителей островов Торрессова пролива в Австралии.

Действительно, социальное значение, придаваемое половым признакам, столь же разнообразно, как и культуры по всему миру. Патриархальные и гетеронормативные социальные структуры, конечно, существовали во многих доколониальных обществах, но сохранилось также достаточно свидетельств нормализованных гендерных различий. В некоторых общинах даже были выделены специальные должности для людей с различными половыми и гендерными характеристиками, включая должности советников, военачальников, членов королевского двора, целителей и хранителей традиционных практик.

### Стратегии колониального контроля

Несмотря на то, что недавние колониальные идеи не изобрели гендерно-бинарных норм, они привели к систематическому навязыванию гендерной бинарности посредством законов и практики, которые на протяжении столетий контролировали колонизированных людей. Колониальные стратегии включали обращение колонизированных народов в религиозные институты, криминализацию гендерного и сексуального несоответствия и насаждение жестких социальных иерархий.

Моральные кодексы, насаждаемые колониальными державами, получали как религиозные, так и светские оправдания. Примерами могут служить «*пекадо нефандо*», или преступление

«гнуемого греха», термин, применявшийся португальскими и испанскими инквизиционными судами; французские законы, криминализировавшие «непристойные или противоестественные действия», которые были направлены на привитие колонизированным народам христианской морали; а также британские колониальные законы, карающие за «грубую непристойность» между двумя мужчинами. Другие законы включали «содомию», «педерастию», «плотские отношения, противоречащие естественному порядку вещей», а также такие преступления, как «публичная непристойность» и «поощрение разврата». Существовали также «законы о бродяжничестве», которые напрямую не ограничивали сексуальное поведение или гендерно отличное поведение, но оказывали непропорционально большое воздействие на людей, живущих в бедности, гендерные и сексуальные меньшинства и людей с инвалидностью.

Примечательно, что те же самые или сходные законы применялись в обществах самих колониальных держав. Например, в европейских странах случались периоды «сексуальной паники» или «моральной паники», во время которых правительства, медицинские учреждения и основные средства массовой информации идентифицировали группы, которые не придерживались доминирующих «правильных» сексуальных практик, как девиантов; соблюдение этих законов в колониях было связано с восприятием политиков, часто



основывавшемся на отчетах исследователей, согласно которому однополые отношения были широко распространены по всему колонизированному миру (HRW, 2008).

Несмотря на то, что закон оставался основным средством правоприменения, он также сформировал основу для сложных систем социализации, которые включали полицию, медицину, литературу и образование. Сексуальность чернокожих, например, рассматривалась как «необузданная и ненасытная, следовательно, нуждающаяся в регулировании» (Westman, 2023). Действительно, в колониальных условиях способность к процветанию в значительной степени зависела от способности человека ассимилироваться с обычаями белых, патриархальными и гетеронормативными.

#### **Долгосрочные последствия**

Колониальные законы и нормы оказали влияние на людей далеко за пределами нынешних и бывших колоний. В 1908 году Таиланд, который никогда не был европейской колонией, перенял формулировку из уголовного кодекса Индии, запрещающую действия, «противоречащие природе человека». В некоторых случаях колониальная динамика повлияла на процессы реформирования законодательства и политики даже в постколониальных условиях. Например, Камерун и Сенегал, обе бывшие французские колонии, ввели уголовную ответственность за однополые отношения после обретения независимости в 1960 году.

Сегодня 64 страны по-прежнему криминализируют однополые акты по обоюдному согласию, часто прямо ссылаясь на сексуальную близость между мужчинами; 41 страна криминализирует

сексуальную близость между женщинами; и 20 стран прямо криминализируют и/или преследуют трансгендерных лиц посредством законов, направленных против «переодевания в мужскую/женскую одежду», «стремления выдать себя за мужчину/женщину» и «изменения внешнего вида с целью маскировки». Несмотря на то, что многие правовые рамки, направленные против представителей ЛГБТКИА+ в мире, берут свое начало в колониальном законодательстве и социальных нравах, сегодня именно защита прав лиц ЛГБТКИА+ часто изображается как колониальная или западная повестка дня (ОНЧР, 2023а).

Одним из важных шагов на пути к реализации прав всех людей, во всем их многообразии, является отказ от мнения о том, что Глобальный Запад или Север являются архетипами неизбежного прогресса, в то время как глобальный Юг или Восток рассматриваются как отсталые. Во всяком случае, именно сохранение правовых рамок колониальной эпохи и социальных норм, унаследованных от Глобального Запада и Севера, продолжают ограничивать международно признанные права человека представителей ЛГБТКИА+, в особенности проживающих на глобальном Юге или Востоке.

#### **Дальнейшие направления исследований**

Приведенное выше краткое изложение доклада независимого эксперта исключает влияние колониальных законов и норм на аспекты сексуального и репродуктивного здоровья, выходящие за рамки гендера и сексуального разнообразия. Однако полученные результаты поднимают важные сопутствующие вопросы о влиянии наследия колониализма на гендерное равенство, сексуальное и репродуктивное здоровье и права.

Например, существуют свидетельства того, что абортыв практиковались во многих доколониальных сообществах, но были запрещены законами колониальной эпохи (ОНЧР, 2021b; Malvern and Macleod, 2018). Фактически, европейские колониальные державы были названы «наиболее важными источниками» законов, ограничивающих абортыв; к концу XIX века такие законы действовали почти в каждой стране мира (Berger, 2017). Аналогичным образом, законы о непристойности, пороке и непристойном поведении, многие из которых восходят к европейскому колониальному правлению, широко использовались с начала до середины XX века для запрета распространения информации о планировании семьи (Stepan and Kellogg, 1974). Эти и другие последствия колониализма для репродуктивного здоровья и прав женщин заслуживают дальнейшего изучения, в особенности учитывая сохраняющиеся нарушения репродуктивного здоровья и прав человека во всем мире.

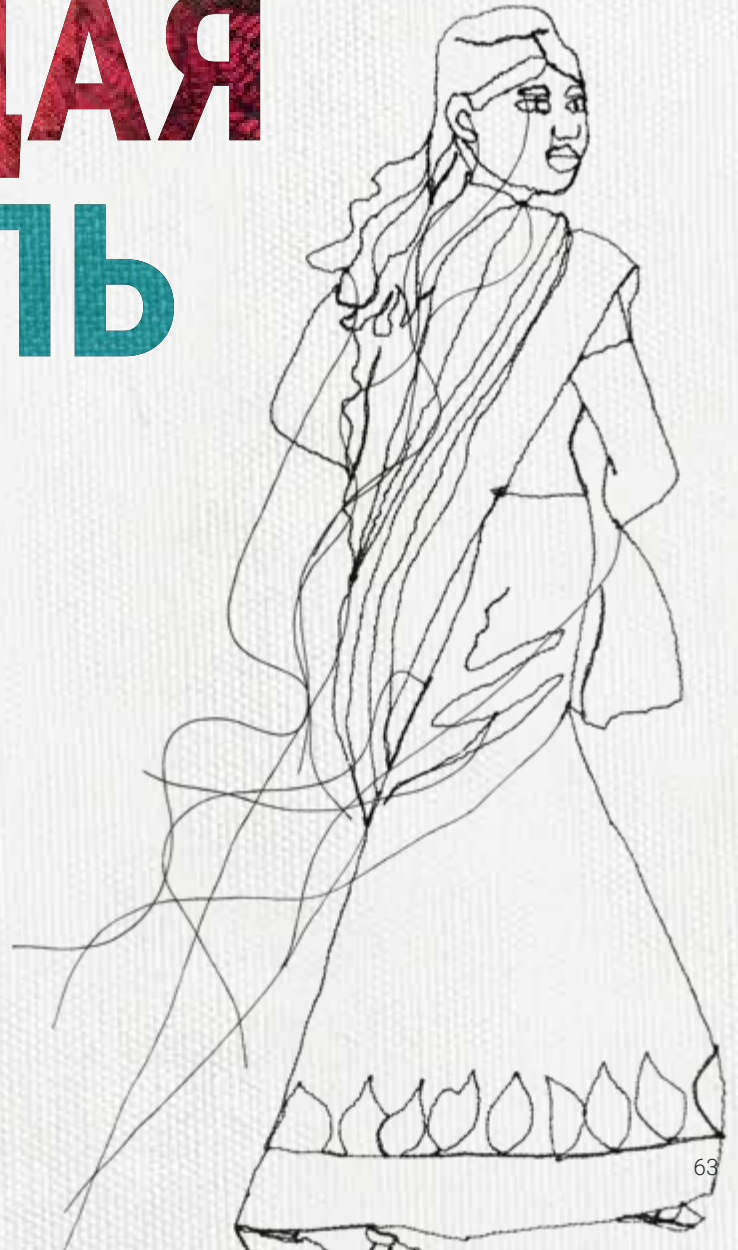
*Этот текст был подготовлен Виктором Мадригал-Борлосом, который с 2018 по 2023 год занимал должность независимого эксперта Организации Объединенных Наций по вопросу о защите от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности.*







**ВАЖНА  
КАЖДАЯ  
ДЕТАЛЬ**





МКНР 1994 года и принятая на ее основе Программа действий не только ознаменовали момент достижения значимого консенсуса в отношении ценности всеобщего сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав (Brown and others, 2019; Sen and others, 2019; Corrêa and others, 2015). Они также настоятельно призывали мир к улучшению и повышению прозрачности данных, что должно было стать вкладом в глобальные стандарты, которые прежде редко признавались. Целая глава Программы действий, а именно глава XII (UNFPA, 1994), посвящена необходимости получения «достоверных, надежных, своевременных, учитывающих культурные особенности и сопоставимых на международном уровне данных», включая информацию с учетом гендерной и этнической принадлежности. В ней также содержится призыв к изучению мнений наиболее бесправных групп людей и тех, кто находится в различных культурных условиях.

Этот призыв прозвучал тогда, когда в действительности крайне мало было известно о сексуальном и репродуктивном здоровье мужчин и женщин или реализации их прав. Например, в 1990-е годы надежных данных — а в большинстве случаев *хоть каких-то* данных — о материнской смертности в подавляющем большинстве стран не существовало (WHO and others, 2001). На момент проведения МКНР самые последние оценки материнской смертности ВОЗ (которым уже исполнилось более полувека) были лишь приблизительными, учитывая, что многие данные на уровне стран оказалось невозможно учесть из-за нерепрезентативных выборок и проблем с недостаточной регистрацией (WHO, 1991). Однако даже без согласованной на глобальном уровне оценки материнской смертности за 1990 год Программа действий МКНР призвала к совокупному сокращению материнской смертности на 75% в период с 1990 по 2015 год и обязалась сократить различия в уровнях материнской смертности «внутри стран и между географическими регионами, социально-экономическими и этническими группами» (UNFPA, 1994).

Эти цели положили начало последующему процессу, включавшему регулярное сотрудничество между министрами народонаселения и здравоохранения, демографами, статистиками, эпидемиологами и экспертами по правам человека, а также разработку поддающихся измерению показателей в области здравоохранения и прав человека и последующий сбор точных данных для отслеживания прогресса в достижении целей Программы действий (Snow and others, 2015; United Nations, 2014; UNFPA, 1998). С 1994 года качество и количество данных о материнской смертности значительно улучшились, равно как и статистические методы, используемые для оценки этих данных. К 2014 году недостающие данные стали не нормой, но исключением несмотря на то, что требования к достоверности данных только ужесточились.

Спустя тридцать лет после МКНР мир переживает очередной переломный момент, и крайне важно, чтобы мы еще раз осознали недопустимый объем неудовлетворенных потребностей — даже при нехватке данных, необходимых для понимания масштаба проблемы. Еще раз международное сообщество должно поставить перед собой задачу удовлетворить потребности в сексуальном и репродуктивном здоровье всех, кто забыт прогрессом в области здравоохранения, развитием инфраструктуры здравоохранения, но и самой революцией в области данных.

В этой главе наиболее подробно рассматривается проблема материнской смертности, уровень и эволюция которой на глобальном, региональном, национальном и субнациональном уровнях часто остаются неопределенными, несмотря на постоянный прогресс в области статистики и доступности данных. И все же показатели материнской смертности и коэффициенты их соотношения — это лишь отправная точка; помимо проблемы материнской смертности существует множество других оставшихся без ответа вопросов о здоровье и правах женщин и девочек, которые даже сегодня не могут пользоваться достижениями, которыми пользуются их более привилегированные сестры.

## Новый переломный момент

Частью этой истории, которая оставалась очевидной в течение некоторого времени, является огромное и — во многих случаях — растущее неравенство в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Все большее количество данных наглядно демонстрируют, что некоторые люди оказываются вытеснены на задворки общества и систем здравоохранения: те, кто сталкивается с дискриминацией в системах здравоохранения, те, кто сталкивается с языковыми барьерами в больницах, те, кто подвергается стигматизации из-за ВИЧ-статуса или не имеет доступа к услугам из-за отсутствия привилегий, закрепленных за гражданами. И это лишь несколько примеров.

Имеющиеся данные убедительно указывают на то, что страдания и смерть этих людей происходят в гораздо больших масштабах, чем предполагалось ранее (Khalil and others, 2023; Geller and others, 2018; Gon and others, 2018.). Тем не менее, их смерти — равно как болезни и унижения, которые предшествуют этим смертям, — в значительной степени остаются незамеченными (Creanga and others, 2014). Почему? Смертельные случаи и физические травмы остаются неучтенными из-за несовершенства систем сбора данных, нечастых обследований и ограниченности по охвату или сопоставимости других исследований. И даже когда смертность и заболеваемость *хорошо* регистрируются, изучение лежащего в основе неравенства часто упускается из виду, поскольку было предпринято мало усилий для дезагрегирования данных с учетом особенностей изоляции этих групп. Их непропорционально большой опыт получения травм и смерти растворяется среди необъятных средних статистических показателей.

Едва эта завеса приподнимается, мы наблюдаем зияющее неравенство как между странами, так и внутри них. Одним из распространенных



«Плачущие женщины», Байомбе Эндани, Демократическая Республика Конго, 2010 г. Произведения искусства предоставлены проектом Advocacy Project, который помогает маргинализированным сообществам использовать вышивку в качестве инструмента терапии и пропаганды.



объяснений этому в области общественного здравоохранения является гипотеза обратной справедливости, согласно которой новые меры в области здравоохранения наиболее быстро принимаются более состоятельными слоями населения с самым низким уровнем потребностей (Victora and others, 2018). Следовательно, достижения в области здравоохранения могут привести к первоначальному усилению общего неравенства, причем неравенство сократится, если и когда эти достижения станут доступными для тех, кто нуждается более остальных. Тем не менее, по некоторым показателям неравенство увеличивается как между странами, так и внутри них.

Так, в 1990 году в 10% стран с самым высоким уровнем риска у 15-летней девочки был в среднем 1 шанс из 12 умереть от осложнений, связанных с беременностью или родами, при этом у 15-летней девочки в 10% стран с самым низким уровнем риска шанс составлял 1 из 7000 (см. техническую записку). К 2020 году вероятность смерти девочек в странах с самым высоким уровнем риска составляла 1 к 34, в то время как у девочек в странах с самым низким уровнем риска — почти 1 к 23 000. Это изменение в 2,8 раза в странах с наибольшим риском по сравнению с изменением в 3,3 раза в странах с наименьшим риском — признак растущего неравенства. Иными словами, прогресс оказался более значительным в странах, где материнская смертность была самой низкой, и более ограниченным там, где показатели материнской смертности наиболее высоки.

Подобное неравенство между странами часто объясняется неравенством в ресурсах, но это объяснение теряет смысл при рассмотрении неравенства, существующего внутри страны. Эти внутринациональные различия наглядно демонстрируют, что причиной многих глобальных неравенств в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав, которые мы наблюдаем сегодня, являются сохраняющиеся формы дискриминации и изоляции, а не только ограниченные ресурсы (UNSDG, n.d.).

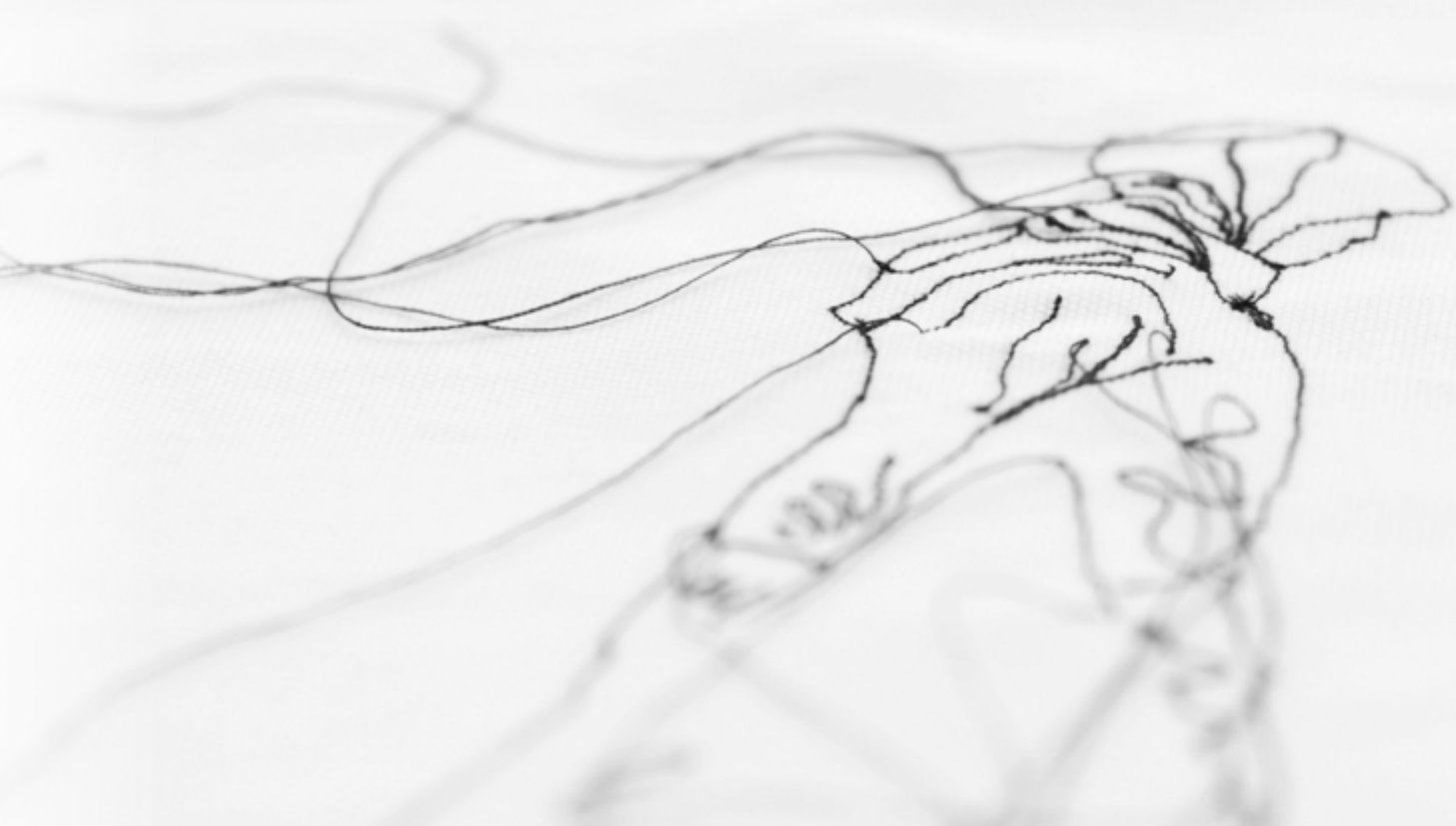
Это справедливо как для стран, где материнская смертность остается трагически высокой (Patel and others, 2018; Acharya and Patra, 2017) (см. техническую записку на стр. 155), так и для стран с высоким уровнем дохода, где материнская смертность значительно ниже. Рассмотрим, например, Соединенные Штаты и Соединенное Королевство — две из 19 стран, в которых, по оценкам, в 2020 году коэффициент материнской смертности окажется выше, чем в 1990 году. В обеих странах частота материнской смертности среди темнокожих женщин во много раз выше, чем среди белых. Согласно последним оценкам ООН (которые незначительно отличаются от национальных оценок каждой страны), в 2020 году коэффициент материнской смертности в Соединенных Штатах составлял 21 случай на 100 000 живорождений (WHO and others, 2023). Согласно официальной национальной статистике Соединенных Штатов, в 2021 году коэффициент смертности чернокожих женщин более чем в два раза превышал средний показатель по стране (Hoyert, 2023). Риск материнской смертности также выше, чем в среднем по стране, для испаноязычных женщин страны (Hoyert, 2023).

Тем не менее, эти тенденции в Соединенных Штатах являются частью более широкого роста материнской смертности для всех групп — это означает, что смертность увеличивается среди большинства групп женщин в стране, включая высшие, средние и низшие социально-экономические классы; женщин всех возрастных групп; а также женщин любых рас (Hoyert, 2023; Singh, 2021) (см. техническую записку на стр. 154). Напротив, в Соединенном Королевстве, где, по оценкам Организации Объединенных Наций, материнская смертность в 2020 году составила 9,8 смертей на 100 000 живорождений (WHO and others, 2023), исследователи установили, что растущий коэффициент материнской смертности в значительной степени объясняется повышением уровня смертности среди представителей определенных этнических меньшинств и социально-экономических классов. Самые высокие уровни материнской смертности и наибольший прирост наблюдались среди темнокожих женщин,

а также женщин, находящихся в наиболее неблагоприятном социально-экономическом положении (Knight and others, 2022).

От этих выводов как от самостоятельных результатов, полученных всего в двух странах, очень просто отмахнуться. Тем не менее, обе страны входят в число очень небольшого числа стран по всему миру, в которых есть системы сбора данных для выявления подобных различий (Small and others, 2017). Это означает, что они являются одними из немногих мест в мире, где такие различия постепенно становятся видимыми. Фактически, усилия Соединенных Штатов по выявлению расового неравенства в материнской смертности отражены в самых ранних подсчетах ВОЗ, когда США оказались единственной страной, проводившей хотя бы минимальное расовое или этническое дезагрегирование данных (WHO, 1991). В Великобритании с 1952 года (что делает ее старейшей в мире) действует впечатляющая система надзора за материнской смертностью, но учитывать этническую принадлежность в стране стали только в 1995 году (Small and others, 2017).

В докладе ЮНФПА, опубликованном в 2023 году, впервые были проанализированы показатели материнского здоровья женщин и девочек африканского и другого происхождения в небольшом числе стран Северной и Южной Америки, где данные позволяли провести такой анализ. Только 4 из 35 стран фиксируют расу или этническую принадлежность женщин, умирающих в родах, и только 11 собирают другие данные о состоянии материнского здоровья в разбивке по расам (UNFPA and others, 2023). Например, Канада вместе с США и Великобританией является одной из немногих стран с более высокими показателями материнской смертности в 2020 году, чем в 1990 году (11 на 100 000 живорождений по сравнению с 6,9 соответственно) (WHO and others, 2023), однако в стране не собираются расовые данные в рамках надзора за матерями, несмотря на свидетельства наличия расовых барьеров для доступа к охране материнского здоровья и использования услуг в этой области. Поэтому невозможно установить, был ли рост материнской смертности в стране с течением времени всеобщим или среди отдельных подгрупп населения (Dayo and others, 2022).





Там, где данные действительно существуют, они прямо указывают на сохраняющееся неравенство, с которым сталкиваются уязвимые группы, не только среди темнокожих и лиц африканского происхождения, но и среди коренных народов (Paradies, 2016). В совместном докладе ЮНФПА, ЮНИСЕФ и Структуры «ООН-женщины» за 2018 год были проанализированы ограниченные имеющиеся данные о материнском здоровье женщин и девочек из числа коренных народов. Из 80 исследованных стран 16 располагали такими данными, и в этих 16 странах с низким и средним уровнем дохода (Белиз, Коста-Рика, Эфиопия, Гамбия, Гайана, Индонезия, Кения, Лаосская

Народно-Демократическая Республика, Мексика, Намибия, Непал, Пакистан, Сенегал, Сьерра-Леоне, Суринам и Вьетнам) у женщин из числа коренных народов было гораздо меньше шансов получить услуги в области дородового ухода, меньше шансов родить под присмотром квалифицированной акушерки, больше шансов родить в подростковом возрасте и значительно больше шансов умереть по причинам, связанным с беременностью и родами (UNFPA and others, 2018). Исследования, проведенные в других странах (с участием женщин из числа коренного населения Австралии (Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d.), Индии (Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016),

## Противостояние факторам, искажающим результаты

Свидетельству расового неравенства в здравоохранении часто противопоставляются вопросы о возможных факторах, искажающих результаты: могут ли эти различия быть следствием уровня образования? Различия в уровне доходов? Учитывались ли факторы занятости или генетической предрасположенности, ставшей причиной проблем со здоровьем? Имеющиеся исследования женщин из числа коренного населения и женщин африканского происхождения показывают, что эти характеристики действительно влияя на состояние здоровья, тем не менее не объясняют всех наблюдаемых различий. Это означает, что некоторые или большая часть этих различий действительно связаны с этнической принадлежностью (Australian Institute of Health and Welfare, 2023). Согласно недавнему анализу ЮНФПА, «материнская смертность сохраняется независимо от уровня дохода и образования, причем материнская смертность среди афроамериканских выпускников колледжей по-прежнему в 1,6 раза выше, чем среди белых женщин, не имеющих диплома о среднем образовании» (UNFPA and others, 2023). И это лишь один пример. Действительно, все большее число исследований пытается определить, как хроническое воздействие системной несправедливости связано с ускоренным ухудшением физического здоровья — часто называемым «старением под воздействием факторов» (прим.: англ. weathering, «разрушение в результате атмосферных воздействий»), — которое лежит в основе многих расовых различий в охране материнского здоровья (Geronimus, 2023; Forde and others, 2019). Анализ, приведенный в настоящем докладе (стр. 28), также подтверждает эту точку зрения: несмотря на существование значительных социально-экономических факторов, способствующих неравенству в доступе к медицинским услугам, о котором сообщают сами респонденты, даже после учета уровня состояния, дохода и места жительства существуют также значительные этнические различия в доле женщин, испытывающих серьезные проблемы с доступом к медицинским услугам в случае болезни.

Гватемале (ENSMI, 2015), Панаме и России (Anderson and others, 2016), показывает те же различия.

Серьезное неравенство также очевидно при рассмотрении данных о людях с инвалидностью. Женщины с инвалидностью в 10 раз чаще подвергаются гендерному насилию, включая сексуальное насилие. При этом вероятность сексуальной активности молодых людей с инвалидностью соответствует такой вероятности их сверстников без инвалидности. Эта группа населения сталкивается со значительными препятствиями на пути получения информации и услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая отсутствие адаптированных услуг и дискриминационные отношения среди поставщиков медицинских услуг (UNFPA, 2018). Сбору данных о потребностях этой группы также препятствует стигматизация, связанная с инвалидностью, и отсутствие согласованных определений в ситуациях, когда необходимо выявить людей с инвалидностью и оценить их потребности.

Эта ситуация тем более проблематична, учитывая, что, по оценкам, примерно одному миллиарду человек, или 15% населения земного шара, в тот или иной момент своей жизни придется жить с инвалидностью. И все же отмечается определенный прогресс. В 2021 году ЮНФПА выявил, что доля стран, планирующих использовать стандартный опросник международной Вашингтонской группы по статистике инвалидности, «увеличилось с 33% в 2018 году до 73% в 2020 году» (UNFPA, 2021b).

Сексуальные и гендерные меньшинства также сталкиваются с серьезными различиями в состоянии здоровья не только в плане доступа и качества медицинской помощи, но и в выявлении особенностей как психологического, так и физического здоровья (Tabaas and others, 2020; Matsick and others, 2020; Caceres and others, 2019; Gibson and others, 2018; Müller, 2016), однако данных об этом недостаточно. Отмечаются положительные признаки того, что сбор данных о сексуальных и гендерных меньшинствах расширяется, но там, где данные действительно существуют, они

остаются в основном результатом несистемных усилий, а не результатом, полученным благодаря регулярным, стандартизированным национальным системам данных, таким как переписи населения или крупномасштабные социальные исследования (European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017). Более того, сбору данных препятствует не только стигматизация, но и криминализация однополых сексуальной активности и трансгендерной идентичности и самовыражения (Human Dignity Trust, n.d.). Наконец, к крайней уязвимости могут привести комплексные факторы изоляции, такие как возраст. Например, недавние исследования указывают на то, что враждебные законы и социальные установки, включая табу на подростковую сексуальность, означают, что услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья и информация об этом (в том числе от организаций ЛГБТКИА+) практически полностью закрыты для подростков из числа сексуальных и гендерных меньшинств на юге Африки (Müller and others, 2018).





# Женщины с инвалидностью в Туркменистане отстаивают свои права

Много лет назад в кабинете гинеколога в Ашхабаде, Туркменистан, Алии (имя изменено) и ее мужу сообщили, что для них «нежелательно» иметь ребенка по той причине, что они оба слепы. «Как вы сможете заботиться о ребенке? Как вы будете растить его, присматривать за ним?» – вспоминает она заданные ей вопросы.

«Они подумали, что мы вообще не сможем справиться, и предложили сделать аборт, – рассказала Алиа ЮНФПА. – Но я не согласилась. Моя мать тоже слепая, и она вырастила нас семерых».

Опыт Алии, к сожалению, знаком каждой пятой женщине во всем мире, живущей с инвалидностью. Несмотря на международные соглашения, гарантирующие людям во всем мире свободу делать репродуктивный выбор без дискриминации и принуждения, женщины с инвалидностью часто сталкиваются с иной реальностью, в которой предрассудки заставляют медицинских работников, интимных партнеров и общественность сомневаться в их способности принимать решения в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Исследования показывают, что женщины и девочки с инвалидностью часто сталкиваются с дискриминацией в отношении репродуктивного выбора, не получают медицинские услуги из-за проблем с доступом к ним и оказываются исключены из программ комплексного сексуального образования, в особенности в специальных учебных заведениях. А для некоторых эта дискриминация может даже стать причиной принудительной стерилизации.

Как и Алиа, многие из них были признаны неготовыми к беременности и родительству.

Исследование ЮНФПА, проведенное в 2021 году, показало, что многие люди с инвалидностью в Туркменистане не имеют доступа к услугам и информации в области сексуального и репродуктивного здоровья. Для того, чтобы удовлетворить их потребности, ЮНФПА и Общество слепых и глухих Туркменистана создали видеоролики о сексуальном и репродуктивном здоровье, сопровождаемые сурдопереводом. Видеоролики, доступные онлайн и на картах флэш-памяти, охватывают такие

темы, как половое созревание, планирование семьи и безопасное материнство. В настоящее время планируется создание мобильного приложения.

Женщины рассказали, что благодаря ресурсам они получили бесплатный доступ к средствам контрацепции и уходу за беременными. Они также высоко оценили включение в материалы контактной информации различных клиник и поставщиков услуг. Эти и другие шаги позволяют стране стать более инклюзивным и справедливым местом для беременной женщины с инвалидностью.

Тем не менее, Алиа говорит, что необходимо сделать еще больше: «Необходимо повысить уровень знаний медицинского персонала, чтобы нас принимали и относились к нам так же, как ко всем остальным».

Между тем, она взяла на себя родительские обязанности, несмотря на нарушения зрения, как и ее мать до нее. «Я знала, что смогу это сделать», – сказала она.

## Принятие идеи равенства

Одним из важнейших событий, произошедших за последние 30 лет, стало формирование консенсуса в отношении того, что такие факторы, как гендер, раса, этническая принадлежность, статус инвалидности, сексуальная ориентация и миграция, не являются бонусами и наказаниями, совокупный «счет» которых легко оценить. Скорее, это динамические факторы в сложной сети преимуществ и недостатков.

Только за последние 15 лет произошел значительный сдвиг в мировом понимании того, как структурные и межсекторальные барьеры мешают некоторым людям реализовывать свои права, в том числе право на здоровье. Например, там, где предыдущие исследования иногда фокусировались только на индивидуальном поведении, имеющем негативные последствия для здоровья (например, отсроченное обращение за лечением), сегодня исследователи охотнее признают, что это поведение формируется более широкими нормами, системами и институтами, а также что многочисленные пересекающиеся факторы могут усугубить трудности, с которыми сталкиваются люди.

Например, в одном новаторском исследовании, проведенном в 2009 году, сравнивается поведение бедных женщин, небедных женщин, бедных мужчин и небедных мужчин при обращении за медицинской помощью в Индии. Согласно исследованию, традиционные методологии ошибочно заключают, что бедные мужчины и бедные женщины находятся в равном неблагоприятном положении, в то время как методология, специально разработанная для выявления совокупного влияния пересекающихся факторов неблагоприятного положения, демонстрирует, что уровень жизни бедных мужчин на самом деле был выше, чем уровень жизни любых женщин — как бедных, так и небедных. По сути, и гендер, и социально-

экономический класс имели значение для результатов в области здравоохранения, но, по крайней мере, в этом конкретном случае мужчины смогли использовать свое гендерное преимущество до такой степени, что положение даже бедных мужчин было выше, чем положение небедных женщин (Sen and Iyer, 2012; Sen and others, 2009).

Взаимодействие между формами преимуществ и формами недостатков значительно усложняет разработку эффективных ответных мер. Универсального подхода к разработке политики не существует. За последние 30 лет значительный прогресс был достигнут отчасти потому, что политика и меры вмешательства повысили благосостояние людей, которых легче всего достичь, кто сталкивается с наименее сложными проблемами и эффективнее других может извлечь выгоду. Охватить тех, кто по-прежнему нуждается в помощи, тех, кто сталкивается с пересекающимися факторами уязвимости, в любом случае сложнее, а потому потребуется более продуманное вмешательство. Сохранение существующих подходов может не только оказаться неэффективным, но и привести к растрате ресурсов и причинению вреда. Информация, распространяемая на языках, непонятных целевой группе, кампании, в которых не учитываются культурные или религиозные предпочтения предполагаемых пользователей, или клиники, недоступные для людей с инвалидностью, — это лишь несколько примеров, которые приводят к потере инвестиций, продолжающейся изоляции и подрыву доверия к поставщикам медицинских услуг со стороны населения, которое в этих услугах нуждается.

Но эти результаты — не повод для отчаяния. Напротив, этот новый взгляд на проблему следует поддерживать, даже несмотря на то, что он привлекает наше внимание к неприятным фактам, касающимся привилегий и предрассудков. Глядя на мир через эту призму, мы четко понимаем, где необходимы усилия и ресурсы для достижения наших глобальных целей.



## Неравенство между странами и внутри них: примеры Индии и Нигерии

С самого начала измерений Индия и Нигерия оставались двумя странами с наибольшим абсолютным числом материнских смертей. Как в 1990 году, так и в 2020 году на долю этих стран в совокупности приходилось более трети всех случаев материнской смертности в мире. Первоначально в Индии был зафиксирован самый высокий уровень материнской смертности: на нее приходилось 26% в 1990 году по сравнению с 10% в Нигерии. Однако к 2020 году страны поменялись местами: на Нигерию приходится 29% всех предполагаемых случаев материнской смерти в мире, в то время как в Индии этот показатель значительно снизился — до 8% (WHO, n.d.a).

Несмотря на то, что темпы роста населения играют определенную роль в этих тенденциях (население Нигерии увеличилось вдвое в период с 1990 по 2020 год, в то время как население Индии выросло в 1,6 раза), основная проблема заключается в том, что показатели материнской смертности в Индии резко снизились, в то время как в Нигерии этого не произошло. Успех Индии часто связывают с улучшением доступа к качественным услугам по охране материнского здоровья и усилиями по обеспечению доступности этих услуг (Exemplars in Global Health, 2023; Singh, 2018), а также инициативами по устранению последствий дискриминации по признаку гендера для здоровья. Например, одно исследование показало, что политика, направленная на обеспечение гендерного равенства (увеличение числа женщин-врачей, усиление институциональной поддержки медсестер и уважения к ним, содействие расширению прав и возможностей коллективов женщин), была связана с улучшением показателей здоровья населения и расширением доступа женщин к медицинским услугам (Nay and others, 2019). Согласно другому исследованию, увеличение доли женщин в политике было связано с увеличением числа центров первичной медико-санитарной помощи и общинных медицинских центров, государственных амбулаторий и больниц (Heumann and others, 2019). Другие эффективные программы поощряют уважительный уход до, во время и после родов и предоставляют бесплатный дородовой уход.

Но это тематическое исследование — исследование растущего неравенства в области охраны материнского здоровья между двумя странами — становится гораздо

сложнее, если рассматривать неравенство внутри этих же стран. В обоих странах некоторые группы женщин получают необходимую помощь, в то время как другие — нет. Резкие различия в материнской смертности отмечены в различных районах Нигерии, например, значительно более высокие показатели смертности среди женщин в городских трущобах и сельской местности, а также более высокие коэффициенты материнской смертности на севере страны по сравнению с югом (Babajide and others, 2021; Gulumbe and others, 2018; Anastasi and others, 2017). Изучение связанных с этим факторов уязвимостей, таких как детские браки и присутствие квалифицированного медицинского персонала при родах, с разбивкой по этнической принадлежности, географическому положению и доходу, выявляет еще большее неравенство (UN Women, 2018). В Индии также по-прежнему сталкиваются со значительным неравенством в уровнях риска материнской смертности. Недавнее исследование по всем 640 округам Индии выявило, что, несмотря на то, что треть округов достигли цели ЦУР по снижению коэффициента материнской смертности ниже 70 случаев на 100 000 живорождений, в 114 округах коэффициент материнской смертности по-прежнему составляет 210 или более смертей на 100 000 живорождений (Goli and others, 2022). Самый высокий показатель — 1671 случай на 100 000 рождений — наблюдается в округе Тируп штата Аруначал-Прадеш, сельской местности с высокой долей коренных народов. Несмотря на то, что дезагрегирование таких показателей по социально-экономическим группам, этнической принадлежности, касте или религии является сложной задачей, эти факторы, несомненно, играют определенную роль в состоянии здоровья. Например, несмотря на право всех женщин на бесплатные услуги в области охраны здоровья матерей (Beckingham and others, 2022), женщины из наиболее обездоленных каст и групп коренного населения получают меньше дородовой, послеродовой и акушерской помощи или не получают ее вообще (Raghavendra, 2020; Yadav and Jena, 2020; Saroha and others, 2008). Главный урок, извлеченный из этих тематических исследований, заключается в том, что все неравенства — в том числе между странами и внутри самих стран — требуют неотложного внимания, так как ни одно общество или регион еще не достигли целей, к которым мы сообща стремимся.

## Необходимое ускорение

В последних оценках за 2023 год, где использованы наилучшие имеющиеся глобальные данные и передовой опыт, утверждается, что уровень материнской смертности по состоянию на 2020 год мало изменился за предыдущие пять лет — и оказался, к сожалению, далек от цели, поставленной в 1994 году (UNFPA, 1994). Критики могут предположить, что это означает, что цель 1994 года оказалась недостижимой, но данные, полученные сегодня в нескольких странах, указывают на то, что показателей материнской смертности, равные 1 или 2 смертям на 100 000 рождений, действительно можно достичь (WHO and others, 2023). Что это означает для состояния материнской смертности на сегодняшний день? К сожалению, оценить прогресс в снижении материнской смертности в режиме реального времени в настоящее время невозможно, причем не только из-за того, что данных недостаточно, но и потому, что официальная обновленная информация публикуется спустя несколько лет после периода, к которому относится. В результате отмечается значительная неопределенность в отношении текущего состояния прогресса, в особенности после глобальной пандемии COVID-19. Самые последние оценки содержат данные, охватывающие только первый год пандемии, время, в течение которого эксперты из всех сил пытались понять, какая доля от общего числа смертей от COVID-19 была также косвенно связана с родовспоможением (WHO and others, 2023). В настоящее время истинные масштабы влияния пандемии на уровень материнской смертности остается неизвестным.

Однако некоторые данные *свидетельствуют* о тревожном росте показателей материнской смертности в некоторых частях Европы, Северной Америки и Латинской Америки и Карибского бассейна. Этот рост является существенным и достаточно распространенным, чтобы компенсировать снижение смертности в других странах. В результате это привело к стагнации глобальных показателей материнской смертности в период с 2016 года. Без более свежих

данных неясно, возможен ли дальнейший рост материнской смертности из-за последствий пандемии или недавний рост пошел на убыль (WHO and others, 2023).

Несмотря на подобную неоднозначность, уже достигнутый прогресс вселяет надежду. Во-первых, общее число ежегодных случаев материнской смертности значительно сократилось с 1994 года, что обнадеживает, учитывая, что население планеты резко выросло с 5,7 миллиарда в 1994 году до 8,1 миллиарда в 2024 году (UN DESA, 2022a). Во-вторых, данные сами по себе также являются признаком прогресса. С каждым итеративным улучшением сбора и анализа данных сами собой появляются решения — и порой там, где мы меньше всего этого ожидаем.

Например, по некоторым оценкам, около трети общего снижения материнской смертности связано со снижением рождаемости, при этом более широкое использование средств контрацепции приводит к меньшему числу беременностей и более безопасным интервалам между беременностями (Snow and others, 2015). Другие исследования показывают, что удовлетворение неудовлетворенной потребности в контрацепции может предотвратить более половины материнских смертей просто потому, что сократит количество беременностей в зрелом и молодом возрасте, когда риск выше, увеличит интервал между родами и снизит вероятность небезопасных аборт (Utomo and others, 2021; Chola and others, 2015; Ahmed and others, 2012). Между тем, распространенность нежелательных беременностей и неудовлетворенная потребность в контрацепции усугубляются многочисленными аспектами неравенства, включая возраст, социально-экономический статус, расу и этническую принадлежность (Anik and others, 2022; Sully and others, 2020; Kim and others, 2016), что опять обращает внимание мировой общественности на сообщества, которые нуждаются в помощи.

Накопленные за десятилетия данные также подчеркивают роль небезопасных абортов в повышении материнской смертности. Эта



## Измерение дискриминации

В соответствии с Целями в области устойчивого развития международное сообщество стремилось измерить долю людей, сообщивших о случаях дискриминации или притеснения за предыдущие 12 месяцев, рассматривая формы дискриминации, запрещенные международным правом в области прав человека. Эти данные показали, что почти каждый шестой человек сталкивался с дискриминацией в течение последних 12 месяцев, а в определенных условиях — каждый третий. Глобальная распространенность дискриминации, как правило, выше среди женщин, и в определенных социальных контекстах женщины в три раза чаще, чем мужчины, сообщают о дискриминации. Аналогичным образом, люди с инвалидностью сталкиваются с дискриминацией почти в два раза чаще, чем лица без инвалидности, причем в определенных контекстах соотношение достигает 6 к 1.

### Формы дискриминации

Расовая дискриминация\*, обусловленная такими факторами, как этническая принадлежность, цвет кожи или язык, является наиболее распространенным видом дискриминации или домогательств, которому жертвы придают огласку, при этом в среднем 6% населения мира сообщили о дискриминации по этим признакам за последний год. В экстремальных обстоятельствах это значение может достигать почти 24%.

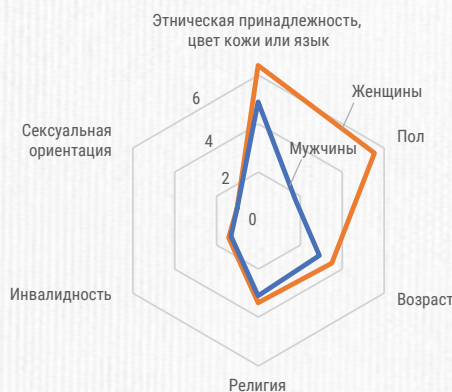
Межсекторальная дискриминация усугубляет проблемы, с которыми сталкиваются уязвимые группы, в особенности женщины и люди с инвалидностью, заявившие об усилении дискриминации по признаку их этнического происхождения, цвета кожи и языку. В некоторых национальных контекстах до четырех раз больше женщин или в шесть раз больше людей с инвалидностью подвергаются дискриминации по сравнению с мужчинами или людьми без инвалидности.

Дискриминация по признаку возраста и пола затрагивает в среднем 4% населения земного шара. В некоторых регионах дискриминация по признаку пола затрагивает почти 19% населения, при этом отмечаются существенные различия между мужчинами и женщинами. На каждого мужчину, сталкивающегося с дискриминацией по признаку пола, приходится четыре женщины, при этом в конкретных условиях страны это соотношение может достигать 1 к 20.

\* Термин «раса» используется здесь в соответствии с международными договорами по правам человека. Он не подразумевает принятия теорий, стремящихся определить существование отдельных человеческих рас.

## ➤ ДИАГРАММА 4

Доля лиц, подвергающихся дискриминации, отдельные признаки дискриминации, 2015–2023 годы (в процентах)



Источник: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 2024 год

В дискриминации по признаку возраста наблюдаются самые высокие межстрановые различия, причем в некоторых местах ее показатели достигают чуть более 34%. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что, по словам группы населения более молодого возраста, они сталкиваются с непропорционально большим количеством случаев дискриминации по возрасту.

### Прогресс и возможности для улучшения

С 2023 года число стран, измеряющих дискриминацию, увеличилось на 25%, что следует считать значительным достижением. Тем не менее, мы можем еще многого добиться: менее половины всех стран систематически собирают мнения тех, кто оказался в уязвимом положении из-за дискриминации, и сообщают о них. Существующей практике сбора данных также не хватает детализации, необходимой для всеобъемлющего, дезагрегированного анализа дискриминации.

Praia Group, надеясь решить эту проблему, разрабатывает статистику государственного управления, включая статистику недискриминации и равенства, а также способствует продвижению подхода к данным, основанного на правах человека.

Этот текст был подготовлен Управлением ООН по правам человека.



связь была установлена еще в 1987 году, когда на Конференции по безопасности материнства были представлены результаты исследования, проведенного в Эфиопии, согласно которому более половины случаев материнской смертности в Аддис-Абебе были вызваны инфекциями из-за небезопасных аборт (Cohen, 1987). Сегодня причинно-следственная связь больше не вызывает сомнений: небезопасный аборт остается ведущей причиной материнской смертности — на его долю приходится, по оценкам, каждая 13 материнская смерть во всем мире (Say and others, 2014). Растущий объем фактических данных также демонстрирует, что юридические ограничения не снижают частоту аборт и что легальный доступ к безопасному абарту действительно снижает материнскую смертность (Bearak and others, 2020;

Latt and others, 2019; Haddad and Nour, 2009). Фактические данные также свидетельствуют о том, что ограничения доступа к абартам, вероятно, усугубят существующее неравенство в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав (Fuentes, 2023; Harned and Fuentes, 2023). Увеличивающийся вес этих данных может способствовать тому факту, что за последние 30 лет более 60 стран устранили законы, ограничивающие право на абарт. Тем не менее, сегодня около четверти всех женщин репродуктивного возраста живут в районах, где абарты полностью запрещены или разрешены только для спасения жизни женщины или при особых обстоятельствах, таких как беременность в результате изнасилования (Center for Reproductive Rights, n.d.).

## Хартия инклюзивных данных

В 2018 году ЮНФПА присоединился к глобальной сети правительств, бизнеса, филантропов и неправительственных организаций, приняв участие в запуске Хартии инклюзивных данных — обязательство улучшить качество, количество, финансирование и доступность инклюзивных и дезагрегированных данных. Хартия руководствуется пятью принципами (Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018):

**Все группы населения должны учитываться при сборе данных.** Только расширяя возможности самых уязвимых, мы сможем достичь цели «никого не обходить вниманием». Это означает обеспечение того, чтобы их голоса были услышаны, а их опыт представлен с помощью данных и аналитики.

**Все данные должны, по возможности, быть дезагрегированы, чтобы с точностью описать все группы населения.** Данные должны быть дезагрегированы по полу, возрасту, географическому положению и статусу инвалидности и, по возможности, по уровню дохода, происхождению, этнической принадлежности, миграционному статусу и другим соответствующим характеристикам.

**Данные следует собирать из всех доступных источников.** Необходимо обеспечить доступ к высококачественным, своевременным данным из официальных и неофициальных источников, при этом следует включать новые источники данных, соответствующие признанным на международном уровне статистическим стандартам.

**Лица, ответственные за сбор данных и подготовку статистических данных, должны нести ответственность.** Принципы прозрачности, конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни должны соблюдаться и соответствовать национальным законам и основополагающим принципам официальной статистики, чтобы гарантировать, что персональными данными не злоупотребляют или не используют неверно (United Nations Statistics Division, 2014).

**Необходимо укреплять кадровый и технический потенциал для сбора, анализа и использования дезагрегированных данных, в том числе посредством достаточного и устойчивого финансирования.** Сбор и анализ дезагрегированных данных требует определенных навыков и поддержки.



# Африканские переписи населения стремятся охватить всех

Начав свою карьеру в качестве школьного учителя в Объединенной Республике Танзания, Джонас Любаго обратился в местный банк, чтобы открыть счет, но получил отказ. Причина: он слеп. Согласно политике банка, любого слепого или слабовидящего человека должно сопровождать уполномоченное лицо для проведения даже самых простых транзакций. По словам г-на Любаго, это было непрактично и несправедливо.

Профессия школьного учителя была второй в списке г-на Любаго. Он поступил в университет с намерением изучать юриспруденцию, но его научный руководитель отговорил его от этого, поскольку никакая рекомендуемая к прочтению литература не была на языке Брайля. «Он сказал мне, что я потерплю неудачу», — рассказал г-н Любаго.

Это случилось два десятилетия назад. Несмотря на то, что с годами ситуация улучшилась, люди с инвалидностью в Объединенной Республике Танзания по-прежнему сталкиваются с целым рядом препятствий, когда занимаются своей повседневной деятельностью или нуждаются в государственных услугах, таких как здравоохранение и образование. Клиника может находиться прямо за углом от дома

человека в инвалидном кресле, но если подняться можно только по лестнице, или если кабинеты для консультаций слишком малы, чтобы можно было закрыть дверь для сохранения конфиденциальности, или если туалеты не оборудованы должным образом, эта услуга им недоступна. «И это дискриминация», — уточняет г-н Любаго, который сегодня является генеральным секретарем Танзанийской федерации организаций людей с инвалидностью.

В 2012 году страна начала выявлять людей с инвалидностью в ходе очередной переписи населения. Тем не менее, в переписи не учитывался широкий спектр категорий инвалидности и степень инвалидности. «Существовал спрос на более качественные данные — как со стороны сообщества инвалидов, так и со стороны правительства», — заявил главный статистик и координатор национальной переписи Сеиф Кученго.

Информация, собранная в ходе переписи, имеет критически важное значение. Как государство-участник Конвенции о правах инвалидов, Объединенная Республика Танзания взяла на себя обязательство обеспечивать и поощрять «полную реализацию всех прав человека и основных свобод для всех людей

с инвалидностью». Тем не менее, учреждениям требуются данные для того, чтобы сделать предлагаемые ими услуги общедоступными.

Кученго рассказал, что чиновники стремились как можно раньше привлечь представителей сообщества людей с инвалидностью к разработке самой последней переписи, в том числе к планированию и обучению счетчиков. Любаго, который оставил свою преподавательскую работу, объединил усилия с правительственными учреждениями, чтобы в ходе переписи был принят более обширный и разнообразный набор стандартизированных на международном уровне вопросов об инвалидности. Всего было задействовано около 400 человек с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. Было включено около 17 различных категорий инвалидности или нарушений здоровья, также можно было указать группы инвалидности.

По словам г-на Кученго, предварительные результаты национальной переписи населения 2022 года показывают, что около 11% населения имеет по крайней мере один тип инвалидности или нарушений здоровья. Этот уровень примерно на 2 процентных пункта выше, чем в 2012 году, но увеличение является результатом



более комплексного подхода недавней переписи к учету людей с инвалидностью. Г-н Любаго надеется, что новые данные переписи покажут, насколько велико и важно сообщество людей с инвалидностью, и приведут к тому, что люди с инвалидностью смогут участвовать в принятии решений на местном и национальном уровнях.

В дополнение к получению более качественных данных о людях с инвалидностью, перепись 2022 года также обеспечила инновационный и более полный подсчет кочевников. Поскольку эти сообщества постоянно находятся в движении в поисках продовольствия, правительству пришлось связаться с ними заблаговременно, чтобы убедиться, что они останутся на одном месте во время проведения переписи. Это означало позаботиться о том, чтобы у семей было достаточно еды, чтобы пережить двухдневный общенациональный подсчет.

Объединенная Республика Танзания — не единственная страна, предоставляющая более качественные данные о людях с инвалидностью. Например, перепись населения Малави 2018 года также включила альбинизм в число показателей, связанных с инвалидностью. Люди с альбинизмом подвергаются многочисленным формам



Анастасия Джеральд, 23-летняя жительница Кахамы, Объединенная Республика Танзания, — опытная активистка, живущая с инвалидностью в рамках программы «Мой выбор — мои права», финансируемой правительством Финляндии. Программа направлена на ускорение прогресса в осуществлении прав женщин и девочек, в особенности людей с инвалидностью, и призвана способствовать искоренению гендерного насилия, калечащих операций на женских половых органах и детских браков. Фото © UNFPA Tanzania/Ayubu Lulesu

дискриминации и часто сталкиваются с риском насилия или смерти. С 2006 года Независимый эксперт Организации Объединенных Наций по вопросу о реализации прав человека лицами с альбинизмом получил около 800 сообщений из 28 стран о ритуальных нападениях и обвинениях в колдовстве против людей с этим генетически унаследованным недостатком меланина в волосах, коже или глазах (OHCHR, n.d.c).

Заместитель директора  
Департамента демографической

и социальной статистики  
Малави Исаак Чирва заявил:  
«У многих возникают проблемы с передвижением внутри сообщества или даже с посещением школы, потому что они боятся подвергнуться нападению». До переписи населения 2018 года имелись лишь ограниченные данные о количестве людей с альбинизмом и о том, где они проживали, объяснил г-н Чирва, и без этой информации политикам было трудно принимать меры, чтобы обеспечить людям безопасные условия жизни и возможность осуществлять свои права.



## Данные как право человека

Данные предназначены не только для правительств, разработки политики или планирования бюджета. Данные нужны всем нам и повсюду для поддержки наших усилий по пониманию, участию, принятию решений и защите своих прав. Тем не менее, во многих отношениях данные — это своеобразная лотерея. Наличие необходимых нам данных зависит от места нашего проживания. В то время как некоторые факторы, такие как

пол, благосостояние или доход, география и возраст, как правило, учитываются в опросах и анализе, дезагрегирование по этнической принадлежности, происхождению, языку, религии или принадлежности к коренному населению все еще проводится достаточно редко. Дезагрегированные данные, показывающие доступ к услугам в зависимости от ВИЧ-статуса, миграционного статуса или идентичности ЛГБТКИА+, встречаются еще реже.




Когда-то вопросы инвалидности рассматривались редко, но доступность данных в этой области быстро растет. Однако во многих областях по-прежнему существуют пробелы. Например, мониторинг видимых нарушений здоровья опережает мониторинг сенсорных нарушений, который, в свою очередь, опережает мониторинг психических нарушений и нарушений интеллектуальных способностей.

Более того, существуют категории лиц, которые Организация Объединенных Наций и основные региональные системы практически никогда не учитывают в данных, такие как лица, которым грозит безгражданство, внутренне перемещенные лица и заключенные. Иногда их изоляция становится явной (например, в ходе обследования населения может быть отмечено, что были исключены перемещенные лица, живущие в лагерях, или заключенные тюрем), но чаще всего она остается невидимой и неопознанной.

Доступ к публичной информации — это фундаментальное право человека, закрепленное международным правом и многими региональными системами, такими как Африканский союз, Совет Европы и Организация американских государств (статья 19, 2012 г.). Такой доступ считается

стимулирующим правом, которое позволяет реализовывать другие права человека. Более того, право на информацию имеет важное значение для обеспечения прав на равенство и на жизнь без дискриминации. В то время как некоторые нарушения прав могут быть установлены с помощью одной точки данных (например, для права на свободу от пыток требуется только один установленный случай применения пыток, чтобы доказать, что это право было нарушено), выявление системной дискриминации требует сбора и использования репрезентативных и дезагрегированных данных. Без этих данных невозможно определить, приводят ли законы, политика и программы, какими бы внешне нейтральными они ни казались, к дискриминации.

То, что в этой главе основное внимание уделяется недостаточности данных о материнской смертности, не означает, что это единственная проблема. Скорее, это один из многих — слишком многих — случаев, когда отсутствие данных означает увековечение ужасающего неравенства. Например, начиная с 1990-х годов в соглашениях Организации Объединенных Наций признается серьезная нехватка данных о гендерном насилии, а также согласованных мерах по борьбе с таким насилием, что делает невозможным мониторинг.



**Данные нужны всем нам и повсюду для поддержки наших усилий по пониманию, участию, принятию решений и защите своих прав.**



## Почему не ведется сбор дезагрегированных данных?

Многие страны долгое время утверждали, что определенных подгрупп населения просто не существует на их территории — и для таких утверждений могли быть веские причины, поскольку стигматизация и дискриминация часто вынуждают людей скрывать свою индивидуальность, что чрезвычайно затрудняет сбор данных. Но есть и другие причины, по которым страны не собирают и не публикуют дезагрегированные данные. Проблемы включают расходы (Avendano and others, 2018) и потенциал (Backman and others, 2008), а также политическую чувствительность (Backman and others, 2008) и риски (Backman and others, 2008).

Дезагрегирование данных действительно сопряжено с определенными расходами. Например, достижение достаточных размеров выборки может быть сопряжено с большими расходами. Обследование, в котором представлены дезагрегированные по многим характеристикам данные, может оказаться либо крайне объемным, либо содержащим менее надежные с точки зрения статистики элементы. Однако существуют способы снизить расходы. Например, многоиндикаторные кластерные обследования (MICS), как правило, проводятся по всей стране, но специальные обследования были проведены исключительно среди общин рома в ряде европейских стран (например, в Северной Македонии и Сербии). Такие обследования способны выявить глубокое неравенство. Например, обследование MICS в кенийском округе Туркана показало, что лишь около 26% родов женщин Туркана принимали квалифицированные акушеры, в то время как этот показатель для женщин из других этнических групп составил 84% (Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and UNICEF, 2016).

Верно также и то, что определенные виды сбора данных могут привести к злоупотреблениям и неправильному использованию данных. Например, отслеживание еврейских и цыганских общин способствовало геноциду во многих европейских странах во время Второй мировой войны, и в результате большая часть из этих стран сегодня избегают составления этнической статистики (Al-Zubaidi, 2022). Аналогичным образом, после геноцида в Руанде страна

не определяла этническую принадлежность в своих демографических обследованиях и обследованиях в области здравоохранения, даже несмотря на существовавшие опасения по поводу сохраняющейся уязвимости групп коренных жителей лесов (Ndikubwimana and others, 2023; Collins and others, 2021). В последние годы указание религии и этнической принадлежности в документах, удостоверяющих личность, было связано с дискриминацией. В ответ на эти опасения Управление Верховного комиссара по правам человека опубликовало руководящую записку о правозащитном подходе к сбору и анализу данных, в которой рекомендуется собирать данные (OHCHR, 2018) при активном участии групп, находящихся в неблагоприятном положении, дезагрегировать их, чтобы обеспечить понимание различий между группами, разрешить самоидентификацию членам группы, обеспечить прозрачность процессов сбора данных, ответственность лиц, собирающих данные, и конфиденциальность всех данных, а также уважение частной жизни отдельных лиц.

Наконец, некоторые правительства и учреждения избегают сбора дезагрегированных данных из-за опасений, что данные создадут или усугубят политическую и социальную напряженность. Они предполагают, что данными могут воспользоваться политические оппоненты или критики нынешней власти. Однако отказ от сбора данных не делает неравенство менее очевидным в жизни тех, кто находится в уязвимом положении. По сути, подобный подсчет ставит политическое преимущество выше долгосрочного развития и интеграции групп, находящихся в неблагоприятном положении.

Не все перечисленные риски возникнут во всех случаях, но любые риски и расходы должны быть тщательно взвешены с учетом потенциальных выгод в каждом конкретном случае. Решение не собирать данные может отражать недостаточную приверженность государства пониманию и охвату наиболее уязвимых и исключенных слоев населения или то, что его лидеры ставят краткосрочное преимущество в политике выше долгосрочного развития и интеграции. Как утверждает Группа по защите прав меньшинств, отсутствие данных — это тоже данные (Thomas, 2023).

Только в 2013 году ВОЗ впервые опубликовала глобальные и региональные оценки насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лиц, не являющихся партнерами, в отношении женщин. В то время данные представили 79 стран. К 2019 году данные представили 153 страны (García-Moreno and Amin, 2019).

И во многих случаях данных по-прежнему не существует или существует в ранней форме. Задача 5.6.1. ЦУР отслеживает долю женщин в возрасте 15–49 лет, которые самостоятельно принимают обоснованные решения относительно сексуальных отношений, использования контрацептивов и охраны репродуктивного здоровья. Этот глобальный индикатор чрезвычайно важен — это первая в истории общемировая попытка измерить и провести мониторинг телесной автономии. Однако только треть стран располагают официальными данными в области ЦУР. Анализ, основанный на данных из 69 стран за 2007–2022 годы, показывает, что решения относительно своего сексуального и репродуктивного здоровья и прав самостоятельно принимают чуть более половины (56%) замужних или состоящих в гражданском браке женщин в возрасте от 15 до 49 лет (UNFPA, 2024a). Существование этого показателя свидетельствует о растущем признании того, что ограничения автономии женщин приводят к последствиям для всего общества (Menendez and others, 2023; UN Women, 2018). Однако многое еще предстоит сделать, и эксперты призывают к принятию дальнейших мер для обеспечения более широкого понимания опыта женщин в области репродуктивного здоровья.

Тем не менее, за последние 30 лет был достигнут значительный прогресс. В Программе действий МКНР содержится призыв к правительствам и учреждениям «укреплять национальные системы данных» (UNFPA, 1994), необходимые для получения высококачественных дезагрегированных данных, без которых невозможно выявить и локализовать уязвимые группы, принять меры для поддержки их развития и ежегодно отслеживать прогресс

по соответствующим показателям. С 1994 года в системах демографических данных произошли значительные преобразования, не последним из которых стала оцифровка мировых данных. Системы данных для переписей, обследований, регистрации актов гражданского состояния и статистических данных о естественном движении населения, а также стандартных данных сектора здравоохранения позволили ускорить обработку данных, расширили доступные типы данных и предложили решения для сокращения расходов. Геопространственные данные и спутниковые снимки предоставляют бесценные возможности для более точного определения местоположения. Тем не менее, недостаточное развитие и финансирование означают сохраняющееся несовершенство многих национальных систем данных (UNFPA, 2024c). Более того, несмотря на ожидаемое появление новых систем обработки данных и инноваций существующих систем, необходимо обеспечить защиту от рисков для прав человека, связанных с новыми цифровыми и технологическими достижениями человечества (UNFPA, 2024b).

Спустя тридцать лет после своего создания Программа действий МКНР продолжает оставаться убедительной дорожной картой на пути к лучшему миру. Путь к прогрессу не является ни предсказуемым, ни линейным, но, несмотря на кризисы и неудачи прошедших десятилетий, есть веские основания сохранять надежду. Мы можем создать мир, в котором каждая беременность желанна, каждые роды безопасны, и все молодые люди могут раскрыть свой потенциал. Мы можем. Мы должны. И вместе мы сделаем это.



## Кто настолько важен, чтобы быть включенным в оценку? История матерей-подростков

При разработке политики и сборе данных часто возникает невысказанное предположение, что измеряются те вещи, которые имеют значение, и что важны те, кто оказывается измерен. И все же настоящий доклад не подтверждает эту гипотезу.

Одним из ярких примеров является сбор данных о фертильности среди подростков (т. е. фертильности среди девочек и молодых женщин в возрасте 10–14 и 15–19 лет). Подростковое деторождение широко распространено: по оценкам, ежегодно рожают полмиллиона девочек в возрасте от 10 до 14 лет и 12,8 миллиона подростков в возрасте от 15 до 19 лет (UN DESA, 2022b). Раннее материнство, в особенности в случае подростков самого младшего возраста, является «формой гендерного насилия. Принуждать кого-либо к беременности или каким-либо другим действиям со своим телом без желания девочки — это насилие», — говорит Кармен Баррозу, сопредседатель Независимой группы по вопросам подотчетности, назначенной Генеральным секретарем ООН. Осложнения в результате беременности и родов являются основной причиной смертности среди девочек-подростков и имеют социальные и экономические последствия для женщин, девочек и их семей. Тем не менее, во многих странах политика и программы, необходимые для сокращения числа ранних деторождений, основаны на

неполных данных, в которых часто отсутствует разбивка по возрасту и другим важным характеристикам.

Хорошая новость заключается в том, что стало доступно больше данных, позволяющих получить представление о масштабах и сложности деторождения в подростковом возрасте во всем мире. Это особенно актуально после принятия Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в которой содержится призыв к представлению отчетности о показателях рождаемости среди подростков в качестве индикатора прогресса в достижении всеобщего доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. И все же основным критерием для представления отчетности по этому показателю, ЦУР 3.7.2, а также для оценки коэффициентов рождаемости и фертильности по возрастным группам в «Мировых демографических перспективах» Организации Объединенных Наций (UN DESA, 2022b), являются доступность и качество данных из различных источников. Следовательно, в наших знаниях остаются пробелы.

### Неодинаковое качество данных в разных странах

На диаграмме 5 показана оценка доступности данных о подростковой фертильности во всем мире в период с 2015 года, представляющих широкий спектр источников различной полноты и надежности.

Эта оценка выявила наиболее тревожные пробелы в данных (только тех, которые представлены эпизодически или отсутствуют вообще) в 67 странах, где проживает 20% всех девочек в возрасте от 15 до 19 лет. Все 67 стран расположены в Африке к югу от Сахары, Азии, Карибском бассейне и Океании.

Напротив, наилучшие данные доступны по странам Европы и Северной Америки, а также по отдельным странам из других регионов. В целом эти государства представляют 78 стран, на долю которых приходится 16% девочек и молодых женщин во всем мире.

В более широком смысле самое низкое качество и доступность данных наблюдаются в регионах, где имеющаяся информация свидетельствует о более высоких показателях фертильности среди подростков, которые в некоторых странах напрямую связаны с высокими показателями детских браков (Molitoris, 2023). Напротив, наилучшее качество и доступность данных, как правило, наблюдаются в странах с очень низким уровнем детских браков и подростковой беременности.

### Неодинаковое качество данных внутри стран

Различия в качестве данных существуют не только между странами, но и внутри них. В Бразилии, стране, относящейся к категории (см. диаграмму 5) стран, где, как считается, наилучшие



показатели рождаемости в разбивке по возрасту матери, показатели регистрации рождений постоянно улучшаются, увеличившись примерно с 80% в 1990-х годах до более чем 96% в последние десятилетия (UNICEF,

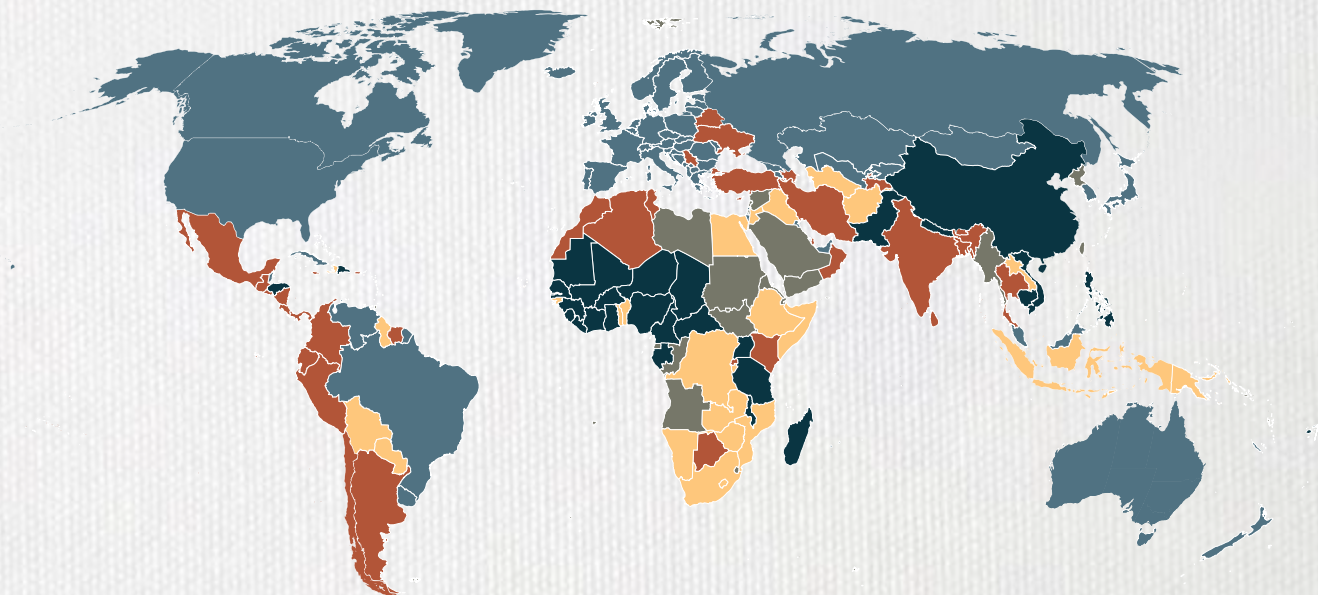
2023a; Hunter and Sugiyama, 2018). Однако в группе с самым низким уровнем дохода регистрируется около 88% рождений, в то время как в группе с самым высоким уровнем дохода этот показатель превышает 98%.

На диаграмме 6 показано, что, несмотря на проблемы, наблюдалось постоянное улучшение качества оценок коэффициента рождаемости среди подростков.

## ➤ ДИАГРАММА 5

**Число рождений на 1000 девочек в возрасте от 15 до 19 лет, данные доступны за период с 2015 года и далее**

- Достоверные данные о регистрации актов гражданского состояния
- Только регистрация актов гражданского состояния (неполная) или сочетание регистрации актов гражданского состояния и обследования
- Обследование – высокая доступность
- Обследование – мало данных или только данные переписи
- Нет данных



Источник: UN DESA, 2024

Примечание: Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций определил пять категорий доступности данных. Страны группы 1 располагают наилучшими оценками числа рождений в разбивке по возрасту матери, представленными в системах регистрации актов гражданского состояния и системах статистического учета естественного движения населения (CRVS), с полным охватом. Страны группы 2 располагают данными из неполных систем регистрации рождений (CRVS) или комбинацией неполных регистрационных данных с данными, полученными в результате национальных репрезентативных обследований, таких как демографические обследования и обследования состояния здоровья населения или многоиндикаторные кластерные обследования. Страны группы 3 демонстрируют значительный дефицит данных CRVS и используют данные обследований в качестве основного источника информации. Группа 4 включает страны, располагающие лишь эпизодически доступными данными обследований и/или переписей населения. К группе 5 относятся страны, в которых отсутствуют данные о подростковой фертильности в период с 2015 года.



В Бангладеш – стране с неполными данными о регистрации актов гражданского состояния – в 2019 году было зарегистрировано только 56% рождений (UNICEF, 2023), при этом оценки показателей рождаемости среди подростков необходимо выделять на основе других источников данных, таких как национальные репрезентативные обследования. На диаграмме 7 показаны значительные различия в оценках рождаемости среди подростков в период с 2000 по 2014 год. Тем не менее, с течением времени происходит заметное выравнивание.

**По-прежнему необходимы более качественные и дезагрегированные данные**

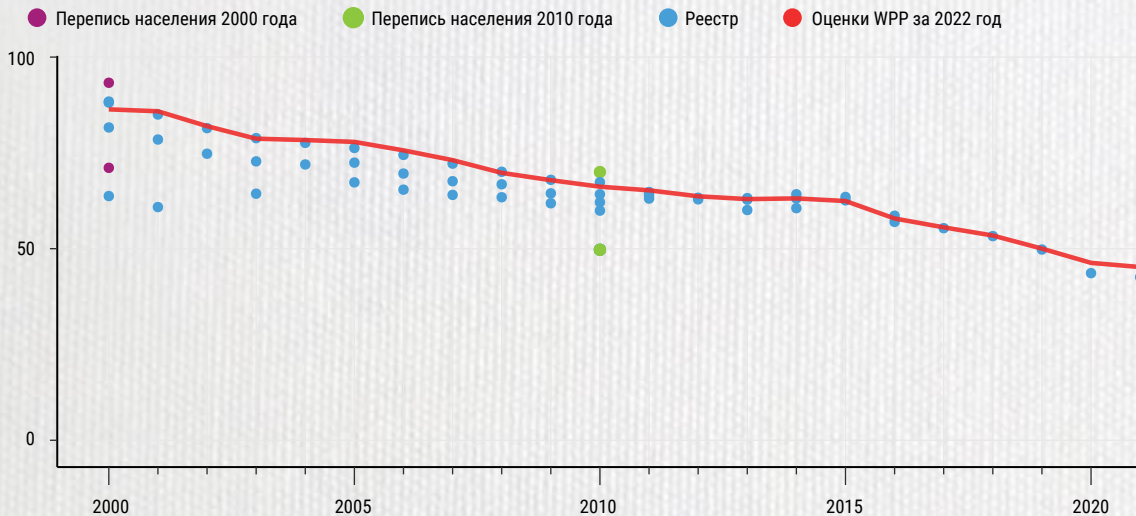
Даже в странах, которые относятся к категории стран с полными данными регистрации актов гражданского состояния и статистического учета естественного движения населения, информация об этнической принадлежности или расе редко доступна. Данные такого рода, как правило, не собираются при регистрации рождений и, следовательно, должны быть дополнены выборочными

обследованиями среди отдельных подгрупп населения.

Одним из таких примеров является Словакия, где при регистрации ребенка не собирается информация об этнической принадлежности матери. Данные опросов среди населения рома показали, что показатель подростковой рождаемости у этой группы неизменно выше, чем у этнических словаков в целом. Сравнение имеющихся данных обследований с 1996 года с данными регистрации актов гражданского состояния и статистического

**➤ ДИАГРАММА 6**

**Сравнение показателей рождаемости в подростковом возрасте среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет в Бразилии из различных источников, 2000–2021 годы**



Источник: UN DESA Population Division, 2024

Примечание: красная линия представляет собой оценку коэффициента рождаемости в подростковом возрасте среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет по данным «Мировых демографических перспектив»: пересмотренный вариант 2022 года» за последние 20 лет. Синие точки – это показатели рождаемости среди подростков, учтенных с помощью систем CRVS, а розовыми и зелеными точками показаны оценки, полученные в ходе переписей 2000 и 2010 годов. Несколько точек одного цвета за один и тот же год показывают широкий диапазон значений, полученных из различных источников, который со временем сужается, что указывает на общее улучшение качества данных.



учета естественного движения населения по всему населению этнических словаков показывает, что подростковая рождаемость среди населения рома оказалась в среднем более чем в 7 раз выше, чем среди всех словаков. Самые последние показатели за период с 2016 по 2018 год свидетельствуют лишь о незначительном сокращении различий, при этом показатели подростковой рождаемости среди девочек из числа рома по-прежнему более чем в 6 раз выше, чем среди всех словацких подростков (Nestorová Dická, 2021).

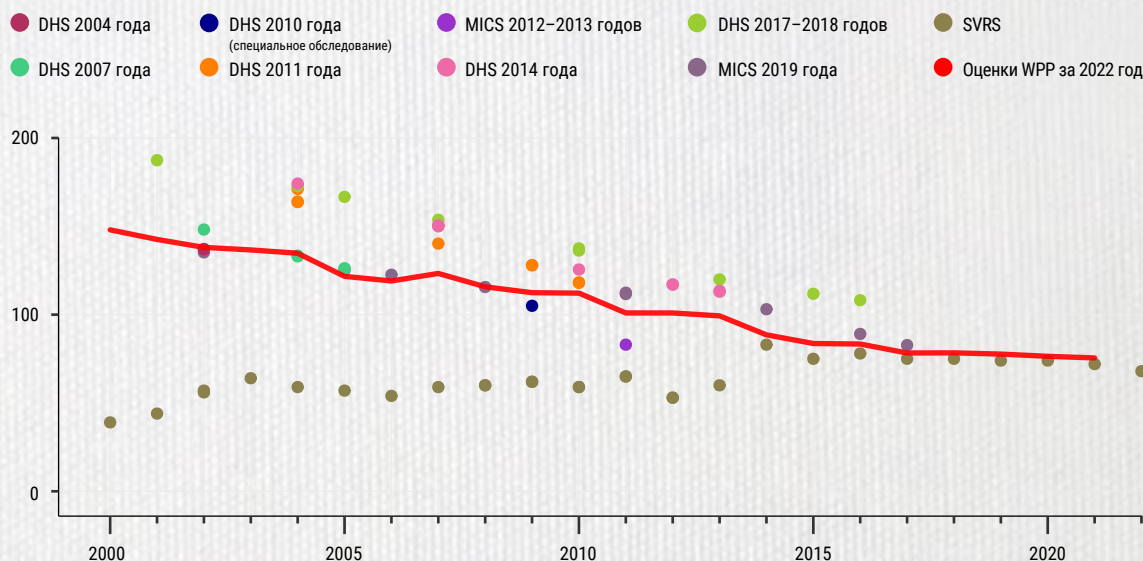
В целом эти результаты демонстрируют, что база эмпирических знаний о подростковой фертильности значительно улучшилась за прошедшее десятилетие. Но они также ясно показывают, что во многих странах и регионах по-прежнему отсутствуют последовательные, своевременные и высококачественные данные, необходимые для разработки политики и программ для девочек-подростков, молодых матерей, их детей и семей. Результаты также подчеркивают важность сбора помимо стандартных

социально-экономических аспектов дополнительной полезной информации с учетом контекста, специфичного для каждой страны. Только тогда могут быть разработаны значимые и эффективные решения для защиты здоровья и прав каждой девочки.

*Этот текст был предоставлен Отделом народонаселения Организации Объединенных Наций.*

## ➤ ДИАГРАММА 7

### Сравнение показателей рождаемости в подростковом возрасте среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет в Бангладеш из различных источников, 2000–2021 годы



Источник: UN DESA Population Division, 2024

Примечание: красная линия представляет оценки коэффициента рождаемости девочек в возрасте от 15 до 19 лет, полученные на основе «Мировых демографических перспектив»: пересмотренный вариант 2022 года» и широкого спектра источников, таких как демографические обследования и обследования состояния здоровья населения (DHS), многоиндикаторные кластерные обследования (MICS) и системы выборочной регистрации. Точки, представляющие различные источники данных, демонстрируют значительные различия в значениях из широкого спектра источников и их сокращение с течением времени (Kisambira and Schmid, 2021). Особенно примечательно, что до 2013 года показатели рождаемости, полученные с помощью системы выборочной регистрации актов гражданского состояния (SVRS), были заметно ниже по сравнению с показателями из альтернативных источников.







# ЖЕНЩИНЫ – ПУТЕВОДНАЯ НИТЬ



Чадская пословица гласит, что женщина — это нить, которая ткёт и укрепляет семейные узы в своем доме. Создавая мирные семьи, женщины, в свою очередь, могут построить мирные общества.






В идеальном мире расширение репродуктивных прав женщин и поощрение равного доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья человека по своей сути диктовалось бы принципами прав человека и социальной справедливости. Однако реальные социально-политические условия часто требуют поддающихся количественной оценке аргументов относительно краткосрочных и долгосрочных результатов инвестиций в такие программы. Действительно, именно такое мнение прозвучало в 1994 году. Несмотря на то, что Программа действий МКНР представляла собой грандиозный шаг прочь от политики контроля за народонаселением к приоритизации прав всех людей, экономическое обоснование, тем не менее, оставалось критически важным для оправдания инвестиций в эти права.

Фактически, экономические и социальные выгоды, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем и репродуктивными правами, были обозначены в качестве *первой* цели Программы действий МКНР: «К числу этих целей и задач относятся: поступательный экономический рост в контексте устойчивого развития; образование, особенно для девочек; равенство и равноправие мужчин и женщин; сокращение младенческой, детской и материнской смертности; а также обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и сексуальное здоровье» (UNFPA, 1994).

Утверждение о том, что сексуальное и репродуктивное здоровье и права человека являются необходимыми факторами для широкомасштабного признания женщин и девочек полноправными субъектами экономики, снова и снова находит подтверждение как в исследованиях, так и в бюджетном учете за последние 30 лет. Инвестиции средств в программы охраны сексуального и репродуктивного здоровья позволяют достичь значительных социальных и экономических выгод на индивидуальном, общественном и национальном уровнях.

Однако существуют более веские аргументы, которые еще предстоит привести. Безусловно, издержки, связанные с нежелательной беременностью, материнской смертностью и инвалидностью (UNFPA, 2022a), инфекциями, передаваемыми половым путем (Owusu-Edusei and others, 2013), и гендерным неравенством, уже достаточно изучены (Wodon and de la Briere, 2018). Однако менее понятными оказались масштабы экономической *выгоды*, которую могут принести программы, направленные на укрепление сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека. Изучение этих выгод было сопряжено со множеством проблем. В первую очередь, комплексное обеспечение сексуального и репродуктивного здоровья и прав относится к широкому кругу вопросов и охватывает их (Starrs and others, 2018): услуги контрацепции; доступ

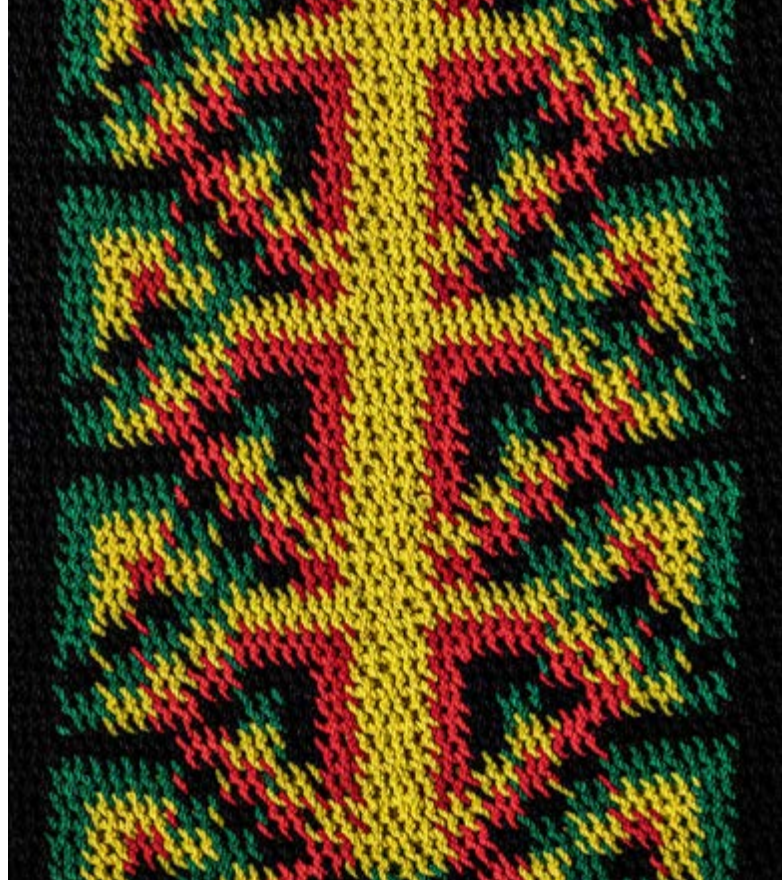


**Экономические и социальные выгоды, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем и репродуктивными правами, были обозначены в качестве первой цели Программы действий МКНР.**

к безопасному аборту там, где это законно; доступ к уходу после аборта; уход за матерями и новорожденными; профилактика и лечение ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем; комплексное половое просвещение; профилактика, консультирование и уход в случае гендерного насилия; профилактика, выявление и лечение раковых заболеваний репродуктивной системы; информация, консультирование и услуги в связи с недостаточной фертильностью и бесплодием; информация, консультирование и услуги в области сексуального здоровья и благополучия, а также многое другое.

Дополнительная проблема при измерении выгод от инвестиций заключается в том, что инвестиции в одну область могут стать причиной экономии средств в других программах; например, инвестиции в средства контрацепции могут снизить потребность в услугах по аборту и охране материнского здоровья (Sully and others, 2020). Для полного понимания выгод от инвестиций во все области сексуального и репродуктивного здоровья и прав потребуются исключительно большой объем исследований. Ситуация еще больше осложняется возможностью того, что причинно-следственная связь между факторами может оказаться двусторонней. Например, осуществление программ в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав может привести к расширению экономических прав и возможностей женщин, однако расширение прав и возможностей может в свою очередь привести к осуществлению программ в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

Последняя трудность заключается в том, чтобы в первую очередь определить объем инвестиций. Инвестиции в различные мероприятия можно рассматривать как поддержку реализации прав в области сексуального и репродуктивного здоровья, но комплексного учета расходов на подобные мероприятия не проводилось. Анализ официальной помощи в целях развития и пожертвований частного сектора за последние три десятилетия может дать некоторое



Дизайн сумки билум, созданной в Папуа — Новой Гвинее, вдохновлен формой женских яичников и фаллопиевых труб.  
© Papua New Guinea

представление о тенденциях в этой области. В докладах Организации Объединенных Наций отмечается, что в период с 1990 по 1999 год объем официальных и частных взносов на решение вопросов народонаселения оставался ниже 2 миллиардов долл. США в год, однако эти взносы заметно возросли с началом реализации Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Ежегодная помощь неуклонно увеличивалась с 2000 по 2011 год, достигнув 12,3 миллиарда долл. США. С 2011 года объем взносов колебался от 9 до 13 миллиардов долл. США в год, а доля помощи, расходуемой на решение вопросов народонаселения, сократилась в процентах от общего объема глобальной помощи. Примечательно, что подавляющее большинство этих расходов пришлось на области сексуального и репродуктивного здоровья, в то время как доля расходов в целях сбора демографических данных



и анализа политики сокращалась (UN ECOSOC, 2024). Все же эти цифры позволяют получить ограниченное представление об общих глобальных инвестициях в сексуальное и репродуктивное здоровье и другие области, поскольку исключают внутренние расходы.

Тем не менее, в подсчете выгод удалось добиться определенного прогресса. В частности, были предприняты усилия по анализу расходов и выгод, связанных с инвестициями в конкретные компоненты сексуального и репродуктивного здоровья и прав. В 2022 году ЮНФПА совместно с Avenir Health, Университетом Джона Хопкинса и другими организациями опубликовали оценки выгод от инвестиций в ликвидацию неудовлетворенных потребностей в планировании семьи и предотвращаемой материнской смертности (UNFPA, 2022). Согласно этим оценкам ЮНФПА, дополнительные расходы в размере 79 миллиардов долл. США на расширение охвата 29 основными мероприятиями в области планирования семьи и охраны материнского здоровья к 2030 году принесут экономические выгоды в размере 660 миллиардов долл. США в период с 2022 по 2050 год. По оценкам, эти расходы позволят предотвратить 400 миллионов незапланированных беременностей, 1 миллион материнских смертей, 6 миллионов мертворождений и 4 миллиона смертей новорожденных, а также приведут к общим экономическим выгодам в форме увеличения продолжительности жизни, участия в рабочей силе, производительности труда и многого другого (UNFPA, 2022).

Институт Гутмахера провел аналогичную количественную оценку воздействия инвестиций в услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, уделив особое внимание более чем 100 основным мероприятиям, охватывающим услуги в области контрацепции, уход за матерями и новорожденными, аборт и лечение основных излечимых инфекций, передающихся половым путем в странах с низким и средним уровнем дохода (Sully and others, 2020). В рамках оценки был учтен тот факт, что

инвестиции в некоторые услуги могут привести к перекрестным выгодам для других показателей в области здравоохранения. Согласно этим оценкам, предоставление такой медицинской помощи будет обходиться в 68,8 миллиарда долл. США в год, или на 31,2 миллиарда долл. США больше текущих инвестиций, что всего на 4,80 долл. США превышает текущие расходы на душу населения в год. В свою очередь, согласно прогнозам, число нежелательных беременностей сократится на 68%, небезопасных абортов — на 72%, а материнская смертность — на 62%. Помимо этого, смертность новорожденных снизится на 69%, а число новых случаев заражения ВИЧ среди младенцев в возрасте шести недель и младше — на 88%.

Институт Гутмахера также подсчитал расходы, необходимые для удовлетворения всех неудовлетворенных потребностей в современных средствах контрацепции, и эти расходы оказались скромными: для перехода от нынешних уровней использования контрацептивов к уровням, которые удовлетворяли бы все неудовлетворенные потребности в современных средствах контрацепции в странах с низким и средним уровнем дохода, расходы следует увеличить с 1,10 до 1,94 долл. США на душу населения. Краткосрочные выгоды от инвестиций в средства контрацепции с лихвой покроют эти расходы: каждый дополнительный доллар, потраченный на услуги в этой области, сократит расходы на уход за беременными и новорожденными на 3 долл. США. Каждый доллар сверх текущего уровня, потраченный, в частности, на услуги в области контрацепции для подростков, наряду с рекомендуемыми инвестициями в уход за беременными и новорожденными, по оценкам, снизит стоимость ухода за беременными и новорожденными на 3,70 долл. США.

Несмотря на существенные отличия между методологиями — в моделях, объеме оценки, сроках и исходных допущениях, — полученные результаты неизменно подтверждали, что при увеличении инвестиций в сексуальное и репродуктивное здоровье могут быть достигнуты значительные выгоды.

## Лица, не охваченные оценками

Оценки наглядно демонстрируют наибольшую необходимость в инвестициях в странах и регионах, которые не были охвачены достижениями в области экономического роста и развития. Неудовлетворенные потребности, например, наиболее высоки в странах с низким уровнем дохода, где почти половина (46%) женщин, желающих избежать беременности, не используют для этой цели современные методы. По данным Института Гутмахера, на страны Африки к югу от Сахары и Южную Азию приходится более трех четвертей общего увеличения инвестиций, необходимых для предоставления всем нуждающимся полного пакета услуг в области репродуктивного здоровья, включая средства контрацепции, а также услуги по охране материнского здоровья и профилактике заболеваний. Многие страны с самым высоким уровнем неудовлетворенных потребностей также входят в число стран с наибольшей долей женщин, которые сообщили, что не имеют возможности самостоятельно сделать выбор в отношении использования средств контрацепции, и в число стран с самыми высокими показателями рождаемости (Sully and others, 2020).

Неудивителен, пусть и не менее трагичен тот факт, что оценки окупаемости инвестиций не способны учитывать расходы на охват тех, кто оказался позади *внутри* стран и сообществ, и выгоды такого охвата. Факторы уязвимости людей и сообществ настолько многочисленны и накладываются друг на друга, а барьеры настолько высоки, что программы в области сексуального и репродуктивного здоровья часто должны разрабатываться индивидуально и адресно, чтобы решить эти проблемы. В одном систематическом обзоре беременности в подростковом возрасте было выявлено, что, среди прочих факторов, «принадлежность к этническому и религиозному меньшинству также увеличивает риск» забеременеть в подростковом возрасте, а также: «маловероятно, что стратегии по сокращению беременности среди женщин

в возрасте до 20 лет окажутся эффективными» без непосредственного устранения специфических для контекста рисков (Pradhan and others, 2015). В лучшем случае для обеспечения доступности и приемлемости информация и мероприятия могут или даже должны создаваться совместно с этими сообществами.

Повлекут ли такие усилия за собой дополнительные расходы или окажутся более дешевыми, сказать сложно, поскольку данные недоступны для ознакомления. Тем не менее, часто инвестиции, необходимые для охвата тех, кто остался без внимания, сталкиваются с сопротивлением. Такое сопротивление можно частично объяснить скудостью данных, пригодных для принятия мер, однако определенную роль также, скорее всего, играют предвзятость, халатность и дискриминация.

Это в совокупности позволяет объяснить, почему имеющиеся данные свидетельствуют о том, что основная часть преимуществ за последние 30 лет в первую очередь пришлась на долю тех, кто находится в пределах охвата крупномасштабными программами в области сексуального и репродуктивного здоровья. Согласно гипотезе обратного равенства (стр. 65), прогресс часто достигается ценой усиления неравенства для наиболее уязвимых слоев населения, по крайней мере на начальном этапе. Однако продолжающийся охват, не требующий дополнительных усилий, вероятно, еще больше усугубит это неравенство и оставит нереализованными конечные цели повестки дня МКНР. Более того, несмотря на потенциально высокие первоначальные расходы, значительный уровень потребностей среди этих обездоленных людей и сообществ может даже означать, что эффективные инвестиции приносят значительно большие выгоды, чем те, которые могли бы быть достигнуты с помощью программ, нацеленных на тех, кого и так легко охватить.

Анализ, представленный в этой главе, рассматривает долгосрочные социальные и, в особенности, экономические выгоды от инвестирования в сексуальное и репродуктивное здоровье,



# Сифилис подчеркивает угрозу здоровью и правам человека: стигматизация

«Сифилис и другие инфекции, передающиеся половым путем, считаются *тайными болезнями*», — заявляет д-р Адель Ботрос, специалист в области дерматологии и венерологии в Египте, вспоминая телефонный звонок, который он получил более десяти лет назад. В больницу обратились с сообщением о случае врожденного сифилиса у новорожденного. Д-р Ботрос немедленно направился туда и попросил у отца разрешения осмотреть пациента, уточнив, что за осмотр не придется платить. Вместо того, чтобы согласиться, отец покинул кабинет; д-р Ботрос больше никогда его не видел.

Стигматизация, связанная с инфекциями, передающимися половым путем, уже давно используется для разделения сообществ и укрепления иерархий, даже если в результате люди отказываются от медицинских услуг, тем самым способствуя дальнейшему распространению болезней. Сифилис, пожалуй, является самым печально известным примером этого. Его описывали по-разному: среди названий встречались «французская болезнь», «неаполитанская болезнь», «польская болезнь», «немецкая болезнь», «испанская болезнь» и «христианская болезнь». Как правило, это делалось сообществами, стремящимися

обвинять в болезни посторонних или врагов (Tampa and others, 2014).

На сегодняшний день случаи сифилиса — бактериальной инфекции, которую чиновники здравоохранения давно надеялись искоренить с помощью антибиотиков, — встречаются все чаще во всем мире. Число случаев увеличилось с 8,8 миллиона в 1990 году до 14 миллионов в 2019 году, при этом заболеваемость за тот же период выросла со 160 до 178 на 100 000 человек (Tao and others, 2023).

Тем не менее, имеющиеся данные указывают на то, что Северная Африка и Ближний Восток преодолели эту тенденцию. Например, в то время как число детей, рожденных с врожденным сифилисом, в Соединенных Штатах с 2016 года увеличилось более чем втрое, заболеваемость врожденным сифилисом в Марокко снизилась (WHO, n.d.b). В 2022 году Всемирная организация здравоохранения объявила, что Оман полностью устранил возможность передачи этого заболевания от матери ребенку (WHO, 2022).

По словам Эллен Амстер, профессора общественного здравоохранения Университета Макмастера в Канаде, эти данные опровергают вековые стереотипы о сифилисе в регионе Арабских государств, история

которого содержит важные для современного мира уроки о болезнях, гендере и власти.

«Сифилис действительно играл важную роль в египетике, — объясняет она. — Сифилис считался одним из тех дегенеративных заболеваний, которые могут уничтожить население». Западные колониальные власти считали, что арабы уязвимы к этому заболеванию. Как отмечено в исследовании профессора Амстер, они даже изобрели новый термин — «дегенеративный и больной араб-сифилитик», — чтобы очернить и принижать мусульман и арабов (Amster, 2016).

«Сифилис был связан с гендерным бесправием, со стыдом за сексуальность, что неизбежно трансформируется в гендерный стыд, — говорит она ЮНФПА. — Французы, решив защитить свои войска от этих «сифилитичных» местных женщин — в Марокко и по всей империи, — просто создали закрытые бордели, которые по сути были тюрьмой для молодых женщин».

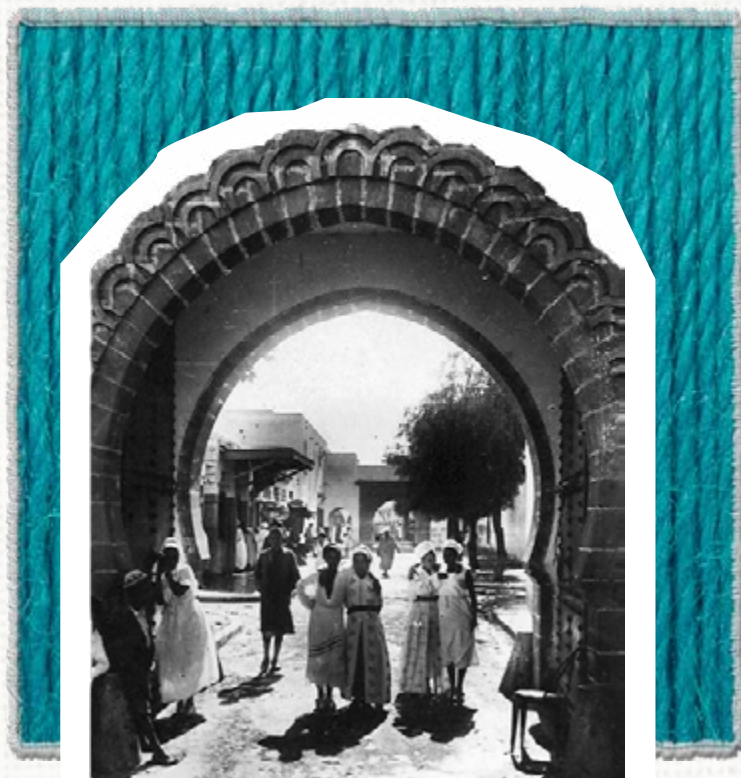
Эти усилия были продиктованы «заявлениями на протяжении всего периода протектората [в Марокко] о том, что распространенность сифилиса составляла примерно 80%, даже 100%». Профессор Амстер отмечает, что это следствие ложноположительных



тестов и ошибочных диагнозов туберкулеза, малярии и других заболеваний. «Выяснилось, что при систематическом обследовании женщин распространенность сифилиса составила 0,5% или менее половины от 1%».

Современному обществу еще предстоит избавиться от стыда (и динамики власти), связанных с заразными болезнями. В 2022 году, когда мировые органы здравоохранения работали над сдерживанием распространения оспы обезьян, они одновременно пытались сдержать стигматизацию, связанную с этим заболеванием. Как предупреждала ЮНЭЙДС, в репортажах о случаях оспы обезьян «использовались язык и образы, в особенности изображения представителей ЛГБТИ и лиц африканского происхождения, которые способствовали насаждению гомофобных и расистских стереотипов и усугубляли стигматизацию» (UNAIDS, 2022). При этом, чтобы спровоцировать нетерпимость, болезни не обязательно должны были передаваться половым путем; так, пандемия COVID-19 привела к тому, что по всему миру прокатились волны антиазиатской ксенофобии (HRW, 2020).

При разработке программ борьбы с инфекционными заболеваниями



Бусибир представлял собой изолированный бордель в Касабланке, созданный колониальными властями в качестве меры профилактики ИППП.

необходимо внимательно учитывать вопросы власти и предрассудков. Несмотря на уроки истории, это по-прежнему верно и в случае сифилиса, который, как установлено, непропорционально сильно поражает мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (WHO, n.d.c.). Эксперты считают, что сообщества, затронутые болезнью, должны быть вовлечены в борьбу с болезнью, а не подвергаться стигматизации.

Даже в регионе Арабских государств, где сегодня наблюдаются сравнительно низкие показатели заболеваемости сифилисом, требуется внимательно следить как за самим заболеванием, так и за проявлениями

дискриминации. На самом деле, по словам д-ра Ботроса в Египте, истинная распространенность инфекций, передающихся половым путем, таких как сифилис, неизвестна, потому что страх и стыд, которые когда-то так эффективно использовались в качестве оружия против арабского мира, по-прежнему существуют.

«Иногда мы выявляем заболевание по чистой случайности, — говорит д-р Ботрос. — Также некоторые пациенты откладывают поход к врачу до тех пор, пока не остается другой возможности справиться с проблемой».



права и репродуктивную автономию женщин. Поскольку выгоды от инвестиций по всем компонентам сексуального и репродуктивного здоровья и прав слишком разнообразны, чтобы обобщать их, в этой главе основное внимание уделяется трем важным элементам: репродуктивной автономии (представленной здесь использованием противозачаточных средств женщинами, желающими избежать беременности, с оговоркой, что необходимы дополнительные измерения), предотвращению гендерного насилия и обеспечению комплексного сексуального образования. Известно, что каждый из этих элементов повышает способность людей осуществлять многие другие аспекты сексуального и репродуктивного здоровья и прав. В завершение в этой главе рассматриваются выгоды от инвестиций, достигаемые благодаря поощрению гендерного равенства, которое является не менее важным фактором, обеспечивающим многие права и выбор. Однако подсчитывая возможные выгоды от инвестиций, которые могут быть получены по каждому из этих компонентов, важно отметить, что эти оценки являются прямыми инструментами, учитывающими широкое воздействие на большие группы населения. Программы с эффективным охватом, вероятно, потребуют других расходов и потенциально более заметно повлияют на развитие человеческого капитала в сообществах, которые до сих пор оставались вне досягаемости глобального прогресса.

**Мир только  
начинает измерять  
репродуктивную  
автономию.**

## Долгосрочная значимость репродуктивной автономии

Мир только начинает измерять репродуктивную автономию - концепцию, которая критически важна, но еще не четко определена. Показатели Целей в области устойчивого развития по телесной автономии (5.6.1) и благоприятным условиям (5.6.2) стали новаторскими, показав огромное количество людей, чьи основные права недостаточно реализованы. Однако только 115 стран или территорий предоставляют данные по показателю 5.6.2 и только 69 предоставляют данные по показателю 5.6.1, и эти показатели являются лишь отправной точкой. Чтобы полностью понять право женщины на репродуктивный выбор, необходимо гораздо больше информации.

На сегодняшний день, возможно, лучшим, несмотря на ограничения, доступным показателем для оценки выгод от инвестиций в репродуктивную автономию является показатель использования средств контрацепции женщинами, которые хотят избежать беременности. Это объясняется тем, что масштабы и последствия нежелательной беременности уже хорошо изучены.

Около половины беременностей в странах с низким и средним уровнем дохода, или 112 миллионов в год, являются непреднамеренными (Bearak and others, 2020). Большинство из них, 77%, приходится на 218 миллионов женщин репродуктивного возраста в странах с низким и средним уровнем дохода, желающих избежать беременности, но не использующих современные методы контрацепции (Sully and others, 2020).

Существует значительное неравенство внутри стран и между ними в уровне неудовлетворенного спроса на средства контрацепции. Неудовлетворенные потребности наиболее высоки в странах с низким уровнем дохода, однако в то же время существуют различия по возрастным группам: в странах с низким и средним уровнем дохода среди женщин, желающих избежать беременности, доля тех, кто

испытывает неудовлетворенную потребность в современных методах контрацепции, намного выше среди женщин-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (43%), чем среди всех женщин репродуктивного возраста (24%) (Sully and others, 2020). Женщины из наиболее обеспеченных семей, проживающие в городских районах и обладающие более высоким уровнем образования, также, как правило, испытывают меньший уровень неудовлетворенных потребностей, чем другие (Loaiza and Liang, 2016). По состоянию на 2015 год около половины женщин в отношениях, желающих избежать беременности и проживающих в странах, затронутых гуманитарным кризисом, не используют какие-либо методы контрацепции, будь то современные или традиционные. И этот показатель намного выше, чем в среднем по миру (Loaiza and Liang, 2016) (см. техническую записку на стр. 155).

Консорциум по вопросам планирования семьи (Family Planning Impact Consortium), появившийся в результате сотрудничества Института Гутмахера, Африканского института политики развития, Гарвардского университета, Института моделирования заболеваний и Avenir Health, недавно проанализировал фактические данные о значимости инвестиций в планирование семьи с тем, чтобы женщины могли обоснованно определять время, интервалы между зачатиями и количество своих детей (Family Planning Impact Consortium, 2023). В обзоре подчеркивалось, что контроль над этими ключевыми элементами фертильности позволяет женщинам достичь более высокого уровня образования и предоставляет им более широкий выбор профессии, чем в противном случае. Услуги в области планирования семьи также позволяют женщинам продвигаться по карьерной лестнице. Преимущества с точки зрения возможностей получения образования также обеспечивают широкий спектр других выгод для девочек и женщин: например, у них больше шансов получить доступ к медицинскому обслуживанию, а также получить информацию о своих правах и обрести уверенность в себе, чтобы этими правами воспользоваться.

Более высокий уровень образования женщин также связан с более высокими заработками женщин (Grown and others, 2005). Согласно данным из 96 стран, женщины, получившие как минимум начальное образование, зарабатывают на 14–19% больше, чем те, кто не получил образования вообще; женщины со средним образованием зарабатывают почти в два раза больше, чем женщины без образования; а женщины с высшим образованием зарабатывают примерно в три раза больше, чем женщины без образования (Wodon and others, 2018).

Планирование семьи также позволяет женщинам, желающим стать матерями, определять, по крайней мере в некоторой степени, интервал между рождением детей и общее количество детей, что позволяет женщинам планировать время декретного отпуска. Расходы, связанные с рождением ребенка, будучи в составе рабочей силы, включают потерю заработка из-за временного ухода с работы и сокращения рабочего времени, что может как приводить к потере навыков, так и быть причиной того, что работодатели отказываются инвестировать в повышение квалификации, что в конечном итоге приводит к проблемам карьерного роста.

Ожидания женщин относительно их способности контролировать процесс деторождения также могут влиять на их выбор в начале продуктивного периода. Согласно фактическим данным из Европы, значительная часть негативных последствий для карьеры и дохода, связанных с рождением ребенка, определяется карьерными путями, которые выбирают женщины при поступлении на работу, исходя из ожидаемых показателей рождаемости (Adda and others, 2017). Было подсчитано, что в Германии потери в заработной плате, связанные с рождением детей, на 19% зависят от выбора профессии в начале карьеры (Adda and others, 2017).

Существует взаимная связь между средствами контрацепции и образованием, поскольку повышение уровня образования приводит к увеличению объема знаний и свободе действий, необходимых женщинам для доступа к средствам



контрацепции и их использования (Blackstone and others, 2017). По сути, средства контрацепции открывают благотворный цикл расширения прав и возможностей женщин. Удовлетворение спроса на услуги в области контрацепции также приносит пользу нескольким поколениям и тем самым создает другие возможности для женщин: женщины, участвующие в рабочей силе, с большей вероятностью ожидают того же от своих дочерей (UNFPA, 2023). Это ожидание открывает путь к большему жизненному выбору для детей, включая возможность отложить вступление в брак, чтобы завершить учебу в школе и получить долгосрочные преимущества, которые дает образование, а именно расширение экономических, социальных и личных прав и возможностей.

Образование девочек приносит пользу не только отдельным лицам. Работодатели все чаще осознают, что поддержка сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека положительно влияет на их собственные доходы. Например, компании в Азии могут использовать инструмент окупаемости инвестиций, разработанный ЮНФПА, для оценки выгод от повышения производительности труда за счет поддержания репродуктивного здоровья сотрудников (UNFPA Asia and the Pacific, n.d.).

Страны также получают преимущество, поскольку репродуктивная автономия увеличивает вклад женщин в национальную экономику. Согласно модельному исследованию, проведенному в Кении, Нигерии и Сенегале, если в этих странах будут удовлетворены все текущие неудовлетворенные потребности в современных средствах контрацепции, доход на душу населения увеличится на 31–65% в период с 2005 по 2030 год (Bloom and others, 2014). В Кении в случае удовлетворения двух третей неудовлетворенных потребностей в современных средствах контрацепции к 2050 году наблюдался бы рост валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения на 51% за счет влияния мер на относительную численность населения трудоспособного возраста (см. техническую записку на стр. 155). Взаимосвязь между способностью женщин контролировать

фертильность и экономическими выгодами для отдельных лиц, семей и общества нашла подтверждение в нескольких исследованиях в различных условиях (Family Planning Impact Consortium, 2023).

В обзоре Консорциума по вопросам планирования семьи также представлены данные о глобальных выгодах от инвестиций в планирование семьи. Например, было подсчитано, что инвестиции в размере 1 доллара США в планирование семьи со временем принесут доход в размере от 60 до 100 долл. США в форме экономического роста (Kohler and Behrman, 2018). По оценкам Всемирного банка, во всем мире ограниченные возможности получения образования девочками обходятся в 15–30 триллионов долл. США в виде потери производительности и дохода в течение всей жизни (Wodon and others, 2018). Также было подсчитано, что во всем мире участие женщин в возрасте от 25 до 39 лет в рабочей силе сокращается на 10–15 процентных пунктов, или почти на два года, с рождением каждого дополнительного ребенка (Grepin and Klugman, 2013; Bloom and others, 2009).

Следует отметить, что, пусть большинство исследований долгосрочных экономических выгод от оказания помощи женщинам в контроле фертильности сосредоточены на удовлетворении неудовлетворенного спроса на средства контрацепции, ни один метод контрацепции не является надежным, и, несмотря на сохраняющиеся ограничения на аборты во многих странах мира, по оценкам, примерно 6 из 10 нежелательных беременностей ежегодно заканчиваются абортами (Bearak and others, 2020). Поэтому спрос на аборты, будь то безопасные или небезопасные, вряд ли исчезнет.

Небезопасные аборты приводят к значительному проценту случаев материнской смертности и широко распространенным болезням и инвалидности. Согласно оценкам, от 5 до 13% всех случаев материнской смертности во всем мире, а также широко распространенных заболеваний и инвалидности связаны с небезопасными

абортами (Say and others, 2014). Согласно одной оценке, общая стоимость медицинской помощи, связанной с абортами, в странах с низким и средним уровнем дохода составляет 2,8 миллиарда долл. США в год, включая 1 миллиард долл. США на аборт (проводимые как в безопасных, так и в небезопасных условиях) и 1,7 миллиарда долл. США на уход после аборта (Sully and others, 2020). Также было подсчитано, что если бы все аборт в странах с низким и средним уровнем дохода, которые в настоящее время небезопасны, стали безопасными, и в случае удовлетворения всех потребностей в средствах контрацепции и уходе, связанном с абортами, общая стоимость ухода, связанного с абортами, снизилась бы до 600 миллионов долл. США.

## Долгосрочная значимость искоренения гендерного насилия

Обеспечение репродуктивной автономии для всех невозможно без обеспечения свободы от гендерного насилия, включая насилие со стороны интимного партнера. Во всем мире более 1 из 4 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в отношениях, сообщают, что подвергались гендерному насилию в форме физического или сексуального насилия со стороны интимного партнера в течение своей жизни, тогда как 13% подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны интимного партнера когда-либо в предыдущем году (WHO, 2021).

Распространенность насилия со стороны интимного партнера исключительно высока в странах Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары, где, по оценкам, за последние 12 месяцев от 19% до 20% женщин подверглись насилию со стороны интимного партнера. Согласно обзору фактических данных из 46 стран, более бедные и молодые женщины, а также проживающие в сельской местности, как правило, особенно уязвимы к насилию со стороны интимного

партнера (Coll and others, 2020). Уровень насилия в отношении женщин также, как правило, выше среди насильственно перемещенных лиц и тех, кто живет в районах, затронутых конфликтом (Hadush and others, 2023; Horn and others, 2021; Delkhosh and others, 2019). Дестабилизирующее воздействие этих условий и разрушение социальных сетей и социальной защиты повышают риск насилия со стороны интимного партнера в подобных ситуациях, где предпринять усилия по предотвращению насилия и реагированию на него чрезвычайно сложно.

Установить взаимосвязь между насилием и отсутствием репродуктивной автономии непросто не только потому, что сексуальное насилие и принуждение напрямую подрывают телесную автономию, но и потому, что репродуктивное принуждение само по себе является формой насилия. Тем не менее, существуют способы установить некоторые причинно-следственные связи, например, с помощью исследований насилия со стороны интимного партнера и использования средств контрацепции. Продольные исследования показали, что женщины, подвергшиеся насилию со стороны интимного партнера, значительно реже впоследствии используют средства контрацепции, при этом особенно маловероятно, что они будут полагаться на методы, зависящие от партнера, такие как презервативы (Maxwell and others, 2015). Насилие со стороны интимного партнера также было связано с ростом числа нежелательных беременностей (WHO, 2013). Таким образом, насилие является основной движущей силой индивидуальных и общественных издержек, связанных с потерей репродуктивной автономии, как отмечено в разделе выше.

Однако насилие также влечет за собой значительный экономический ущерб в виде других неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья, включая инфекции, передающиеся половым путем (Bacchus and others, 2018; WHO, 2013), не соответствующую необходимости родовую помощь



и неквалифицированную помощь при родах (Musa and others, 2019). Расходы могут также лечь на плечи следующих поколений, поскольку у женщин, подвергающихся насилию во время беременности, чаще случаются выкидыши, мертворождения и дети с низким весом при рождении (Silverman and others, 2007; Boy and Salihu, 2004). Насилие со стороны интимного партнера и другие формы гендерного насилия также могут привести к психологическим травмам и стрессу, легким или тяжелым физическим повреждениям и смерти (WHO, 2013). Женщины, подвергающиеся сексуальному насилию со стороны других партнеров, также подвергаются большому риску злоупотребления алкоголем и наркотиками и психических расстройств. Системы здравоохранения также несут значительные прямые расходы, связанные с оказанием помощи жертвам насилия.

Под влиянием также оказываются рабочая сила, производительность труда и заработная плата. Отказ женщинам в автономии, вызванный гендерным насилием, ставит под угрозу способность женщин самостоятельно принимать решения, получать образование и в полной мере вносить вклад в трудовую деятельность. Насилие способно привести к сокращению возможностей трудоустройства из-за страха домогательств или насилия; ограниченному выбору профессии в ситуации, когда женщины ищут варианты работы, которые, по их мнению, более безопасны или приемлемы по мнению насильника; снижению производительности из-за психологического стресса и последствий для физического здоровья; а также отсутствию на работе для устранения последствий инцидентов, связанных с гендерным насилием (Vyas, 2013). В докладе за 2016 год была предложена формула, позволяющая работодателям рассчитывать влияние гендерного насилия на операционные расходы, включая потерянные рабочие дни, текучесть кадров и затраты на подбор персонала (Walker and Duvvury, 2016).

Каков общий счет? Подсчеты разнятся, однако каждый вывод потрясает. По оценкам Международного валютного фонда, каждое

увеличение доли женщин, подвергающихся гендерному насилию, на 1 процентный пункт снижает экономическую активность в странах Африки к югу от Сахары на 8%, что объясняется главным образом сокращением занятости женщин (Ouedraogo and Stenzel, 2021). Исследование, проведенное в 2022 году, оценило глобальные издержки насилия со стороны интимного партнера в 5% мирового ВВП и почти в 15% ВВП в странах Африки к югу от Сахары (Yount and others, 2022). Согласно одному обзору фактических данных из 13 стран, издержки насилия в отношении женщин для национальной экономики варьируются от 0,35 до 6,6% ВВП (Ibrahim and others, 2018). Ликвидация гендерного насилия не просто устранил эти издержки, а приведет к немедленным и долгосрочным выгодам для индивидуальной производительности и потенциального дохода, при этом последствия затронут в том числе следующие поколения.

Немедленные экономические выгоды также могут быть получены, когда женщинам помогают избежать отношений, в которых они сталкиваются с насилием. Одно небольшое исследование, проведенное среди женщин в Соединенных Штатах, показало, что услуги гражданской юридической помощи для жертв насилия со стороны интимного партнера привели к увеличению чистого дохода в среднем на 5500 долл. США в течение одного года после получения помощи, то есть возврату личного дохода в размере 2,41 долл. США на каждый 1 доллар США, потраченный на юридическую помощь (Teufel and others, 2021). Женщины, получившие эти услуги, также имели меньше шансов оказаться в бедности год спустя. Инвестиции в предотвращение насилия могли бы принести столь же значительную выгоду.

И преимущества сохраняются для разных групп населения и на протяжении нескольких поколений. Убедительные данные свидетельствуют о том, что мероприятия по предотвращению гендерного насилия в целом улучшают показатели здоровья населения (Ferrari and others, 2022; Musa and others, 2019; Bacchus and others, 2018). Несмотря

## Экономическое обоснование инклюзии

По различным причинам, начиная от местных условий и заканчивая дискриминационными нормами, охват наиболее уязвимых слоев населения может оказаться более трудным и дорогостоящим, чем предполагается. В то же время универсальные подходы часто могут оказаться излишне затратными при применении к различным группам; адаптация к языку женщин и девочек, религии, культуре и контекстуальным факторам, таким как конфликты и уровень инфраструктуры, позволяет избежать лишних расходов и эффективнее использовать имеющиеся ресурсы. Более высокий уровень потребности в услугах в области сексуального и репродуктивного здоровья для осуществления телесной автономии и сокращения уязвимости может означать большие выгоды от инвестиций и более мощный импульс развитию. Адаптация также может сократить долгосрочные издержки, связанные с социальной фрагментацией, возникающей в результате усугубления неравенства, когда услуги приносят пользу одним людям, но не могут охватить других из-за существующих препятствий.

Нормализация изоляции также сопряжена со значительными издержками, которые не могут быть полностью учтены, поскольку из-за изоляции проблемы людей становятся невидимыми. Однако один из очевидных признаков этих издержек можно найти в экономических выгодах, возникающих при отмене исключительных законов, политики и норм. Это утверждение недавно получило доказательство в докладе о декриминализации однополых отношений, в котором были отмечены как микро-, так и макроэкономические выгоды (HIV Policy Lab and others, 2023). Было установлено, что на индивидуальном уровне отмена гомофобных законов приводит к устранению расходов на рабочую силу и производительность труда, связанных с арестами, судебными преследованиями и задержаниями, а также физическими и психологическими травмами, полученными в результате этого. На более широком уровне, по крайней мере, в одном исследовании утверждается, что гомофобия обходится миру в 126 миллиардов долл. США в год; и напротив, улучшение правовой среды для представителей ЛГБТКИА+ оказалось связано с увеличением ВВП на душу населения на 2000 долл. США (Badgett and others, 2019).

на то, что некоторые программы оказались более дорогостоящими, чем другие, было установлено, что многие из них являются экономически эффективными, причем эффективность измеряется как расходы на программу в расчете на год жизни с поправкой на инвалидность, предотвращенную благодаря этим мероприятиям (Ferrari and others, 2022).

Следует задуматься о важности адаптации мероприятий к конкретным условиям тех, кто в них нуждается.

Адаптация мероприятий особенно важна для охвата уязвимых групп населения, которые сталкиваются с различными проявлениями гендерного насилия из-за пересекающихся факторов, таких как этническая принадлежность, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, инвалидность и экономический статус. Адаптация усилий по профилактике к устранению коренных причин гендерного насилия в этих сообществах позволит увеличить шансы на широкомасштабное и долговременное воздействие (Capasso and others, 2022).



Несмотря на часто высказываемое предположение о том, что адаптация является дорогостоящей, выявлены некоторые признаки того, что удовлетворение потребностей людей с множественными пересекающимися уязвимостями позволит повысить эффективность и, следовательно, улучшит соотношение расходов и выгод. Например, некоторые общественные лидеры предупреждают, что меры по сокращению масштабов гендерного насилия могут привести к массовому инвестированию ресурсов на охрану правопорядка и тюремное заключение без устранения стигматизации и неравенства, которые в первую очередь приводят к уязвимости женщин перед насилием. Эксперты отмечают, что подобные меры могут даже привести к «непреднамеренным последствиям криминализации для женщин, которые включают не только арест, но и вмешательство системы социального обеспечения детей» (Goodmark, 2022) (явление, также известное как *конвейер «через насилие в тюрьму»*, при котором сообщение о насилии недоверчивым властям, побег от насильника или торговля людьми в конечном итоге могут привести к аресту). В подобных условиях инвестиции в общественные услуги, поддержку жертв и образовательные мероприятия могут обеспечить более выгодное соотношение расходов и получаемых в итоге преимуществ.

Также важно отметить, что, несмотря на выявление факторов риска, повышающих уязвимость к насилию со стороны интимного партнера, значительная часть жертв не сталкивается с этими факторами риска, и что, по сути, «не было выявлено группы женщин, находящейся в полной безопасности» (Coll and others, 2021). Более того, мужчины и мальчики также подвергаются гендерному насилию в масштабах, данные о которых, как полагают, серьезно занижены (Wörman and others, 2021). Таким образом, несмотря на то, что мероприятия должны быть направлены на сокращение масштабов насилия со стороны интимного партнера, этих индивидуальных подходов самих по себе будет недостаточно. Для поддержки

гендерного равенства также должны быть приняты общенациональные законы, политика и социальные нормы, которые, в свою очередь, способствуют сокращению масштабов насилия и обеспечивают преимущества для общественного благосостояния, а также выгоды для психического и физического здоровья всех людей.

## Долгосрочные выгоды от комплексного сексуального образования

Как и в случае с искоренением гендерного насилия, доступ к комплексному сексуальному образованию является предварительным условием обеспечения репродуктивной автономии для всех (Starrs and others, 2018) и получения всех сопутствующих социальных и экономических выгод.

Комплексное сексуальное образование обеспечивает знания и навыки, необходимые для принятия осознанных, здоровых и ответственных решений, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, на протяжении всей жизни человека. Оно охватывает широкий круг тем, включая средства контрацепции, инфекции, передающиеся половым путем, осознанное согласие и здоровое взаимодействие в отношениях, а его преимущества охватывают индивидуальное и общественное здоровье, расширение экономических возможностей и физическое и психологическое благополучие. Молодые люди, которые способны защитить себя от заболеваний, предотвратить нежелательную беременность и насилие (или распознать и избежать его), имеют больше возможностей для продолжения образования, участия в официальном рынке труда и продвижения по службе.

Несмотря на неполную оценку соотношения расходов и выгод, было доказано, что комплексное сексуальное образование связано с увеличением возраста первого полового акта, ростом показателей использования методов

контрацепции (Kirby, 2008), а также снижением показателей беременности в подростковом возрасте (Aguirre and Carrión-Yaguana, 2023; Kohler and others, 2008). Было доказано, что программы, увязывающие комплексное сексуальное образование с доступными, ориентированными на молодежь услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья, особенно эффективны в сокращении числа нежелательных беременностей (Mbizvo and others, 2023). Выгоды от инвестиций, связанные с этими результатами, были подробно рассмотрены в разделе репродуктивной автономии выше (см. «Долгосрочная значимость репродуктивной автономии» на стр. 94).

Интеграция согласованных на международном уровне стандартов в области прав человека и гендерного равенства в программы комплексного сексуального образования продемонстрировала краткосрочную эффективность в расширении знаний, улучшении отношений и расширении взаимодействия детей с родителями по вопросам секса и взаимоотношений. Она также оказывает долгосрочное положительное воздействие в таких областях, как взаимодействие с партнерами, знания о сексуальном здоровье и осведомленность об услугах (UNESCO, 2016; Constantine and others, 2015; Rohrbach and others, 2015). Помимо этого, «программы, ориентированные на гендерные аспекты, значительно более эффективны в достижении результатов в области здравоохранения, таких как снижение показателей нежелательной беременности или [инфекции, передающиеся половым путем], чем программы, не учитывающие гендерные аспекты», — говорится в обзорах фактических данных (UNFPA, 2018a).

Культурные и социальные аспекты комплексного сексуального образования так же важны, как и аспекты здравоохранения, несмотря на то, что к ним часто относятся как к ненужным или связанным с идеологией (United Nations, 2023a). Тем не менее, комплексное сексуальное образование, проводимое в соответствии с международными стандартами (UNFPA, 2018a), должно соответствовать возрасту, культуре и контексту. Фактически, адаптация учебных программ в области комплексного сексуального образования к местным потребностям является важным элементом эффективной программной деятельности, равно как и обеспечение их приемлемости для родителей, семей и местных сообществ (включая религиозные организации). Это может быть особенно актуально для





На «платке суфражистки» вышито 66 подписей, в основном всех женщин, заключенных в тюрьму за участие в демонстрациях суфражисток Женского социально-политического союза в марте 1912 года в Лондоне. Изображение любезно предоставлено археологическим обществом Сассекса.

уязвимых сообществ. Образование или учебные программы, которые не отвечают потребностям сообщества, скорее всего, не смогут уменьшить вред и способствовать положительным результатам для здоровья. Например, в некоторых странах публикуется информация о рисках, связанных с «папиками», то есть мужчинами старшего возраста, которые предлагают оплатить обучение девочек в школе или дарят подарки в обмен на сексуальную активность, из-за распространенности подобной формы эксплуатации. Другие могут уделять больше внимания нормализации менструации из-за преобладающих табу, связанных с менструацией (UNFPA, 2018a).

База фактических данных о воздействии комплексного сексуального образования на иные области помимо здоровья, например, на отношение и навыки, связанные с сексуальностью среди подростков, распространенность гендерного насилия и насилия со стороны интимного партнера, а также распространенность норм

гендерного равенства и прочных, здоровых отношений, ограничена (UNFPA, 2018a). Тем не менее, расширяется консенсус в отношении того, что программы сексуального образования, непосредственно направленные на то, чтобы дать девочкам и другим уязвимым представителям молодежи возможность воспринимать себя равноправными членами в отношениях, особенно эффективно учат их защищать свое здоровье и активно участвовать в жизни общества (Haberland and Rogow, 2015). Фактически, исследователи считали комплексное сексуальное образование одним из способов справиться с ростом гендерного насилия во время пандемии COVID-19 и смягчить последствия такого насилия (Rollston and others, 2020), что говорит о более широком потенциале такого образования как средства влияния на нормы и поведение.

К сожалению, преимущества комплексного сексуального образования, основанного на правах человека, еще только предстоит осознать, отчасти потому, что преподаватели часто затрагивают лишь поверхностно те аспекты учебной программы, преподавать которые им неловко (UNFPA, 2018a), и отчасти из-за недостаточности учета гендерных и социальных норм. Например, в ходе одного обзора национальных программ сексуального образования в 13 странах Африки было установлено, что меньше всего контент затрагивал такие темы, как гендерные и социальные нормы (UNESCO, 2016).

Продольные исследования долгосрочной выгоды от инвестиций сложны, среди прочих факторов, именно из-за подобной несогласованности в применении программ. Однако также верно и то, что выгода от инвестиций значительно

возрастает, когда комплексное сексуальное образование осуществляется в широких масштабах и на протяжении долгого времени. Примеры из ряда стран иллюстрируют, почему это так: анализ школьных программ сексуального образования в шести странах показал, что стоимость программ варьировалась от 7 до 33 долл. США на одного учащегося в странах с полноценными программами (Эстония, Нигерия и Нидерланды), в то время как в странах, где программы находились в пилотной стадии, эти расходы составляли от 50 до 160 долл. США на одного учащегося (Кения и Индонезия, соответственно) (Kivela and others, 2013). Согласно отдельному исследованию расходов, проведенному в Индонезии, после трех лет осуществления программы комплексного сексуального образования в школах расходы на нее снижаются на 90% (El Halabi and Annerstedt, 2021). Более того, наибольшая доля расходов на программы, то есть заработная плата учителей, уже включена в расходы на образование; если исключить эту долю, расходы на программы сексуального образования составляют лишь около 25% от общей стоимости полноценных программ, как указано выше (Kivela and others, 2013).

Эксперты отмечают, что экономия средств и выгоды от инвестиций, вероятно, окажутся еще выше в случае интеграции комплексного сексуального образования в программы подготовки учителей, поскольку такой подход нормализует тему и обеспечивает эффективное осуществление учебных программ для растущего числа педагогов. Инвестиции также снижают расходы, связанные с подготовкой учителей без отрыва от производства (UNFPA, 2018a).

Наконец, затраты и выгоды от предоставления услуг комплексного сексуального образования учащимся, не посещающим школу, вероятно, будут совершенно иными по сравнению с такими услугами в школе. Учащиеся, не посещающие школу, часто наиболее уязвимы для дезинформации, принуждения и эксплуатации, однако зачастую их также труднее всего охватить

услугами. Учитывая, что по состоянию на 2018 год около 263 миллионов молодых людей не посещали школу, ЮНФПА и партнеры разработали основанное на фактических данных руководство по комплексному сексуальному образованию вне школы, предлагающее рекомендации по учебным программам, соответствующим возрасту, а также адаптированным к потребностям конкретных групп лиц (UNFPA, 2020), таким как молодежь с инвалидностью; в гуманитарных условиях; лесбиянки, геи, бисексуалы или гендерно небинарные/неконформные люди; живущие с ВИЧ; употребляющие наркотики; или лица, оказывающие секс-услуги за деньги.

Осуществление программ для учащихся, не посещающих школу, сопряжено с многочисленными трудностями, включая проблемы, связанные с мобильностью молодежи, а также нехваткой ресурсов для адаптации программ к потребностям этих различных групп (Australian Aid and UNFPA, 2023; Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023). Эти программы требуют не только денежных инвестиций, но и специалистов для их разработки и осуществления. Несмотря на то, что объем фактических данных об их воздействии ограничен, программы комплексного сексуального образования для молодежи, не посещающей школу, потенциально могут принести существенные выгоды, учитывая численность и повышенную уязвимость этой группы населения (Anderson and Pörtner, 2014). Эти программы также потенциально могут привести к экономии средств с течением времени, в особенности с учетом более высоких рисков для сексуального и репродуктивного здоровья (Anderson and Pörtner, 2014) и здоровья в целом, связанных с более низким уровнем образования.

Необходимы дальнейшие исследования воздействия и потенциальной долгосрочной экономии средств как осуществляемых в школе, так и внешкольных программ комплексного сексуального образования, а также программ, ориентированных на уязвимые сообщества.



# Местное руководство оказывает помощь наиболее нуждающимся девочкам

Маймуна Дене слишком хорошо знакома с убеждениями и предположениями, которые подрывают равенство женщин и девочек в ее сообществе в Буркина-Фасо. Уровень грамотности и участия в рабочей силе у женщин ниже, чем у мужчин, а гендерное насилие и вредные практики являются, к сожалению, распространенным явлением. Но 43-летняя г-жа Дене имеет представление о другой форме дискриминации, которая пересекается с гендерной дискриминацией: по ее словам, именно «невежество, социальное бремя и мифы» пагубно влияют на людей с альбинизмом.

Во всем мире люди с альбинизмом сталкиваются со стигматизацией, изоляцией и насилием, а в худших случаях могут стать жертвами торговли людьми, нанесения увечий и убийств. У многих людей с альбинизмом проблемы со зрением, которые не решаются в школе или на работе, что приводит к высокому уровню прекращения учебы в школе и бедности. Воздействие на девочек с альбинизмом особенно сильно: в Буркина-Фасо треть девочек с альбинизмом

не заканчивают начальную школу (Ero and others, 2021).

Проект расширения прав и возможностей женщин Сахеля и получения демографических дивидендов (SWEDD) привлекает сотни миллионов долларов США в виде инвестиций в инициативы по обеспечению гендерного равенства по всей Западной и Центральной Африке. Но для достижения максимального эффекта программа тесно сотрудничает с местными лидерами, такими как г-жа Дене, которые способны определить конкретные потребности девочек и женщин и то, как эти уникальные потребности можно наилучшим образом удовлетворить.

Как президент Ассоциации женщин-альбиносов Буркина-Фасо она стала послом кампании «Сильнее вместе» проекта SWEDD, осуществляющего информационно-разъяснительную работу в сообществах на местном уровне. Благодаря этим усилиям она смогла обеспечить социальную инклюзию молодых девушек и женщин с альбинизмом в школах, а также доступ к экономическим возможностям и медицинскому

обслуживанию, включая сексуальное и репродуктивное здоровье и информационные услуги. Ее ассоциация подписала соглашения с министерством здравоохранения, больницами, НПО и другими группами гражданского общества и предлагает обучение в области экономики для поддержки молодых людей с альбинизмом и их семей. С момента основания Ассоциации в 2008 году около 450 женщин с альбинизмом и родителей детей с альбинизмом прошли это обучение, в том числе 280 человек овладели навыками мыловарения, чтобы обрести финансовую независимость и помочь содержать свои семьи.

Ее роль лидера сообщества означает, что она способна оказывать поддержку и руководство там, где это больше всего необходимо. Эта работа призвана помочь не только людям, живущим с альбинизмом сегодня, но и следующему поколению: «Поскольку альбинизм — генетическое явление, я также борюсь за своих детей», — пояснила она.

Сира Си Саване из Кот-д'Ивуара также остро осознает потребности



своего сообщества. Однако ее беспокоит совсем другая группа уязвимых девочек: те, кто подвергается риску похищения, принудительного вступления в брак и калечащих операций на женских половых органах. 50-летняя г-жа Саване наблюдала пагубные последствия этой практики в своей собственной семье: «Меня вырастила моя бабушка по отцовской линии в Диокуэ, деревне на северо-западе Кот-д'Ивуара. Все мои тети были вынуждены вступить в ранние браки и браки по принуждению. Они доверялись мне, когда вступали в брак, я составляла им компанию и видела, что они очень несчастны. Я также потеряла двоюродную сестру после того, как она подверглась калечащим операциям на женских половых органах».

Г-же Саване повезло найти союзника в лице ее отца, который решительно выступал против калечащих операций на женских половых органах. «Мои тети хотели, чтобы это сделали и со мной, но мой отец, который был учителем, всегда отказывался».

Ее опыт побудил ее стать социальным работником, прежде чем занять должность в министерстве по делам женщин, семьи и детей, где, будучи экспертом по защите детей, она видела, как девочек забирают из школы, чтобы выдать замуж. Стало ясно, что проблема гораздо серьезнее и затрагивает не только отдельных девочек. «Необходимо было направить усилия не на учащихся, а на родителей, которые добивались замужества для своих дочерей,

а также на лидеров сообществ и религиозных наставников».

Сегодня она применяет эти уроки в своей работе с проектом SWEDD. По ее словам, планы проекта были подготовлены техническими специалистами, работающими в тех самых сообществах, которые они

пытались охватить. Это оказалось необходимым для удовлетворения особых потребностей девочек и их семей. Безопасные пространства, клубы мужей и другие мероприятия действительно меняют ситуацию к лучшему и, по словам г-жи Саване, «приносят надежду туда, где молодые девушки думали, что у них нет прав».



Маймуна Дене следит за тем, чтобы девочки с альбинизмом в ее сообществе получали необходимое им образование, навыки, а также расширяли свои права и возможности. Изображение любезно предоставлено Маймуной Дене.





## Преимущества мира, где соблюдается гендерное равенство

Все элементы сексуального и репродуктивного здоровья (поощрение прав человека и способности принимать решение о том, иметь ли детей и когда, искоренение гендерного насилия и обеспечение комплексного сексуального образования в соответствии с международными стандартами) прочно укоренились в приоритетах в области прав человека, включая обязательство по достижению гендерного равенства. Гендерное равенство и сексуальное и репродуктивное здоровье взаимосвязаны и укрепляют друг друга. Можно ожидать, что прогресс в обеих областях — продвижение гендерного равенства, а также сексуального и репродуктивного здоровья и прав — совместно приведет к максимизации социальных и экономических выгод для общества в целом.

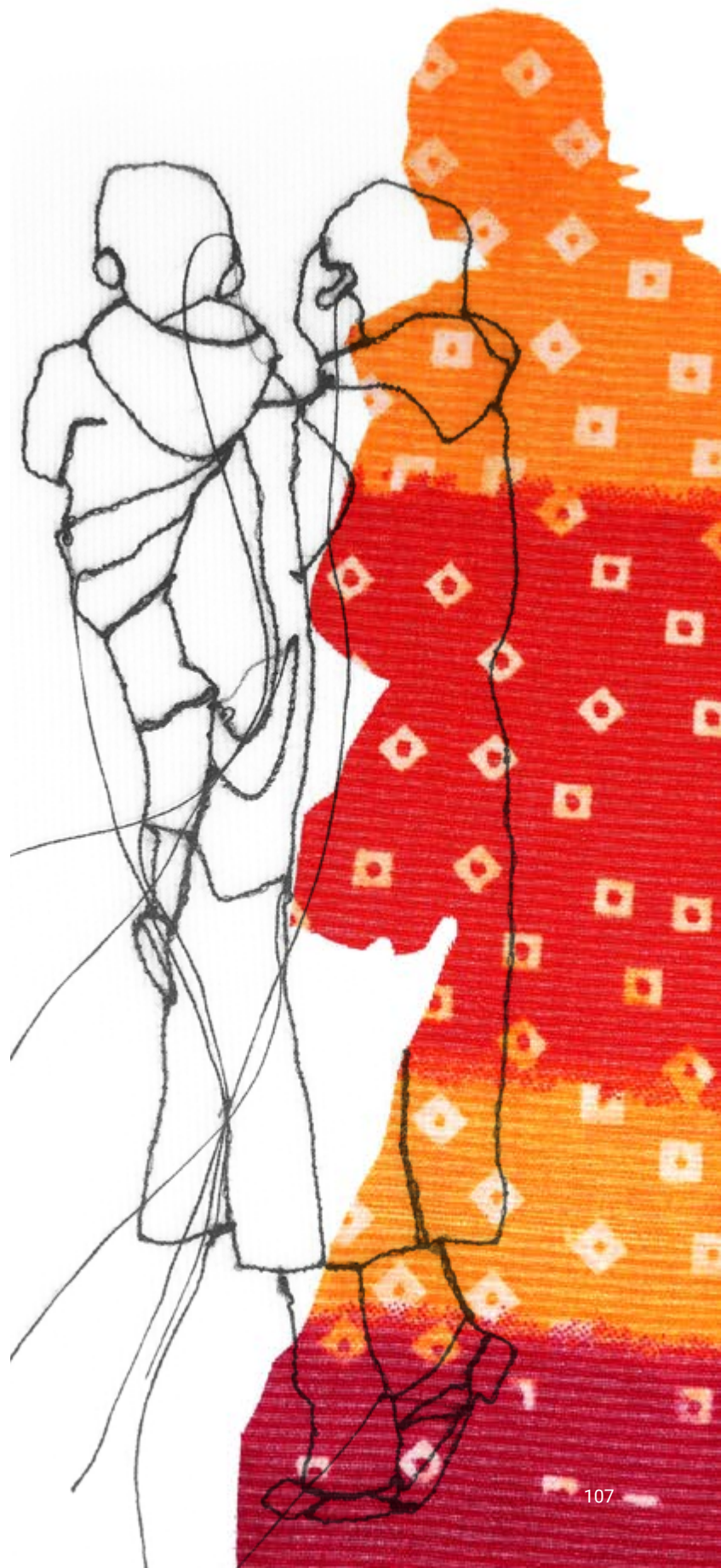
Вероятно, самой яркой иллюстрацией этого является важная роль как сексуального и репродуктивного здоровья и прав, так и гендерного равенства в демографических дивидендах. Когда женщины используют средства контрацепции, чтобы избежать незапланированных беременностей, последующее снижение рождаемости в конечном итоге приводит к уменьшению доли детей-иждивенцев по сравнению с численностью населения трудоспособного возраста. Этот демографический сдвиг может привести к тому, что обычно называют демографическим дивидендом: повышению темпов производительности и экономического роста. Концепция демографического дивиденда появилась в результате наблюдений за экономическим ростом после снижения рождаемости в странах Восточной Азии с 1960-х по 1990-е годы (Bloom and others, 2003).

Однако демографический дивиденд не является автоматическим следствием снижения рождаемости.

В Азии экономический рост в период демографического перехода частично объяснялся участием женщин в рабочей силе (Bloom and others, 2009). Некоторые фактические данные и анализ политики позволяют сделать вывод о том, что демографический дивиденд невозможен без минимального гендерного равенства наряду со снижением рождаемости (Marone, 2016). Действительно, треть экономического роста, наблюдавшегося в Азии в годы демографического дивиденда, была обусловлена улучшением положения женщин и их участия в рабочей силе наряду с быстрым изменением в уровнях рождаемости (Cardona and others, 2020).

Как признание этого Организация Объединенных Наций и Группа Всемирного банка запустили проект «Расширение прав и возможностей женщин Сахеля и демографический дивиденд» (SWEDD), региональную инициативу, направленную на одновременное сокращение гендерного неравенства и расширение доступа к услугам в области репродуктивного здоровья, с целью получения преимуществ демографического дивиденда в странах-участницах, то есть тех, где в глобальном масштабе женщины и девочки оказываются наиболее оставленными без внимания при рассмотрении таких показателей, как коэффициент материнской смертности, распространенность детских браков и коэффициент рождаемости в подростковом возрасте.

Проект SWEDD охватывает три компонента: мероприятия по гендерным преобразованиям, способствующие социальной и экономической автономии девочек и женщин; программы по укреплению услуг в области охраны репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и услуг в области питания, в том числе путем увеличения числа квалифицированных медицинских работников на уровне сообществ; а также содействие региональным и национальным обязательствам по достижению гендерного равенства, осуществлению проектов





## Охват тех, кто в наибольшей степени остался без внимания на глобальном уровне

Проект SWEDD направлен на девочек, наименее затронутых глобальным прогрессом, и стремится охватить районы и сообщества с одними из самых высоких в мире показателей калечащих операций на женских половых органах, детских браков, неудовлетворенной потребности в средствах контрацепции, с низким уровнем образования и высокими показателями бедности, а также такими факторами, как ограниченный доступ к средствам массовой информации или телефонной связи (Camber, 2020). Одним из важных элементов проекта SWEDD является обучение жизненным навыкам (культурно приемлемый термин для комплексного сексуального образования), осуществляемое в безопасных пространствах, как в школах, так и в сообществе. Местонахождение и компоненты безопасных пространств выбираются на основе критериев уязвимости, обеспечивая охват наиболее обездоленных подростков и молодых женщин, в том числе тех, кто не посещает школу. Учебные программы направлены на расширение знаний и навыков девочек с уделением особого внимания репродуктивному здоровью, гендерной проблематике и правам человека, а также финансовому потенциалу и расширению экономических прав и возможностей, что свидетельствует о признании глубинной связи между сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами и развитием человеческого капитала. Важно отметить, что учебные программы в области жизненных навыков разрабатываются на основе процесса широкого участия, направленного на учет социокультурных особенностей каждой страны, и проводятся местными наставниками, гарантирующими, что их осуществляемые программы актуальны на местном уровне.

Способность адаптировать программы к местным потребностям сыграла важную роль в успехе работы Сенами Мариетт Атолу, наставницы в одном из безопасных пространств в Бенине. Г-жа Атолу пережила беременность в подростковом возрасте и последующую изоляцию; на данный момент ей 46 лет, и она готова поделиться опытом из своей жизни с девочками, сталкивающимися с аналогичными проблемами: «Мои отношения с молодыми людьми, девушками, позволяют мне оказывать им поддержку», — рассказывает она.

Как следует из названия проекта SWEDD, инвестиции направлены на получение демографического дивиденда, что подразумевает экономические результаты и результаты развития в масштабе поколений. Многосторонняя инициатива, которая включает в себя не только жизненные навыки, но и подготовку акушерок, усилия по искоренению гендерного насилия и улучшению доступа к средствам контрацепции и экономическим возможностям, призвана создать положительный волновой эффект, способствующий более широкой трансформации сообществ в странах Сахеля. Измерение выгод от инвестиций, которые составляют около 850 млн долларов, обязательно потребует времени, однако собранные исходные данные по всем странам позволяют проводить последовательный и тщательный мониторинг результатов.

И первые результаты многообещающие. По состоянию на декабрь 2023 года в рамках компонента программы, направленного на расширение прав и возможностей женщин и девочек, показатель продолжения обучения девочек-подростков в средних школах, где проводятся мероприятия, составил 95%, тогда как показатель исходного уровня равен 75%. Помимо этого, 96% девочек-подростков и женщин, посещающих клубы по обучению жизненным навыкам, продемонстрировали достаточные знания о вреде детских браков и ранней беременности и о преимуществах интервалов между родами, по сравнению с 74% на исходном уровне; также в медицинские, социальные, юридические службы и службы безопасности было передано 21 087 дел о гендерном насилии и вредной практике, по сравнению с 5415 на исходном уровне. Число новых пользователей современных средств контрацепции составило около 903 000 человек, по сравнению с 24 000 на исходном уровне; также, по оценкам, было предотвращено 8790 материнских смертей, 2 422 000 незапланированных беременностей и 830 000 небезопасных аборт (UNFPA, 2024d; UNFPA, n.d.a.).

Другие результаты, такие как широкомасштабные информационно-просветительские кампании и создание сети национальных станций наблюдения для мониторинга осуществления государственной политики в поддержку демографического дивиденда, обещают дальнейшие изменения в будущем.

и обеспечению потенциала для разработки политики. С момента запуска проекта в 2015 году было охвачено девять стран (Бенин, Буркина-Фасо, Гвинею, Камерун, Кот-д'Ивуар, Мавританию, Мали, Нигер и Чад), и еще три (Гамбия, Сенегал и Того) были выбраны для дальнейшего расширения мероприятий.

Ключом к этим усилиям стало участие и партнерство гражданского общества, женских организаций и других заинтересованных сторон на целостной и комплексной основе. Так, более 20 000 общинных и религиозных лидеров были вовлечены в ходе осуществления программы в продвижение образования девочек и сексуального и репродуктивного здоровья подростков, а также в искоренение гендерного насилия (UNFPA, 2024d). Участие общинных и религиозных лидеров является как признаком инвестиций на местном уровне, так и убедительным свидетельством того, что программа положительно влияет на социальные и гендерные нормы на уровне общественности. Скоординированное участие заинтересованных сторон на всех уровнях также обеспечивает обмен опытом между странами, возможности для продуктивного сотрудничества по линии Юг-Юг и возможности для расширения масштабов мероприятий.

Подобные программы могут оказать мощное положительное воздействие на страны и даже на национальную экономику. Было подсчитано, что сокращение глобального гендерного разрыва и продвижение равенства женщин в государственном, частном и социальном секторах, даже при отсутствии дальнейших инвестиций в программы сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, могли бы удвоить вклад женщин в рост

глобального ВВП и добавить 12 трлн долл. США к мировому ВВП в течение 10 лет (McKinsey Global Institute, 2015).

Как показывают первые достижения проекта SWEDD, комплексные действия по расширению прав и возможностей женщин и девочек посредством взаимодополняющих мероприятий способны инициировать благотворный и устойчивый цикл человеческого развития, сделав демографический дивиденд реальностью для тех, кто еще не был охвачен прогрессом, и повысить потенциал, права и благополучие каждой девочки. И эти первые результаты — только начало. Полное воздействие станет очевидным только тогда, когда современные женщины и девочки завершат свое образование, начнут строить карьеру и планировать семьи по своему выбору.

В целом, экономические аргументы в пользу инвестирования в программы, способствующие репродуктивной автономии и другим аспектам сексуального и репродуктивного здоровья, убедительны, при этом выгоды, вероятно, синергетически возрастают, если эти мероприятия осуществляются наряду с улучшениями в области гендерного равенства. Мир может и должен работать над дальнейшим укреплением экономических доводов в пользу инвестирования в программы, направленные на оказание услуг наиболее уязвимым, оставшимся без внимания слоям населения. Необходимо больше данных и анализа, чтобы понять весь спектр возможностей получения выгод от инвестиций в тех, кто в них больше всего нуждается. Но даже с имеющейся на данный момент доказательной базой, вместе со здравым смыслом и пониманием того, что правильно, ситуация предельно ясна. Осталось только начать действовать.







# Формируя КОЛЛЕКТИВНОЕ БУДУЩЕЕ





«Если вы пришли сюда, чтобы помочь мне, вы напрасно тратите свое время. Но если вы пришли, потому что ваше освобождение невозможно без моего, давайте работать сообща». Такими были слова Лиллы Уотсон, активистки из числа коренных народов Австралии, сказанные на конференции Десятилетия женщин Организации Объединенных Наций в Найроби в 1985 году.

Сегодня эта идея снова становится популярной, возможно, больше, чем когда-либо прежде. Сторонники, организации по вопросам правосудия и лидеры придерживаются концепции, согласно которой укрепление прав и благосостояния отдельных лиц усиливает права и благополучие коллектива, и наоборот (см. поэтапный график на стр. 34–39). Становится все более очевидным, что коллективные действия являются единственной возможностью достичь прогресса, когда речь заходит о многих крупнейших мировых проблемах, от изменения климата до увеличения демографического разнообразия и цифровой революции. Коллективные усилия, укрепляющие индивидуальные права, также необходимы, когда речь заходит о сексуальном и репродуктивном здоровье. Как указано в этой главе, человечество окажется неготовым к решению проблем в будущем, если не примет подход, основанный на правах человека, а также научных и исторических фактах.

**«Если вы пришли сюда, чтобы помочь мне, вы напрасно тратите свое время. Но если вы пришли, потому что ваше освобождение невозможно без моего, давайте работать сообща».**

**— ЛИЛЛЫ УОТСОН**

## Три десятилетия прогресса: многообещающее начало

История доказывает эффективность солидарности. Эффективность коллективных действий — действий отдельных лиц, правозащитников, гражданского общества, институтов и государств-членов — не должна вызывать сомнений, но, тем не менее, стоит задуматься о силе и перспективности таких усилий, легших в основу достижений за последние 30 лет.

Действительно, после МКНР способность женщин пользоваться современными средствами контрацепции значительно возросла: в период с 1990 по 2022 год доля женщин, состоящих в официальном или гражданском браке и использующих современные методы контрацепции, возросла с 11,5% до 33,5%. В странах со средним уровнем дохода этот процент увеличился с 52,9% до 61% (UN DESA, 2022c). В период между 1990–1994 и 2015–2019 годами число нежелательных беременностей снизилось на 19% (Bearak and others, 2018), что является крупным достижением, характеризующим способности женщин принимать решения о своем теле и будущем. Связанный с этим глобальный коэффициент материнской смертности снизился более чем на треть в период с 2000 по 2020 год (WHO and others, 2023). Достижения в области медицины и систем здравоохранения сыграли значительную роль в достижениях в обеих областях. Технологии в области контрацепции обеспечивают широкий выбор безопасных и надежных методов. Квалифицированные медицинские работники, доступные основные лекарственные средства и качественные услуги в области охраны репродуктивного здоровья, предоставляемые в соответствии с международными стандартами, также могут быть отнесены к числу факторов, способствующих повышению выживаемости матерей.

Неслучайно, что этот прогресс последовал за переломным консенсусом, достигнутым в рамках МКНР в Каире. основополагающее соглашение МКНР о том, что сексуальное и репродуктивное здоровье

и права неотделимы от более широкого устойчивого развития и, следовательно, благосостояния всех людей, нашло отражение во многих международных, региональных и глобальных инициативах, предпринятых с 1994 года.

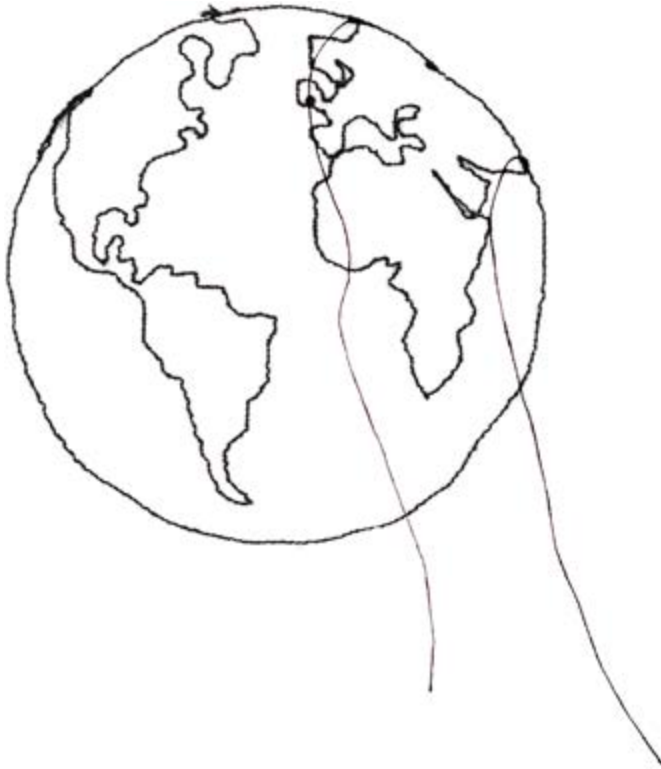
Одним из важных примеров являются Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), согласованные на глобальном уровне цели, достигнутые в период с 2000 по 2015 год, которые привели к значительному улучшению здоровья и благосостояния людей. Вклад в достижение этих результатов, обеспеченный глобальной солидарностью и инвестициями, вызвал широкие дебаты, однако недавние исследования показывают, что в странах Африки наблюдался «значительный прогресс в снижении материнской смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет... Среди успехов, достигнутых в период кампании по достижению ЦРДТ, 81% и 68% были связаны

со всемирной кампанией по достижению ЦРДТ по снижению материнской смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет соответственно» (Cha, 2017). Исследователи призывают уделять больше внимания этим положительным результатам, отмечая, что «преобладающий пессимизм в отношении стран Африки к югу от Сахары, которые продемонстрировали лучшие показатели среди всех регионов, может затмить их существенные достижения».

Аналогичное замечание следует высказать и сегодня. Прошлый 2023 год ознаменовал середину периода глобальных усилий по достижению ЦУР, основанных на ЦРДТ. Прогрессу в достижении ЦУР в значительной степени препятствовала







пандемия COVID-19, а также серьезные последствия конфликтов, изменения климата, утраты биоразнообразия и загрязнения окружающей среды. Несмотря на эти проблемы, были отмечены признаки успеха, в том числе в достижении целей, связанных с повесткой дня МКНР. Например, в период с 2015 по 2023 год доля женщин в нижней палате и однопалатных национальных законодательных органах выросла на 4,2 процентных пункта. Доля женщин, чьи потребности в современном планировании семьи были удовлетворены, незначительно возросла с 76,5% до 77,6%, несмотря на рост населения планеты — при этом пропорционально наибольший прирост населения наблюдался в странах Африки к югу от Сахары, регионе с наибольшей потребностью. Глобальный уровень рождаемости среди подростков снизился более значительно — с 47,2 рождений на 1000 девочек в 2015 году до 41,3 в 2023 году (UN DESA, 2023). Эти успехи, достигнутые даже

в условиях чрезвычайных потрясений, вызванных пандемией, демонстрируют, что ЦУР достижимы при условии, что мы будем следовать фактическим данным и отбросим пессимизм, который слишком легко затмевает прогресс.

Бесспорно, темпы прогресса необходимо ускорить. Успехи бьются по многим показателям, в особенности следует отметить, что не удалось улучшить показатели материнской смертности в период с 2016 по 2020 год (WHO and others, 2023). Показатели беременности в подростковом возрасте остаются высокими во всем развивающемся мире: почти каждая третья молодая женщина в возрасте от 20 до 24 лет рождает в подростковом возрасте (UNFPA, 2024a). Показатели аборт в мире оставались стабильными на протяжении десятилетий, причем снижение наблюдалось только в странах, где эта процедура в целом легальна (там уровень абортов снизился с 46 на 1000 женщин в 1990–1994 годах до 26 в 2015–2019 годах) (Bearak and others, 2018). И впервые в истории мир получил данные о тенденциях в способности женщин проявлять телесную автономию (измеряемую в соответствии с ЦУР 5.6.1) из 32 стран. Проводимый на данный момент анализ этих данных показывает положительную тенденцию в 19 странах и отрицательную в 13 (UNFPA, n.d.).

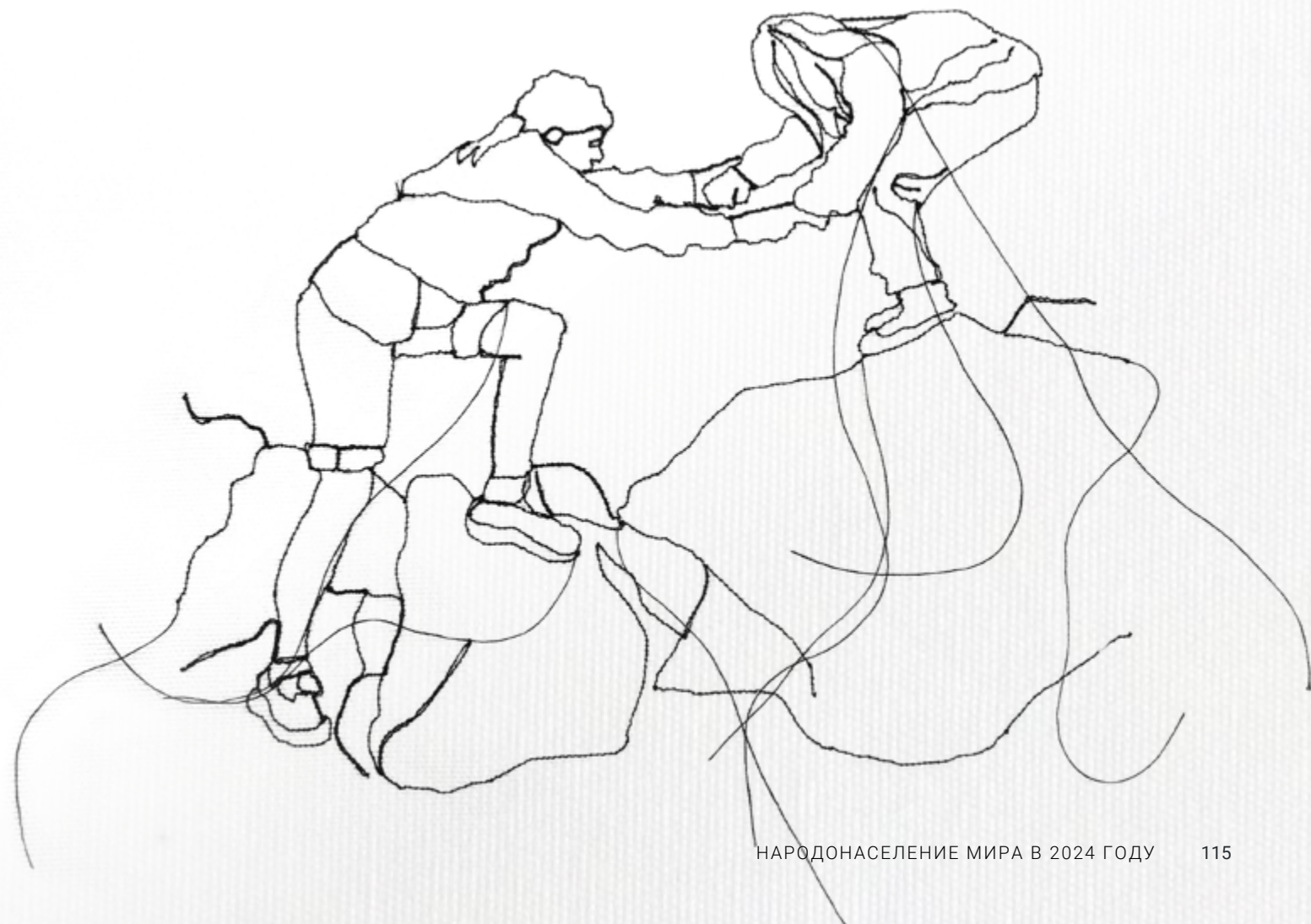
Следует также признать, что в настоящее время происходят обратные процессы. Показатели гендерного насилия резко возросли во многих странах во время карантина, вызванного COVID-19, при этом новые технологии способствуют случаям насилия, в том числе в виртуальной среде (University of Melbourne and UNFPA, 2023). В некоторых странах к тому же подрывается сама суть МКНР, консенсус по вопросам репродуктивного здоровья и гендерного равенства, причем обратные процессы часто направлены против наиболее уязвимых слоев населения. В одной стране мигрантам отказывают в медицинском обслуживании (MTI-Hungary Today, 2019); в другой ожидается, что принятие ограничительных законов об абортах усугубит неравенство в отношении здоровья людей с хроническими заболеваниями, в особенности

представителей расовых меньшинств (Hassan and others, 2023). В еще одном случае военный переворот привел к тому, что женщины в основном оказались запертыми в своих домах и им было отказано в праве на получение образования и трудоустройство (United Nations, 2023b). В других странах дискриминационные законы были расширены и предусматривают смертную казнь для представителей ЛГБТКИА+ (United Nations, 2023c).

Но мы не можем позволить этим препятствиям подорвать уже достигнутый прогресс. Как отмечено в настоящем докладе, мир приблизился к переломному моменту, когда весомость фактических данных указывает на инклюзивные решения, даже несмотря на то, что на горизонте сгущаются грозные тучи неопределенности, поляризации и дезинформации.

## Видение грядущего мира

Изменения, произошедшие за последние 30 лет, стали тектоническими сдвигами в мироустройстве, наших системах здравоохранения, политических институтах и социальных нормах, а также в наших ожиданиях относительно наших тел, семей и будущего. В ближайшие десятилетия эти изменения только ускорятся. В конце 2023 года ЮНФПА собрал консорциум экспертов в области прав человека, сексуального и репродуктивного здоровья, демографии, гендерного насилия, технологий и изменения климата, чтобы спрогнозировать крупнейшие вызовы и возможности, с которыми человечество столкнется в недалеком будущем. Многие прогнозы вызывают тревогу — однако требуют не пессимизма, а бдительности.





Ожидается, что продолжающаяся климатическая катастрофа значительно усугубит глобальное неравенство. Группы населения с низким уровнем дохода, которые в наименьшей степени способствовали изменению климата, скорее всего, окажутся затронуты связанными с изменением климата циклонами, засухами, наводнениями, аномальной жарой и другими последствиями. Помимо этого, ожидается, что изменение климата спровоцирует рост национальной и международной миграции, которая, как подчеркивается в настоящем докладе, является значительной и растущей причиной уязвимостей с особенно пагубными последствиями для реализации права на сексуальное и репродуктивное здоровье. Кризисные условия и перебои в оказании услуг, вероятно, окажут наибольшее воздействие на и без того уязвимые группы: например, приведут к увеличению числа случаев гендерного насилия и вредных практик, таких как детские браки. Потенциальные угрозы репродуктивному здоровью включают проблемы с зачатием, большой риск выкидыша и риски как для здоровья матери, так и для здоровья новорожденного (UNFPA, 2024e).

Демографические тенденции, по прогнозам, также сильно изменят мир, каким мы его знаем: во многих странах уже наблюдается значительное старение населения, а в других — бум молодежи; со временем это расхождение, вероятно, станет еще более значительным. Несмотря на то, что тенденции в области миграции трудно предсказать, различия в темпах прироста населения, а также неравномерность экономического развития и другие факторы потенциально могут усилить темпы глобальной миграции и связанные с этим проблемы здоровья и прав мигрантов. Обеспокоенность, связанная с демографическими изменениями, включая предполагаемую угрозу сокращения численности населения и крайне низкой рождаемости в определенных районах, заставляет некоторых политиков отказываться от ценностей МКНР (UNFPA, 2024f).

Многочисленные успехи, достигнутые в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав

человека, вполне могут быть поставлены под угрозу, так как мир борется с этими и другими мегатенденциями. В преддверии этих изменений страны должны подтвердить свою приверженность основным принципам МКНР для обеспечения того, чтобы права и услуги, гарантированные Программой действий, были доступны каждому, включая мигрантов и беженцев.

Правительства и общества также могут решать растущие проблемы, используя новые технологии. Такие достижения могут, например, способствовать дальнейшему удовлетворению мировой потребности в средствах контрацепции и решению растущей проблемы бесплодия. Системы здравоохранения также нуждаются в укреплении, и в то же время появляются возможности в виде цифровых медицинских карт и идентификации, а также расширения доступа к цифровым инструментам здравоохранения (UNFPA, 2024). Такие цифровые инструменты обладают огромным потенциалом, но только в том случае, если будет устранен или значительно сокращен цифровой разрыв — разрыв между теми, кто получает пользу из информационных технологий, и теми, кто лишен к ним доступа. Необходимо также устранить недостатки цифровой революции, включая рост кампаний по дезинформации. Цифровые инструменты и информация могут быть использованы в качестве оружия против уязвимых групп из-за их этнической принадлежности, сексуальной ориентации или гендера. Гендерное насилие, совершаемое с помощью технологий, наносит значительный ущерб здоровью, безопасности, политическому и экономическому благополучию женщин и девочек — и общества в целом (UNFPA, 2024b).

Наконец, как подчеркивается в главе 3 настоящего доклада, для продвижения Программы действий МКНР и решения возникающих проблем требуются системы данных, которые дают представление о демографических и социальных реалиях и в то же время позволяют директивным органам предвидеть влияние мегатенденций. С 1994 года

глобальные системы данных укрепились, но многие национальные экосистемы данных не обладают достаточными ресурсами. Без надежных данных ни с одной из мировых проблем невозможно будет успешно справиться. В то же время мы должны противостоять растущим рискам, связанным с конфиденциальностью и неправомерным использованием данных, которые сопровождают стремительный прогресс в области информационных технологий. И, конечно же, информационные системы должны генерировать и анализировать дезагрегированные данные, с тем чтобы можно было устранить существующее неравенство (UNFPA, 2024с). Как показал этот доклад, воля и способность правительств собирать и анализировать эти

данные будут иметь важное значение для устранения неравенства, препятствующего полному достижению целей МКНР и ЦУР.

Диапазон возможных вариантов глобального будущего, как положительных, так и отрицательных, огромен. Действительно, в то время как глобальные вызовы растут, растет и непредсказуемость их потенциальных последствий. В это время неопределенности неизбежен один факт: наши судьбы переплелись. В условиях самых неразрешимых споров и экзистенциальных проблем единственный путь вперед — это сотрудничество, солидарность, общие ценности, сокращение неравенства и обеспечение надежды и достоинства для всех.





# Сексуальное здоровье и права пожилых людей больше не игнорируются

Некоторые женщины приходили поодиночке. Некоторые – с друзьями. Некоторым из них было по 70 лет. Все пришли в «кафе» Age of Love («Возраст любви») в общественном центре в Нортгемптоне, Англия, субботним днем в августе 2023 года.

Внутри, пока женщины ждали начала дневной программы, организаторы включили приятную музыку. Шторы были задернуты для соблюдения конфиденциальности. Некоторые женщины болтали с подругами, в то время как другие сидели молча.

«Сначала все немного нервничали, учитывая, что в течение следующих трех часов разговоры будут идти о сексе и здоровье», – рассказала Одри Тан, психолог, педагог и соорганизатор мероприятия. «Но почти сразу же люди начали говорить открыто – и получать удовольствие», – добавила она.

По словам профессора психологии Шеффилдского университета Шаррон Хинчлифф, создавшей сериал «Возраст любви» в 2019 году, мероприятие стало одним из серии, в рамках которой люди старшего возраста получили возможность в «дружеской и конфиденциальной» обстановке узнать о сексуальном здоровье и получить ответы на вопросы о своем теле и сексуальности.

Она рассказала, что эти мероприятия помогают заполнить

информационный пробел, с которым часто сталкиваются пожилые люди, когда хотят узнать о таких вопросах, как менопауза, эректильная дисфункция или влияние болезней и лекарств на либидо.

«Мы постоянно слышим от людей старшего возраста, что нет простого способа найти достоверную информацию», – сказала проф. Хинчлифф. По ее словам, отчасти проблема заключается в существовании предположения о том, что пожилые люди не сексуальны и, следовательно, не нуждаются в информации.

«Но мы знаем, что многие пожилые люди ведут активную сексуальную жизнь», – добавила она. Многие другие хотели бы этого, но не имеют возможности: одно исследование, проведенное в Соединенном Королевстве в 2019 году, показало, что примерно 1 из 4 мужчин и 1 из 6 женщин в возрасте от 55 до 74 лет имеют проблемы со здоровьем или принимают лекарства, влияющие на их сексуальную жизнь (Erens and others, 2019). По данным Института здоровой продолжительности жизни при Университете Шеффилда, проблема еще более усугубляется у каждого второго человека в возрасте 65 лет и старше, живущих с 2 или более хроническими заболеваниями.

«Существует большая неудовлетворенная потребность в информации и услугах среди пожилых людей Соединенного

Королевства», – заявила проф. Хинчлифф. И эта потребность, вероятно, будет расти по мере увеличения продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни в стране составляет около 80 лет, и сегодня примерно 1 из 4 человек находится в возрасте 60 лет и старше (UN DESA, 2022a).

Пожилые люди рассказывают проф. Хинчлифф, что врачи часто игнорируют их потребности и проблемы в области сексуального здоровья из-за их возраста. «Случаи различны: от того, что им не сообщили, когда безопасно возобновлять половые отношения после гистерэктомии, до того, что им сказали, что болезненный секс «обусловлен возрастом», но не предложили никакой помощи или совета», – пояснила проф. Хинчлифф.

Неофициальные и научные данные показывают, что сексуальные права людей старшего возраста редко соблюдаются. В ответ проф. Хинчлифф совместно с научным сотрудником Шеффилдского университета Стефани Эджеги-Мемех и сотрудником по обучению в Age-Friendly Sheffield Джилли Клифф разработали первую в Соединенном Королевстве Хартию сексуальных прав пожилых людей, цель которой – «обеспечить, чтобы с возрастом к людям относились с достоинством и уважением, без дискриминации, когда речь идет об их сексуальности».



Отказ в сексуальных правах пожилых людей может принимать различные формы, начиная от недопущения к вступлению в интимные отношения в домах престарелых и заканчивая исключением из компаний по охране сексуального здоровья и просвещению, в том числе направленных на профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем.

В 2019 году Age UK показал, что в период с 2014 по 2018 год число новых диагнозов инфекций, передаваемых половым путем, сократилось более чем на 7% среди мужчин в возрасте от 20 до 24 лет, однако за тот же период выросло почти на 14% среди мужчин в возрасте от 45 до 64 лет и на 23% среди мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше (Age UK, 2019). По словам проф. Хинчлифф, эта тенденция отражает возрастное неравенство в предоставлении услуг в области охраны сексуального здоровья и информации о нем в Соединенном Королевстве.

Между тем, по ее словам, пожилые люди реже, чем молодые, сообщают о сексуальном насилии из-за опасений, что им не поверят, потому что они не соответствуют «образу жертвы изнасилования». Они также могут откладывать обращение за помощью по сексуальным вопросам или избегать его, потому что им больно осознавать преобладающее мнение о том, что пожилые люди не должны заниматься сексом или вообще не занимаются им.

По словам проф. Хинчлифф, все эти проблемы усугубляются для людей старшего возраста, которые являются геями, лесбиянками или трансгендерами, принадлежат к расовым или этническим меньшинствам, происходят из более консервативных или более бедных семей.



На встрече в кафе «Возраст любви» в Нортгемптоне, Англия, пожилые люди могут узнать о сексуальном здоровье в безопасной и конфиденциальной обстановке. © Sharron Hinchliff

Хартия сексуальных прав призвана помочь поставщикам медицинских услуг, социальным работникам, общественным группам, добровольцам и политикам лучше понимать потребности пожилых людей и реагировать на них. Она предназначена для того, чтобы «подкрепить» каждую инициативу, направленную на то, чтобы сделать Шеффилд прекрасным местом для людей на пороге долголетия.

Как объясняет проф. Хинчлифф, «идея Хартии родилась из разочарования», потому что многие проблемы можно легко решить, задавая пациентам простые вопросы, например, о том, как лекарство может повлиять на их сексуальную жизнь. Идеи, содержащиеся в Хартии, в настоящее время воплощаются в жизнь: совместно с коллегами из Университета Шеффилда Хинчлифф создал AgeSexandYou.com, веб-сайт с простой информацией о сексуальном здоровье и сексуальности для пожилых женщин и мужчин.

В 2018 году Всемирная организация здравоохранения приветствовала партнерство организаций и частных лиц Age-Friendly Sheffield в рамках глобальной сети городов и сообществ, дружественных к возрасту. В рамках этой сети организация Age-Friendly Sheffield стремится создать физическую и социальную среду, благоприятствующую возрасту. Мероприятия, подобные описанному выше, являются частью этих усилий. Первые мероприятия были ориентированы на женщин, но одно из них, проведенное в декабре 2023 года, «Нарушая молчание», было ориентировано на мужчин и сосредоточено на их психическом здоровье и благополучии, включая сексуальное благополучие. «Мужчины тоже хотят поговорить об этих вещах, — сказала проф. Хинчлифф, — но мы часто не обеспечиваем их возможностью или подходящей обстановкой для этого».



## Предстоящий путь

Как подтверждает этот доклад, универсального решения для всех не существует. Однако существуют подходы, основанные как на достаточных доказательствах, так и на международном соглашении, которые могут и будут способствовать достижению наших общих целей. Они включают активизацию наших уже согласованных усилий по удовлетворению потребностей тех, кто в наибольшей степени остался без внимания, обеспечению инклюзивности в процессе принятия решений и лидерства, повышению комплексности и универсальности медицинских услуг и расширению доступа к качественным, объективным, точным с медицинской точки зрения знаниям о репродуктивном здоровье для всех.

### Адаптация

Потребности и перспективы людей, подвергающихся уязвимости, должны быть учтены при оказании услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья и в усилиях по обеспечению их репродуктивных прав. Как признала ВОЗ в 2009 году, «несмотря на то, что бедность и гендерный фактор существенно влияют на здоровье и социально-экономическое развитие, медицинские работники не всегда должным образом подготовлены к решению таких проблем в ходе своей работы» (WHO, 2009). Исследование, обобщенно представленное в настоящем докладе, показывает, что бедность и гендер являются лишь двумя из многих факторов, которые накладываются друг на друга и становятся причиной отсутствия у многих людей доступа к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и получения этих услуг, а также реализации их репродуктивных прав. Устранение этих пробелов означает рассмотрение вопросов инклюзии, адаптации и адресности.

Одна из проблем заключается в том, что адаптация к конкретным группам, по-видимому, на поверхностном уровне противоречит усилиям по внедрению комплексных моделей оказания медицинских услуг, при которых информация и уход за сексуальным и репродуктивным

здоровьем предоставляются через существующие пункты оказания услуг. Например, было выявлено, что интеграция услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья в услуги по борьбе с ВИЧ улучшает доступ, качество медицинской помощи и производительность труда медицинских работников, а также снижает стигматизацию (Ford and others, 2021). Но адаптация и интеграция не обязательно должны быть антонимами и на самом деле могут дополнять друг друга. Например, в программах комплексного управления медицинскими услугами рекомендовано использовать данные и инструменты существующих систем здравоохранения (включая анализ медицинских записей и системы классификации пациентов), уделяя при этом особое внимание индивидуальным обстоятельствам, влияющим на доступность и эффективность услуг, таким факторам, как ненадежное жилье, транспорт и социальные условия (Williams and Fendrick, 2022). Таким образом, индивидуальные подходы не обязательно должны вытеснять интегрированные системы здравоохранения.

Адаптационные и целенаправленные подходы могут принимать различные формы, но ключом к усилиям является значимое участие членов затронутого сообщества. Эти сообщества могут, например, определить такие простые подходы, как услуги переводчика или целенаправленные информационные мероприятия, или они могут потребовать более сложных и дорогостоящих усилий, включая специально разработанные или внедренные автономные программы. Эти программы могут вызвать особое сопротивление, причем некоторые критики утверждают, что они фактически усиливают стигматизацию и изоляцию, так как выделяют определенные группы населения как «отличающиеся». Однако факты доказывают, что верно может быть и обратное: индивидуальные проекты программ фактически предоставляют людям пространство, обеспечивающее достоинство и безопасность и отражающее их конкретные потребности, которые могут отличаться от потребностей других.

Возможно, наиболее ярким примером этого является ВИЧ, который непропорционально сильно затрагивает стигматизированные сообщества, включая работников секс-индустрии, геев и других мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, трансгендеров, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, а также людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. В 2021 году на эти группы населения и их сексуальных партнеров приходилось 70% новых случаев инфицирования ВИЧ, и каждая из этих групп сталкивалась с неравным доступом к безопасным, эффективным и качественным услугам в области ВИЧ. Более того, возникающая в результате связь между этими группами и передачей ВИЧ способствует каскаду дальнейших нарушений прав, включая дискриминацию, насилие и криминализацию (USAID, 2022). В одном исследовании успешных программ профилактики и лечения ВИЧ в Азии подчеркивалась важность конструктивного взаимодействия с ключевыми группами населения в сфере услуг, исследований и программной деятельности, и в качестве примера был приведен общественный медицинский центр «Мандарин», спроектированный трансгендерами и управляемый ими (Yang and others, 2020). Было доказано, что доступность таких услуг на уровне сообществ приводит к гораздо более широкому осуществлению программ диагностики и лечения ВИЧ среди целевых групп (Nugroh and others, 2017). Например, метаанализ программ по борьбе с ВИЧ для женщин, работающих в секс-индустрии в странах Африки, показал, что ключом к сокращению передачи ВИЧ являются консультации с сообществами и ориентация профилактики ВИЧ на их конкретные потребности (Atuhaire and others, 2021).

Интеграция в сообщество, участие наиболее обездоленных, привлечение всех за стол переговоров — это высокие цели, но препятствия реальны и многочисленны. Одним из основных препятствий является вопрос о финансовых ресурсах — и, вероятно, упоминания этой проблемы станут еще более частыми в условиях ограниченного финансирования. Но расходы, возможно, не являются самым значительным препятствием.

Действительно, в главе 4 настоящего доклада подчеркивается чрезвычайный экономический потенциал, который может быть раскрыт при реализации сексуального и репродуктивного здоровья и прав всех людей. На самом деле более серьезными препятствиями на пути прогресса могут стать отношения, предположения и разногласия, которые способствуют уязвимости. От враждебности по отношению к представителям ЛГБТКИА+ до плохого (или даже несуществующего) взаимодействия с этническими меньшинствами, пренебрежения к осуществлению даже простых мер, которые улучшили бы доступность услуг для людей с инвалидностью — список барьеров длинный, и несмотря на то, что преодоление каждой из этих проблем, вероятно, потребует расходов, возможно, более серьезным препятствием станет поощрение нормативных и структурных изменений, которые необходимы, в первую очередь, для эффективного вовлечения уязвимых групп населения.

Между тем, неспособность прислушаться к потребностям этих групп и адаптироваться к ним может повлечь за собой значительные издержки не только в виде ухудшения состояния здоровья уязвимых групп, но и в виде расходов, которые несут системы здравоохранения. Например, многие женщины из числа коренного населения северной Канады исторически предпочитали рожать дома с акушеркой или другой женщиной, осуществляющей уход, — практика, которая была ограничена органами здравоохранения, обеспокоенными безопасностью акушерской практики. В результате на 36 неделе беременности беременных женщин и подростков в северных районах часто приходилось доставлять самолетом в городские учреждения с передовым уровнем услуг, что сопряжено со значительными расходами. Сегодня акушерские услуги вновь внедряются на севере, обеспечивая как современную качественную акушерскую помощь, так и сохранение традиций при родах. Например, женщины, которые рожают под присмотром акушерки в родильных центрах Нунавута, сообщают о более низком уровне стресса, большей вовлеченности в процесс принятия решений и лучшей психосоциальной поддержке



по сравнению с матерями, которым приходилось рожать в городских центрах (Mikhail and others, 2021). Мероприятия, проводимые с наилучшими намерениями, даже те, которые подкреплены обильными ресурсами, не приводят и не могут привести к достижению оптимальных результатов, если в них не участвуют затронутые лица и сообщества.

### **Инклюзия**

Ключом к адаптации, как подчеркивается в нескольких предыдущих примерах, является инклюзивное участие затронутых сообществ. Однако инклюзия имеет решающее значение не только для работы с сообществами и группами населения, и по ряду причин ее следует рассматривать как более широкий подход к охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Главная из этих причин заключается в том, что сообщество вместе может коллективно казаться политикам и разработчикам программ единым целым, хотя ни одно, ни другое утверждение не может быть более далеким от истины. Например, коренное население в странах каждого региона мира страдает от последствий ухудшения состояния здоровья (Akter and others, 2018). Однако эти группы населения чрезвычайно разнообразны как внутри стран, так и между ними. Они часто сталкиваются с пересекающимися формами уязвимости, включая проживание в отдаленных районах, бедность, проблемы коммуникации на национальных языках, лишение возможности получить образование и дискриминацию, часто связанную с историческими проблемами. Несмотря на такое сходство, каждая из этих групп уникальна, и различия имеют значение для охвата медицинскими услугами и их приемлемости.

Например, внутри одной группы коренных народов социально-экономические различия могут влиять на результаты в области здравоохранения. В одном исследовании было установлено, что женщины из числа коренных народов с более высоким уровнем образования в 11 раз чаще пользовались услугами по охране материнского здоровья и в 23 раза чаще

получали доступ к услугам дородового ухода во время беременности по сравнению с теми, кто не посещал школу (Islam, 2017). Аналогичным образом, уровень дохода оказался определяющим фактором того, получали ли женщины из числа коренных народов доступ к услугам по охране материнского здоровья, и такое же соответствие было выявлено в воздействии средств массовой информации и взаимодействии этих женщин с работниками здравоохранения (Akter and others, 2018).

Потребности сообществ коренных народов могут быть весьма разнообразными, если речь идет о сексуальном и репродуктивном здоровье — теме, которая является одновременно деликатной и глубоко укоренившейся в культурных нормах. Культура может оказывать сильное влияние на предпочтения рожать дома, со своим партнером или с членами семьи. Выбор позы для родов также может быть обусловлен культурой. Например, некоторые женщины из числа коренного населения кечуа в Перу предпочитают вертикальные роды с использованием веревки, подвешенной к потолку, что является нестандартной практикой для практикующих врачей в стране (Gabrysch and others, 2009). И, безусловно, коренное население — это лишь один из примеров того, насколько инклюзия и участие сообщества необходимы для создания систем мероприятий в области сексуального и репродуктивного здоровья. Потребности других групп могут варьироваться в зависимости от миграционного статуса, касты, инвалидности, возраста или других факторов.

Еще более влиятельным фактором, чем участие сообщества, является лидерство сообщества. Расширяются программы, механизмы финансирования и другие усилия по поддержке лидерства сообщества, равно как и одобрение этого подхода на самом высоком уровне. Например, в последние недели 2023 года ЮНЭЙДС призвала к усилению руководящей роли сообществ в сборе дезагрегированных данных и в предоставлении услуг по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ. Это объявление призвано привлечь особое внимание к необходимости охвата

трансгендерных людей как с помощью усилий по сбору данных, так и с помощью услуг по борьбе с ВИЧ, адаптированных к потребностям, определенным самими трансгендерными сообществами. Оно также примечательно тем, что впервые орган, возглавляемый государством-членом, принял консенсусное решение со ссылками и обязательствами в отношении трансгендерных людей (UNAIDS, 2023), тем самым подтвердив необходимость взаимодействия с сообществом, которое остается одним из наиболее стигматизированных и уязвимых в мире, и выделения финансирования в интересах этого сообщества.

Сила представительства в процессе принятия решений хорошо изучена в исследованиях квот на лидерство для женщин, которые в целом демонстрируют положительное влияние на гендерное равенство (O'Brien and Rickne, 2016). Пример в главе 3 дополнительно иллюстрирует значимость репрезентативности для результатов в области здравоохранения, в частности: увеличение числа женщин-врачей и улучшение поддержки медсестер и акушерок и более уважительное отношение к ним было связано с улучшением доступа к медицинскому обслуживанию и показателей здоровья женщин (см. стр. 72). Аналогичным образом, репрезентативность может оказаться особенно важной в области сексуального и репродуктивного здоровья, где стигматизация часто является препятствием для оказания медицинской помощи (Bohren and others, 2022).

Более того, вовлечение в процесс принятия решений означает устранение дисбаланса власти — дисбаланса, который может быть невидим даже для тех, кто обладает властью. Усилия по признанию и устранению неравенства и расширению социальной инклюзии часто тормозятся из-за встречных заявлений о том, что подобные меры являются дискриминационными по отношению к тем, кто обладает институциональными и историческими преимуществами (Pierce, 2013).

Асьют — древняя, замысловатая форма вышивки металлическими нитями, традиционно практикуемая женщинами в Северном Египте. Женский коллектив Tally Assuit Women's Collectivet (TAWC) — это группа мастеров из разных поколений, занимающаяся сохранением ремесла. Члены TAWC являются постоянными участниками Международного рынка народного искусства. © Tally Assuit Women's Collective



# Женщины Нгабе поднимают волну революции в области женского здоровья и равенства

«Это три часа ходьбы», — пояснила 25-летняя Энеида, вскользь описывая трудный горный поход, который она совершила на девятом месяце беременности, чтобы добраться до центра ожидания для беременных, или *casa materna*.

Энеида живет в отдаленной комарке (прим.: округ) Нгабе-Бугле, регионе, населенном группами коренных народов нгабе и бугле, расположенном высоко в горах западной Панамы. В комарке всего несколько дорог с твердым покрытием, и они изрыты ямами. Некоторые жители путешествуют верхом. Большинство передвигается пешком. По этой причине многие беременные женщины рожают дома. Неслучайно, что в комарке самый высокий уровень материнской смертности среди всех регионов страны.

Энеида решила переждать последние дни своей беременности в Casa Materna de San Félix, доме ожидания для беременных, который обеспечивает питание, медицинское обслуживание и транспорт для безопасных родов. «Мне здесь нравится. Это место очень уютное», — сказала она.

Дом ожидания для беременных — лишь одна из многих служб охраны сексуального и репродуктивного здоровья, появившихся в комарке благодаря организованным усилиям

Женской ассоциации Нгабе, группы, которая впервые собралась 30 лет назад с совершенно иной целью. Тогда, в 1990-х годах, женщины сообщества искали нечто совершенно иное: рынок сбыта для своих изделий ручной работы.

«Мы начали встречаться и обсуждать наши проблемы и наши потребности», — рассказала Гертрудис Сире, президент Ассоциации женщин Нгабе. Быстро стало ясно, что некоторые из самых больших препятствий на пути к выходу из бедности были не экономическими, а репродуктивными. «Женщины в сообществе подняли проблему того, что у них много детей», — вспомнила г-н Сире. Она объяснила, что всякий раз, когда женщина была не в состоянии прокормить своих детей, она называла проблему «июль», указывая на то, насколько такая ситуация была обыденной. «У меня в доме полно июля», — говорили люди. Что такое *июль*? Это был способ определить масштабы голода, царившего в общине. Они спросили, как мы можем избежать этой ситуации? Иметь меньше детей».

Были выявлены также и другие потребности в сексуальном и репродуктивном здоровье. «Мы заметили, что женщины умирают в своих домах во время родов. Перевозить их не планировалось, потому что в регионе не было больниц для матери и ребенка». Ассоциация обратилась к Министерству

здравоохранения и ЮНФПА. Совместными усилиями они создали сеть медицинских работников для оказания медицинской помощи и повышения осведомленности о материнском здоровье, контрацепции и детском питании. Г-н Сире говорит: «Мы выступали с докладами на эти темы, и они осознали это, они пережили это».

Взаимоукрепляющая взаимосвязь между гендерным равенством, сексуальным и репродуктивным здоровьем и расширением экономических прав и возможностей, пожалуй, получила наиболее масштабное признание в рамках МКНР в 1994 году. Однако опыт Ассоциации женщин Нгабе показывает, что осознание этого происходило и в самых отдаленных уголках мира, поскольку женщины начали планировать свои семьи и инвестировать в лучшее будущее для себя и своих сообществ. Ассоциация женщин Нгабе работала независимо, чтобы запустить благотворный цикл репродуктивной автономии, улучшить здоровье и сократить масштабы бедности.

Эйра Каррера, переводчик-международник в больнице матери и ребенка имени Хосе Доминго де Обальдиа, начала свою карьеру в качестве пропагандиста здорового образа жизни в комарке. «Это было в 96-м, 98-м, — вспоминала она. — Темы, которые мы освещали как



пропагандисты здоровья, касались сексуального и репродуктивного здоровья, которое включает инфекции, передающиеся половым путем, мази Папаниколау, все, что связано с сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи... насилие в семье, даже ответственное отцовство».

Эта информация лучше воспринималась женщинами, чем мужчинами. В то время как женщины, как правило, стремились воспользоваться преимуществами планирования семьи – «потому что это было их потребностью, – рассказала Каррера, – мужчины были менее восприимчивы. Мужчинам не нужен был этот ресурс».

За прошедшие с тех пор три десятилетия был достигнут определенный прогресс. На вопрос, сказали бы женщины нгабе, что они сами принимают решения об использовании средств контрацепции, г-жа Каррера ответила: «Примерно 8 из 10 женщин могут сказать "да"». Но впереди еще долгий путь. Проблема мачизма в значительной степени усугубляется сохраняющейся этнической дискриминацией, с которой сталкивается сообщество. Не так давно было предложено разместить членов сообщества нгабе на задних рядах автобуса, когда те будут выезжать за пределы *комарки*. Даже сегодня возможностей для трудоустройства мало, и многие мужчины-нгабе устраиваются в качестве трудовых мигрантов на кофейные плантации.

Для женщин подобное пересечение этнической уязвимости и гендерного неравенства по-прежнему смертельно опасно. «Большинство материнских смертей происходит именно из-за того, что муж не смог отвезти свою жену за медицинской помощью, – рассказала Умберто Родригес, медсестра округа Ноле Дуима, описывая случаи смерти среди женщин, чьи



Эйра Каррера следит за тем, чтобы голоса женщин племени Нгабе были услышаны, а к ним самим относились с уважением в системе здравоохранения. Она также рассказывает им об их правах. © UNFPA/Rebecca Zerzan

мужья были в командировке, когда у тех начались роды. – Муж в этот момент отсутствует дома, и решение принимает не она».

По словам г-жи Карреры, что женщины нгабе раньше также были лишены прав со стороны систем здравоохранения. «Врачи принимали пациентку, лечили женщину, и если она отказывалась, женщина не получала необходимую ей помощь или получала ее принудительно, в обязательном порядке, что нарушало бы ее права... Сегодня ситуация полностью изменилась». На данный момент г-жа Каррера переводит между медицинским персоналом, говорящим по-испански, и пациентами, говорящими на нгабе. Она также обучает персонал больницы тому, как вести себя с учетом культурных особенностей. По ее словам, женщины, к которым относятся с уважением и которым предоставляют информацию, часто соглашаются на медицинскую помощь. «Ее отказ уважается».

Она также хочет, чтобы женщины осознавали, что телесная автономия

распространяется и на их отношения. «Я выступаю здесь с речью для матерей, говоря, что вы не обязаны вступать в сексуальные отношения со своим мужем против своей воли. Это называется сексуальным насилием, – объяснила г-жа Каррера. – Нам еще предстоит много поработать над этой проблемой».

Но эти проблемы характерны не только для сообщества нгабе, подчеркивает г-жа Сир. «Проблема существует везде, – говорит она. – Всегда будет этот мачизм... и дискриминация никогда не прекратится, потому что это повсюду... Но такие люди, как мы в Ассоциации, прошли через это и стали сильнее. У нас уже есть броня».

У Энеиды, женщины, ожидающей рождения своего третьего ребенка, есть такая броня, хотя она скорее держится открыто и улыбается, чем защищается. Ее броня – это ее уверенность. На вопрос, поддержал бы ее партнер ее решение о планировании семьи, сомнений нет: «Да. Да. Он меня поддержит. Да, – ответила Энеида. – Во всех моих желаниях».



Такое враждебное отношение к инклюзии контрпродуктивно — не только для обездоленных, но часто и для общества в целом. Ведь гендерное равенство приносит пользу не только женщинам и девочкам, но и мужчинам и мальчикам, начиная от финансовой стабильности (Ozili, 2024) и заканчивая улучшением здоровья и удовлетворенности жизнью (Wells and others, 2024). Комиссия Lancet по мирным сообществам через равенство в области здравоохранения и гендерное равенство отмечает, что «успехи в достижении равенства в области здравоохранения и гендерного равенства [могут] укрепить человеческий капитал, инклюзивность экономики, социальный капитал и управление» (Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023). Можно также ожидать, что усилия по достижению равенства посредством инклюзии принесут пользу обществу в более широком смысле.

#### **Комплексный и универсальный подход**

Основываясь на исследованиях и соглашениях предыдущих десятилетий, ЦУР призывают обеспечить комплексность и универсальность услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья. Эти концепции не новы, но новым — по крайней мере, более новым — является растущий оптимизм в отношении того, что оба требования выполнимы.

ВОЗ успешно осветила принцип комплексности в ее руководящей записке в области репродуктивного здоровья, которая определяет комплексный пакет услуг в области репродуктивного здоровья как включающий широкий спектр услуг по контрацепции; дородовой, родовспомогательный и послеродовой уход; услуги по безопасному прерыванию беременности и лечению осложнений небезопасного аборта; профилактику и лечение ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем; а также услуги по борьбе с гендерным насилием. Помимо этого, важное значение имеет укрепление здоровья, в том числе путем предоставления каждому информации и консультаций по вопросам сексуального здоровья и благополучия, а также комплексного сексуального образования для молодежи (WHO, 2023).

Необходимость всеобщего охвата услугами в области здравоохранения также была четко высказана международным сообществом. ЦУР 3.8 предусматривает достижение «всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медицинским услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и экономически приемлемым основным лекарственным средствам и вакцинам для всех» (UN DESA, 2023).

Тем не менее, как комплексный, так и универсальный характер оказались недостижимы, при этом сохраняющиеся пробелы в охвате в наибольшей степени негативно сказывались на уязвимых слоях населения. Однако там, где была достигнута или почти достигнута комплексность или универсальность, вклад в обеспечение справедливости оказался заметным. Например, в одном докладе Совету по правам человека отмечалось, что всеобщее медицинское обслуживание, вероятно, уменьшило расовое неравенство в некоторых странах (Human Rights Council, 2020). (На самом деле, одной из центральных целей всеобщего охвата услугами здравоохранения является равенство в доступе.)

Более того, во многих странах был достигнут значительный прогресс, что подчеркивает, насколько эта цель в действительности достижима. В Перу, например, начиная с 2007 года, когда страна запустила бюджетную инициативу, ориентированную на конкретные результаты, в рамках которой выделялись средства на охрану здоровья матерей и новорожденных и питание детей, было зафиксировано десятилетие необычайного роста охвата услугами в области репродуктивного здоровья (Huicho and others, 2018). Программа опиралась главным образом на внутренние расходы, а помощь в целях развития стала второстепенным компонентом финансовой поддержки. Результаты при этом включали значительное сокращение смертности детей в возрасте до пяти лет и неонатальной смертности.

Прогресс возможен даже в том случае, если страны не в состоянии одновременно внедрить полный пакет универсальных и комплексных мер в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Например, в 2020 году Замбия приняла план всеобщего охвата

услугами здравоохранения, который включает в себя средства контрацепции и другие услуги — план, который является универсальным и практически комплексным для всех услуг в области охраны репродуктивного здоровья (PAI, 2020).



Важно отметить, что универсальность должна подразумевать охват всех. Эта задача может показаться очевидной сама по себе, однако большинство стран упорно рассматривают комплексный охват услугами здравоохранения как цель предоставления медицинской помощи всем гражданам. Этот подход исключает некоторые группы из наиболее нуждающихся: мигрантов без документов, временных трудовых мигрантов, лиц без гражданства и беженцев, среди прочих. Как отмечено в одном исследовании, посвященном этой непростой ситуации, мировые эксперты в области здравоохранения «заявили, что «все дороги ведут к комплексному охвату услугами здравоохранения», однако мигранты лишены доступа к этим дорогам» (Oparheim and others, 2018). В ближайшие годы вероятно массовое перемещение людей через границы, которое может привести к постоянно растущему числу людей, лишенных доступа к медицинским услугам. В дополнение к поддержке фундаментального права человека на здоровье, охват медицинской помощью всех в пределах границ страны может принести пользу общественному здравоохранению и экономике. В одном исследовании сравнивались две страны с высоким уровнем дохода, Норвегия

В Квазулу-Натале, Южная Африка, обвязанное пряжей дерево повышает осведомленность сообществ, пострадавших от ВИЧ/СПИДа.  
© Paula Thompson/Woza Moya



и Соединенные Штаты, которые не обеспечивают услугами мигрантов, не имеющих документов, и одна страна со средним уровнем дохода, Таиланд, которая такие услуги предоставляет; в нем был сделан вывод, что подход Таиланда к здравоохранению менее «проблематичен» и с большей вероятностью приведет к достижению цели ЦУР по всеобщему охвату услугами здравоохранения (Onarheim and others, 2018). Другие исследования показывают, что предоставление медицинской страховки мигрантам, не имеющим документов, может привести к снижению расходов на здравоохранение в результате общего улучшения состояния здоровья населения (Gostin, 2019).

И вопрос расходов, действительно, является основным для всех стран. На данный момент развивающиеся страны сталкиваются с беспрецедентным уровнем международной задолженности из-за различных факторов, в том числе «пандемии, усугубляемой инфляцией, растущими процентными ставками, торговой напряженностью и ограниченными бюджетными возможностями» (UN DESA, 2023). Значительные выплаты по процентам уже сказываются на расходах на здравоохранение в 48 развивающихся странах, где проживает 3,3 миллиарда человек. В настоящее время среднестатистическая страна с низким уровнем дохода тратит на чистые выплаты по процентам в 1,4 раза больше, чем на внутренние расходы на здравоохранение. Расходы стран с высоким уровнем дохода на здравоохранение, напротив, почти в четыре раза больше, чем на чистые выплаты по процентам (UNDP, 2023). Однако появляются весьма многообещающие и инновационные формы финансирования здравоохранения, такие как суверенные облигации, привязанные к достижению конкретных результатов в области здравоохранения, которые могли бы обеспечить достижение качественного и комплексного охвата услугами здравоохранения. Не менее важным является согласие (укрепившееся во время пандемии) с тем, что всеобщий охват услугами здравоохранения является как моральным императивом, так и императивом общественного здравоохранения. Как заявила Главный

исполнительный директор Международного валютного фонда Кристилина Георгиева в декабре 2020 года: «Ясно одно: мы не вернемся к прежнему миропорядку. Если мы хотим преодолеть кризис и способствовать восстановлению, мы должны двигаться вперед с обновленным чувством цели и солидарности — со всеми людьми» (Georgieva, 2020).

### ***Расширение точных знаний о репродуктивном здоровье***

Предоставление людям возможности самим заботиться о своем здоровье с помощью информации и знаний так же критически важно, как и всеобщее и комплексное медицинское обслуживание. Это утверждение особенно верно для уязвимых групп, включая молодежь. Важность будет только увеличиваться по мере развития технологий, изменения демографических характеристик стран и развития систем здравоохранения.

Одним из основных инструментов расширения знаний о репродуктивном здоровье является комплексное сексуальное образование, эффективность и преимущества которого подробно описаны в главе 4. В дополнение к получению выгод от инвестиций для отдельных лиц и всего сообщества с точки зрения здравоохранения, образования и производительности, комплексное сексуальное образование может также укрепить активность и потенциал уязвимой молодежи. Например, исследования показывают, что качественное, соответствующее возрасту, основанное на правах комплексное сексуальное образование может способствовать развитию у молодого человека ощущению силы, автономии и веры в собственное равенство, поскольку оно «явно направлено на то, чтобы дать молодым людям, в особенности девочкам и другой уязвимой молодежи, возможность видеть себя и других равными участниками в своих взаимоотношениях, способных защитить свое собственное здоровье и способных активно участвовать как личность в деятельности общества» (Haberland and Rogow, 2015). Иными словами, эффективное комплексное сексуальное образование позволит

молодым людям критически осмыслить неравенство, включая гендерное неравенство, что приведет к более справедливым решениям и поведению. Несмотря на это, в последние годы поддержка комплексного сексуального образования ослабла (United Nations, 2023a).

При этом комплексное сексуальное образование — это только один из способов расширить доступ к достоверным и качественным знаниям о репродуктивном здоровье. Другой способ требует удаления устаревшей, предвзятой, неточной или чрезмерно упрощенной информации не только из учебников, но и из учебных программ медицинского образования, систем здравоохранения и политики в области репродуктивного здоровья. Как подчеркивается в главе 2, дезинформация, неполная информация и чрезмерное упрощение оказывали неблагоприятное воздействие на уязвимых людей на протяжении всей истории и продолжают оказывать такое воздействие сегодня.

Неспособность обеспечить людей — подростков, медицинских работников, политиков и всех прочих — фактической и непредвзятой информацией может привести лишь к тому, что общества окажутся плохо подготовлены к решению проблем будущего. Глобальные системы здравоохранения рассматривают мероприятия, связанные с самостоятельной заботой о здоровье, как все более важный инструмент «для каждой страны и в каждой экономической ситуации, как важнейший путь к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, укреплению здоровья, обеспечению безопасности во всем мире и оказанию помощи уязвимым слоям населения» (WHO, n.d.b). Мероприятия, связанные с самостоятельной заботой о здоровье, особенно важны для сексуального и репродуктивного здоровья, где барьеры для получения услуг включают не только доступ к медицинским учреждениям, но также стигматизацию и патриархальные нормы. Однако для того, чтобы те, кто в большинстве своем остался без внимания, могли эффективно пользоваться такими услугами, им требуется точная медицинская информация (UNFPA, 2018a).

Расширение знаний о репродуктивном здоровье также означает инвестирование в разработку инклюзивной медицинской информации и мероприятий. Исследования в области здравоохранения продолжают рассматривать мужчин, в особенности мужчин в странах с высоким уровнем дохода, в качестве стандартных пациентов и объектов исследований. Например, финансирование научных исследований и разработок в области охраны материнского здоровья сократилось на 15% в период с 2018 по 2021 год. Исследователи объясняют это снижение непропорционально большой долей подобных проблем в странах с низким и средним уровнем дохода (Policy Cures Research, 2023). По оценкам, женщины тратят на 25% больше времени на решение проблем, связанных с ухудшением здоровья, чем мужчины, однако они по-прежнему недостаточно представлены или представлены неточно в медицине: как утверждает в недавнем исследовании, «для того, чтобы лучше понять основы женской биологии, следует разработать принципиально новые исследовательские инструменты (например, экспериментальные модели на животных, вычислительные модели, образы пациенток и гуманизированные модели), которые лучше классифицируют женские симптомы и проявления болезней, а не называть их «нетипичными». Инвестиции, которые сокращают разрыв в состоянии здоровья женщин, «потенциально будут способствовать улучшению экономики по меньшей мере на 1 трлн долл. США ежегодно к 2040 году» (World Economic Forum, 2024).

Также потребуется разработать решения вопросов, связанных с этически сложными достижениями в области репродуктивной медицины и цифровых инструментов, многообещающими достижениями, но в то же время потенциальными угрозами конфиденциальности и безопасности. Способность человечества противостоять этим вызовам оказывается подорвана в случаях, когда невозможно прийти к согласию относительно фактов человеческого развития, репродукции, анатомии, сексуальности и разнообразия. Все люди имеют право на современные, научно обоснованные,



учитывающие культурные особенности, соответствующие возрасту знания о сексуальном и репродуктивном здоровье — это не может быть спорным вопросом или вопросом политики.

## Празднуйте успехи и стремитесь достичь большего

Полученные факты показывают, что достижений с 1994 года было много, однако их требуется еще больше. Снова и снова мир убеждается в том, что усилий по устранению неблагоприятных последствий для здоровья и предотвратимой материнской смертности просто недостаточно для преодоления барьеров, создаваемых неравенством, дискриминацией, предвзятостью и стигматизацией. Тем не менее, этот факт предоставляет нам, вероятно, наилучший шанс достичь наших согласованных целей (как МКНР, так и Повестки дня на период до 2030 года): обеспечить всех людей возможностью осуществлять собственные права и выбор.

Недавнее прошлое ознаменовалось историческими потрясениями, потрясениями, легшими в основу призывов к справедливости, вдохновившими на новое мышление о системном неравенстве и мобилизовавшими правозащитную деятельность по всему миру. Действительно, если охватить более значительный период времени, оценить не только недавнее прошлое, но и последние 30 лет, выяснится, что причин для надежды гораздо больше, чем поводов для отчаяния.

Нехватка данных, в особенности дезагрегированных данных, является огромным препятствием, о чем подробно говорится в настоящем докладе, но все же данные, которыми мы располагаем сегодня, и доступные методы их анализа лучше, чем когда-либо прежде. Мы должны развивать этот успех. Важнейшие достижения, такие как показатели 5.6.1 и 5.6.2 ЦУР, которые являются одними из первых в мире показателей телесной автономии и благоприятной правовой среды, служат

лишь первыми шагами к измерению и пониманию состояния репродуктивных возможностей женщин.

Необходима реформа систем, чтобы устранить укоренившиеся и невидимые формы дискриминации, пусть даже этот процесс, вероятно, вызовет дебаты и недовольство. Тем не менее, процесс уже начался: движения Ni Una Menos и MeToo разоблачают гендерный дисбаланс власти, а такие движения, как Rhodes Must Fall и Black Lives Matter, подчеркивают расовое неравенство.

Необходима политическая воля, чтобы направить больше ресурсов на охрану сексуального и репродуктивного здоровья и прав уязвимых групп, что, по-видимому, является сложной задачей во все более поляризованном, политизированном мире. Однако существуют обнадеживающие признаки того, что политики готовы целенаправленно решать многие из этих проблем. В ходе добровольных национальных обзоров 2023 года (процесса, в ходе которого государства-члены добровольно определяют приоритеты устойчивого развития и усилия на местах в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года) все 39 участвующих государств-членов взаимодействовали с группами, затронутыми факторами множественной уязвимости, такими как гендер и инвалидность, проживание в сельских или отдаленных районах, а также принадлежность к этническим меньшинствам. Чуть менее половины, 49%, стремились удовлетворить потребности представителей ЛГБТКИА+ (UNFPA, 2024g). Несмотря на то, что обзоры не обязательно отражают изменения на местах, они являются важным шагом на пути к прозрачности политических позиций и приоритетов государств (Fukuda-Parr and others, 2018). Таким образом, активная информационная деятельность и последующие меры могли бы во многом способствовать тому, чтобы вопросы сексуального и репродуктивного здоровья уязвимых групп населения заняли важное место в повестке дня в области развития.

Необходимо также решить вопрос власти. Политика, установки и нормы во всем мире увековечивают

неравенство как на высоком, так и на общественном уровнях, однако перемены возможны и неизбежны. Так, этот год станет важной вехой в истории проведения выборов, поскольку более 2 миллиардов избирателей придут на избирательные участки более чем в 50 странах (World Economic Forum, 2023). Голосование имеет значение, потому что, как подчеркивается в этом докладе, многое значит репрезентативность. Именно поэтому мир признал ЦУР 5.5.1, которая измеряет долю мест, занимаемых женщинами в национальных парламентах и местных органах власти. Голосование также способно возвысить голоса других уязвимых людей.

Однако несмотря на то, что выборы и общественная пропаганда являются необходимыми инструментами для искоренения уязвимостей, следует также признать, что в слишком многих странах этих инструментов просто не существует. В этих случаях международные органы по стандартизации, такие как Организация Объединенных Наций, должны высказаться и подчеркнуть, что принятие целей ЦУР и многих документов по правам человека, которые их подкрепляют, являются обязательствами всех государств-членов, разработанными с согласия этих самых правительств, а потому должны быть выполнены.

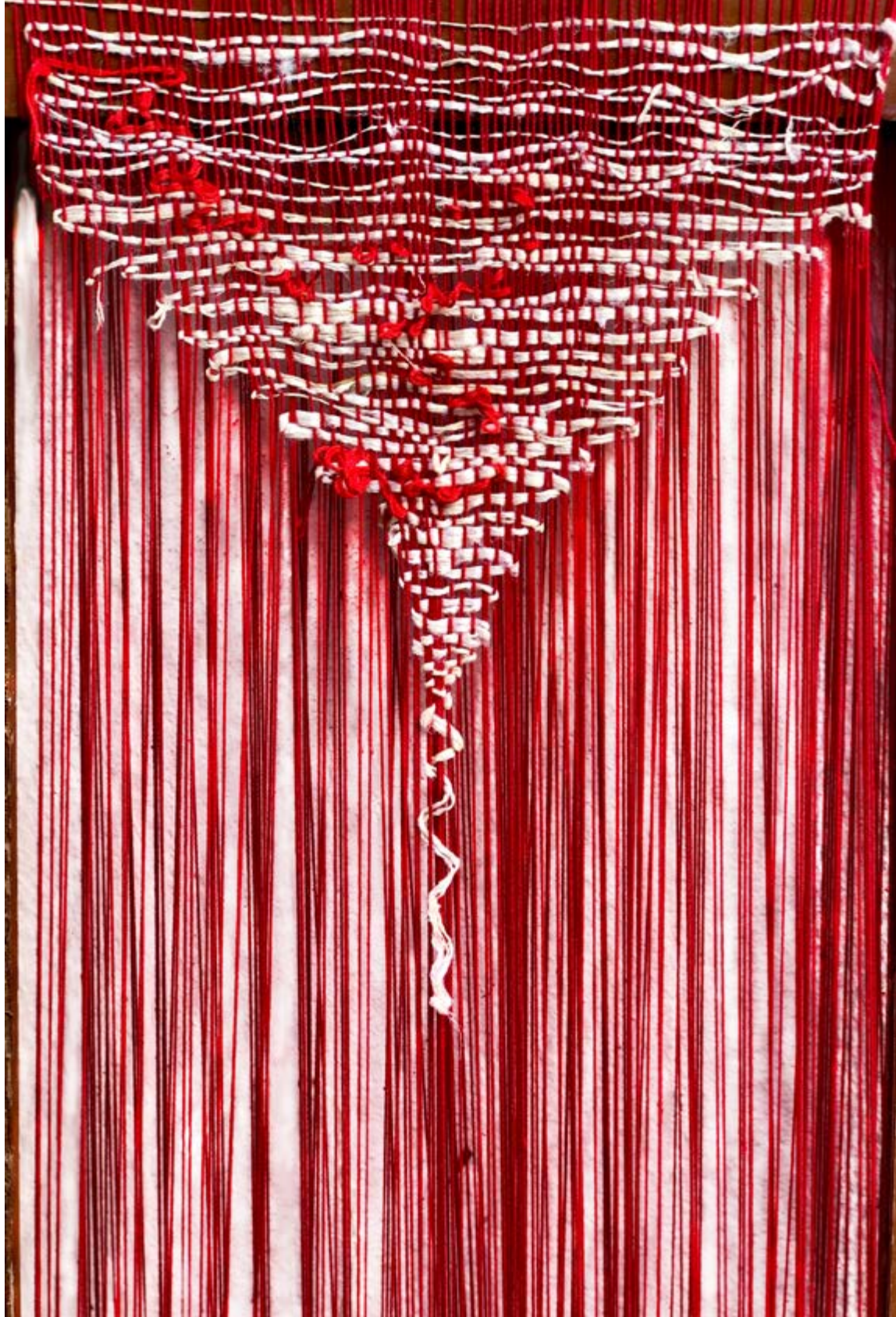
Наконец, голоса уязвимых сообществ с каждым днем звучат громче. Вместо того, чтобы реагировать на них с тревогой, мы можем ответить на их призывы открытостью и сотрудничеством. Нетерпение по поводу того, чего нам еще предстоит достичь, оправдано и даже может приветствоваться. Это признак прогресса, который мы можем выявить, чтобы и дальше бороться с силами, из-за которых многие до сих пор остаются без внимания. Прогрессом можно считать и тот факт, что за



последние три десятилетия наши ожидания в отношении здоровья, прав и справедливости изменились. Мир изменился, стандарты стали выше. То же самое произошло и с нашей способностью исполнять обязательства.

В конце концов, достижение самых высоких целей в мире не будет значить практически ничего, если мы продолжим настаивать на простейших способах подсчета прогресса, когда целые страны, сообщества и идентичности окажутся сведены к среднемировому показателю. Мы способны на более глубокое видение, которое признает достоинство и ценность каждого человека, которое признает, что обеспечение прав всех людей означает обеспечение прав каждого человека. В конце концов, ткань человечества широка и прекрасна, но она прочна лишь настолько, насколько прочна ее самая хрупкая нить.





Работа Панкаджи Сети «Пылающее чрево» ("The Flaming Womb") исследует разрыв между символическими атрибутами женственности и ролью и условиями жизни женщин, диктуемыми патриархальным обществом. Работа была включена в 2019 году в экспозицию «Ткань бытия», куратором которой являлся SEA Junction, на саммите в Найроби, посвященного МКНР-25. © Pankaja Sethi

# Показатели

Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР: сексуальное и репродуктивное здоровье	<b>стр. 134</b>
Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР: гендер, права и человеческий капитал	<b>стр. 140</b>
Демографические показатели	<b>стр. 146</b>
Технические примечания	<b>стр. 152</b>



## Сексуальное и репродуктивное здоровье

	2020	2020	2020	2022	2022	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)		
						Все методы		Современные методы		Все	В официальном или гражданском браке				Все	В официальном или гражданском браке
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке							
Кoeffициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) <sup>a</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка <sup>a</sup>	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка <sup>a</sup>	Доля родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (в процентах)	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021				
<b>Мир и регионы</b>	2020	2020	2020	2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021				
<b>Весь мир</b>	223	202	255	86	0,17	50	65	46	59	9	11	78	76	68		
Более развитые регионы	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	80	87	84		
Менее развитые регионы	244	221	279	81	0,17	49	65	45	59	9	11	77	72	64		
Наименее развитые страны	377	338	431	65	0,34	33	43	29	38	15	20	61	71	44		
<b>Регионы ЮНФПА</b>																
Арабские государства	145	110	194	83	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61		
Азия и Тихий океан	113	101	128	87	0,07	54	71	50	65	6	8	82	74	68		
Восточная Европа и Центральная Азия	21	19	25	98	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74		
Латинская Америка и Карибский бассейн	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	76		
Восточная и южная части Африки	360	313	441	70	0,83	36	45	33	42	15	20	65	72	46		
Западная и Центральная Африка	750	625	986	61	0,30	21	23	18	20	17	22	47	70	40		
<b>Страны, территории, прочие области</b>	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021				
Афганистан	620	406	1050	62	0,03	21	29	19	26	17	23	50	56	41		
Албания	8	4	16	100	0,02	33	45	6	6	12	16	12	79	64		
Алжир	78	41	164	99	0,05	35	60	30	52	7	11	72	–	74		
Ангола	222	148	330	50	0,44	17	18	16	17	26	35	37	62	37		
Антигуа и Барбуда	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76		
Аргентина	45	38	53	99	0,09	59	71	57	68	10	11	83	92	79		
Армения	27	19	42	100	0,19	39	60	22	33	8	12	46	87	68		
Аруба	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Австралия	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87		
Австрия	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85		
Азербайджан	41	22	69	100	0,05	37	58	16	24	9	13	35	–	66		
Багамские Острова	77	51	128	99	0,15	46	66	44	65	10	12	79	–	77		
Бахрейн	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76		
Бангладеш	123	89	174	59	0,01	52	64	45	56	9	11	74	–	52		
Барбадос	39	22	61	98	0,21	51	63	47	60	12	14	75	44	77		
Беларусь	1	1	2	100	0,11	54	63	47	53	11	11	72	83	79		
Бельгия	5	4	6	–	0,04	59	67	58	67	6	8	91	–	86		
Белиз	130	105	161	95	0,35	46	58	43	54	14	17	72	43	68		
Бенин	523	397	768	78	0,11	18	20	15	16	24	30	36	91	38		
Бутан	60	40	82	99	0,08	40	62	39	60	8	12	81	83	60		
Боливия (Многонациональное Государство)	161	103	272	81	0,16	49	68	37	51	11	15	61	94	65		
Босния и Герцеговина	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66		
Ботсвана	186	151	230	100	1,92	59	70	58	70	8	10	87	64	55		
Бразилия	72	57	93	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80		
Бруней-Даруссалам	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78		
Болгария	7	5	10	95	0,03	66	81	52	60	5	6	73	62	73		
Буркина-Фасо	264	169	394	96	0,08	30	34	29	33	19	23	60	81	40		
Бурунди	494	353	694	77	0,10	21	34	18	31	16	27	51	65	41		
Кабо-Верде	42	26	65	97	0,34	45	59	44	58	12	15	77	84	71		
Камбоджа	218	156	326	99	0,08	43	65	33	49	7	10	65	98	58		
Камерун	438	332	605	69	0,36	24	24	20	19	16	21	51	–	44		

## Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, прочие области	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)		
						Все методы		Современные методы		Все	В официальном или гражданском браке				Все	В официальном или гражданском браке
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке							
Канада	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91		
Центральноафриканская Республика	835	407	1519	40	1,57	22	24	17	19	21	25	40	77	32		
Чад	1063	772	1586	47	0,22	8	9	7	8	19	25	27	59	29		
Чили	15	13	17	100	0,25	65	78	60	72	6	8	85	–	82		
Китай	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81		
Гонконг, специальный административный район Китая	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–		
Макао, специальный административный район Китая	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Колумбия	75	65	86	99	0,16	65	82	61	77	5	6	87	96	80		
Коморские Острова	217	131	367	82	0,00	21	29	17	24	19	29	44	–	48		
Республика Конго	282	194	429	91	2,89	43	46	31	30	14	18	54	55	41		
Коста-Рика	22	18	26	99	0,14	57	74	56	72	9	10	84	84	81		
Кот-д'Ивуар	480	318	730	84	0,31	27	26	23	23	21	26	49	64	43		
Хорватия	5	3	7	100	0,02	50	71	36	47	5	8	65	98	80		
Куба	39	35	44	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	83		
Кюрасао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Кипр	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81		
Чехия	3	2	5	100	0,02	62	85	55	76	4	4	84	79	84		
Корейская Народно-Демократическая Республика	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68		
Демократическая Республика Конго	547	377	907	85	0,13	27	31	17	17	20	25	36	–	42		
Дания	5	4	6	95	0,01	64	77	61	73	5	6	88	87	82		
Джибути	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44		
Доминика	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49		
Доминиканская Республика	107	87	133	99	0,37	55	68	53	66	10	13	82	–	77		
Эквадор	66	52	86	99	0,11	59	80	54	73	7	6	82	92	77		
Египет	17	13	22	97	0,05	45	62	43	60	9	12	81	–	70		
Сальвадор	43	31	61	100	0,13	53	74	50	69	8	10	82	92	78		
Экваториальная Гвинея	212	122	374	68	2,94	19	19	16	16	22	31	39	–	46		
Эритрея	322	207	508	34	0,06	9	15	9	14	15	28	35	–	45		
Эстония	5	3	9	100	0,10	58	71	50	60	5	7	78	98	79		
Эсватини	240	147	417	88	4,10	53	69	52	68	9	12	84	98	56		
Эфиопия	267	189	427	50	0,08	31	42	30	41	15	20	67	73	35		
Фиджи	38	28	55	100	0,33	35	51	30	44	12	16	65	–	58		
Финляндия	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86		
Франция	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	85		
Французская Гвиана	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Французская Полинезия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Габон	227	141	383	89	0,83	39	39	31	29	18	23	55	58	49		
Гамбия	458	333	620	84	0,60	15	21	14	20	16	24	46	–	46		
Грузия	28	22	33	100	0,14	33	48	24	35	13	18	53	94	68		
Германия	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88		
Гана	263	180	376	79	0,53	27	36	24	32	19	26	52	66	48		
Греция	8	5	12	100	0,08	53	75	39	52	5	7	68	72	77		



## Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, прочие области	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)
						Все методы		Современные методы		Все	В официальном или гражданском браке			
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке					
Гренада	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70
Гваделупа	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–
Гуам	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Гватемала	96	85	106	70	0,07	43	65	37	55	9	12	72	–	59
Гвинея	553	404	808	55	0,43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
Гвинея-Бисау	725	475	1135	54	0,59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
Гайана	112	83	144	98	0,62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
Гаити	350	239	550	42	0,58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
Гондурас	72	58	91	94	0,05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
Венгрия	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79
Исландия	3	1	4	97	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	89
Индия	103	93	110	89	0,05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
Индонезия	173	121	271	95	0,09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
Исламская Республика Иран	22	14	32	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
Ирак	76	50	121	96	0,01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
Ирландия	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Израиль	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85
Италия	5	4	6	100	0,04	60	67	49	52	6	9	75	–	84
Ямайка	99	80	122	100	0,50	44	73	42	70	9	9	79	76	74
Япония	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83
Иордания	41	26	62	100	0,00	31	55	23	40	8	14	58	56	65
Казахстан	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80
Кения	530	382	750	70	0,46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
Кирибати	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48
Кувейт	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Кыргызстан	50	37	70	100	0,11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
Лаосская Народно-Демократическая Республика	126	92	185	64	0,14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
Латвия	18	14	25	100	0,19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
Ливан	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73
Лесото	566	385	876	87	3,03	52	67	51	67	9	13	84	–	53
Либерия	652	499	900	84	0,24	28	28	27	27	25	31	51	–	45
Ливия	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62
Литва	9	5	14	100	0,06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
Люксембург	6	4	12	100	0,06	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Мадагаскар	392	311	517	46	0,30	42	53	38	47	13	14	69	–	35
Малави	381	269	543	96	0,81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Малайзия	21	18	29	100	0,09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
Мальдивские Острова	57	40	83	100	0,01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
Мали	440	335	581	67	0,28	19	21	19	21	21	24	47	–	41
Мальта	3	2	5	100	0,09	61	79	50	63	4	5	76	–	85
Мартиника	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–
Мавритания	464	337	655	70	0,12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
Маврикий	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66

## Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, прочие области	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)		
						Все методы		Современные методы		Все	В официальном или гражданском браке				Все	В официальном или гражданском браке
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке							
Мексика	59	46	74	97	0,16	55	74	53	71	9	10	82	86	75		
Федеративные Штаты Микронезии	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48		
Монголия	39	28	55	99	0,01	42	58	38	53	12	15	71	–	65		
Черногория	6	3	11	99	0,02	23	27	16	17	15	21	43	52	72		
Марокко	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	10	75	–	69		
Мозамбик	127	99	157	73	3,20	29	33	28	31	18	21	60	–	44		
Мьянма	179	125	292	60	0,21	35	59	34	58	8	13	80	91	52		
Намибия	215	154	335	88	2,39	53	62	53	61	10	14	84	88	63		
Непал	174	125	276	77	0,02	42	55	37	49	15	21	65	48	54		
Нидерланды	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85		
Новая Каледония	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Новая Зеландия	7	5	9	97	0,01	65	81	61	75	5	5	88	95	85		
Никарагуа	78	54	109	94	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70		
Нигер	441	305	655	44	0,06	12	15	12	14	16	20	41	–	35		
Нигерия	1047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38		
Северная Македония	3	1	6	100	0,03	44	54	21	21	9	13	40	–	74		
Норвегия	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87		
Оман	17	12	25	100	0,03	22	37	16	26	14	25	43	70	70		
Пакистан	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45		
Панама	50	46	54	95	0,32	49	61	46	57	14	17	74	72	78		
Папуа – Новая Гвинея	192	126	293	56	0,65	28	39	24	33	17	24	52	–	30		
Парагвай	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72		
Перу	69	59	80	95	0,17	51	77	40	58	5	6	71	85	71		
Филиппины	78	67	96	84	0,21	36	58	27	44	10	15	60	80	58		
Польша	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82		
Португалия	12	8	18	99	0,06	59	74	51	63	5	7	79	95	88		
Пуэрто-Рико	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–		
Катар	8	5	11	100	0,04	33	50	28	42	10	15	65	71	76		
Республика Корея	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89		
Республика Молдова	12	9	17	100	0,34	49	59	40	47	12	15	65	–	71		
Реюньон	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–		
Румыния	10	7	14	93	0,03	54	71	46	59	6	8	76	98	78		
Российская Федерация	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79		
Руанда	259	184	383	94	0,24	40	67	37	61	9	12	76	82	49		
Сент-Китс и Невис	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79		
Сент-Люсия	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77		
Сент-Винсент и Гренадины	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69		
Самоа	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55		
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77		
Сан-Томе и Принсипи	146	74	253	97	0,06	38	51	36	48	20	24	61	46	59		
Саудовская Аравия	16	11	22	95	0,04	21	33	18	27	15	24	49	–	74		
Сенегал	261	197	376	75	0,09	22	31	21	30	14	21	58	75	50		
Сербия	10	8	14	100	0,02	49	59	29	29	7	11	51	99	72		
Сейшельские Острова	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75		



## Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, прочие области	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах		Доля спроса, удовлетворенного современными методами, все женщины в возрасте 15–49 лет	Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах	Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС)
						Все методы		Современные методы		Все	В официальном или гражданском браке			
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке					
Сьерра-Леоне	443	344	587	87	0,44	28	27	28	26	19	24	58	65	41
Сингапур	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89
Синт-Мартен (голландская часть)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	5	3	6	98	0,02	55	79	47	67	5	6	79	86	82
Словения	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84
Соломоновы Острова	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47
Сомали	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27
Южная Африка	127	99	154	97	3,15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
Южный Судан	1223	746	2009	40	0,79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
Испания	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85
Шри-Ланка	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
Государство Палестина <sup>1</sup>	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–
Судан	270	174	420	78	0,09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
Суринам	96	70	128	98	0,76	35	49	35	48	14	21	70	–	63
Швеция	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85
Швейцария	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Сирийская Арабская Республика	30	19	47	96	0,00	34	63	26	47	7	12	63	81	64
Таджикистан	17	9	31	95	0,10	25	34	23	31	16	21	57	–	67
Таиланд	29	24	34	99	0,13	49	77	48	75	4	6	90	–	82
Тимор-Лешти	204	147	283	57	0,07	20	34	18	31	13	22	55	–	52
Того	399	253	576	69	0,28	25	28	23	26	22	30	49	–	44
Тонга	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57
Тринидад и Тобаго	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75
Тунис	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67
Турция	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76
Туркменистан	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75
Острова Теркс и Кайкос	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–
Тувалу	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52
Уганда	284	191	471	74	1,21	38	51	34	45	15	20	64	–	49
Украина	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76
Объединенные Арабские Эмираты	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
Объединенная Республика Танзания	238	174	381	64	0,54	38	47	34	42	15	19	64	–	43
Соединенные Штаты Америки	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86
Американские Виргинские острова	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–
Уругвай	19	15	23	100	0,24	59	79	57	77	6	7	87	97	82
Узбекистан	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75
Вануату	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47
Боливарианская Республика Венесуэла	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75
Вьетнам	46	33	60	96	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	68
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Йемен	183	120	271	45	0,03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
Замбия	135	100	201	80	1,86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
Зимбабве	357	255	456	86	1,12	51	70	50	69	8	9	86	73	55

## ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- <sup>a</sup> Округление числовых показателей КМС проводится по следующей схеме: <100, округление до ближайшего 1; 100–999, округление до ближайшего 1; и ≥1000, округление до ближайшего 10.
- <sup>1</sup> 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...»

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Смертность новорожденных:** число смертей новорожденных за данный период времени на 100 000 живорождений за тот же период времени (показатель 3.1.1 ЦУР).

**Роды с участием квалифицированного медицинского персонала:** процент родов, проведенных квалифицированным медицинским персоналом (врачом, медсестрой или акушеркой) (показатель 3.1.2 ЦУР).

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:** число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человеко-лет среди неинфицированного населения (показатель 3.3.1 ЦУР).

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств:** процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, использующих в настоящее время любой метод контрацепции.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств, современные методы:** процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые в настоящее время используют любой современный метод контрацепции.

**Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи:** процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но не пользуются каким-либо методом контрацепции.

**Доля спроса, удовлетворенного современными методами:** процентная доля совокупного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте от 15 до 49 лет, удовлетворенного современными методами контрацепции (показатель 3.7.1 ЦУР).

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию:** степень, в которой страны обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к услугам, информации и образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья (показатель 5.6.2 ЦУР).

**Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (УНС):** средний охват основными услугами, основанный на отслеживаемых мерах, которые включают охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, а также возможности и доступ к услугам среди населения в целом и наиболее обездоленного населения (показатель 3.8.1 ЦУР).

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Смертность новорожденных:** Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций), 2023 год.

**Роды с участием квалифицированного медицинского персонала:** Совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению. ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2023 г. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных, содержащихся в совместной глобальной базе данных.

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения:** показатели ВИЧ. ЮНЭЙДС, 2023 г.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Коэффициент распространенности противозачаточных средств, современные методы:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Доля спроса, удовлетворенного современными методами:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию:** ЮНФПА, 2022 год.

**Индекс охвата всеобщими медицинскими услугами (УНС):** ВОЗ, 2023 год.



# Гендер, права и человеческий капитал

	Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья, в процентах	Принятие решения об использовании контрацептивов, в процентах	Принятие решения о половом акте, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый совокупный показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
Мир и регионы	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
<b>Весь мир</b>	<b>41</b>	<b>19</b>	<b>–</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>75</b>	<b>89</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>1,00</b>	<b>67</b>	<b>1,01</b>
Более развитые регионы	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Менее развитые регионы	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1,00	63	1,01
Наименее развитые страны	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0,90
<b>Регионы ЮНФПА</b>												
Арабские государства	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Азия и Тихий океан	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1,02	66	1,06
Восточная Европа и Центральная Азия	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1,00	84	0,99
Латинская Америка и Карибский бассейн	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
Восточная и южная части Африки	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
Западная и Центральная Африка	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0,97	41	0,87
Страны, территории, прочие области	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Афганистан	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,56
Албания	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0,94	85	0,96
Алжир	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0,99	83	1,11
Ангола	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Антигуа и Барбуда	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0,99
Аргентина	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1,10
Армения	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0,99	97	1,06
Аруба	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Австралия	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,01	94	1,05
Австрия	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	89	1,00
Азербайджан	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0,99	80	0,96
Багамские Острова	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0,99	63	1,01
Бахрейн	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1,00	98	0,98
Бангладеш	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1,15	79	0,91
Барбадос	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Беларусь	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0,97	88	1,01
Бельгия	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Белиз	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	71	1,11
Бенин	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0,91	31	0,78
Бутан	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1,15	67	1,15
Боливия (Многонациональное Государство)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1,01	80	1,01
Босния и Герцеговина	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0,97	79	1,03
Ботсвана	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1,08	57	0,98
Бразилия	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1,01	89	1,05
Бруней-Даруссалам	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	68	1,06
Болгария	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1,00	82	0,95
Буркина-Фасо	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1,14	27	1,16
Бурунди	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1,06	42	1,17
Кабо-Верде	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0,99	74	1,07
Камбоджа	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1,09	57	1,12
Камерун	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,86

## Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, прочие области	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Канада	5	–	–	3	–	–	–	–	–	100	–	87	0,98
Центральноафриканская Республика	184	61	22	21	–	–	–	–	–	43	0,68	17	0,60
Чад	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,72	25	0,57	
Чили	16	–	–	6	–	–	–	–	–	99	0,99	98	0,99
Китай	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гонконг, специальный административный район Китая	1	–	–	3	–	–	–	–	–	99	0,97	94	0,99
Макао, специальный административный район Китая	0	–	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	82	1,06
Колумбия	47	23	–	12	–	–	–	–	–	96	1,01	87	1,03
Коморские Острова	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1,02	52	1,07	
Республика Конго	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0,94	58	0,92	
Коста-Рика	26	17	–	7	–	–	–	–	–	95	1,01	92	1,03
Кот-д'Ивуар	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1,01	45	0,92	
Хорватия	7	–	–	4	–	–	–	–	–	99	–	92	1,05
Куба	47	29	–	5	–	–	–	–	–	92	1,00	83	1,05
Кюрасао	18	–	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1,02
Кипр	6	–	–	3	–	–	–	–	–	100	–	96	1,00
Чехия	7	–	–	4	–	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Корейская Народно-Демократическая Республика	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Демократическая Республика Конго	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–	–
Дания	1	1	–	3	–	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Джибути	21	7	90	–	–	–	–	–	–	49	0,86	36	0,91
Доминика	50	–	–	–	–	–	–	–	–	81	0,95	77	0,92
Доминиканская Республика	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1,01	68	1,09	
Эквадор	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1,02	80	1,02	
Египет	50	16	87	15	–	–	–	–	–	95	1,00	72	0,95
Сальвадор	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	–	57	1,07
Экваториальная Гвинея	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Эритрея	76	41	83	–	–	–	–	–	–	59	0,86	45	0,86
Эстония	6	–	–	4	–	–	–	–	–	98	1,00	94	1,01
Эсватини	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–	–
Эфиопия	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0,99	33	0,96	
Фиджи	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0,81	73	1,13	
Финляндия	3	0	–	8	–	–	–	–	–	98	1,00	96	1,01
Франция	6	–	–	5	–	–	–	–	–	100	1,00	96	1,01
Французская Гвиана	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Габон	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05	
Гамбия	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1,18	55	1,25	
Грузия	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1,01	
Германия	6	–	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	89	0,98
Гана	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0,99	66	0,94	
Греция	7	–	–	5	–	–	–	–	–	98	1,00	94	1,02



## Гендер, права и человеческий капитал

	Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья, в процентах	Принятие решения об использовании контрацептивов, в процентах	Принятие решения о половом акте, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата неполным средним образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
Страны, территории, прочие области	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Гренада	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1,07	86	0,96
Гваделупа	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гуам	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0,95	35	1,04
Гвинея	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0,78	27	0,67
Гвинея-Бисау	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гайана	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1,04	62	1,09
Гаити	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Гондурас	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1,10	39	1,18
Венгрия	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1,00	87	1,01
Исландия	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	85	1,01
Индия	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,01
Индонезия	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1,07	82	0,95
Исламская Республика Иран	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0,97	81	0,98
Ирак	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ирландия	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Израиль	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	95	1,02
Италия	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1,00	95	1,00
Ямайка	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1,04	77	0,98
Япония	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Иордания	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0,98	62	1,05
Казахстан	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1,00	70	1,08
Кения	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Кирибати	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Кувейт	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кыргызстан	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0,98	73	1,04
Лаосская Народно-Демократическая Республика	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1,01	46	0,93
Латвия	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	94	1,02
Ливан	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лесото	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1,08	63	1,11
Либерия	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1,02	61	1,03
Ливия	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Люксембург	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1,00	85	1,05
Мадагаскар	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1,02	31	1,00
Малави	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0,99	30	0,62
Малайзия	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1,03	67	1,10
Мальдивские Острова	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1,06	55	1,14
Мали	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0,86	24	0,74
Мальта	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0,99	90	1,02
Мартиника	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мавритания	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,04	38	1,04
Маврикий	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1,01	77	1,10
Мексика	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,11

## Гендер, права и человеческий капитал

	Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья, в процентах	Принятие решения об использовании контрацептивов, в процентах	Принятие решения о половом акте, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый совокупный показатель охвата неполным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
Страны, территории, прочие области	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Федеративные Штаты Микронезии	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1,03	62	1,08
Монголия	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1,02	88	1,07
Черногория	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0,98	87	1,02
Марокко	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0,97	77	0,99
Мозамбик	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0,93	42	0,88
Мьянма	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1,07	63	1,17
Намибия	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1,00	88	0,95
Непал	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0,94	81	1,03
Нидерланды	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	95	1,02
Новая Каледония	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Новая Зеландия	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Никарагуа	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Нигер	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0,96	10	0,85
Нигерия	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
Северная Македония	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Норвегия	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1,00	95	1,01
Оман	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Пакистан	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0,82	51	0,84
Панама	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1,02	57	1,08
Папуа – Новая Гвинея	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,93	43	0,83
Парагвай	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1,01	73	1,06
Перу	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1,00	84	0,99
Филиппины	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1,05	82	1,10
Польша	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1,00	96	1,01
Португалия	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00
Пуэрто-Рико	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1,04	86	0,98
Катар	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1,00	90	0,99
Республика Корея	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1,00	96	0,99
Республика Молдова	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1,04
Реюньон	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Румыния	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0,99	77	1,02
Российская Федерация	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1,00	57	0,95
Руанда	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1,06	56	1,06
Сент-Китс и Невис	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Сент-Люсия	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1,09	76	1,02
Сент-Винсент и Гренадины	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1,02
Самоа	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1,00	77	1,15
Сан-Марино	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0,99	40	0,81
Сан-Томе и Принсипи	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Саудовская Аравия	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Сенегал	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1,18	19	1,20
Сербия	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1,00	84	1,05
Сейшельские Острова	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1,03	87	1,14
Сьерра-Леоне	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1,05	58	1,01



## Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, прочие области	Кoeffициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет, в процентах	Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах	Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах	Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья, в процентах	Принятие решения об использовании контрацептивов, в процентах	Принятие решения о половом акте, в процентах	Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата неполным образованием	Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием
	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Сингапур	3	0	–	2	–	–	–	–	100	1,00	99	1,00
Синт-Мартен (голландская часть)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	26	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	91	1,00
Словения	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	97	1,01
Соломоновы Острова	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Сомали	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Южная Африка	71	4	–	13	61	94	85	72	92	1,01	91	1,11
Южный Судан	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Испания	5	–	–	3	–	–	–	–	97	1,01	95	1,02
Шри-Ланка	17	10	–	4	–	–	–	–	97	1,01	86	1,08
Государство Палестина <sup>1</sup>	43	13	–	19	–	–	–	–	95	1,02	76	1,16
Судан	87	34	87	17	–	–	–	–	70	0,96	51	1,07
Суринам	46	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Швеция	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1,00	97	1,00
Швейцария	1	–	–	2	–	–	–	–	100	1,00	92	0,99
Сирийская Арабская Республика	54	13	–	–	–	–	–	–	48	1,08	27	1,17
Таджикистан	42	9	–	14	27	47	79	54	–	–	–	–
Таиланд	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1,01	98	1,10
Тимор-Лешти	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,09	74	1,10
Того	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,95	46	0,77
Тонга	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1,08	82	1,19
Тринидад и Тобаго	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0,99
Тунис	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Турция	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1,00	92	1,00
Туркменистан	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1,01	83	1,00
Острова Теркс и Кайкос	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0,86	85	0,76
Тувалу	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1,06	56	1,25
Уганда	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Украина	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Объединенные Арабские Эмираты	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1,36
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	8	0	–	4	–	–	–	–	97	1,00	95	1,02
Объединенная Республика Танзания	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1,07	16	0,86
Соединенные Штаты Америки	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	95	1,03
Американские Виргинские острова	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Уругвай	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1,02	90	1,06
Узбекистан	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1,00	73	1,01
Вануату	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0,95	75	1,06
Боливарианская Республика Венесуэла	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1,03	72	1,12
Вьетнам	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1,02	95	0,93
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Йемен	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Замбия	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Зимбабве	87	34	–	18	60	87	93	72	77	–	37	–

# Гендер, права и человеческий капитал

## ПРИМЕЧАНИЯ

– Данные отсутствуют.

<sup>1</sup> 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, согласно которой Палестине был предоставлен «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...»

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Рождаемость среди подростков:** число рождений на 1000 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (показатель 3.7.2 ЦУР).

**Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет:** доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, которые состояли в браке или в союзе до достижения 18-летнего возраста (показатель 5.3.1 ЦУР).

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 49 лет:** доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах (показатель 5.3.2 ЦУР).

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев:** процент женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо вступали в партнерские отношения и подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера в течение последних 12 месяцев (показатель 5.2.1 ЦУР).

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав:** процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья:** процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения об охране своего здоровья (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие решения об использовании контрацептивов:** процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения об использовании противозачаточных средств (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие решения о половом акте:** процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы:** процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе младших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование:** соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в младшие классы средней школы.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы:** процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе старших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения школьного образования любого уровня.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием:** соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в старшие классы средней школы.

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Рождаемость среди подростков:** Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2024 г. Сводные показатели по регионам взяты из доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет:** ЮНИСЕФ, 2024 год. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ.

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 49 лет:** ЮНИСЕФ, 2024 год. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ.

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев:** Межведомственная группа по оценке и данным по насилию в отношении женщин (ВОЗ, Структура «ООН-Женщины»), ЮНИСЕФ, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и ЮНФПА), 2021 год.

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав:** ЮНФПА, 2024 г.

**Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья:** ЮНФПА, 2024 г.

**Принятие решения об использовании контрацептивов:** ЮНФПА, 2024 г.

**Принятие решения о половом акте:** ЮНФПА, 2024 г.

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием:** Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год.



# Демографические показатели

	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Время годового удвоения населения, годы	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет (2023 год)	муж.
<b>Мир и регионы</b>	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024		
<b>Весь мир</b>	8 119	77	25	16	24	65	10	2,3	71	76
Более развитые регионы	1 277	–	16	11	17	64	21	1,5	78	83
Менее развитые регионы	6 842	66	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Наименее развитые страны	1 178	31	38	22	31	58	4	3,8	64	69
<b>Регионы ЮНФПА</b>										
Арабские государства	476	39	32	20	28	63	5	3,0	70	75
Азия и Тихий океан	4 204	108	22	16	23	68	10	1,9	72	77
Восточная Европа и Центральная Азия	250	71	23	15	21	66	11	2,1	72	79
Латинская Америка и Карибский бассейн	666	94	23	16	24	68	10	1,8	73	79
Восточная и южная части Африки	688	28	40	23	32	56	3	4,1	62	67
Западная и Центральная Африка	516	28	42	23	33	55	3	4,8	57	59
<b>Страны, территории, прочие области</b>	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	муж.	жен.
Афганистан	43,4	26	43	24	34	55	2	4,3	62	68
Албания	2,8	–	16	12	18	66	18	1,4	78	82
Алжир	46,3	49	30	17	24	63	7	2,7	76	79
Ангола	37,8	23	45	24	32	53	3	5,0	61	66
Антигуа и Барбуда	0,1	127	18	13	20	71	12	1,6	77	82
Аргентина	46,1	113	22	16	23	65	12	1,9	75	81
Армения	2,8	–	20	13	19	65	14	1,6	71	80
Аруба <sup>1</sup>	0,1	–	15	13	19	67	18	1,2	74	80
Австралия <sup>2</sup>	26,7	71	18	12	18	65	18	1,6	82	86
Австрия	9,0	–	14	10	15	65	21	1,5	81	85
Азербайджан <sup>3</sup>	10,5	–	22	16	22	70	8	1,6	71	77
Багамские Острова	0,4	111	18	14	23	72	10	1,4	71	78
Бахрейн	1,5	79	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Бангладеш	174,7	70	25	18	27	68	6	1,9	72	77
Барбадос	0,3	–	16	12	19	66	17	1,6	76	80
Беларусь	9,5	–	16	12	17	65	18	1,5	70	80
Бельгия	11,7	–	16	12	17	63	20	1,6	81	85
Белиз	0,4	50	27	18	28	68	5	2,0	72	78
Бенин	14,1	26	42	23	31	55	3	4,7	60	63
Бутан	0,8	111	21	17	26	73	7	1,4	71	75
Боливия (Многонациональное Государство)	12,6	49	30	20	29	65	5	2,5	66	72
Босния и Герцеговина	3,2	–	15	10	16	66	19	1,3	76	80
Ботсвана	2,7	43	32	20	28	64	4	2,7	64	69
Бразилия	217,6	127	20	14	21	70	11	1,6	73	79
Бруней-Даруссалам	0,5	97	21	15	22	72	7	1,7	73	77
Болгария	6,6	–	14	10	15	64	22	1,6	73	79
Буркина-Фасо	23,8	28	43	24	34	55	3	4,5	59	63
Бурунди	13,6	26	44	26	34	53	3	4,8	61	65
Кабо-Верде	0,6	72	25	18	26	69	6	1,9	73	81
Камбоджа	17,1	68	28	19	27	65	6	2,3	69	74
Камерун	29,4	27	42	23	32	56	3	4,2	61	64

# Демографические показатели

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Время годового удвоения населения, годы	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет (2023 год)	муж.
Канада	39,1	84	15	11	17	65	20	1,5	81	85
Центральноафриканская Республика	5,9	23	48	26	37	50	3	5,7	54	58
Чад	18,8	23	47	24	33	51	2	6,0	52	56
Чили	19,7	–	18	12	19	68	14	1,5	79	84
Китай <sup>4</sup>	1 425,2	–	16	12	18	69	15	1,2	76	82
Гонконг, специальный административный район Китая <sup>5</sup>	7,5	–	12	8	12	66	22	0,8	83	89
Макао, специальный административный район Китая <sup>6</sup>	0,7	55	15	8	13	71	14	1,2	83	88
Колумбия	52,3	–	21	14	22	69	10	1,7	75	81
Коморские Острова	0,9	39	37	21	30	58	4	3,8	63	68
Республика Конго	6,2	31	40	24	32	57	3	4,0	62	65
Коста-Рика	5,2	107	19	14	21	69	12	1,5	78	83
Кот-д'Ивуар	29,6	28	41	24	33	57	2	4,2	59	62
Хорватия	4,0	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Куба	11,2	–	15	11	17	68	16	1,5	76	81
Кюрасао <sup>1</sup>	0,2	–	17	12	20	67	16	1,6	73	81
Кипр <sup>7</sup>	1,3	107	16	10	16	69	16	1,3	80	84
Чехия	10,5	–	16	11	16	64	21	1,7	77	83
Корейская Народно-Демократическая Республика	26,2	–	19	12	19	69	13	1,8	71	76
Демократическая Республика Конго	105,6	21	46	23	32	51	3	6,0	59	63
Дания <sup>8</sup>	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Джибути	1,2	50	30	19	29	66	5	2,7	62	67
Доминика	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
Доминиканская Республика	11,4	79	27	17	26	66	8	2,2	71	78
Эквадор	18,4	68	25	17	26	67	8	2,0	76	81
Египет	114,5	44	32	20	28	63	5	2,8	70	75
Сальвадор	6,4	–	25	17	27	67	9	1,8	69	78
Экваториальная Гвинея	1,8	30	38	22	29	59	3	4,0	61	64
Эритрея	3,8	37	38	25	35	58	4	3,6	67	71
Эстония	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Эсватини	1,2	67	34	22	31	62	4	2,7	58	65
Эфиопия	129,7	28	39	23	32	58	3	3,9	64	70
Фиджи	0,9	97	28	18	26	66	6	2,4	67	71
Финляндия <sup>9</sup>	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
Франция <sup>10</sup>	64,9	–	17	12	18	61	22	1,8	81	86
Французская Гвиана <sup>11</sup>	0,3	29	32	18	27	62	6	3,4	75	81
Французская Полинезия <sup>11</sup>	0,3	88	20	15	22	69	11	1,7	82	86
Габон	2,5	36	36	21	29	60	4	3,3	65	70
Гамбия	2,8	29	42	24	34	55	2	4,4	63	66
Грузия <sup>12</sup>	3,7	–	21	13	19	64	15	2,0	69	79
Германия	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	85
Гана	34,8	36	36	22	31	60	4	3,4	63	68
Греция	10,3	–	13	10	16	63	24	1,4	80	85



# Демографические показатели

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Время годового удвоения населения, годы	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	муж.	жен.
Гренада	0,1	129	24	15	22	66	11	2,0	73	79
Гваделупа <sup>11</sup>	0,4	–	18	13	20	61	21	2,0	80	87
Гуам <sup>13</sup>	0,2	105	26	17	25	62	13	2,5	75	82
Гватемала	18,4	46	31	21	31	64	5	2,3	71	77
Гвинея	14,5	29	41	23	33	56	3	4,1	59	62
Гвинея-Бисау	2,2	32	39	24	33	58	3	3,8	60	64
Гайана	0,8	101	28	18	27	65	7	2,3	66	73
Гаити	11,9	58	31	20	29	64	5	2,7	62	68
Гондурас	10,8	45	29	19	29	66	5	2,3	71	76
Венгрия	10,0	–	14	10	16	65	20	1,6	74	80
Исландия	0,4	111	18	13	19	66	16	1,7	82	85
Индия	1 441,7	77	24	17	26	68	7	2,0	71	74
Индонезия	279,8	87	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Исламская Республика Иран	89,8	101	23	15	21	69	8	1,7	75	80
Ирак	46,5	32	37	22	32	60	3	3,3	70	74
Ирландия	5,1	111	19	14	20	65	16	1,8	81	85
Израиль	9,3	47	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Италия	58,7	–	12	9	14	63	25	1,3	82	86
Ямайка	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Япония	122,6	–	11	9	13	58	30	1,3	82	88
Иордания	11,4	–	31	20	29	65	4	2,7	75	79
Казахстан	19,8	60	29	17	23	62	8	3,0	68	76
Кения	56,2	35	37	23	33	60	3	3,2	62	67
Кирибати	0,1	42	36	21	29	60	4	3,2	66	70
Кувейт	4,3	78	19	14	19	75	6	2,0	79	83
Кыргызстан	6,8	46	34	20	27	61	5	2,9	68	76
Лаосская Народно-Демократическая Республика	7,7	52	30	19	28	65	5	2,4	67	72
Латвия	1,8	–	15	11	15	62	23	1,6	72	80
Ливан	5,2	–	27	20	27	62	11	2,0	78	82
Лесото	2,4	64	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Либерия	5,5	32	40	24	34	57	3	3,9	61	64
Ливия	7,0	65	27	19	28	68	5	2,3	70	77
Литва	2,7	–	15	10	15	63	22	1,6	73	81
Люксембург	0,7	69	16	11	16	69	16	1,4	81	85
Мадагаскар	31,1	29	38	22	32	58	3	3,7	65	70
Малави	21,5	27	42	25	35	56	3	3,7	62	69
Малайзия <sup>14</sup>	34,7	67	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Мальдивские Острова	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	81	82
Мали	24,0	23	47	25	34	51	2	5,7	60	62
Мальта	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Мартиника <sup>11</sup>	0,4	–	15	12	18	60	24	1,9	81	86
Мавритания	5,0	26	41	24	33	56	3	4,2	65	69
Маврикий <sup>15</sup>	1,3	–	16	12	20	70	14	1,4	73	79
Мексика	129,4	97	24	17	25	68	9	1,8	72	79

# Демографические показатели

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Время годового удвоения населения, годы	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет (2023 год)	муж.
Федеративные Штаты Микронезии	0,1	74	30	20	30	64	7	2,6	68	76
Монголия	3,5	53	32	18	25	63	5	2,7	69	78
Черногория	0,6	–	18	12	18	65	17	1,7	75	81
Марокко	38,2	72	26	17	25	66	8	2,2	73	78
Мозамбик	34,9	25	43	24	33	54	3	4,4	60	65
Мьянма	55,0	100	24	16	24	69	7	2,1	65	71
Намибия	2,6	41	36	21	30	60	4	3,2	60	68
Непал	31,2	64	28	19	29	66	6	2,0	69	73
Нидерланды <sup>16</sup>	17,7	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Новая Каледония <sup>11</sup>	0,3	70	22	15	22	67	12	2,0	78	85
Новая Зеландия <sup>17</sup>	5,3	89	18	13	19	65	17	1,7	82	85
Никарагуа	7,1	52	29	19	28	65	6	2,2	72	78
Нигер	28,2	18	49	24	33	49	2	6,6	63	65
Нигерия	229,2	29	42	23	33	55	3	5,0	54	55
Северная Македония	2,1	–	16	11	17	69	16	1,4	76	80
Норвегия <sup>18</sup>	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Оман	4,7	48	27	15	21	70	3	2,5	78	81
Пакистан	245,2	36	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Панама	4,5	53	26	17	24	65	9	2,3	76	82
Папуа – Новая Гвинея	10,5	39	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Парагвай	6,9	57	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Перу	34,7	73	25	17	25	66	9	2,1	75	79
Филиппины	119,1	47	30	19	28	65	6	2,7	70	74
Польша	40,2	–	15	10	16	66	19	1,5	75	82
Португалия	10,2	–	13	10	15	63	24	1,4	80	85
Пуэрто-Рико <sup>13</sup>	3,3	–	13	10	17	63	24	1,3	76	84
Катар	2,7	93	15	10	13	83	2	1,8	81	83
Республика Корея	51,7	–	11	9	14	70	19	0,9	81	87
Республика Молдова <sup>19</sup>	3,3	–	19	12	18	67	13	1,8	67	76
Реюньон <sup>11</sup>	1,0	92	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Румыния	19,6	–	16	11	16	65	19	1,7	74	81
Российская Федерация	144,0	–	17	12	17	66	17	1,5	70	79
Руанда	14,4	31	38	23	32	59	3	3,6	65	70
Сент-Китс и Невис	0,0	–	19	13	20	70	11	1,5	69	76
Сент-Люсия	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	71	78
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	–	21	15	22	67	11	1,8	71	77
Самоа	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
Сан-Марино	0,03	–	12	10	16	67	21	1,2	82	85
Сан-Томе и Принсипи	0,2	36	38	24	34	58	4	3,6	66	72
Саудовская Аравия	37,5	50	25	16	23	71	3	2,3	77	80
Сенегал	18,2	27	41	23	33	56	3	4,2	67	73
Сербия <sup>20</sup>	7,1	–	15	10	15	65	21	1,5	74	80
Сейшельские Острова	0,1	128	23	14	21	68	9	2,3	72	80
Сьерра-Леоне	9,0	33	38	23	33	59	3	3,7	60	63



# Демографические показатели

Страны, территории, прочие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Время годового удвоения населения, годы	Население в возрасте 0–14 лет, в процентах	Население в возрасте 10–19 лет, в процентах	Население в возрасте 10–24 лет, в процентах	Население в возрасте 15–64 лет, в процентах	Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах	Коэффициент суммарной рождаемости (на одну женщину)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет (2023 год)	муж.
Сингапур	6,1	112	12	8	13	71	17	1,1	82	87
Синт-Мартен (голландская часть) <sup>1</sup>	0,0	–	10	12	24	77	13	1,6	73	79
Словакия	5,7	–	16	10	16	67	18	1,6	75	82
Словения	2,1	–	15	10	15	63	22	1,6	80	85
Соломоновы Острова	0,8	32	39	22	31	58	4	3,8	69	73
Сомали	18,7	23	47	24	33	51	3	6,0	56	60
Южная Африка	61,0	64	28	18	25	66	6	2,3	64	70
Южный Судан	11,3	41	42	28	38	55	3	4,1	56	59
Испания <sup>21</sup>	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	82	87
Шри-Ланка	21,9	–	22	16	23	66	12	1,9	73	81
Государство Палестина <sup>22</sup>	5,5	30	38	22	32	58	4	3,3	74	78
Судан	49,4	27	40	22	31	56	4	4,3	64	69
Суринам	0,6	79	26	17	26	66	8	2,3	70	76
Швеция	10,7	121	17	12	18	62	21	1,7	82	85
Швейцария	8,9	113	15	10	15	65	20	1,5	83	86
Сирийская Арабская Республика	24,3	15	28	23	35	67	5	2,6	69	76
Таджикистан	10,3	38	36	21	29	60	4	3,1	69	74
Таиланд	71,9	–	15	11	17	68	17	1,3	76	84
Тимор-Лешти	1,4	50	34	22	33	61	5	2,9	68	71
Того	9,3	31	39	23	32	57	3	4,1	61	63
Тонга	0,1	83	34	22	31	60	6	3,1	69	74
Тринидад и Тобаго	1,5	–	18	13	19	69	12	1,6	72	78
Тунис	12,6	84	24	15	22	66	10	2,0	74	80
Турция	86,3	137	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Туркменистан	6,6	57	31	18	26	64	6	2,6	66	73
Острова Теркс и Кайкос	0,0	87	17	11	16	73	11	1,6	73	79
Тувалу	0,0	95	32	19	27	61	7	3,1	61	70
Уганда	49,9	26	44	25	35	54	2	4,2	62	66
Украина <sup>23</sup>	37,9	25	15	12	15	65	20	1,3	70	80
Объединенные Арабские Эмираты	9,6	90	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии <sup>24</sup>	68,0	–	17	12	18	63	20	1,6	81	84
Объединенная Республика Танзания <sup>25</sup>	69,4	24	43	23	33	54	3	4,5	66	70
Соединенные Штаты Америки <sup>26</sup>	341,8	132	17	13	19	65	18	1,7	77	82
Американские Виргинские острова <sup>13</sup>	0,1	–	19	13	18	60	21	2,1	71	82
Уругвай	3,4	–	18	14	21	66	16	1,5	75	82
Узбекистан	35,7	50	30	17	24	64	6	2,7	69	75
Вануату	0,3	30	39	22	31	58	4	3,6	69	73
Боливарианская Республика Венесуэла	29,4	37	26	19	28	65	9	2,1	69	77
Вьетнам	99,5	111	22	14	21	68	10	1,9	70	80
Западная Сахара	0,6	38	24	15	22	70	6	2,2	70	74
Йемен	35,2	31	39	23	32	59	3	3,6	63	70
Замбия	21,1	26	42	24	34	56	2	4,1	61	66
Зимбабве	17,0	33	40	24	34	57	3	3,3	59	65

## ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- <sup>1</sup> Для целей статистики данные по Нидерландам не включают эту область.
  - <sup>2</sup> Включая Остров Рождества, Кокосовые острова (Килинг) и остров Норфолк.
  - <sup>3</sup> Включая и Нагорный Карабах.
  - <sup>4</sup> Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао (специальным административным районам (САР Китая)) и китайской провинции Тайвань.
  - <sup>5</sup> С 1 июля 1997 года Гонконг признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
  - <sup>6</sup> С 20 декабря 1999 года Макао признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
  - <sup>7</sup> Относится к стране в целом.
  - <sup>8</sup> Для целей статистики данные по Дании не включают Фарерские острова и Гренландию.
  - <sup>9</sup> Включая Аландские острова.
  - <sup>10</sup> Для целей статистики данные по Франции не включают Французскую Гвиану, Французскую Полинезию, Гваделупу, Мартинику, Майотту, Новую Каледонию, Реюньон, Сен-Пьер и Микелон, Сен-Бартелеми, Сен-Мартен (французская часть) и острова Уоллис и Футуна.
  - <sup>11</sup> Для целей статистики данные по Франции не включают эту область.
  - <sup>12</sup> Включая Абхазию и Южную Осетию.
  - <sup>13</sup> Для целей статистики данные по Соединенным Штатам Америки не включают эту область.
  - <sup>14</sup> Включая Сабах и Саравак.
  - <sup>15</sup> Включая Агалегу, Родригес и Каргадос-Карахос.
  - <sup>16</sup> Для целей статистики данные по Нидерландам не включают Арубу, Бонайре, Синт-Эстатиус и Сабу, Кюрасао и Синт-Мартен (голландская часть).
  - <sup>17</sup> Для целей статистики данные по Новой Зеландии не включают острова Кука, Ниуэ и Токелау.
  - <sup>18</sup> Включая Шпицберген и острова Ян-Майен.
  - <sup>19</sup> Включая Приднестровье.
  - <sup>20</sup> Включая Косово.
  - <sup>21</sup> Включая Канарские острова, Сеуту и Мелилью.
  - <sup>22</sup> Включая Восточный Иерусалим.
  - <sup>23</sup> Относится к территории страны на момент переписи 2001 года.
  - <sup>24</sup> Относится к Соединенному Королевству Великобритании и Северной Ирландии. Для целей статистики данные по Соединенному Королевству не включают Ангилью, Бермудские острова, Британские Виргинские острова, Каймановы острова, Нормандские острова, Фолклендские (Мальвинские) острова, Гибралтар, остров Мэн, Монтсеррат, остров Святой Елены и острова Теркс и Кайкос.
  - <sup>25</sup> Включая Занзибар.
  - <sup>26</sup> Для целей статистики данные по Соединенным Штатам Америки не включают Американское Самоа, Гуам, Северные Марианские острова, Пуэрто-Рико и Виргинские острова Соединенных Штатов.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Общая численность населения:** ориентировочная численность населения по состоянию на середину года.

**Время годового удвоения населения, годы:** количество лет, необходимое для того, чтобы общая численность населения удвоилась при неизменных темпах изменения численности населения. Рассчитывается как  $\ln(2)/r$ , где  $r$  – годовой прирост населения. Время удвоения рассчитывается только для быстрорастущих популяций с темпами роста, превышающими 0,5%.

**Население в возрасте 0–14 лет, в процентах:** доля населения в возрасте 0–14 лет.

**Население в возрасте 10–19 лет, в процентах:** доля населения в возрасте 10–19 лет.

**Население в возрасте 10–24 лет, в процентах:** доля населения в возрасте 10–24 лет.

**Население в возрасте 15–64 лет, в процентах:** доля населения в возрасте 15–64 лет.

**Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах:** доля населения в возрасте 65 лет и старше.

**Общий коэффициент рождаемости:** число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожидая до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:** ожидаемая продолжительность жизни новорожденных детей в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и население соответствующей страны в момент их рождения.

## ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

**Общая численность населения:** Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Время годового удвоения населения, годы:** Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Население в возрасте 0–14 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Население в возрасте 10–19 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Население в возрасте 10–24 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Население в возрасте 15–64 лет, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах:** расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Общий коэффициент рождаемости:** Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:** Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год.



# Технические примечания

Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2024 году» включают показатели, которые отражают прогресс в достижении целей концепции Рамочной программы действий в связи с Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) и Целей устойчивого развития (ЦУР) в области охраны материнского здоровья, доступа к образованию и услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья. Кроме того, эти таблицы содержат различные демографические показатели. Статистические таблицы помогают ЮНФПА сосредоточивать внимание на достижении прогресса и результатов в построении мира, в котором каждая беременность желанна, каждые роды безопасны, и все молодые люди могут раскрыть свой потенциал.

Различные национальные ведомства и международные организации могут использовать разные методики сбора, экстраполяции и анализа данных. Для облегчения международной сопоставимости данных ЮНФПА опирается на стандартные методики, используемые главными источниками данных. Поэтому в некоторых случаях данные в этих таблицах отличаются от данных, подготовленных национальными ведомствами. Данные, представленные в настоящих таблицах, несопоставимы с данными, содержащимися в предыдущих докладах «Народонаселение мира», из-за обновления региональных классификаций и методик, а также пересмотра временных рядов данных.

Статистические таблицы построены на основе результатов, собранных в ходе национально репрезентативных обследований домохозяйств, таких как демографические обследования и обследования состояния здоровья населения (DHS) и многоиндикаторные кластерные обследования (MICS), оценок организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также включают последние оценки и прогнозы численности населения, представленные в документах «Мировые демографические прогнозы: редакция 2022 года» и «Оценочные и прогнозные данные по показателям планирования семьи, рассчитанные на основе моделей, за 2022 год» (Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций). Данные сопровождаются определениями, указанием источников и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2024 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся по состоянию на март 2024 года.

## Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР

### Сексуальное и репродуктивное здоровье

**Смертность новорожденных.** Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирный банк и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций), 2023 г. Показатель отражает число материнских смертей в течение определенного периода времени на 100 000 живорождений за тот же период времени. Оценки и методологии регулярно проверяются Межведомственной группой по оценке материнской смертности, другими агентствами и академическими учреждениями и, при необходимости, пересматриваются в рамках текущего процесса улучшения данных о материнской смертности. Указанные оценки не следует сопоставлять с прежними межучрежденческими оценками.

**Роды с участием квалифицированного медицинского персонала.** Источник: Совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению. ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2023 г. Это показатель родов, принимаемых медицинским персоналом, который обладает необходимой квалификацией для оказания жизненно важной акушерской помощи, включая необходимое наблюдение и уход за женщинами во время беременности, родов и в послеродовой период и консультирование женщин; самостоятельного принятия родов; а также ухода за новорожденными. К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

**Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения.** Источник: показатели ВИЧ. ЮНЭЙДС, 2023 г. Число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человеко-лет среди неинфицированного населения (показатель 3.3.1 ЦУР).

**Распространенность противозачаточных средств, любой метод и любой современный метод.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, полученных из докладов о выборочных обследованиях. В рамках этих обследований оценивалась доля всех женщин репродуктивного возраста и замужних женщин (включая женщин, живущих в гражданском браке), которые в настоящее время пользуются любыми или современными методами контрацепции.

Современные методы контрацепции включают женскую и мужскую стерилизацию, внутриматочную спираль (ВМС), имплантаты, инъекционные препараты, оральные контрацептивы, мужские и женские презервативы, вагинальные барьерные методы (включая диафрагму, цервикальный колпачок и спермицидную пену, желе, крем и губку), метод лактационной аменореи (ЛАМ), экстренную контрацепцию и другие современные методы, о которых отдельно не сообщается (например, противозачаточный пластырь или вагинальное кольцо).

**Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи (любой метод).** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Оценки с использованием модели рассчитаны на основе данных, полученных из докладов о выборочных обследованиях. Женщины, использующие традиционные методы контрацепции, не рассматриваются как имеющие неудовлетворенную потребность в планировании семьи. Предполагается, что все женщины или все замужние и состоящие в гражданском браке женщины сексуально активны и подвержены риску беременности. Предположение об универсальной подверженности риску возможной беременности всех женщин или всех замужних или женщин, состоящих в гражданском браке, может привести к занижению оценок по сравнению с фактическим риском среди потенциально подверженных беременности. Возможно, особенно при низком уровне распространенности противозачаточных средств, что, когда распространенность противозачаточных средств увеличивается, неудовлетворенная потребность в планировании семьи также возрастает. Таким образом, оба показателя необходимо интерпретировать вместе.

**Доля спроса, удовлетворенного любыми современными методами.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Показатель распространенности современного метода контрацепции, разделенный на показатель совокупного спроса на средства планирования семьи. Совокупный спрос на средства планирования семьи равен сумме показателя распространенности любого метода контрацепции и показателя неудовлетворенной потребности в средствах планирования семьи.

**Законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию, в процентах.** Источник: ЮНФПА, 2022 год. Степень, в которой страны обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к услугам, информации и образованию в

области сексуального и репродуктивного здоровья (показатель 5.6.2 ЦУР).

**Показатель охвата всеобщими медицинскими услугами (ИНС).** Источник: ВОЗ, 2023 год. Средний охват основными услугами, основанный на отслеживаемых мерах, которые включают охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания, а также возможности и доступ к услугам среди населения в целом и наиболее обездоленного населения (показатель 3.8.1 ЦУР).

## Гендер, права и человеческий капитал

**Рождаемость среди подростков.** Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2024 г. Сводные показатели по регионам взяты из доклада «Мировые демографические перспективы», 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Коэффициент рождаемости среди подростков показывает риск деторождения для девушек-подростков в возрасте 15–19 лет. В том, что касается регистрации актов гражданского состояния, эти показатели могут иметь ограничения и зависят от полноты данных о регистрации деторождений, младенцах, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения данных о числе деторождений за предыдущие периоды. На оценки, касающиеся народонаселения, могут влиять ограничения, связанные с неправильной регистрацией возраста и неполнотой охвата. При проведении обследований и переписей населения как числитель, так и знаменатель относятся к одной и той же группе населения. Основными недостатками являются неправильная регистрация возраста, отсутствие регистрации деторождения, неправильная регистрация даты рождения ребенка и изменчивость выборки при проведении обследований.

**Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах.** Источник: ЮНИСЕФ, 2024 год. Доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, состоящих в официальном или гражданском браке до достижения 18-летнего возраста (показатель 5.3.1 ЦУР).

**Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте 15–49 лет, в процентах.** Источник: ЮНИСЕФ, 2024 год. Доля девушек в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах (показатель 5.3.2 ЦУР).

**Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев, в процентах.** Источник: Межведомственная группа по оценке и данным по насилию в отношении женщин (ВОЗ, Структура «ООН-Женщины»), ЮНИСЕФ, Статистический отдел Организации Объединенных Наций, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности и ЮНФПА), 2021 год. Процент женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, которые когда-либо вступали в партнерские отношения и подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны партнера в течение последних 12 месяцев (показатель 5.2.1 ЦУР).

**Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав, в процентах.** Источник: ЮНФПА, 2024 г. Процентная доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие женщинами самостоятельных решений относительно своего здоровья, в процентах.** Источник: ЮНФПА, 2024 г. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения относительно своего здоровья (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие решения об использовании противозачаточных средств, в процентах.** Источник: ЮНФПА, 2024 г. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают

решение об использовании противозачаточных средств (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Принятие решения о половом акте, в процентах.** Источник: ЮНФПА, 2024 г. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые самостоятельно принимают решения о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель 5.6.1 ЦУР).

**Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах.** Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год. Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе младших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения среднего школьного образования.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование.** Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год. Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в младшие классы средней школы.

**Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы, в процентах.** Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 г. Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе старших классов среднего образования, которые были зачислены в учреждения школьного образования любого уровня.

**Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием.** Источник: Статистический институт ЮНЕСКО, 2024 год. Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в старшие классы средней школы.

## Демографические показатели

### Численность населения

**Общая численность населения (в млн чел.).** Источник: Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Ориентировочная численность населения по состоянию на середину года.

### Изменение численности населения

**Время годового удвоения населения, годы.** Источник: Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Количество лет, необходимое для того, чтобы общая численность населения удвоилась при неизменных темпах изменения численности населения. Рассчитывается как  $\ln(2)/r$ , где  $r$  — годовой прирост населения. Время удвоения рассчитывается только для быстрорастущих популяций с темпами роста, превышающими 0,5%.

### Состав населения

**Население в возрасте 0–14 лет, в процентах.** Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2022 год. Доля населения в возрасте 0–14 лет.

**Население в возрасте 10–19 лет, в процентах.** Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2022 год. Доля населения в возрасте 10–19 лет.

**Население в возрасте 10–24 лет, в процентах.** Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2022 год. Доля населения в возрасте 10–24 лет.

**Население в возрасте 15–64 лет, в процентах.** Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения



Организации Объединенных Наций за 2022 год. Доля населения в возрасте 15–64 лет.

#### **Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах.**

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций за 2022 год. Пропорциональная доля населения в возрасте 65 лет и старше.

### **Рождаемость**

#### **Коэффициент суммарной рождаемости, на одну женщину.**

Источник: Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. число детей, которых женщина могла бы родить в репродуктивном возрасте, если бы она дожила до выхода из репродуктивного возраста, а до этого рожала с периодичностью, характерной для соответствующей возрастной группы.

### **Ожидаемая продолжительность жизни**

#### **Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет.**

Источник: Мировые демографические прогнозы народонаселения мира, редакция 2022 г. Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, 2022 год. Ожидаемая продолжительность жизни новорожденных детей в годах, если они на протяжении всей жизни будут подвергаться такому же риску смертности, что и население соответствующей страны в момент их рождения.

## **Региональные классификации**

Приведенные в конце статистических таблиц средние данные рассчитаны ЮНФПА на основе данных по странам и районам в соответствии с приведенной ниже классификацией.

#### **Регион арабских государств**

Алжир; Джибути; Египет; Иордания; Ирак; Йемен; Ливан; Ливия; Марокко; Оман; Палестина; Сирийская Арабская Республика; Сомали; Судан; Тунис.

#### **Азиатско-Тихоокеанский регион**

Афганистан; Бангладеш; Бутан; Вануату; Вьетнам; Индия; Индонезия; Иран (Исламская Республика); Камбоджа; Кирибати; Китай; Корейская Народно-Демократическая Республика; острова Кука; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Малайзия; Мальдивские Острова; Маршалловы Острова; Микронезия (Федеративные Штаты); Монголия; Мьянма; Науру; Непал; Ниуэ; Пакистан; Палау; Папуа — Новая Гвинея; Самоа; Соломоновы Острова; Таиланд; Тимор-Лешти; Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка.

#### **Регион Восточной Европы и Центральной Азии**

Албания; Армения; Азербайджан; Беларусь; Босния и Герцеговина; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Республика Молдова; Северная Македония; Сербия; Таджикистан; Турция; Туркменистан; Украина; Узбекистан.

#### **Регион Латинской Америки и Карибского бассейна**

Ангилья; Антигуа и Барбуда; Аргентина; Аруба; Багамские Острова; Барбадос; Белиз; Бермудские острова; Боливия (Многонациональное Государство); Бразилия; Британские Виргинские острова; Венесуэла (Боливарианская Республика); Гайана; Гаити; Гватемала; Гондурас; Гренада; Доминика; Доминиканская Республика; Каймановы острова; Колумбия; Коста-Рика; Куба; Кюрасао; Мексика; Монтсеррат; Никарагуа; Панама; Парагвай; Перу; Сальвадор; Сент-Винсент и Гренадины; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Синт-Мартен; Суринам; острова Тёркс и Кайкос; Тринидад и Тобаго; Уругвай; Чили; Эквадор; Ямайка.

#### **Регион Восточной и Южной Африки**

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Демократическая Республика Конго; Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Объединенная Республика Танзания; Уганда; Эритрея; Эсватини; Эфиопия; Южная Африка; Южный Судан.

#### **Регион Западной и Центральной Африки**

Бенин; Буркина-Фасо; Габон; Гамбия; Гана; Гвинея; Гвинея-Бисау; Кабо-Верде; Камерун (Республика); Конго (Республика); Кот-д'Ивуар; Либерия; Мавритания; Мали; Нигер; Нигерия; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Сьерра-Леоне; Того; Центральноафриканская Республика; Чад; Экваториальная Гвинея.

Термин «**более развитые регионы**» предназначен для статистических целей и не позволяет судить о том, какой стадии достигла конкретная страна или регион в процессе развития; согласно Отделу народонаселения ООН, эти регионы включают Европу, Северную Америку, Австралию/Новую Зеландию и Японию.

Термин «**менее развитые регионы**» предназначен для статистических целей и не позволяет судить о том, какой стадии достигла конкретная страна или регион в процессе развития; согласно Отделу народонаселения ООН, эти регионы включают всю Африку, Азию (кроме Японии), Латинскую Америку и Карибский бассейн плюс Меланезия, Микронезия и Полинезия.

К «**наименее развитым странам**», как они определены Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в ее резолюциях (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 и 68/18), по состоянию на январь 2022 года относились 46 стран: 33 страны в Африке, 8 стран в Азии, 4 страны в Океании и одна страна в Латинской Америке и Карибском бассейне: Ангола; Афганистан; Бангладеш; Бенин; Буркина-Фасо; Бурунди; Бутан; Вануату; Гаити; Гамбия; Гвинея; Гвинея-Бисау; Демократическая Республика Конго; Джибути; Замбия; Йемен; Камбоджа; Кирибати; Коморские Острова; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Лесото; Либерия; Мавритания; Мадагаскар; Малави; Мали; Мозамбик; Мьянма; Непал; Нигер; Объединенная Республика Танзания; Руанда; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Соломоновы Острова; Сомали; Судан; Сьерра-Леоне; Тимор-Лешти; Того; Тувалу; Уганда; Центральноафриканская Республика; Чад; Эритрея; Эфиопия и Южный Судан. Эти страны также включены в менее развитые регионы. Дополнительная информация доступна по адресу: <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

## **Примечание для материала «В фокусе: Проблемы с доступом к медицинским услугам с течением времени в зависимости от социально-экономического статуса и этнической принадлежности со слов опрошенных» (стр. 28–31)**

О сопоставлении результатов обследований этнических групп: данный анализ включал сопоставление результатов этнических групп в ходе двух обследований в каждой стране и согласование незначительных различий в написании или объединение отдельных этнических групп в одном обследовании с общими этническими группами, использованными в другом обследовании на основе деталей, представленных в методологических приложениях к докладам по отдельным странам. Там, где сопоставление оказалось невозможным, отдельные этнические группы были определены в ранее существовавшую категорию «другие».

**О социально-экономических переменных:** данный анализ учитывал квинтиль благосостояния, уровень школьного

образования и проживание в городской или сельской местности. Квинтили благосостояния делят каждую страну и население, участвующее в обследовании, на пять групп на основе собранной информации, полученной из опросника домохозяйства, где упоминается уровень благосостояния. Вопросы об образовании позволяют установить, имеет ли женщина начальное, среднее или высшее образование.

**Методология:** модели бинарной логистической регрессии использовались для оценки доли женщин, сообщивших о серьезных проблемах в доступе к медицинским услугам, а также для изучения различий в конкретных странах, связанных с этнической принадлежностью и социально-экономическим статусом. Для получения достоверных оценок стандартной ошибки модели регрессии учитывают сложную структуру обследований DHS и весовые коэффициенты обследований. Там, где тестирование модели показало лучшее соответствие, в модели была включена взаимосвязь между годом проведения обследования и этнической принадлежностью опрошенных, что означает, что этнические группы демонстрируют различную скорость изменения с течением времени. В противном случае отсутствие взаимосвязи означало, что этнические группы демонстрировали одинаковую скорость изменений с течением времени, однако их отправные точки различались. Анализ выявил этнические различия во всех странах, даже после учета социально-экономического статуса. (В Армении и Габоне размеры выборок были крайне малы, что означает, что наблюдаемые различия могли быть вызваны статистической вероятностью.) Многоуровневые модели использовались для изучения характеристик более высокого уровня во всех странах, включенных в анализ. Этот анализ показал, что общая тенденция такова, что наиболее уязвимые группы демонстрируют наименьшее улучшение доступа к услугам, в то время как среди наименее уязвимых наблюдается наибольшее улучшение. В моделях к уровню 1 относились отдельные женщины, уровень 2 представляли этнические группы конкретной страны, а уровень 3 – 25 различных стран. В целях повышения чувствительности моделей к социально-экономической стратификации конкретной страны в многоуровневых моделях использовалась индексная переменная для социально-экономического статуса вместо категориальных переменных, используемых в бинарных логистических регрессиях для конкретной страны. В индексной переменной социально-экономический профиль (заданное сочетание благосостояния, образования и места жительства) с наименьшей прогнозируемой вероятностью, характерной для каждой страны, принимает значение 1, а профиль с наибольшей прогнозируемой вероятностью принимает значение 40. Все профили в промежутке между этими значениями принимают соответствующие значения от 1 до 40 в соответствии с ранжированием их прогнозируемых вероятностей в регрессиях для конкретной страны. В тех случаях, когда анализ оценивает долю женщин во всех странах, эти оценки получены путем взвешивания оценок на страновом уровне по численности населения.

### Примечание о самых высоких и самых низких рисках материнской смертности в сравнении показателей 1990–2020 годов (стр. 66)

Описывая тенденции в области материнской смертности с 1990 по 2020 год в главе 3, авторы провели свои собственные расчеты, основанные на данных, опубликованных наряду с самой последней официальной статистикой материнской смертности, представленной в публикации ВОЗ и других организаций (2023а). Сама публикация посвящена тенденциям в этой области с 2000 по 2020 год, однако прилагаемые наборы данных включают оценки, начиная с 1985 года. Это означает, что оценки за 1990 и 2020 годы, упомянутые в главе 3, сравнивают оценки, полученные с использованием одной и той же методологии и входных данных. При сравнении 10% стран с самым высоким и самым низким риском смерти женщин от беременности или

родов в 1990 и 2020 годах средние показатели не были взвешены по численности населения.

### Примечание к материалу о тенденции в области материнской смертности в Соединенных Штатах (стр. 66)

Несмотря на заметное расовое и этническое неравенство в показателях материнской смертности в Соединенных Штатах, показатели материнской смертности в стране увеличиваются среди большинства групп женщин. Ведутся споры о том, в какой степени это увеличение является результатом изменения определений и осуществления надзора; на эти вопросы невозможно ответить без усовершенствованных систем сбора данных, таких как систематические и стандартизированные расследования всех случаев смерти во всех штатах. Тем не менее, исследования указывают на то, что определенную роль в этом играет отсутствие в стране всеобщего доступа к медицинским услугам (Braveman, 2023). Примечательно, что значительная доля материнских смертей в стране приходится на период от шести недель до одного года после родов, многие из них связаны с психическими расстройствами (Trost and others, 2017). В отличие от многих других стран с высоким уровнем дохода, в Соединенных Штатах отсутствует гарантированный оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком или посещения матерей медицинскими работниками на дому в послеродовой период (Tikkanen and others, 2020).

### Примечание к материалу о неудовлетворенной потребности в средствах контрацепции в странах, затронутых гуманитарными кризисами (стр. 95)

Авторы основывали эту оценку на сведениях данных в таблице 2.5 источника, в которой приведены данные о проценте женщин с удовлетворенной и неудовлетворенной потребностью в средствах контрацепции в странах, затронутых гуманитарными кризисами в 2015 году. Процент удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей суммировали для расчета общего процента женщин, которые хотели бы избежать беременности, в каждой стране. Доля женщин, желающих избежать беременности и не использующих какие-либо формы контрацепции, была рассчитана как процент женщин с неудовлетворенной потребностью, разделенный на общий процент женщин с такой потребностью. Невзвешенное среднее значение оценок по стране составило 51%.

### Примечание к материалу об оценках дохода на душу населения, полученных в результате исследования в Кении, Нигерии и Сенегале (стр. 96)

Авторы рассчитали оценки дохода на душу населения по таблице 1 исходного источника, в которой оценивается валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения при различных сценариях. Согласно таблице, ВВП составил бы 3480 международных долларов, если бы были удовлетворены две трети неудовлетворенных потребностей в современных средствах контрацепции («умеренный» сценарий), и 2310 международных долларов при базовом сценарии.



# Библиография

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: [ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life](https://ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life), accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: [asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/](https://asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/), accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: [healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review](https://healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review), accessed 5 February 2024.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: [indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report](https://www.aihw.gov.au/reports-overview/summary-report), accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: [doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1), accessed 6 February 2024.

- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizzarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Saliu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.
- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: [reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/), accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.



- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Twa Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.
- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism\_Worldwide\_Report2021\_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload\_en/file/5229\_file1\_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.
- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans\* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulube, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis, accessed 1 February 2024.



- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global Decriminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting\_the\_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC\_onepager\_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: [www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end](http://www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end), accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.
- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1970–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: [unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_Reproductive\\_Paper\\_20160120\\_online.pdf](http://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf), accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falter Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.



- MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: [npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK\\_Maternal\\_Report\\_2020\\_-\\_Lay\\_Summary\\_v10.pdf](http://npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf), accessed 4 February 2024.
- McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: [nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice](http://nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice), accessed 1 February 2024.
- McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.
- Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.
- Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.
- Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.
- Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.
- MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: [hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care](http://hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care), accessed 2 October 2023.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.
- Muro, Estella and Olohikhuae Egbohare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.
- Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.
- Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.
- Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.
- Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.
- Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: [atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/](http://atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/), accessed 1 February 2024.
- Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.
- Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.
- Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. [blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news](http://blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news), accessed 1 February 2024.
- O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: [humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction](http://humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction), accessed 15 March 2024.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: [fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023](http://fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023), accessed 15 March 2024.
- Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: [www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice](http://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice), accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: [www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism](http://www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism), accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: [www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over](http://www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over), accessed 5 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: [www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un](http://www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un), accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: [www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments](http://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments), accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: [digitallibrary.un.org/record/3823698](http://digitallibrary.un.org/record/3823698)
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: [www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda](http://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda), accessed 6 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: [www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf](http://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf), accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: [www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights](http://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights), accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: [www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN\\_Fact\\_Sheets\\_Homophobic\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf), accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: [www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people](http://www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people), accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: [www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights](http://www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights), accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: [www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa](http://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa), accessed 13 February 2024.
- Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.
- Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.
- Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: [brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/](http://brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/), accessed 1 February 2024.
- Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.
- Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.
- Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.
- PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: [pai.org/resources/leading-charge/](http://pai.org/resources/leading-charge/), accessed 8 February 2024.
- Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.
- Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.
- Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.
- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.



- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compet](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compet), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLoS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: [un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm](https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm), accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrapal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: [asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change](https://asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change), accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.

- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: [memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf](https://memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf), accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: [translegislation.com/bills/2023](https://translegislation.com/bills/2023), accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: [aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219\\_pcb-decision-2025-targets](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets), accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: [aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522\\_PR\\_Monkeypox](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox), accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: [aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/february/20210219\\_HumanRightsFactSheetSeries](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/february/20210219_HumanRightsFactSheetSeries), accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: [aidsinfo.unaids.org/](https://aidsinfo.unaids.org/), accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: [un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/february/20220219_FamilyPlanningIndicators), accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: [undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/february/20230219_HumanCostofInaction), accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: [unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/february/20160219_GlobalEducationMonitoringReport), accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: [unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/february/20210219_JourneyTowardsComprehensiveSexualityEducation), accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: [pdp.unfpa.org](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/march/20240315_PopulationDataPortal), accessed 15 March 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: [unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/february/20230219_StatementoftheExecutiveDirector), accessed 1 February 2024.



- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: [unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable](https://unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable), accessed 1 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: [www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during](https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during), accessed 3 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: [unfpa.org/events/icpd5-review](https://unfpa.org/events/icpd5-review), accessed 5 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: [asiapacific.unfpa.org/en/ROI](https://asiapacific.unfpa.org/en/ROI), accessed 7 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: [data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef\\_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL\\_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT\\_CHLD\\_Y0T4\\_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023](https://data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023), accessed 6 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: [data.unicef.org/topic/gender/fgm/](https://data.unicef.org/topic/gender/fgm/), accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.
- United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: [press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm](https://press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm), accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: [news.un.org/en/story/2023/09/1141477](https://news.un.org/en/story/2023/09/1141477), accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: [news.un.org/en/story/2023/03/1135147#](https://news.un.org/en/story/2023/03/1135147#), accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: [news.un.org/en/story/2020/01/1055681](https://news.un.org/en/story/2020/01/1055681), accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: [press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm](https://press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm), accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." A/69/62.

- United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.
- United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.
- University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.
- UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: [unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind](https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind), accessed 5 February 2024.
- UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.
- Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.
- USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: [usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#](https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#), accessed 8 February 2024.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution Can be Expected?" *Population Health Metrics* 19(1): 2.
- Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.
- Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.
- Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.
- Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.
- Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.
- WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: [cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf), accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: [www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html](https://www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html), accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: [iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf), accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf), accessed 5 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: [who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1), accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death), accessed 6 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: [who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births), accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis), accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: [who.int/health-topics/self-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1), accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.



- Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.
- Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.
- Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: [wbl.worldbank.org/en/wbl](http://wbl.worldbank.org/en/wbl), accessed 1 February 2024.
- World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.
- World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.
- Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.
- Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.
- Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.
- Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.
- Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.







## Обеспечение прав и возможностей выбора для всех

Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения  
605 Third Avenue  
New York, NY 10158  
Тел.: +1 212-297-5000  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)  
@UNFPA



ISSN: 2520-2022  
ISBN: 9789213589571

Напечатано на переработанной бумаге