

МОЕ ТЕЛО ПРИНАДЛЕЖИТ МНЕ

ОТСТАИВАНИЕ ПРАВА НА ТЕЛЕСНУЮ АВТОНОМИЮ И САМООПРЕДЕЛЕНИЕ

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD
AUTONOMISER
CHOICE
PROTECTION
ADVOCACY
COMUNIDAD
Права
RESTRICTIONS
القرار الحر
LOVE
CORPS
ОТНОШЕНИЯ
HANDS OFF
Equilibrio
المساواة بين الجنسين
Выражение
PONER FIN A LA VIOLENCIA
DETERMINATION
LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
законны حماية
POWER STRENGTH LE POUVOIR DE CHOISIR
AUTONOMY
LIMITES AUTOSUFICIENTE Сила
HEALTH FORCE НЕПОКОШОВЕННОСТЬ
GENDER EQUALITY
AUTONOMISER
RESISTENCIA
CONTRACEPTION
CONTROL
PROTECTION
AMOR
WHOLENESS
RESISTENCIA BOUNDARIES
здоровье
LOVE
CORPS
BALANCE
TOP VIOLENCE
BODY
INDIVIDUO
CONSENTEMENT CHOIX
DETERMINATION

RIGHTS

Народонаселение мира в 2021 году

Настоящий доклад был подготовлен под эгидой Отдела коммуникации и стратегического партнерства ЮНФПА.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Артур Эркен

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Редактор: Ричард Коллодж

Редактор отдела: Ребекка Зерзан

Художественное оформление: Кэти Мадония

Руководители цифровых изданий:

Кэти Мадония, Ребекка Зерзан

Консультант цифровых изданий: Ханно Ранк

НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Нахид Тубия

ТЕХНИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАНТЫ ЮНФПА

Сатвика Чаласани

Нафиссату Диоп

Эмили Филмер-Уилсон

Мэнцзя Лян

Лейла Шарафи

ИССЛЕДОВАТЕЛИ И АВТОРЫ

Дэниел Бейкер

Алиса Берендт

Стефани Барик

Марике Девилле

Лора Фергюсон

Гретхен Лючсингер

Минди Роузман

ОБЛОЖКА

Ребека Артим

ОРИГИНАЛЬНЫЕ РАБОТЫ, ВЫПОЛНЕННЫЕ НА ЗАКАЗ

Ребека Артим

Кайсэй Нанке

Хюлия Оздемир

Тайлер Спенглер

Наоми Вона

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Иллюстрации основаны на оригинальной фотографии Джоэла Коко (стр. 65); Джорджа Корантенга (стр. 108); Бушры Нур (стр. 16); Кингсли Осей-Абраха на Unsplash (стр. 9); Майки Струика на Unsplash (стр. 114).

ЮНФПА благодарит следующих лиц за то, что они поделились впечатлениями о своей жизни и работе для подготовки настоящего доклада: анонимный «инспектор девственности», Южная Африка; Айим, Кыргызстан; д-р Можган Азами, Афганистан; Энхьяргал Банзрагч, Монголия; д-р Вафаа Бенджамин Баста, Египет; Виктор Касорла, Перу; Данияр, Кыргызстан; д-р Муна Фархунд, Сирия; Изабель Фульда, Мексика; д-р Кейтриона Хенчион, Ирландия; Жозефина (ненастоящее имя), Мексика; Лиана, Индонезия; Лиззи Киама, Кения; Ольга Лоренсу, Ангола; Хосе Мануэль Рамирес Навас, Сальвадор; Моника, Северная Македония; Лейди Лондоно, США; д-р Ахмед Бен Наср, Тунис; Главный Мсингафанси, Южная Африка; Сароджини Надимпалли, Индия; д-р Нурие Ортайли, Турция; Дипика Пол, Бангладеш; д-р Сима Самар, Афганистан; Джей Сильверман, США; д-р Сурайя Собхранг, Афганистан; Мейв Тейлор, Ирландия; Александр Армандо Моралес Текун, Гватемала; Ромео Алехандро Мендес Суньига, Гватемала.

Руководитель Отделения по связям со СМИ и коммуникациям ЮНФПА Селинда Дулькейт представила бесценную информацию о проекте, а Гуниль Бэкман и Джо Соварин из Азиатско-Тихоокеанского регионального отделения ЮНФПА поддержали исследования и дали комментарии относительно проектов.

Коллеги ЮНФПА и другие организации по всему миру поддерживали разработку тематических статей и другого контента или предоставляли технические рекомендации: Самир Алдараби, Илиза Азей, Линдси Барнс, д-р Шинетугс Баянбилег, Эстер Бейлисс, Шобхана Бойл, Уоррен Брайт, Икена Каррейра, Чолпона Эгешова, Йенс-Хаген Эшенбэчер, Роуз Мари Гад, Ирен Хофстеттер, Мэтт Джексон, Кинда Катранжи, Дейзи Леонсио, Гваделупе Натарено, Зиянда Нгома, Клаудия Мартинес, Субхадра Менон, Ребекка Модии, Рейчел Мойнихан, Жасмин Уйсал, Далия Раби, Заим Абдул Рахман, Патрик Роуз, Минди Розман, Альваро Серрано, Рамз Шалбак, Авани Сингх, Ирена Спирковска, Вальтер Сотомайор, Сабрина Моралес Тезагуич, Нахид Тубия, Суджата Туладхар, Рой Вадия, Ирен Ванги, Асти Сетиавати Видихастути, Ренато Зебаллос.

Редакторы выражают признательность Отделу народонаселения и развития ЮНФПА за обобщенные региональные данные в разделе показателей настоящего доклада и за общее руководство в области данных. Исходные данные для показателей доклада были предоставлены Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций, Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры и Всемирной организацией здравоохранения.

Публикация и интерактивный веб-дизайн и выпуск: компания Prographics, Inc.

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.

© ЮНФПА, 2021 год



Обеспечение прав и возможностей выбора для всех с 1969 года



СОДЕРЖАНИЕ

НАША АВТОНОМИЯ, НАШИ ЖИЗНИ

Право женщины контролировать свое собственное тело связано с тем, насколько существенный контроль она осуществляет в других сферах своей жизни 7

ТРИ КОМПОНЕНТА ТЕЛЕСНОЙ АВТОНОМИИ

Три компонента телесной автономии 17

КОГДА РЕШЕНИЯ ПРИНИМАЮТСЯ ДРУГИМИ

Отрицание телесной автономии и неприкосновенности имеет различные формы 33

МОЕ ТЕЛО, МОИ ПРАВА

Международные соглашения и декларации служат основой для обеспечения права на телесную автономию и неприкосновенность 55

ЗАКОНЫ, КОТОРЫЕ УПОЛНОМОЧИВАЮТ, ЗАКОНЫ, КОТОРЫЕ КОНТРОЛИРУЮТ

Взгляд на то, как законы и нормативные акты влияют на телесную автономию 85

ПРАВО СКАЗАТЬ «ДА», ПРАВО СКАЗАТЬ «НЕТ»

Достижение телесной автономии зависит от гендерного равенства и расширения вариантов выбора и возможностей женщин, девушек и социально изолированных групп населения 109

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Мое тело принадлежит мне.

Сколько женщин и девочек могут открыто заявить об этом?

Каждый из нас имеет право на телесную автономию и, следовательно, должен иметь возможность делать собственный выбор относительно своего тела, который поддержат все вокруг нас и наше общество в целом.

И все же миллионы людей лишены права сказать «нет» на предложение вступить в половую связь. Или сказать «да» самостоятельному выбору партнера для вступления в брак или подходящего момента для рождения ребенка. Многие лишены этого права из-за своей расы, пола, сексуальной ориентации, возраста или способностей.

Их тела им не принадлежат.

Несправедливо лишать женщин и девочек права на телесную автономию. Такая практика порождает и усиливает неравенство и насилие, причиной которых является дискриминация по признаку пола.

Напротив, когда женщины и девочки могут принимать ключевые решения касательно своего тела самостоятельно, они получают преимущества не только в вопросах автономии, но и благодаря прогрессу в области здравоохранения и образования, доходов и безопасности. Все это становится фундаментом для создания более справедливого благополучного мира, который приносит пользу всем нам.

ЮНФПА помогает женщинам и девочкам отстаивать их права и выбор на протяжении всей их жизни. С 1994 года наши программы опираются на Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР),

которая установила, что расширение прав и возможностей и автономия женщин являются основой глобальных действий по обеспечению устойчивого экономического и социального прогресса. ЮНФПА также поддерживает бесчисленное множество других людей, которые часто лишены возможности самостоятельно принимать решения о своем теле: людей с различной сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью, лиц с инвалидностью, представителей этнических и расовых меньшинств.

Программы планирования семьи, которые мы поддерживаем, одновременно повышают доступность противозачаточных средств и устраняют барьеры на пути предоставления услуг, тем самым расширяя возможности женщин самим принимать решения касательно своих тел. Так, в 2019 году ЮНФПА закупил более 128 миллионов наборов таблеток и доз экстренной и обратимой контрацепции длительного действия.

Мы поддерживаем программы, способствующие равнозначному участию мужчин в воспитании детей и призывающие их больше взаимодействовать со своими супругами в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, помогая женщинам принимать решения о своем собственном сексуальном и репродуктивном здоровье.

Целевой фонд ЮНФПА по охране материнства помогает сделать услуги по спасению жизни более доступными и недорогими, обучая акушерок и направляя их в районы, недостаточно обеспеченные услугами, а наши совместные программы с ЮНИСЕФ помогают покончить с детскими браками — практикой, отрицающей самостоятельность

девочек, и ликвидировать вредную практику калечащих операций на женских половых органах, нарушающую телесную неприкосновенность.

В 2019 году на Найробийском саммите по МКНР-25 государства, гражданское общество, институты развития и другие организации призвали к защите права на телесную автономию и неприкосновенность, опираясь на международные обязательства, заявленные в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Дальнейшее развитие вопрос получил в рамках форума «Поколение равенства» в 2021 году, который опирается на исключительные достижения четвертой Всемирной конференции по положению женщин 1995 года в целях достижения гендерного равенства к 2030 году.

Лидерство ЮНФПА в Коалиции действий форума «Поколение равенства» в области телесной автономии и сексуального и репродуктивного здоровья и прав, а также настоящее издание документа «Народонаселение мира» позволяет обратить внимание на то, почему телесная автономия является универсальным правом, которое необходимо соблюдать. Доклад показывает, насколько серьезны ситуации, когда право на телесную автономию игнорируется; многие из них усугубились в связи с пандемией COVID-19. В настоящее время, например, рекордное число женщин и девочек подвергаются риску гендерного насилия и вредных видов практики, таких как ранние браки.

В докладе также излагаются решения, которые будут приняты в ближайшее время, при этом подчеркивается, что для успеха требуется гораздо больше, чем разрозненная серия проектов или

услуг, какими бы важными они ни были. Действительный, устойчивый прогресс во многом зависит от искоренения гендерного неравенства и всех форм дискриминации и преобразования социальных и экономических структур, которые позволяют им существовать.

Для этого необходимо сотрудничество. Мужчины также должны взять на себя обязательство отказаться от моделей привилегий и доминирования, которые глубоко подрывают телесную автономию, и перейти к более справедливому и гармоничному образу жизни, приносящему пользу всем нам. И все мы должны принять меры, чтобы бросить вызов дискриминации вне зависимости от того, где и когда мы с ней сталкиваемся. Преступная беспечность приравнивается к соучастию в преступлении.

Наши сообщества и страны могут процветать только тогда, когда каждый человек имеет право принимать решения о своем теле и планировать свое собственное будущее.

Поэтому давайте заявлять о праве каждого человека принимать решения относительно своего тела и пользоваться свободой осознанного выбора. Это наше общее желание. Это наше общее неотъемлемое право. Оно лежит в основе нашей человечности, и мы никогда не должны забывать, как много от него зависит. Для всех.

Д-р Наталия Канем

Заместитель Генерального секретаря Организации Объединенных Наций и Исполнительный директор ЮНФПА, агентства ООН по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья



НАША АВТОНОМИЯ, НАШИ ЖИЗНИ

Право женщины контролировать свое собственное тело связано с тем, насколько существенный контроль она осуществляет в других сферах своей жизни

У нас есть неотъемлемое право выбирать, что делать с нашим телом, обеспечивать его защиту и заботу, добиваться самовыражения. От этого зависит качество нашей жизни. Даже больше — от этого зависят наши жизни.

Право на телесную автономию означает, что мы имеем право и свободу выбора, не боясь насилия или того, что кто-то другой примет решение за нас. Это означает возможность решать, когда и с кем вступать в половые отношения. Это означает, что вы сами решаете, хотите ли вы иметь детей, и если да, то когда. Это означает свободу обращаться к врачу всякий раз, когда вам требуется помощь.

Говорить «нет», говорить «да», говорить «это мой выбор для моего тела» — вот основа достойной жизни, полной возможностей. Мы можем полностью осознать, кто мы. Нам не нужно замыкаться в себе, чтобы соответствовать чужому выбору, чтобы так или иначе быть «меньше, чем». Кроме

того, поскольку утверждение телесной автономии является основополагающим для осуществления всех других прав человека, таких как право на здоровье или право жить без насилия, институты наших обществ обязаны оказывать нам всю необходимую поддержку и предоставлять ресурсы, необходимые для того, чтобы мы могли осмысленно осуществлять свой выбор (Positive Women's Network, n.d.).

С телесной автономией тесно связано право на телесную неприкосновенность, которое означает возможность для людей не опасаться физических действий, на которые они не давали согласие. В то время как многие женщины и девочки в современном мире имеют возможность самостоятельно принимать решения о своем собственном теле, многие другие все еще сталкиваются с ограничениями, в том числе имеющими разрушительные последствия для их здоровья, благополучия и жизненного потенциала.

Мое тело — мое дело

Многие люди, но особенно женщины и девочки, находятся под угрозой потери телесной неприкосновенности и автономии, связанной с отсутствием свободы воли в принятии собственных решений. Это происходит, когда отсутствие выбора контрацептивов приводит к незапланированной беременности. Когда заключаются отвратительные сделки, в которых нежеланный секс обменивается на кров и пищу. Когда нарушается закон путем калечащих операций на женских половых органах или заключения детских браков. Когда люди с другой сексуальной ориентацией и гендерной идентичностью не могут пройти по улице, не опасаясь нападения или унижения. Когда люди с инвалидностью лишаются своих прав на самоопределение, свободу от насилия и на безопасную и удовлетворительную сексуальную жизнь.

Существует множество причин, по которым женщины и девочки-подростки оказываются лишены собственной телесной автономии и неприкосновенности. Но корнем всех зол

является гендерная дискриминация, которая отражает и поддерживает патриархальные системы распределения власти и порождает гендерное неравенство и бесправие.

Там, где социальные нормы находятся под влиянием гендерной дискриминации, тела женщин и девочек могут стать объектами не их решений, а выбора других — от половых партнеров до законодательных органов. Когда контроль находится в чужих руках, автономия всегда остается недостижимой. Хотя нормы, связанные с гендерной дискриминацией, вредны сами по себе, они становятся еще более вредными, когда их усугубляют другие формы дискриминации, в частности по признаку расы, сексуальной ориентации, возраста или инвалидности.

Дискриминационные нормы увековечиваются обществом и могут поддерживаться политическими, экономическими, правовыми и социальными институтами, такими как школы и средства массовой информации, и даже медицинскими службами, включая те, которые предоставляют услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья. Например, такие услуги могут подрывать автономию, будучи недостаточными или не имея возможности удовлетворить нужды всех женщин и девочек-подростков.

Несмотря на закрепленные в конституции гарантии гендерного равенства во многих странах, в среднем по всему миру права женщин составляют лишь 75% всех прав мужчин (United Nations Secretary-General, 2020). Женщины и девочки во многих случаях не имеют возможности оспорить эти различия из-за все еще низкого уровня вовлеченности в политические и иные формы принятия решений. Экономическая маргинализация может ослабить финансовую независимость женщины, что, в свою очередь, отнимет ее право самостоятельно принимать решения о сексе, здравоохранении и контрацепции. Трудности, вызванные пандемией COVID-19, только усугубили ситуацию.

**ПРАВА ЖЕНЩИН
СОСТАВЛЯЮТ
ЛИШЬ
75%
ВСЕХ ПРАВ
МУЖЧИН**

Для некоторых женщин и девочек воздействие гендерного неравенства усиливается многочисленными источниками дискриминации по признаку возраста, расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, инвалидности или даже географии. Когда различные виды дискриминации пересекаются, женщины и девочки подвергаются еще большему риску лишиться телесной автономии, не воспользоваться своими правами и оказаться на шаг дальше от гендерного равенства.

Ни одна страна в мире сегодня не может претендовать на достижение гендерного равенства во всей его полноте. Если бы это было так, то не было бы насилия в отношении женщин и девочек, не было бы разрыва в оплате труда и неравных возможностей занимать руководящие посты, не было бы несправедливого бремени неоплачиваемой работы по уходу, не было бы недостатка качественных и всеобъемлющих услуг в области репродуктивного здоровья и не было бы ограничений телесной автономии.

Голос, выбор и способность принимать осознанные и свободные решения

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права имеют прямое отношение к телесной автономии и неприкосновенности женщин и девочек, поскольку тело является центром всех сексуальных и репродуктивных функций и выбора. Этот выбор зависит от значительного дискриминационного порабощения прав женщин и девочек. Именно здесь их тела слишком часто меняют, покупают и продают.

С точки зрения патриархата, контроль за выбором в области сексуального и репродуктивного здоровья фактически становится контролем во многих других сферах жизни. Женщина, которая не может определить, когда и сколько детей иметь, или выходит замуж в раннем возрасте

вместо того, чтобы продолжить учебу, или принимает насилие в семье как свою судьбу, имеет мало шансов получить больше прав и возможностей на рабочем месте, в процессе принятия решений в своем сообществе или в иной ситуации. Она, по существу, теряет права не только в одной сфере своей жизни, но и во многих или даже во всех.

Функционирование общества и экономики позволили укорениться интересам некоторых сторон в поддержании подобных моделей. В некоторых частях мира, например, выкуп за невесту, когда мужчина предлагает деньги, собственность или другие активы, чтобы



буквально «купить» жену, является критически важным экономическим механизмом обмена властью и богатством (Shetty, 2007).

Когда женщинам и девочкам-подросткам предоставляется более широкий выбор в области сексуального и репродуктивного здоровья, это приводит к многочисленным положительным результатам для здоровья, включая более глубокое понимание того, как предотвратить ВИЧ, и большую вероятность того, что число родовых посещений, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения, а также родов с помощью врача, медсестры или акушерки, увеличится.

Таким образом, неспособность поддерживать телесную автономию приводит прежде всего к глубоким потерям для отдельных женщин и девочек, но также становится причиной более масштабного дефицита, потенциально снижая экономическую производительность, подрывая ценные навыки и накладывая дополнительные расходы на здравоохранение и судебные услуги, в том числе на реагирование на насилие в отношении женщин и девочек (UN Women, 2013).

Сочетание низкого уровня телесной автономии и связанных с этим потерь человеческого потенциала может подорвать социальную стабильность и устойчивость, оставив сообщества менее подготовленными к противостоянию кризисам и вызовам, таким как пандемия COVID-19, и восстановлению после них.

В последние годы страны по всему миру начали уделять приоритетное внимание доступу к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья как важному средству достижения гендерного равенства (UN ECOSOC, 2019). Достигнутые успехи согласуются с Программой действий знаковой Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года (МКНР), которая является наиболее всеобъемлющим всемирным признанием репродуктивных

прав. В Программе действий излагается ряд мер по обеспечению всеобщего сексуального и репродуктивного здоровья и обращается внимание на ограниченные возможности женщин и девочек принимать собственные решения не только в отношении своего тела, но и во всех аспектах своей жизни.

Кроме того, в 2015 году большинство стран одобрили Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в которой гендерное равенство является пятой из 17 Целей устойчивого развития. Цель обеспечения гендерного равенства содержит ряд задач, одна из которых поддерживает Программу действий МКНР, призывая к всеобщему доступу к сексуальному и репродуктивному здоровью и репродуктивным правам. Но Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года также делает важный шаг вперед. Впервые в международных рамках она требует оценки прогресса в обеспечении всеобщего доступа с помощью двух показателей: одного, который выходит за рамки предоставления услуг и фокусируется на том, могут ли девочки и женщины действительно принимать свои собственные решения в отношении секса, использования контрацепции и обращения за помощью в области репродуктивного здоровья, и другого, который отслеживает законы и нормативные акты, которые обеспечивают или препятствуют полному и равному доступу к уходу и информации.

Информация, полученная до настоящего времени из 57 стран, показывает, что, согласно показателям, только около половины девочек-подростков и женщин могут самостоятельно принимать решения, которые лежат в основе телесной автономии и неприкосновенности. В некоторых странах показатели еще ниже — такие права есть лишь у каждой десятой. Поразительно, что при отсутствии выбора больше женщин готовы принимать решения об использовании контрацептивов, которые могут рассматриваться как дополнительные преимущества для мужчин, но только некоторые способны

отказаться от секса, так как в этой ситуации привилегии мужчин противоположны.

Показатели, находящиеся в центре внимания настоящего доклада, охватывают лишь несколько аспектов автономного принятия решений в области сексуального и репродуктивного здоровья и только для женщин и девочек в возрасте от 15 до 49 лет, состоящих в браке или партнерских отношениях. Однако проблема телесной автономии также связана с целым рядом других вопросов, включая аборт, возраст согласия, суррогатное материнство, секс-работу и многое другое, и вызывает озабоченность и у других групп, таких как женщины и девочки, не состоящие в браке, ЛГБТИ-сообщества, инвалиды и любые другие сообщества, маргинализированные или подвергающиеся дискриминации по признаку расы, этнической принадлежности, достатка, инвалидности или места жительства.

Поскольку телесная автономия и неприкосновенность влияют на столь многие аспекты здоровья, а также на подобающую, достойную жизнь, прогресс в их реализации приведет не только к достижению сексуального и репродуктивного здоровья и пятой Цели устойчивого развития, предусматривающей обеспечение гендерного равенства, но и ко многим другим Целям устойчивого развития, включая те, которые связаны с укреплением здоровья, сокращением неравенства и искоренением нищеты. Так, ликвидация дискриминационного гендерного разрыва в общих доходах на протяжении всей жизни принесет невероятную сумму в 172 триллиона долларов в виде человеческого капитала и поможет вывести миллионы людей из нищеты (United Nations Secretary-General, 2020).

Однако сейчас необходимо добиться быстрого прогресса, учитывая, что до конечного результата глобальных Целей 2030 года, дающего всем женщинам и девочкам право иметь полную свободу выбора относительно их жизней, остается всего одно «Десятилетие действий».

Телесную автономию поддерживают новые союзы

В 2019 году Найробийский саммит отметил двадцать пятую годовщину МКНР. Тогда настало время подумать о том, сколько действий еще необходимо предпринять, чтобы реализовать право женщин на телесную автономию и неприкосновенность. Хотя использование современных средств контрацепции с 1994 года увеличилось более чем вдвое, потребности 217 миллионов женщин в контрацептивах во всем мире по-прежнему не удовлетворены. Показатели калечащих операций на женских половых органах снизились среди девочек в странах, где эта практика широко распространена. Доля девочек, ставших малолетними невестами, снизилась (Pantuliano, 2020). Тем не менее, в 2020 году до 4 миллионов девочек все еще подвергались калечащим операциям на женских половых органах, и, по оценкам, 12 миллионов все еще вынуждены были вступить в брак в детском возрасте, при этом такие цифры, вероятно, занижены.

На саммите в Найроби правительства и другие стороны обязались усилить действия по устранению пробелов, стремясь к «трем нулям» к 2030 году: нулевой материнской смертности, нулевой неудовлетворенной потребности в контрацепции и нулевому сексуальному и гендерному насилию и вредной практике. Все три показателя подразумевают полную реализацию телесной автономии для всех женщин и девочек.

В 2020 году еще одной важной вехой стала двадцать пятая годовщина четвертой Всемирной конференции Организации Объединенных Наций по положению женщин 1995 года. Участники конференции пришли к соглашению относительно Пекинской декларации и Платформы действий, в которых расширение прав и возможностей и автономия женщин рассматриваются как важнейшие условия устойчивого развития. В связи с годовщиной кампания Организации

Ваше тело: руководство для владельца

Мало кто из родителей или общественных лидеров возражает, когда ученик приносит домой учебник по химии или математике. Тем не менее уроки всестороннего сексуального образования, то есть точная, соответствующая возрасту информация о собственном теле, сексуальном и репродуктивном здоровье и правах человека часто расцениваются как табу. Многие школы не преподают этот предмет или предоставляют неполную информацию. Из-за этого подростки не знают, что делать с изменениями, которые претерпевает их тело, и как защитить себя от вреда.

«Мы постоянно боремся за включение этой темы в школьную программу, — говорит Ольга Лоренсу, координатор проекта Project CAJ, поддерживаемой ЮНФПА программы, предусматривающей

обучение необходимым в жизни навыкам и всестороннему сексуальному образованию молодежи в Анголе. — Сексуальное и репродуктивное здоровье почти не обсуждается из-за наших табу и предрассудков».

Противники всестороннего сексуального образования часто утверждают, что оно способствует сексуальной активности, однако исследования показывают, что это не так. Скорее, факты свидетельствуют о том, что такое образование, если оно обеспечивается в соответствии с международными стандартами, улучшает знания молодых людей и представляет собой важнейшую и экономически эффективную стратегию предотвращения непреднамеренной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ.

Некоторые исследования доказывают, что такой подход может отсрочить первый сексуальный опыт подростков (UNESCO, 2016).

Лоренсу объяснила, что из-за отсутствия точной информации в молодом возрасте она испытывала давление со стороны, подталкивающее ее вступить в сексуальные отношения в 15 лет, то есть до того, как она была к ним готова. «Мои подруги уже встречались с парнями. Они уже вели активную половую жизнь. Они смеялись надо мной за то, что я была “девственницей класса”, — сказала она. — В некотором смысле это психологически повлияло на меня... Я полагаю, что в той или иной степени это нарушило мою телесную автономию».

Дипика Пол, исследователь, давно занимающаяся вопросами сексуального и репродуктивного здоровья, и консультант Iras в Дакке, Бангладеш, наблюдала последствия недостаточного доступа к сексуальному образованию в своем собственном обществе. «Когда я была школьницей,

**«Они должны узнать,
как работают их тела».**



Ольга Лоренсу сталкивается с сопротивлением при преподавании комплексного сексуального образования, но это не останавливает ее. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — © ЮФПА/К. Сезар.

училась в седьмом классе, в учебнике была только одна глава — о менструации, — вспоминала она. — Учитель тоже не чувствовал себя комфортно, когда мы проходили этот раздел».

Без комплексного сексуального образования молодые люди уязвимы перед лицом мифов и дезинформации. У мальчиков и мужчин, в частности, «есть

пробелы в знаниях, сформированы неправильные представления», говорит Пол, объясняя, что она видела, как мужчины запрещают своим женам использовать контрацепцию из-за веры

в то, что «внутриматочная спираль (ВМС) путешествует по всему телу... они думают, что могут чувствовать боль от ВМС. Это неправда».

Школьники, получающие комплексное сексуальное образование, не только имеют возможность сделать более здоровый сексуальный выбор, но и лучше подготовлены к тому, чтобы в случае необходимости обратиться за помощью. «Информация, которой я делюсь, может существенно изменить жизнь человека», — сказала Лоренсу.

Она вспомнила одну девочку, которая, получая сексуальное образование в рамках программы наставничества, рассказала, что расценивает хроническую рану на своей груди как нечто постыдное,

а не требующее неотложной помощи. Другая молодая женщина рассказала, что живет с дядей, который изнасиловал ее. «Девочка заперлась и отказывалась заговорить с кем-либо, опасаясь, что ее выгонят из дома и она окажется на улице», — рассказывала Лоренсу. Наставники смогли помочь обеим девушкам, но Лоренсу до сих пор испытывает ужас при мысли о том, как все могло быть: «Если бы мы не вмешались, что стало бы с этими девушками?»

Комплексное сексуальное образование также может сыграть определенную роль в предотвращении гендерного насилия. Уроки, проводимые в соответствии с международными стандартами, включают

в себя информацию о правах человека, гендерном равенстве и уважительных отношениях (UNESCO and others, 2018). И эксперты все чаще призывают использовать эту информацию для того, чтобы подчеркнуть: предупреждение насилия — это ответственность потенциальных преступников, а не жертв и выживших (Schneider and Hirsch, 2020).

«Сначала они должны знать, каковы их права и обязанности в обществе, — сказала Лоренсу, объяснив, что это основа ее методики комплексного сексуального образования. — После этого они должны узнать, как работают их тела. Тогда они смогут принимать решения сами и не допустят, чтобы кто-то решал за них».

Объединенных Наций «Поколение равенства» собрала молодых и опытных сторонников, чтобы отметить достижения на сегодняшний день и призвать следующее поколение стать тем поколением, которое сможет выполнить данные обещания о достижении гендерного равенства. Было сформировано шесть коалиций по мероприятиям, в том числе одна под совместным руководством ЮНФПА в области телесной автономии и сексуального и репродуктивного здоровья, которая изучает, как медицинские и другие службы могут более тесно поддерживать выбор, который, по словам самих женщин, им нужен.

Растущая активность служит источником вдохновения, но разворачивается в неблагоприятной обстановке: пандемия COVID-19 сотрясает весь мир, а нынешние модели экономического роста приводят лишь к крайнему и дестабилизирующему неравенству. Усилилось противодействие гендерному равенству, что привело к новым ограничениям сексуального и репродуктивного здоровья и прав и, таким образом, поставило под угрозу прогресс в установлении телесной автономии женщин и девочек во всем мире. Например, предпринимались попытки исключить всестороннее сексуальное

образование из школьных программ (UN ECOSOC, 2019). Кроме того, появляется все больше свидетельств того, что важнейшие услуги сексуального и репродуктивного здоровья считаются «менее важными» и страдают от недостатка потенциала и финансирования в ходе реагирования на COVID-19 (Pantuliano, 2020).

Преодолеть эти проблемы будет нелегко. Тем не менее, в какой-то степени телесная автономия и неприкосновенность могут объединить действия по обеспечению гендерного равенства, так же как они часто объединяют тех, кто представляет оппозицию. Сейчас настал момент найти мощный, потенциально трансформирующий аргумент в пользу утверждения того, что телесная автономия и неприкосновенность действительно означают на практике и что действительно требуется для их достижения.

В широком смысле мы уже знаем, что достижение телесной автономии и неприкосновенности для женщин и девочек зависит от повсеместного достижения гендерного равенства и что сексуальное

и репродуктивное здоровье и репродуктивные права являются одними из наиболее важных отправных моментов. Прогресс в этой области может, в свою очередь, опираться на другие усилия по расширению прав и возможностей женщин в экономике и принятии решений, а также гарантировать доступ к правосудию. Многое зависит от отмены гендерных и других дискриминационных норм, так как это позволит в первую очередь избежать предвзятости.

Различные группы населения совместно прокладывают путь к переменам. Например, кампания «Поколение равенства» создает новые альянсы между активистами за гендерное равенство, инвалидами, сторонниками по вопросам гендера и здоровья, а также с ЛГБТИ-группами и организациями людей с инвалидностью.

Взглянуть на телесную автономию и представить, что она может и должна означать, — значит увидеть совершенно иное будущее для людей. Иной путь начинается с прав и приводит к возможностям выбора, позволяя людям заботиться и любить свое тело и вести жизнь, которую они считают подходящей.



Графическое оформление — Кайсэй Нанке



ТРИ КОМПОНЕНТА ТЕЛЕСНОЙ АВТОНОМИИ

Измерение полномочий по принятию решений о лечении и профилактике заболеваний, контрацепции и сексуальных отношениях

Право принимать решения в вопросах сексуальности и репродукции имеет основополагающее значение для расширения прав и возможностей женщин в целом.

Женщина, которая имеет контроль над своим телом, скорее всего, будет обладать полномочиями и в других сферах своей жизни. Женщина или девочка-подросток с ограниченной телесной автономией менее склонна контролировать свою жизнь дома, свое здоровье, свое будущее и менее склонна пользоваться своими правами.

Но что такое телесная автономия? И как определить, обладает ли ею человек? Как ее можно измерить?

Понятие автономии в контексте расширения прав и возможностей женщин возникло в 1970-х годах и позже было подхвачено движением за сексуальное и репродуктивное здоровье и права. В 1994 году на Международной конференции по народонаселению и развитию, или МКНР,

этот термин появился в новаторской Программе действий, в которой признавалось, что «цель расширения прав и возможностей и автономии женщин и улучшения их политического, социального, экономического положения и состояния здоровья является чрезвычайно важной самоцелью и имеет важное значение для достижения устойчивого развития».

С тех пор слово «телесный» дополнило слово «автономия», создавая термин с широким и иногда двусмысленным значением. Сегодня он используется правозащитниками, активистами и экспертами по правам человека в вопросах, связанных с сексуальностью, здоровьем, репродуктивными правами, сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, платными сексуальными услугами, суррогатным материнством, инвалидностью, абортами и многим другим.

Этот термин получил дальнейшее распространение в 2019 году, когда правительства, организации гражданского

общества, научные круги и представители частного сектора собрались на Найробийской встрече на высшем уровне по МСП-25, где обязались окончательно достичь всех целей, указанных в Программе действий МКНР. Многие делегаты приняли добровольное Найробийское заявление, в котором говорилось о необходимости «защищать и обеспечивать право всех людей на телесную неприкосновенность, автономию и репродуктивные права, а также обеспечивать доступ к основным услугам в поддержку этих прав».

Хотя этот термин стал частью дискурса феминистских движений и движений за сексуальное и репродуктивное здоровье и права, у него по-прежнему отсутствует понятное определение, и измерить его также непросто. Однако, когда Организация Объединенных Наций приняла свою преобразующую Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и сопутствующие 17 Целей в области устойчивого развития, она установила показатели, помогающие правительствам отслеживать прогресс в достижении этих целей и связанных с ними целевых показателей, таких как задача 5.6, достижение сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав для всех. Для оценки прогресса в этой области были определены два показателя. Первый показатель 5.6.1 направлен на измерение доли женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые самостоятельно принимают обоснованные решения относительно сексуальных отношений, использования контрацептивов и охраны репродуктивного здоровья. Второй показатель 5.6.2 отслеживает число стран, в которых действуют законы и нормативные акты, гарантирующие 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 5.6.1 основан на ответах на вопросы, заданные женщинам в возрасте

от 15 до 49 лет в ходе демографических и медицинских исследований (исследования DHS) в 57 странах:

- Кто обычно принимает решения о медицинском обслуживании для вас?
- Кто обычно принимает решение о том, следует ли вам использовать средства контрацепции?
- Можете ли вы сказать «нет» своему мужу или партнеру, если не желаете вступать в половой акт?

Только женщины, которые заявляют, что они сами принимают решения *во всех трех* областях, могут считаться обладающими самостоятельностью в принятии решений в области репродуктивного здоровья и имеющими возможность осуществлять свои репродуктивные права.

Исследования DHS основаны на стандартных вопросниках, которые дают национальные репрезентативные данные о браке, рождаемости, смертности, планировании семьи, репродуктивном здоровье, здоровье детей, питании и ВИЧ/СПИДе. Программа DHS осуществляется компанией ICF International и финансируется Агентством Соединенных Штатов по международному развитию при содействии международных организаций, таких как ЮНФПА.

Формулировка показателя 5.6.1 знаменует собой первый случай, когда международные рамки оценивают сексуальное и репродуктивное здоровье, а также телесную автономию таким образом, чтобы выйти за рамки оценки доступа к услугам и изучить степень свободы выбора женщин и девочек. ЮНФПА, учреждение Организации Объединенных Наций по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, отвечает за управление данными, включенными в этот показатель, а также показатель 5.6.2, информация о котором представлена в главе 5 настоящего доклада.

Взгляд на цифры

Полные данные по всем трем компонентам показателя 5.6.1 предоставлены только 57 странами, большинство из которых находятся в Африке к югу от Сахары. Однако будущие международные исследования, такие как кластерные исследования по множественным показателям ЮНИСЕФ, а также региональные программы исследований, такие как исследование «Поколения и гендер», как ожидается, помогут собрать данные по большему числу стран в течение следующих нескольких лет.

Хотя в настоящее время данные охватывают лишь каждую четвертую страну мира, они рисуют тревожную картину состояния телесной автономии миллионов женщин и девочек:

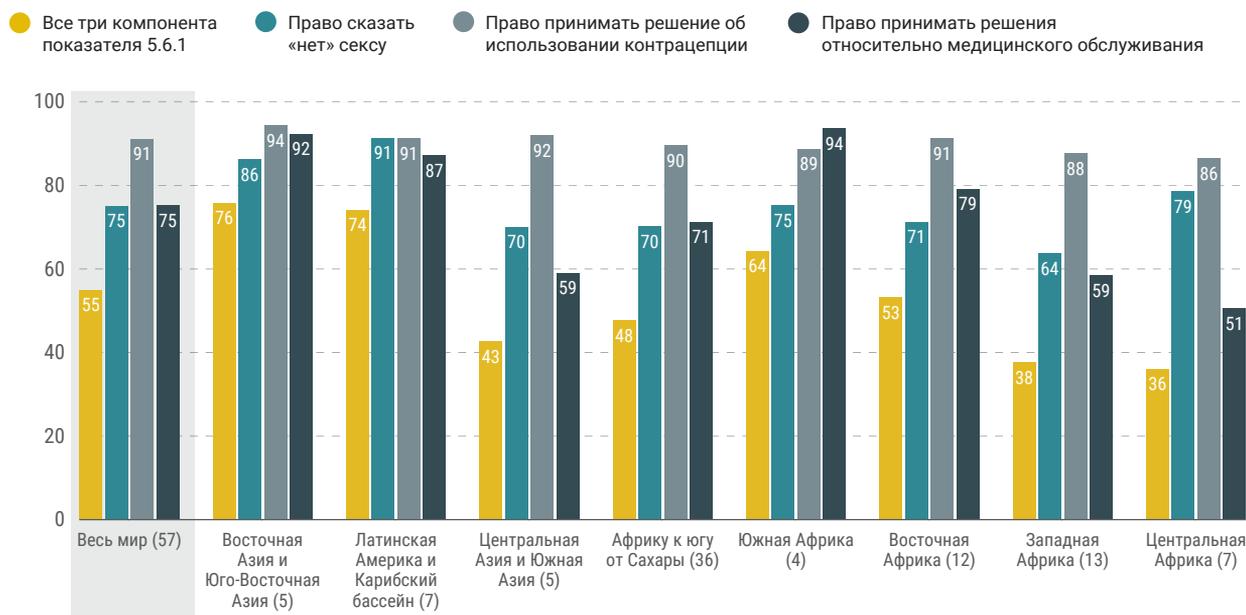
только 55% девочек и женщин способны принимать собственные решения во всех трех компонентах телесной автономии.

Это означает, что немногим более каждой второй женщины и девочки имеют право решать, следует ли им и когда обращаться за медицинской помощью, включая услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, использовать ли контрацепцию и заниматься ли сексом со своим партнером или мужем (диаграмма 1).

Процентные показатели варьируются в зависимости от региона. Например, если 76% девочек-подростков и женщин в Восточной и Юго-Восточной Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне

ДИАГРАММА 1

Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые самостоятельно принимают решения в отношении сексуального и репродуктивного здоровья и прав (включая решение о своем собственном здоровье; решение об использовании противозачаточных средств; и возможность сказать «нет» сексу), по регионам ЦУР, последние данные за 2007–2018 гг.



Примечания: в скобках указано количество стран с сопоставимыми данными обследований, включенных в региональное агрегирование.

Источник: Фонд ООН в области народонаселения, глобальные базы данных, 2020 г. Основано на демографических и медицинских обследованиях (DHS), кластерных исследованиях с множественными показателями (MICS) и других репрезентативных обследованиях в национальном масштабе за 2007–2018 гг.

принимают самостоятельные решения по всем трем компонентам показателя 5.6.1, то в странах Африки к югу от Сахары и Центральной и Южной Азии этот показатель составляет менее 50%.

Региональные агрегированные показатели маскируют существенные различия между странами (диаграмма 2). Например, в странах Африки к югу от Сахары, где около 50% женщин принимают самостоятельные решения, есть три страны, а именно Мали, Нигер и Сенегал, где такое право есть лишь у 10% женщин.

В других регионах различия между странами менее выражены, но тем не менее заслуживают внимания. Например, доля женщин, принимающих самостоятельные решения по всем трем компонентам показателя 5.6.1, колеблется от 33 до 77% в Центральной и Южной Азии, от 40 до 81% в Восточной и Юго-Восточной Азии и от 59 до 87% в Латинской Америке и Карибском бассейне.

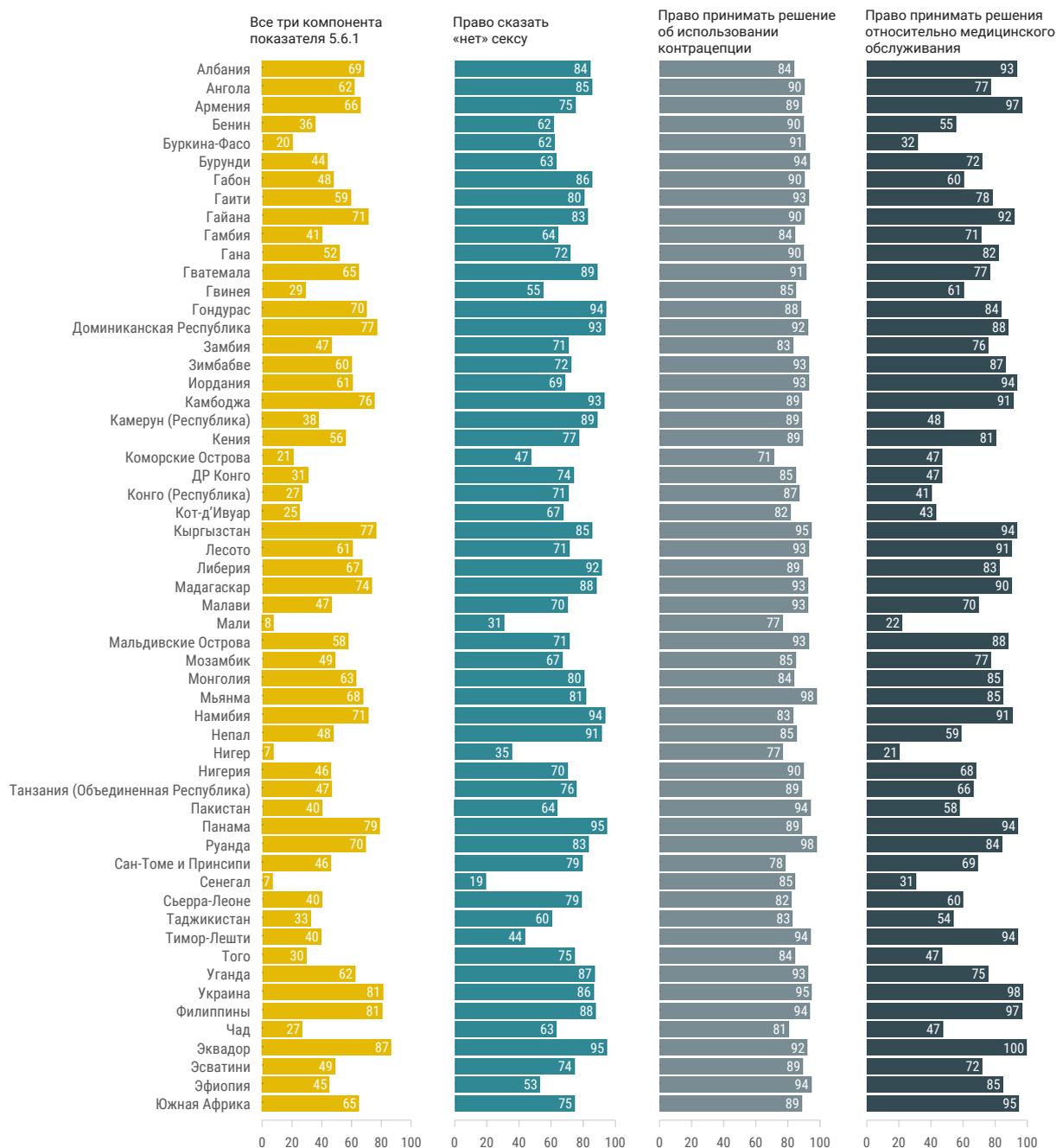
Данные также показывают несоответствия между тремя компонентами: высокий процент в одном компоненте не означает автоматически высокий процент в других. Например, в Мали 77% женщин принимают независимые или совместные решения об использовании противозачаточных средств, но только 22% могут сделать то же самое при обращении за медицинской помощью. В Эфиопии только 53% женщин могут сказать «нет» сексу, но при этом 94% могут самостоятельно или совместно принимать решения о контрацепции. Такие расхождения помогают объяснить более низкие общие сводные показатели в некоторых странах: чтобы быть учтенной при оценке, женщина должна указать, что принимает самостоятельные решения *по всем трем* компонентам. Так, женщина, которая самостоятельно решает использовать контрацепцию, но не может сказать «нет» сексу со своим мужем, не будет включена в общий сводный показатель 5.6.1.

Графическое оформление –
Ребека Артим



ДИАГРАММА 2

Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые самостоятельно принимают решения относительно медицинского обслуживания, контрацепции и секса со своими мужьями или партнерами, самые последние данные по странам (2007–2018 годы)



Источник: Фонд ООН в области народонаселения, глобальные базы данных, 2020 г. Основано на демографических и медицинских обследованиях (DHS), кластерных исследованиях с множественными показателями (MICS) и других репрезентативных обследованиях в национальном масштабе за 2007–2018 гг.

Каковы тенденции?

Анализ тенденций в 22 странах с низким и средним уровнем дохода, где было проведено по крайней мере два последовательных исследования DHS, в ходе которых женщинам задавались вопросы о трех компонентах телесной автономии, показывает, что инвестиции в программы или услуги в одном компоненте не обязательно приводят к позитивным изменениям в других. На самом деле тенденции в ответах на три стандартных вопроса по показателю 5.6.1 часто диаметрально противоположны (диаграмма 3).

В Гане, например, крупные инвестиции были направлены на улучшение охраны материнства за счет повышения доступности, качества и охвата услуг в сочетании с программами на уровне общества, направленными на продвижение этих услуг. В результате процент женщин, способных самостоятельно принимать решения в отношении собственного здоровья, постоянно растет. В то же время процент женщин, которые самостоятельно принимают решения о контрацепции, остается на прежнем уровне, а процент женщин, способных сказать «нет» сексу, значительно снизился. Аналогичная ситуация сложилась в Бенине, где доля женщин, способных самостоятельно принимать решения о контрацепции и медицинском обслуживании, за последние 10 лет практически не изменилась. С другой стороны, число женщин, имеющих право сказать «нет» сексу, за тот же период сократилось на 20% (UNFPA, 2019).

Из 22 стран только Уганда и Руанда продемонстрировали устойчивые позитивные тенденции в процентной доле женщин, принимающих самостоятельные решения по всем трем компонентам показателя 5.6.1. Данные показывают, что наибольший прирост наблюдался в Уганде: 12,3%. Такое позитивное изменение можно объяснить благоприятной правовой и политической обстановкой (включая отмену платы за услуги по охране здоровья матерей и детей в возрасте до 5 лет) в сочетании с информационно-пропагандистскими

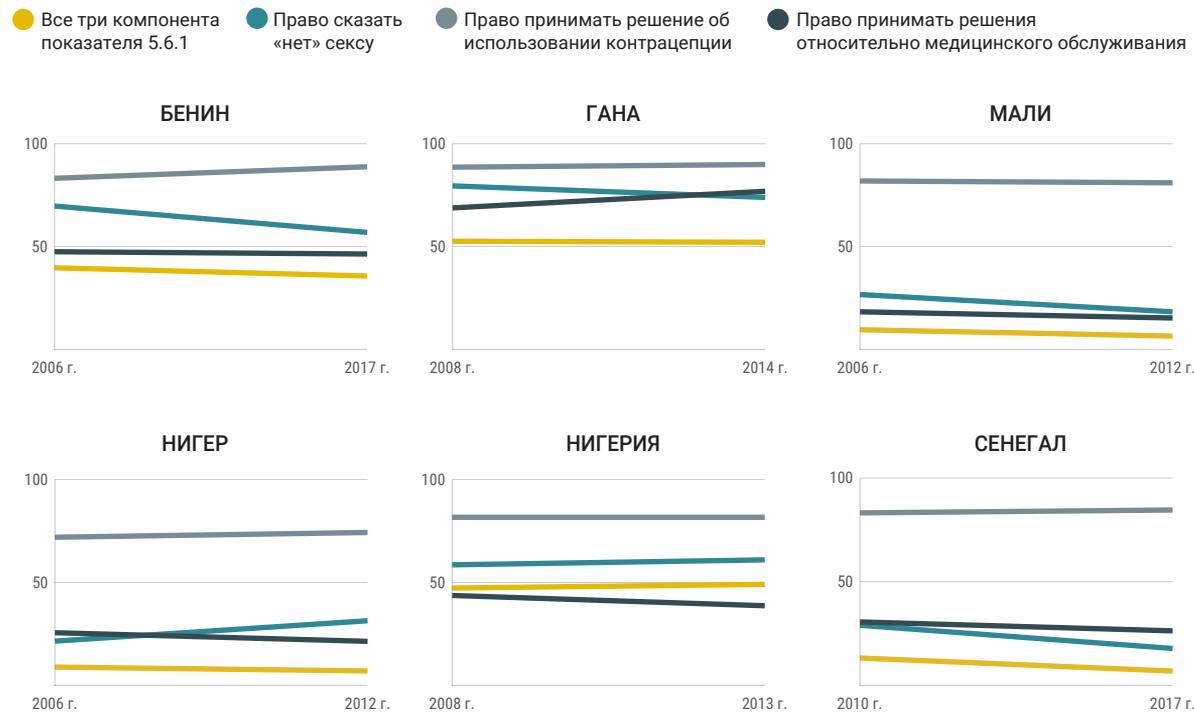
подходами на уровне общества, направленными на борьбу с нормами, усиливающими гендерное неравенство (UNFPA, 2019).

На диаграмме 3 показано, что общие процентные показатели могут скрывать одновременно негативные и позитивные тенденции внутри страны. Положительные тенденции чаще встречаются в ответах на вопрос об автономных решениях относительно обращения за медицинской помощью. Негативные тенденции, однако, чаще встречаются в ответах на вопрос о праве отказаться от секса. На самом деле в более чем половине стран с информацией по крайней мере по двум пунктам женщины потеряли свое право говорить «нет» сексу с 2005 по 2018 год. Трудно точно определить причину этой негативной тенденции или очевидного отсутствия прогресса. Однако, как показывают результаты одного исследования, на это может влиять совокупность факторов (UNFPA, 2019):

- Устойчивые табу на секс и сексуальность, подкрепленные социальными нормами и установками, оставляют женщинам и девочкам-подросткам мало возможностей открыто вести переговоры о сексе со своими партнерами или мужьями.
- Патриархальные системы сохраняют динамику власти, построенную на неравенстве, когда мужские требования в вопросах секса ставятся выше желаний женщины. Исследования показывают, что в Азербайджане, Руанде и Мексике некоторые женщины готовы отказаться от своего права говорить «нет» сексу в обмен на большую автономию в других сферах своей жизни, таких как принятие решений о ведении домашнего хозяйства или о том, как и когда выходить из дома.
- Качественные исследования показывают, что женщины могут также подчиняться сексуальным требованиям мужчин в качестве компромисса для достижения большей независимости в своих экономических

ДИАГРАММА 3

Изменение процентной доли женщин, сообщивших о принятии самостоятельных решений по трем компонентам показателя 5.6.1 в Западной Африке



и личных усилиях. Информация о таких компромиссах поступала из разных стран, например Азербайджана, Мексики, Нигера и Нигерии (UNFPA, 2019).

Ограничения показателя

Показатель 5.6.1 отображает данные о телесной автономии женщин в общих чертах и, таким образом, раскрывает несколько тонкостей о силах, стоящих за положительными или отрицательными тенденциями. Например, данные об использовании женщинами противозачаточных средств отражают только тех женщин, которые состояли в браке или проживали с партнерами вне брака и которые действительно

использовали противозачаточные средства на момент сбора данных исследования. Кроме того, вопрос, используемый для получения ответов о решениях по доступу к медицинскому обслуживанию, не относится непосредственно к охране *репродуктивного* здоровья. При этом все три вопроса были заданы только девушкам и женщинам в возрасте от 15 до 49 лет, таким образом, не охватывая подростков младшего возраста и женщин в возрасте от 50 лет и старше.

Еще одним ограничением следует считать то, что данные, относящиеся к контрацепции и здравоохранению, отражают как совместный, так и индивидуальный выбор. Женщина может сказать, например, что решение об использовании контрацепции было принято

совместно с мужем или партнером. Но вероятны случаи, когда «совместное» решение на самом деле было индивидуальным, принятым женщиной, но отклоненным ее мужем. Кроме того, женщины, чьи мужья запрещают им пользоваться контрацептивами, могут по-прежнему использовать их втайне, но этот вариант не будет отражен в показателе принятия автономных решений о контрацепции. Количественные исследования показывают, что от 4 до 29% женщин, использующих контрацепцию, делают это без ведома своих мужей или

партнеров. Хотя тайное использование контрацептивов является индивидуальным выбором, женщины обычно описывают этот опыт как негативный и лишаящий уверенности в себе (UNFPA, 2019).

Экологическая модель телесной автономии

Ряд социальных и экономических факторов влияет на принятие женщинами решений по трем компонентам показателя 5.6.1 (диаграмма 4).

ДИАГРАММА 4

Детерминанты полномочий женщин в принятии решений

ЛИЧНЫЕ ПОЛНОМОЧИЯ

ЗНАНИЯ В ОБЛАСТИ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ, ОПЫТ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СВОБОДА ВЫБОРА

ОБЩЕСТВО

ГЕНДЕРНЫЕ НОРМЫ, СТИГМА, УБЕЖДЕНИЯ

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БЛИЗОСТЬ, СТОИМОСТЬ, КАЧЕСТВО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ПРЕДВЗЯТОСТЬ ПОСТАВЩИКА

МЕЖПЕРСОНАЛЬНЫЕ

ПОЛОЖЕНИЕ ПАРТНЕРА, КОММУНИКАЦИЯ, РАСШИРЕННАЯ СЕМЬЯ

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ

ОБРАЗОВАНИЕ, ДОСТАТОК, ДОСТУП К СМИ, СЕЛЬСКАЯ/ ГОРОДСКАЯ МЕСТНОСТЬ

Социально-экономические условия

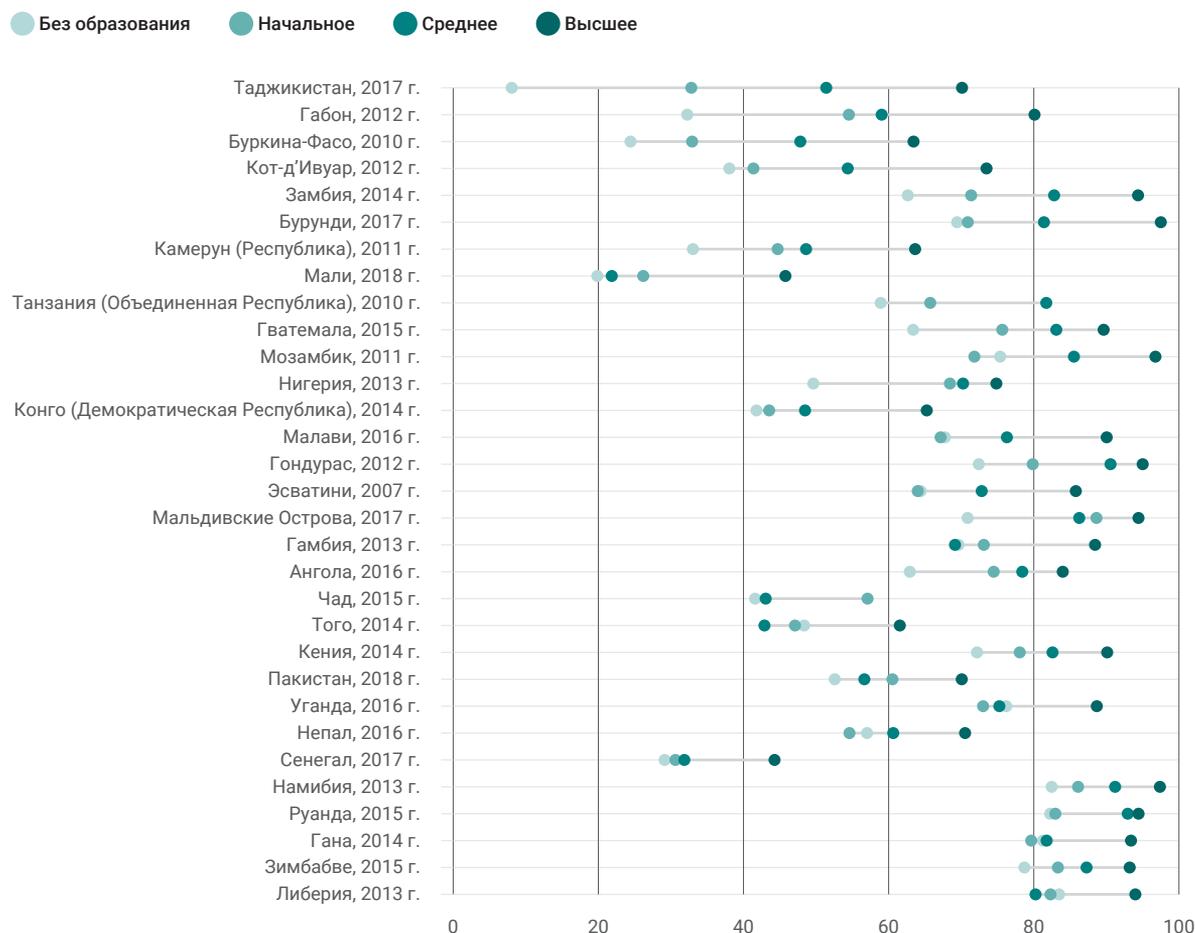
Уровень образования женщины является ключевым фактором, определяющим, насколько она имеет право сказать «нет» сексу, но он также коррелирует с ее способностью принимать собственные решения о контрацепции и здравоохранении (диаграмма 5). Уровень образования ее партнера также положительно влияет на ее участие в принятии решений о контрацепции и обращении

за медицинской помощью. Менее образованная по сравнению со своим мужем или партнером женщина с большей вероятностью подвергнется сексуальному насилию, чем женщина, уровень образования которой более или менее равен уровню образования ее мужа (UNFPA, 2019). Между тем, девочки и женщины в двух нижних квинтилях уровня дохода также чаще вступали в сексуальные отношения против своей воли (диаграмма 6).

ДИАГРАММА 5А

Более высокий уровень образования дает больше полномочий в принятии решений

Принятие решений об обращении за медицинским обслуживанием женщин в зависимости от уровня образования женщин, отдельные страны, в процентах



Межличностные отношения

Отношения и общение с мужьями или партнерами, а также с другими членами семьи влияют на способность женщины принимать самостоятельные решения.

Мужчины как главы домашних хозяйств часто обладают всей полнотой власти и принимают многие решения, в том числе связанные с вопросами сексуального и репродуктивного здоровья, хотя эти вопросы часто воспринимаются как «женские». Гендерные нормы обычно возлагают на женщин исключительную ответственность

за репродуктивное здоровье, но в то же время лишают их права принимать решения.

Коммуникация является благоприятным параметром для совместного или автономного принятия решений. Пары, регулярно обсуждающие вопросы сексуального и репродуктивного здоровья, чаще принимают совместные решения о контрацепции и медицинском обслуживании в области репродуктивного здоровья. Важную роль в принятии этих решений также играет мнение родственников, особенно свекровей и тещ (UNFPA, 2019).

ДИАГРАММА 5В

Более высокий уровень образования дает больше полномочий в принятии решений

Право сказать «нет» сексу, по уровню образования женщин, отдельные страны, в процентах



Роль общества

В некоторых обществах понятие телесной автономии может рассматриваться как несовместимое с местными нормами и ценностями. Общество может оказывать давление на женщин, заставляя их рожать детей, и в целом поддерживать взгляды, согласно которым женщины должны быть покорными и пассивными в сексуальных отношениях. В то же время общественные нормы часто могут удерживать женщин от обсуждения вопросов сексуального и репродуктивного здоровья с мужчинами, что затрудняет, если не делает невозможным, для женщин переговоры

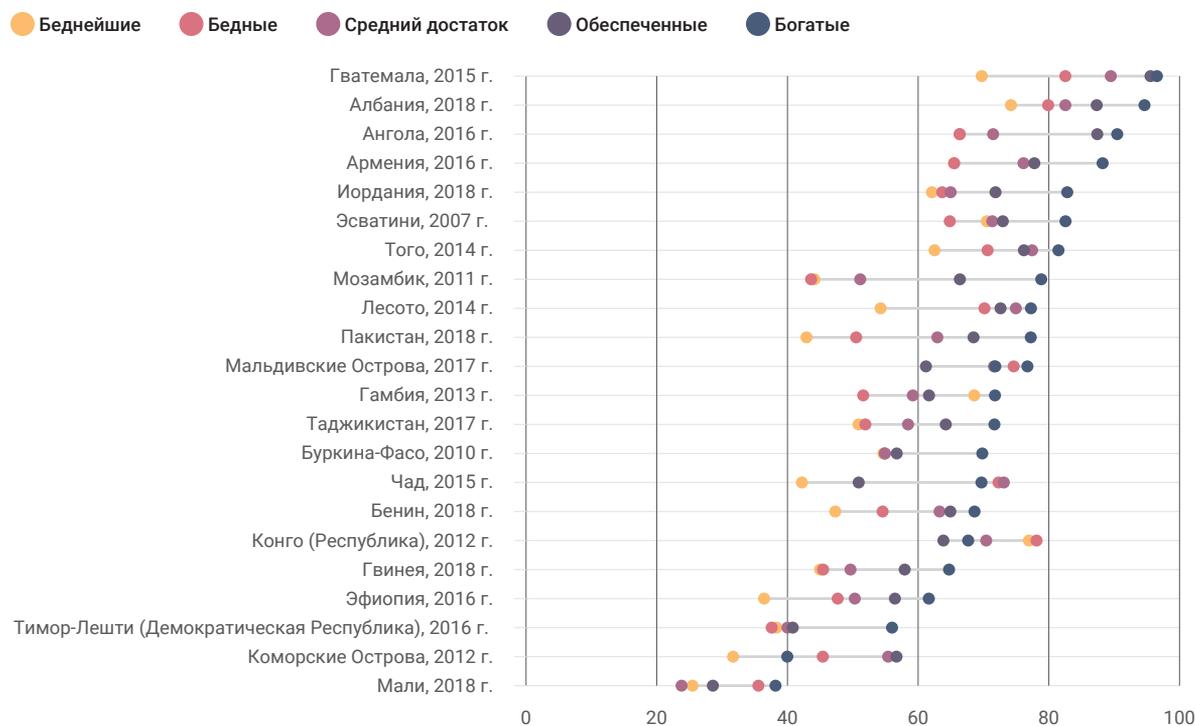
о сексуальных отношениях, использовании контрацептивов и охране репродуктивного здоровья. Исследования в девяти странах показали, что некоторые мужчины сообщают о своих убеждениях в праве доминировать над женщинами, явно выражая идею об отношениях с неравными полномочиями (например, Nabibov and others, 2017; Fahmida and Doneys, 2013; Hattori and DeRose, 2008).

Девочки-подростки сталкиваются с новыми препятствиями на пути получения информации и услуг из-за норм, запрещающих сексуальные отношения вне брака. В то же время нормы

ДИАГРАММА 6

Больше полномочий сказать «нет» сексу в более высоких квинтилях дохода

Право сказать «нет» сексу, в зависимости от уровня дохода домохозяйства, отдельные страны, в процентах



Исцеление тел, умов, душ

Медицинские работники несут уникальную ответственность за подтверждение и защиту телесной автономии своих пациентов. «Я бы посоветовал любому медицинскому работнику проявить сочувствие», — говорит Виктор Касорла, акушер, работающий в перуанских Андах. Он провел более двух десятилетий, работая с коренными общинами в регионе Аякучо, и слишком хорошо изучил проблемы, которые угрожают благополучию и автономии наиболее уязвимых пациентов.

«Система труда медицинских работников часто вращается

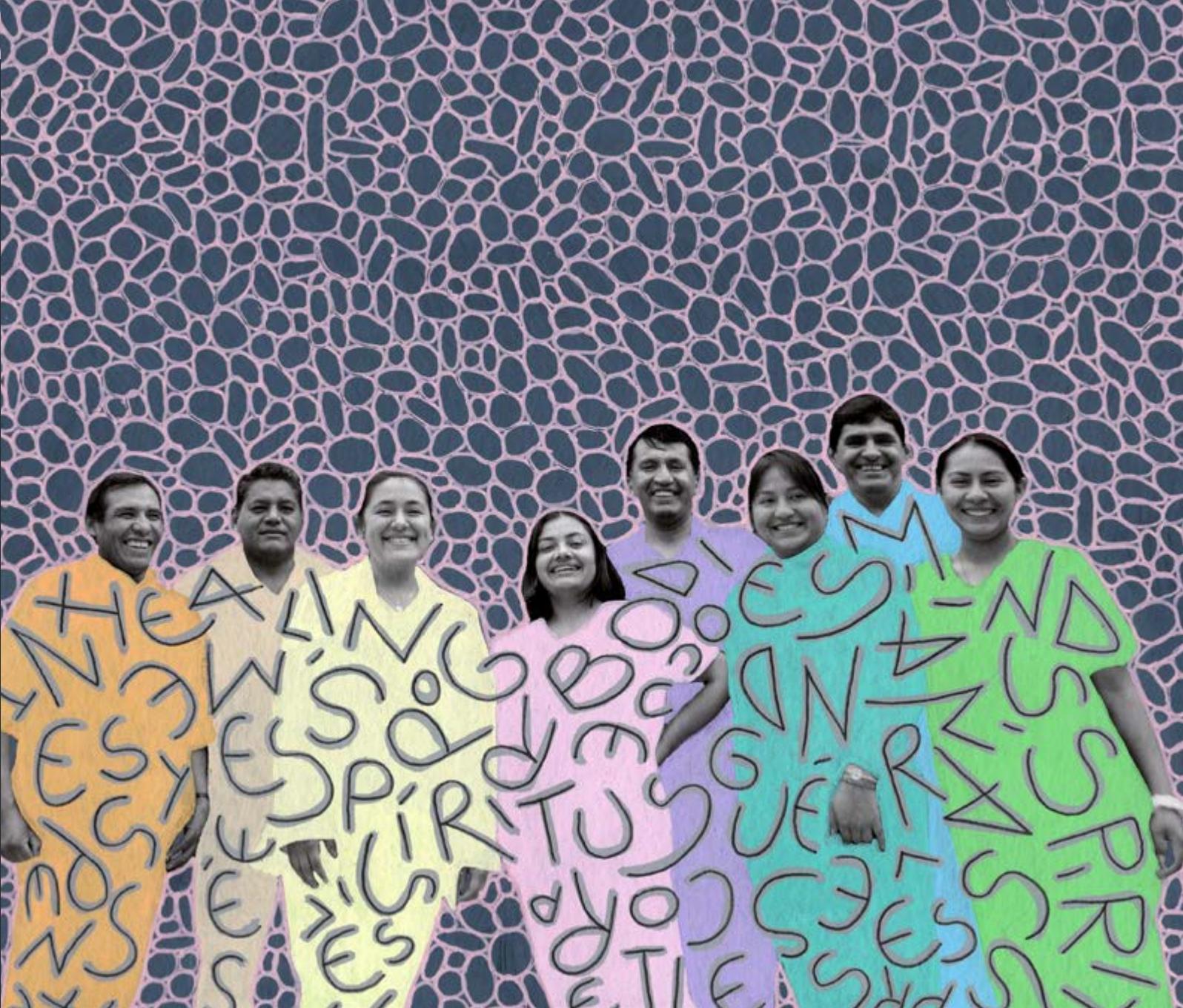
вокруг производительности, а производительность является синонимом количества, — сказал он. — Мы забываем о качестве помощи, которую мы оказываем нашим пациентам». Есть и культурные барьеры, добавил он. «Многие коллеги, многие люди уехали в сельские районы, не зная кечуа, родного языка местных общин», что привело к недоразумениям и даже дискриминации.

В то же время многие пациенты не знают о своих сексуальных и репродуктивных правах. «Среди населения в целом, возможно, и я не побоюсь назвать эту цифру, от

80 до 90% не могут самостоятельно принимать решения о том, когда заниматься сексом со своим партнером... Преобладает мужской шовинизм», — сказал он. Он отметил, что пациенты женского пола часто чувствуют себя неспособными откровенно говорить о проблемах, касающихся их сексуального здоровья, и могут стесняться выражать свой дискомфорт по поводу гинекологических процедур, особенно при общении с медицинскими работниками мужского пола.

Все эти факторы вместе взятые представляют собой опасную комбинацию: врачи вынуждены бороться за понимание потребностей

«Дают ли они свое согласие?... Даже если они не готовы психологически, мы должны уважать их выбор».



Медицинский персонал в лечебном учреждении в регионе Аякучо в Перу. Акушер Виктор Касорла — пятый слева. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — © ЮНФПА/А. Кастенада.

и границ своих пациентов, а пациенты остаются без слов или инструментов, чтобы защитить себя.

Ситуация еще больше усугубляется, если медицинские работники взаимодействуют

с жертвами сексуального и гендерного насилия. «В Сирии более половины женщин не знают о своих сексуальных, физических и общих правах, — говорит Муна Фархуд, гинеколог, специализирующийся на помощи жертвам. — Даже

образованные женщины подвержены насилию и не могут справиться с ним. Они считают, что разговоры на эти темы вредят их достоинству и репутации».

Д-р Фархуд уточняет, что даже медицинские

работники придерживаются взглядов, которые подрывают здоровье и права их пациентов. Она вспомнила, как вела курс для медицинских работников по оказанию помощи жертвам сексуального насилия: «Было много возражений со стороны участников... Они отрицали и отказывались признавать существования случаев сексуального насилия».

Врачи должны общаться со своими пациентами без осуждения и распознавать, когда их пациенты чувствуют себя некомфортно или когда они, возможно, подверглись насилию. Иногда это означает быть детективом, объясняет д-р Фархуд: «Иногда симптомы пациентки не совпадают с ее жалобами. Ее походка, ее взгляд, ее слова, ее спутник, физический осмотр — все это вместе указывает на то, что есть проблема».

И медицинские работники должны знать, когда следует отступить. «Это ваше право — отказаться. Когда я осматриваю пациентку, например, на гинекологическом осмотре, я объясняю ей всю важность ситуации, особенно для людей, подвергшихся сексуальному насилию, — говорит д-р Фархуд. — Я ясно даю понять, что это

медицинская процедура, чтобы выяснить, есть ли инфекции, раны, кровотечения, ушибы или другие симптомы, которые помогают документально подтвердить случившееся. Дают ли они свое согласие? Даже когда люди понимают, что цель — документальное подтверждение, но не готовы психологически, мы должны уважать их выбор. Может быть, в этот раз мы не сможем осмотреть ее, но в следующий раз, увидев, что ее уважают и ценят, она даст согласие».

Касорла добавил, что уважение к своей культуре имеет первостепенное значение. Но самое главное, говорит он, — это дать возможность самим пациентам защитить свое собственное тело и автономию. «Мы учим их, что к ним должны относиться с уважением, что никто не имеет права прикасаться к их телам: ни я, ни их тети, ни их отцы, ни их матери, ни персонал, ни полиция, никто».

Он и его коллеги проводят образовательные сессии для сообществ, и такие вопросы как права, самооценка, сексуальное здоровье и здоровые отношения, также обсуждаются во время индивидуальных и семейных консультаций.

По его словам, эти усилия многое значат, особенно для молодежи. Но необходимость предоставления этой информации ложится тяжелым бременем на медицинских работников. «Я единственный акушер, например, который работает посменно в медицинском центре, и мне приходится оставаться там, чтобы ухаживать за пациентами, которым требуется неотложная помощь». По его словам, существует потребность в большем количестве ресурсов здравоохранения, включая персонал, чтобы специалисты могли уделять больше внимания общественному образованию, такому как целевые программы для мужчин и мальчиков.

Д-р Фархуд также просит о поддержке. Ее организация тоже проводит обучающие сессии для общества. Но она настаивает на более полном обучении и подотчетности медицинского персонала. На них, как на поставщиках услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, лежит особая обязанность заботиться об уважении и расширении прав и возможностей своих пациентов. «Мы дали профессиональную клятву», — сказала она.

в некоторых обществах могут разрешать или даже поощрять девочек-подростков заниматься сексом за плату в качестве способа поддержки своих домашних хозяйств или покрытия расходов на собственное образование. Поскольку эти девочки, как правило, родом из более бедных семей, у них мало полномочий отказаться от секса. Независимо от того, состоят они в браке или нет, у них могут быть ограничены полномочия вести переговоры об использовании презервативов (November and Sandall, 2018; Moore and others, 2007). Замужние девушки, однако, могут также сталкиваться с семейным и общественным давлением, вынуждающим их демонстрировать свою фертильность, а также сталкиваться с принуждением к сексу и запретами на использование контрацепции (Woog and Kågesten, 2017).

Препятствия в системе здравоохранения

Иногда расстояния до больниц и прочих учреждений затрудняют принятие решений о контрацепции и охране репродуктивного здоровья, в особенности в сельской местности. К числу других препятствий относятся отсутствие услуг, учитывающих потребности подростков и молодежи, нехватка предпочтительных методов контрацепции, некачественные или плохо организованные услуги, службы, которые предоставляются осуждающими подобные услуги лицами, и отсутствие конфиденциальности. Напротив, услуги, предоставляемые в удобные часы работы, и службы, нанимающие медицинских работников, которые положительно относятся к своим клиентам и уважают их личную жизнь, помогают женщинам

и девочкам-подросткам принимать самостоятельные решения. Легкодоступная и точная информация о контрацепции, особенно если она предоставляется в уважительной, приватной и дружественной обстановке, также оказывает положительное влияние. Исследования показали, что услуги по планированию семьи, предоставляемые общинными медицинскими работниками, приводят к более широкому использованию контрацепции, особенно если они включают в себя информацию о планировании семьи и обучение для мужчин (UNFPA, 2019).

Право на телесную автономию пока еще есть не у всех

Тот факт, что только 55% женщин имеют право самостоятельно принимать решения о своем теле, должен служить тревожным сигналом для правительств, политиков и институтов развития. В Мали, Нигере и Сенегале более 90% женщин лишены телесной автономии.

Данные по показателю 5.6.1 дают представление о проблемах, с которыми сталкиваются женщины, заявляя о своем праве на телесную автономию. Однако необходим более глубокий анализ данных, чтобы понять масштабы и характер препятствий, с которыми сталкиваются такие группы, как женщины, не состоящие в браке или партнерстве, инвалиды или этнические и расовые меньшинства.

Из этих данных ясно, что в 57 странах и, вероятно, в любой другой стране мира женщины не полностью контролируют свое тело.



КОГДА РЕШЕНИЯ ПРИНИМАЮТСЯ ДРУГИМИ

Отрицание телесной автономии и неприкосновенности имеет различные формы

Феминистский лозунг «личное — это политическое» с 1960-х годов сплотил женщин вокруг идеи телесной автономии. Активисты до и после этого утверждали, что, если женщины и девочки не обладают властью или, иначе, свободой для реализации своих прав на самоопределение и автономию, они также не в состоянии контролировать другие аспекты своей жизни.

Свобода воли означает способность делать выбор и принимать решения от своего имени. В вопросах секса, сексуальности и репродуктивности свобода воли может означать право свободно решать, когда и с кем заниматься сексом и иметь ли детей, а если да, когда и сколько. Без свободы воли человек никогда не сможет обрести телесную автономию.

Согласно организации Positive Women's Network, когда женщины обладают полной телесной автономией, они не только имеют право принимать решения о своем здоровье и будущем без принуждения или контроля со стороны других, но также обладают

поддержкой и ресурсами, необходимыми для осмысленного принятия этих решений.

Несмотря на международные соглашения и декларации о важности автономии в области охраны здоровья женщин и расширения их прав и возможностей в целом, бесчисленные миллионы женщин и девочек во всем мире сегодня все еще не имеют возможности самостоятельно принимать решения о здравоохранении, контрацепции и сексе со своими мужьями или партнерами.

Часто эти решения принимаются другими или под влиянием других людей, будь то партнеры, семьи, общество или даже правительства, и это означает, что женщины и девочки лишены своей телесной автономии.

Несмотря на существование множества препятствий для достижения телесной автономии, гендерное неравенство, возможно, является самым коварным и распространенным из них. Более 160 лет назад американская суфражистка Люси Стоун писала: «Мне

недостаточно иметь право голоса, право собственности и т. п., если я не могу быть полноправной хозяйкой своего тела. Ни одна жена из тысячи не способна на это сейчас, и пока она страдает от этого рабства, все остальные права не помогут ей достичь ее истинного положения» (Hasday, 2000).

Гендерное неравенство мешает автономному принятию решений

Неравные гендерные нормы и убеждения приводят к дисбалансу сил в отношениях, и это ограничивает решения женщин, особенно когда речь идет о том, чтобы сказать «нет» сексу. Патриархальные убеждения часто выражаются в ожиданиях, что женщины подчиняются своим мужьям или партнерам во всех аспектах своей жизни, включая вопросы сексуального характера. Эти ожидания могут означать не только то, что женщина должна заниматься сексом всегда, когда этого хочет ее муж, но и то, что она не должна инициировать секс или открыто выражать свои желания. В то же время ожидается, что женщины будут избегать конфликтов, тем самым усиливая неравное распределение полномочий. Женщины также могут не отказываться от секса из-за страха словесных оскорблений, прекращения финансовой поддержки, развода или даже избиений и изнасилований.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ, ЧТО ДЕВОЧКИ И ЖЕНЩИНЫ ЧАСТО НЕ ОСОЗНАЮТ, ЧТО ОНИ ИМЕЮТ ПРАВО СКАЗАТЬ «НЕТ»

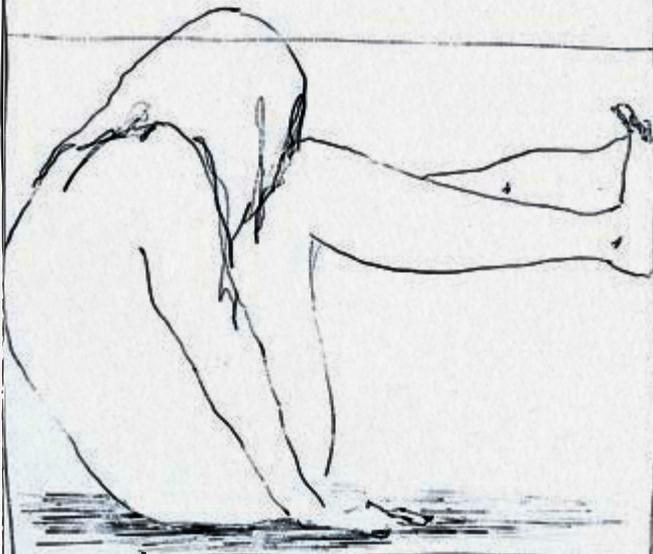
Исследования показали, что девочки и женщины часто не осознают, что они имеют право сказать «нет». Например, одно исследование в Индии дало понять, что недавно вышедшие замуж женщины с меньшей вероятностью будут называть свой первый секс насильственным или «против их воли», потому что секс был ожидаемой обязанностью в браке. Наличие согласия не имело значения, поскольку секс, даже если он был по принуждению, считается супружеским долгом и, следовательно, не является вопросом согласия (UNFPA, 2019).

Гендерно-неравные нормы и установки могут подрывать способность женщины самостоятельно принимать решения о контрацепции. Например, в ряде стран, включенных в показатель 5.6.1, мужья, особенно в сельских районах, хотят иметь больше детей, чем их жены, и считают своим правом принимать решение о размере семьи и о том, следует ли и когда использовать контрацепцию. Неравное распределение полномочий в отношениях представляет собой еще один барьер для женщин, которые хотят поговорить со своими мужьями или партнерами о контрацепции. Кроме того, даже поднятие темы контрацепции может быть воспринято мужчинами как признание в отношениях на стороне и стать причиной конфликтов, приводящих к насилию, расставанию или разводу (UNFPA, 2019). Связь между гендерным неравенством и отказом в телесной автономии ежедневно оказывает реальное воздействие на жизнь женщин и девочек во всем мире. Установки и нормы, которые ставят благополучие женщины или девочки ниже прав и потребностей мужчины или мальчика, отнимают у нее власть, свободу воли; и исследования подтвердили, что это может иметь негативные последствия, которые могут длиться всю жизнь и наследоваться другими поколениями (van Eerdewijk and others, 2017; O'Neil and others, 2014). Эта динамика может проявляться по-разному, где-то более, где-то менее явно, но она особенно очевидна в брачных законах и практиках, которые подчиняют женщин мужчинам.

Люди с инвалидностью подвергаются большему риску изнасилования и принуждения к сексу

Девочки и молодые женщины с инвалидностью подвергаются насилию с большей вероятностью, чем их сверстники-мужчины с инвалидностью или девочки и молодые женщины без инвалидности (UNFPA and others, 2018). Девочки и мальчики с инвалидностью почти в три раза чаще становятся жертвами сексуального насилия, причем наибольшему риску подвержены девочки.

По утверждению RAINN (Национальная сеть по вопросам изнасилований, домогательств и инцестов), организации по борьбе с сексуальным насилием в Соединенных Штатах, согласие имеет решающее значение, когда любой человек занимается сексуальной деятельностью, но оно имеет еще большую и потенциально более сложную роль в случае людей с инвалидностью (RAINN, 2020).



Исследования уровня сексуального насилия в отношении людей с инвалидностью показывают более высокий уровень преступлений по сравнению с людьми без инвалидности. В Соединенных Штатах, например, Министерство юстиции США установило, что в среднем 32,8 девочек и женщин-инвалидов на 1000 страдают от насильственных преступлений, включая сексуальное насилие и изнасилования, так как среди женщин без инвалидности этот показатель равен 11,4 на 1000 женщин (Harrell, 2017).

В Соединенных Штатах правозащитная группа Disabled World сообщила, что, по оценкам, 80% женщин и 30% мужчин с интеллектуальной инвалидностью в какой-то момент принудили к той или иной форме секса без согласия, но заявления были поданы только в 3% случаев таких сексуальных злоупотреблений с участием людей с нарушениями развития. В анамнезе женщин с инвалидностью гораздо чаще встречался секс без согласия с интимным партнером или изнасилование в браке. Одно исследование показало, что 54% мальчиков с нарушениями слуха подвергались сексуальному насилию по сравнению с 10% слышащих мальчиков (Disabled World, 2012).

Поскольку общество не предоставляет людям с инвалидностью средств контроля за тем, когда и с кем заниматься сексом и иметь ли детей, а если да, когда и сколько, оно лишает большое число людей их права на телесную автономию.

Графическое оформление — Кайсэй Нанке



Графическое оформление — Тайлер Спенглер

Браки по принуждению и детские браки

Наиболее очевидными брачными практиками, лишаящими женщину свободы выбора, являются браки, в которых она не может сделать свободный и осознанный выбор в отношении своего партнера: браки по принуждению и детские браки. Брак по принуждению — это любой брак, в котором один или оба партнера вступают в него «без полного, свободного и осознанного согласия». Детский брак как разновидность брака по принуждению — это любой брак, в котором по крайней мере одна из сторон не достигла 18-летнего возраста, то есть возраста, когда она или он могут выразить полное, свободное и осознанное согласие (ОНСНР, 2020). Обе формы брака нарушают права человека, включая права, связанные с телесной автономией и неприкосновенностью.

Эти браки опираются на патриархальные установки и лишают женщин и девочек самостоятельности в целом и их права принимать решения о здравоохранении, контрацепции и сексе в частности.

Детский брак является одним из видов насилия по гендерному признаку. Он также

существенно ограничивает свободу воли женщин и девочек, вынуждая их вступать в пожизненные отношения, построенные на подчинении, прежде чем они обретут право принимать решения, влияющие на всю их жизнь. По самым последним оценкам, сегодня в мире насчитывается 650 миллионов женщин, которые вышли замуж до достижения 18-летнего возраста, и каждый год еще 12 миллионов девочек выходят замуж, не достигнув совершеннолетия (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

Несмотря на то, что все страны мира, кроме одной, ратифицировали Конвенцию о правах ребенка, многие страны по-прежнему разрешают вступать в брак в возрасте до 18 лет, иногда с согласия родителей, опекунов, судей или других государственных должностных лиц.

Но даже там, где детский брак запрещен законом, такие союзы продолжают заключаться. Многие такие браки заключаются в рамках традиционных или религиозных церемоний и никогда не регистрируются гражданскими властями. В некоторых частях мира сожителство, когда один или оба партнера являются несовершеннолетними, также является обычным явлением. Учитывая сохраняющиеся высокие показатели детских браков в Южной Азии и странах Африки к югу от Сахары, а также в некоторых частях Латинской Америки и Карибского бассейна, прогнозы утверждают, что к 2030 году без активного и эффективного вмешательства число женщин и девочек, вступивших в брак до 18 лет, может составить еще 120 миллионов (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

Браки по принуждению обусловлены институционализированной патриархальной практикой, включая выплату приданого или выкупа за невесту, похищение невесты, брак вдов с родственниками или левират, а также брак жертв изнасилования с их насильниками. Благодаря этой практике невесты становятся товаром или собственностью, которой можно

владеть, покупать, продавать или торговать, не обращая внимания на их права или автономию.

Приданое невесты расценивается как плата от семьи невесты семье жениха за возможность «сбыть невесту с рук». Приданое якобы обеспечивает благополучие невесты, но при ближайшем рассмотрении обнаруживается система, которая «так же уродлива и разрушительна для прав женщин, как детские браки, калечащие операции на женских половых органах и системы мужской опеки» (McCarthy, 2017).

Почти во всех случаях практика приданого прямо или косвенно угнетает женщин, часто приводя к злоупотреблениям и насилию и поддерживая систему гендерного неравенства. Она также стимулирует заключение детских браков, так как семьи платят меньше за молодых невест. Практика также приводит к насилию: по данным Национального бюро учета преступлений Индии, только в этой стране ежегодно регистрируется около 8000 смертей женщин, чьи семьи не смогли выплатить ожидаемое приданое (Dhillon, 2018).

Выкуп за невесту противоположен приданому: девушка или женщина «покупаются» семьей жениха и становится женой их сыну. Эта практика распространена в некоторых частях Африки, где «выкуп за невесту — это условный обмен имуществом, обычно коров или денег, между женихом и родителями невесты в обмен на брак» (Turner, 2009). Она низводит женщину до статуса собственности и поддерживает представление о том, что мужчина приобрел репродуктивную и производительную способность своей жены, а также, самое главное, ее послушание. Заплатив определенную цену, мужчина может посчитать, что имеет право применять насилие в отношении своей жены, чтобы заставить ее повиноваться (Thiara, 2011).

Более того, выкуп за невесту должен быть возвращен, если мужчина решит развестись или расстаться со своей женой: «Эта практика висит дамокловым мечом над ней и ее родителями,

гарантируя покорность жены» (Turner, 2009). Традиция возврата выкупа за невесту является особенно серьезной проблемой, потому что это означает, что если женщина или ее семья не могут позволить себе вернуть выкуп, то она окажется в ловушке насильственных отношений и даже не сможет попросить о помощи. Выкуп за невесту также распространен в других частях света, в том числе в некоторых странах Тихоокеанских островов.

Есть и другие, менее распространенные, традиционные патриархальные брачные обычаи, которые лишают женщину автономии. В некоторых частях света, например, существует традиция кражи невесты: физическое похищение девушки или женщины, чтобы отвезти ее в дом мужчины, который хочет на ней жениться. Согласно исследованию ЮНФПА, проведенному в Кыргызстане в 2016 году, традиция похищения невест сохраняется, несмотря на явную незаконность действий. Согласно обычаю, мужчина может похитить женщину или девочку из ее дома, школы или работы и отвезти ее в дом своей семьи, где она обычно вынуждена написать письмо своей семье с просьбой дать согласие на брак. К письму прилагается выкуп за невесту от семьи жениха. Менее чем одно из 10 таких «предложений» отклоняется семьей женщины или девочки. Исследование ЮНФПА показало, что почти пятая часть браков в Кыргызстане включает в себя традиционную практику «похищения людей» и, по оценкам, четверть из таких союзов заключаются без «согласия» невесты (UNFPA in the Kyrgyz Republic, 2016).

Другая традиция, все еще не утратившая свою актуальность, это традиция левирата, когда вдова после смерти мужа вынуждена выйти замуж за родственника умершего, как правило брата. Традиционно это рассматривалось как средство обеспечения защиты женщины и ее детей и удержания женщины в семье мужа, особенно после выплаты приданого. Но вдова не дает своего согласия и часто оказывается в отношениях, которых она не хотела или не просила.

Супружеская практика, которая подчиняет женщин и подрывает здоровье

Также было доказано, что наиболее пагубные из супружеских практик подчинения женщин, которые нарушают право женщины на телесную автономию, имеют негативные последствия для ее сексуального и репродуктивного здоровья. Левират, например, требует, чтобы женщина вступала в сексуальные отношения с мужчиной, который «наследует» ее, независимо от того, сколько сексуальных партнеров у него могло быть в прошлом, что увеличивает риск передачи ВИЧ (Mabumba and others, 2007). Исследование, проведенное в округе Бондо в Кении, показало, что 56,3% вдов «унаследованы» через традиционную церемонию. Среди таких женщин те, кто принимал участие в сексуальном ритуале, известном как «очищение вдовы», чаще заражались ВИЧ (Agot and others, 2010). Очищение вдовы — это ритуальное расторжение связи духа умершего человека с его женой через ее согласие на половую связь с одним из его живых родственников.

Детские браки пагубно влияют самыми различными способами на сексуальное и репродуктивное здоровье и телесную автономию девочек. Секс по принуждению и ранняя и частая беременность тесно связаны с высокими показателями материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а также с проблемами психического здоровья. В странах с низким и средним уровнем дохода осложнения беременности и родов являются основной причиной смерти среди девочек в возрасте от 15 до 19 лет, и матери-подростки сталкиваются с гораздо более высокими показателями осложнений, связанных с беременностью и родами, с более высокими показателями мертворождения и смертности новорожденных, чем таковые среди матерей всего на несколько лет старше, от 20 до 24 лет (WHO, 2020).

Девочки и женщины, втянутые в браки по принуждению и детские браки, часто лишаются своего права принимать решения о своем сексуальном и репродуктивном здоровье или не располагают достаточной информацией о нем. Например, крупномасштабное исследование в Индии документально подтвердило негативные последствия детских браков для репродуктивного здоровья: молодые женщины, вышедшие замуж в возрасте 18 лет или старше, чаще, чем те, кто женился до 18 лет, участвовали в планировании своего брака, отказывались терпеть насилие в семье, использовали контрацептивы для отсрочки своей первой беременности и рожали в медицинском учреждении. Они реже, чем женщины, рано вышедшие замуж, подвергались физическому или сексуальному насилию в браке, также реже встречались случаи выкидышей и мертворождения (Santhya and others, 2010).

Другое исследование в Непале показало, что сочетание давления, вынуждающего рожать вскоре после вступления в брак, ограниченной автономии и недостаточных знаний о проблемах репродуктивного здоровья увеличивает риск молодых замужних девушек столкнуться с осложнениями во время беременности (Maharjan and others, 2019).

Помимо нарушения телесной автономии, детский брак влияет и на другие права человека, такие как право на образование. Различия в уровне образования между полами являются одним из основных препятствий на пути к полному гендерному равенству и расширению прав и возможностей женщин и девочек, а детские браки и раннее деторождение оказывают серьезное негативное влияние на образование, занятость и другие экономические возможности для девочек и молодых женщин.

Всемирный банк провел глобальное масштабное исследование в попытке определить, обладают ли женщины, вступившие в брак в детстве, меньшими полномочиями в принятии решений в браке, в том числе связанными с поиском услуг в области репродуктивного здоровья

Рабство: абсолютное нарушение права на автономии

Порабощенные люди не имеют никакой власти принимать какие-либо решения относительно своего тела или жизни.

По оценкам, 40 миллионов человек находятся в той или иной форме современного рабства (United Nations, n.d.). Хотя закон

не определяет современное рабство, это общий термин, охватывающий такие виды практики как принудительный труд, долговая кабала, браки по принуждению и торговля людьми. Это ситуации эксплуатации, когда человек не может отказаться или уйти из-за угроз, насилия, принуждения, обмана или злоупотребления властью.

На каждые 1000 человек в мире приходится более пяти жертв современного рабства. Каждая четвертая жертва – ребенок. Более, чем каждая седьмая из 10 жертв – женщина.

В Цели № 8 в области устойчивого развития по достижению инклюзивного экономического роста и достойной работы к 2030 году заложена задача искоренения принудительного труда, прекращения современного рабства и торговли людьми.

Как заявила в 2020 году заместитель Генерального секретаря Организации Объединенных Наций Амина Дж. Мохаммед, жертвы часто являются наиболее уязвимыми представителями общества, страдающими от многочисленных форм дискриминации: это женщины, дети, коренные народы, лица африканского происхождения и люди с инвалидностью. «Современное рабство – это зло в нашем мире, которое мы должны искоренить», – добавила она, назвав современное рабство и торговлю людьми «международными преступлениями, наносящими значительный ущерб обществу и экономике».



Графическое оформление – Кайсэй Нанке

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫБОРА

В 1999 году Лиззи Киама ехала на работу в Момбасу, Кения, когда ее микроавтобус столкнулся лоб в лоб с другим автомобилем. «Я сидела впереди, – вспоминала она. – В результате несчастного случая я стала инвалидом». Но прошло 11 лет, прежде чем она смогла принять новую реальность.

«Я долгое время не считала себя человеком с инвалидностью, – сказала Киама. – Все из-за того негативного смысла, который всегда был вложен в слово “инвалид”».

Поворотным моментом для нее оказалось решение стать матерью и изменить мир к лучшему для ее детей. Для нее это означало признать себя человеком с инвалидностью и переосмыслить значение этого слова, объяснила она. Затем Киама основала фонд

This Ability Trust, социальное предприятие, занимающееся правами инвалидов, в рамках которого она увидела множество ситуаций, когда инвалиды лишались свободы действий, особенно если речь шла об их сексуальном и репродуктивном здоровье и правах.

По ее словам, люди с нарушениями зрения или слуха редко имеют доступ к переводчикам или шрифту Брайля при обращении за медицинскими услугами, а лица, уход за которыми осуществляют опекуны, сталкиваются с ограничением личной жизни и конфиденциальности. Многие люди с инвалидностью не имеют доступа к транспортным средствам, а многие медицинские учреждения не обладают инфраструктурой, оборудованием и квалифицированным персоналом.

И есть действительно страшные истории.

«Я слышала истории о женщинах, которые предпочли бы рожать дома, лишь бы не сталкиваться с медсестрами и акушерками, которые спрашивали их, почему они собираются иметь детей, учитывая инвалидность, – рассказала Киама. – Общество в целом ассоциировало инвалидов, в частности женщин, с асексуальностью... Такие простые вещи, как правоспособность, телесная автономия, право на принятие решений, не считаются нормой».

Женщины и девочки с инвалидностью сталкиваются с высоким уровнем гендерного насилия в Кении (Salome and others, 2013). Но слишком часто их телесная автономия еще больше нарушается в ответ, заявляет Киама. «В некоторых случаях мы встречаем девочек с инвалидностью, семьи которых вступают в сговор с медицинскими работниками с целью провести стерилизацию девочки, чтобы “защитить” ее, так как именно такие лица часто становятся

«Семьи вступают в сговор с медицинскими работниками, чтобы сделать им стерилизацию».



Лиззи Киама является поборником прав людей с инвалидностью. Графическое оформление — Наоми Вона; фотография любезно предоставлена Лиззи Киама.

жертвами сексуального насилия, — объяснила она. — Преступники остаются безнаказанными».

Но эти проблемы существуют не только в Кении. Люди с инвалидностью

повсеместно сталкиваются с серьезными препятствиями на пути принятия решений о сексуальном и репродуктивном здоровье.

Например, в Монголии, как сообщается, медицинские

работники делают аборт женщинам с инвалидностью, не учитывая мнение самих женщин. По словам Энхьяргала Банзгарча, социального работника Монгольской национальной ассоциации инвалидов-

колясочников, вместо этого врачи обращаются за согласием к опекунам женщин. Одно исследование, проведенное ассоциацией, показало, что 22% людей с инвалидностью использовали контрацепцию под давлением членов семьи или медицинских работников.

Отказ от использования средств контрацепции может иметь последствия. Женщинам с интеллектуальной инвалидностью часто отказывают в пособиях или продлении статуса инвалида, если они не получали необходимых доз инъекционных контрацептивов, пояснил Банзгарч.

Людам с инвалидностью и их опекунам практически не дают никаких объяснений, говорит помощник представителя ЮНФПА в Монголии Илиза Азей, которая работала с активистами и министерством здравоохранения для привлечения внимания к этим вопросам.

Она вспомнила историю одной девушки: «Как только ей исполнилось 16 лет, к ней домой пришел врач, работающий в системе общественного

здравоохранения, с тем чтобы ежеквартально проводить инъекции контрацептивов». Азей спросила мать девочки, пытались ли они узнать, что происходит. Та ответила: «Нет, я доверяю своему врачу».

И все же надежда жива.

«Рассматривая политику и правовую базу с точки зрения пропаганды, мы видим прогресс», — сказала Киама, ссылаясь на Кенийский закон об инвалидности 2003 года, Конституцию страны, ратификацию международных конвенций о правах инвалидов и улучшающиеся стандарты доступного строительства.

Прогресс заметен и в Монголии. В ходе оценки положения в области прав человека в Монголии в 2015 году были выявлены нарушения репродуктивного здоровья лиц с инвалидностью. Правительство «немедленно внесло изменения в приказ министерства здравоохранения о предоставлении услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья женщинам, включая женщин с инвалидностью», — уточнила Азей.

Изменения на уровне политики — это всего лишь первый шаг, добавила она. «Но каково реальное положение дел?»

Для этого, по мнению экспертов, необходимо изменить и взгляды других. «Женщины с инвалидностью имеют право влюбляться, рожать детей, получать услуги и жить своей жизнью», — подчеркнула Азей.

Люди с инвалидностью должны быть защищены от сексуального насилия, но эта защита должна поддерживать их телесную автономию, а не подрывать ее. И они должны иметь полномочия отстаивать свои права.

«Будучи людьми с инвалидностью, мы думаем, что мы должны воздерживаться от многого и спрашивать разрешения», — говорит Киама. Но она видит перемены, которые происходят с молодым поколением лиц с инвалидностью. «Мы видим, что все больше молодых женщин выступают открыто и используют социальные сети для пропагандистской деятельности. Они по-разному отстаивают сексуальные репродуктивные права, и это невероятно».

и использовании контрацепции. Исследование показало, что как в случае использования контрацептивов, так и в случае принятия решений переменной, играющей ключевую роль, стал уровень образования. Исследование подтвердило, что детские браки действительно оказывают влияние на репродуктивное здоровье и способность принимать решения главным образом через свое косвенное влияние на уровень образования (Wodon and others, 2017). Сокращение формального образования для девочек-невест имеет экономические последствия для них и общества, но оно также оказывает реальное воздействие на их сексуальное и репродуктивное здоровье и их способность определять свой путь развития и принимать самостоятельные решения.

Гуманитарные кризисы негативно влияют на телесную автономию женщин

Данные, полученные в результате исследования гуманитарных кризисов во всем мире, свидетельствуют о том, что распад семейных, социальных и правовых связей повышает риск сексуального насилия, а также подпитывает широко распространенное мнение о том, что «честь» девочек и женщин, а следовательно, и их семей находится под угрозой. Этот страх «опорочить» честь семьи может лежать в основе решений семей выдать дочерей замуж в раннем возрасте, что приводит к увеличению числа браков по принуждению и детских браков. Было установлено, что страх перед сексуальным насилием в отношении женщин и девочек является основной причиной того, что семьи покидают свои дома в чрезвычайных ситуациях, а также стимулом выдавать замуж своих дочерей в молодом возрасте в надежде, что брак защитит их (UN HRC, 2019).

В странах с высоким уровнем детских браков девочки, столкнувшиеся с перемещением или кризисом, относятся к одной из самых уязвимых групп. Например, в Нигере наблюдается самый высокий в мире показатель распространенности

детских браков (76% девочек вступают в брак до 18 лет), но в регионах с большим числом лиц, получающих гуманитарную помощь, этот показатель еще выше — в Маради он достигает 89%. В другом примере доклад Oxfam показал, что 70% девочек в одном из северных городов Судана вышли замуж в возрасте до 18 лет после начала боевых действий в регионе, что значительно выше среднего показателя по стране (UN HRC, 2019).

Конфликтная и постконфликтная обстановка особенно благоприятствует гендерному насилию, включая браки по принуждению и детские браки, из-за таких факторов, как нарушение верховенства права и безопасности, изменения традиционных гендерных ролей и ограничения свободы женщин и девочек, культура безнаказанности, потеря экономического и социального капитала и даже экстремистские идеологии, поощряющие похищение женщин и девочек для присоединения к вооруженным группировкам (Swaine and others, 2019).

Если же говорить об экстремистских идеологиях, то в последние годы вооруженные негосударственные субъекты насаждают социальный порядок, который воспринимает женщин и девочек либо как орудия их движений, либо как угрозу. В некоторых случаях девушек и женщин заставляли выходить замуж за членов этих группировок, отводя им роль сексуальных рабынь. Например, начиная с 2014 года езидские девушки и женщины в Ираке были вынуждены выходить замуж за членов «Исламского государства Ирака и Леванта» (ИГИЛ).

ИГИЛ в Сирийской Арабской Республике, «Боко Харам» в Нигерии и Камеруне и «Аш-Шабаб» в Сомали похищали девочек и женщин для изнасилования, продажи и принудительного заключения браков. Сообщения об идеологической эксплуатации детей и принудительных браках поступали из Центральноафриканской Республики, Ливии, Мали и Сомали, а вооруженные

и организованные преступные группы в Малайзии и Нигерии использовали детские браки и браки по принуждению в качестве прикрытия для сексуальной эксплуатации и торговли людьми (HRC, 2019).

Несмотря на то, что существует достаточно доказательств того, что гендерное насилие усиливается в условиях конфликтов и перемещения населения, данных о том, как кризисы влияют на способность женщин принимать решения в вопросах сексуальных отношений, недостаточно. Хотя кризисы часто приводят к ухудшению качества государственных услуг, имеются также данные, свидетельствующие, что в такие периоды возможно расширение возможностей женщин в плане доступа к медицинскому обслуживанию и использованию контрацепции. Одной из причин этого является ослабление влияния неравноправных по гендерному признаку общественных норм в условиях кризиса, что дает большую свободу в принятии самостоятельных решений.

В странах, пострадавших от кризиса, таких как Эритрея и Либерия, постепенное разрушение общинных норм позволило некоторым женщинам не только получить большую автономию, но и большую свободу слова и право принимать решения на уровне домашних хозяйств. Это явление также наблюдается в местах, пострадавших от стихийных бедствий, таких как засухи, где все больше женщин предпочитают использовать средства контрацепции. Еще одна причина, по которой некоторые женщины имеют больше полномочий принимать решения о медицинском обслуживании, заключается в том, что информация и услуги по контрацепции часто доступны в лагерях беженцев (UNFPA, 2019). Однако во время и после кризисов гендерное неравенство и дискриминация могут также усугубить проблемы, с которыми сталкиваются женщины и девочки в попытках добиться телесной автономии и неприкосновенности. В результате многие страдают от отсутствия безопасности,

ограниченной мобильности, гендерного насилия и вредных практик, включая калечащие операции на женских половых органах (ICRC, 2020).

Программы по прекращению или предотвращению калечащих операций на женских половых органах часто не включены в планы гуманитарного реагирования. Например, на начальных этапах пандемии COVID-19 большинство стран, где широко распространены калечащие операции на женских половых органах, не уделяли приоритетного внимания ликвидации этой практики в своих национальных планах гуманитарного реагирования (UNFPA and UNICEF, 2020). Тем не менее, несколько оценок показали, что риск девочек стать жертвой подобной практики увеличился: проведенная ЮНФПА оценка в Сомали показала, что 31% опрошенных членов общин заявили, что, по их мнению, с начала пандемии количество случаев этой вредной практики возросло (UNFPA, 2020a). В ходе опроса, проведенного организацией Save the Children в сентябре 2020 года в лагере беженцев Дадааб в Кении, было изучено влияние COVID-19 и обнаружено, что 75% работников в области защиты детей сообщили о 20-процентном увеличении числа калечащих операций на женских половых органах (Save the Children, 2020).

По сообщениям, в таких странах, как Эфиопия, Кения, Нигерия и Судан, девочки также находятся в зоне повышенного риска подвергнуться калечащим операциям на женских половых органах перед вступлением в брак, что свидетельствует о негативной стратегии преодоления последствий экономического кризиса и закрытия школ (UNFPA and UNICEF, 2020).

По оценкам ЮНФПА, пандемия может привести к 2 миллионам случаев калечащих операций на женских половых органах, которые в противном случае были бы предотвращены, или к сокращению на треть прогресса в достижении Цели устойчивого

развития 5.3 по ликвидации калечащих операций на женских половых органах к 2030 году (UNFPA, 2020b).

«Убийства во имя чести»: крайнее отрицание телесной автономии

Убийства во имя чести распространены в общинах, где «честь» семьи считается более важной, чем жизнь человека, обычно женщины, которая нарушает определенные так называемые нормы или кодексы (Gibbs and others, 2019).

Оправдания убийств во имя чести включают расставание с супругом, который заплатил выкуп за невесту, отказ вступить в брак по договоренности, вступление в отношения с лицом другой религии, этнической группы или касты, участие в добрачном или внебрачном сексе, статус жертвы изнасилования или нападения или отличная ориентация (Selby, 2016).

Хотя и мужчины, и женщины могут совершать убийства во имя чести или быть их жертвами, «кодекс чести» содержит различные стандарты для мужчин и женщин, включая более строгие стандарты целомудрия для женщин и предполагаемую обязанность мужчин совершать насильственные действия для защиты своей чести или чести своей семьи. Во всех случаях кодекс чести является частью патриархальной социальной системы, которая подчиняет женщин мужчинам. В результате убийства в защиту чести становятся в большинстве своем насилем в отношении женщин. Хотя невозможно установить истинное число этих убийств, было подсчитано, что ежегодно совершается около 5000 таких преступлений, из которых большинство происходит на Ближнем Востоке и в Южной Азии (Gibbs and others, 2019). Важно отметить, что, по оценкам, 58%



Графическое оформление — Тайлер Спенглер

женщин, ставших жертвами убийств, были убиты интимным партнером или членом их собственной семьи, что равно 137 убийствам ежедневно (WHO, 2013). Ситуация усугубилась с началом пандемии COVID-19, и насилие в отношении женщин было признано «теневого пандемией».

Женская сексуальность становится **угрозой**

Культура, традиции и религия являются одними из наиболее часто упоминаемых причин для проведения калечащих операций на женских половых органах. Тем не менее, почти повсеместно считается, что практика позволяет подавить сексуальное желание, что, в свою очередь, также является ключевой причиной. Многие сторонники калечащих операций на женских половых органах утверждают, что необузданная женская сексуальность каким-то образом угрожает целомудрию, чести и добродетели (Berg and Denison, 2013).

Откровенные разговоры о женской сексуальности, телесной неприкосновенности и автономии могут стать неожиданным решением для избавления от этой практики, считают эксперты.

Усилия по прекращению калечащих операций на женских половых органах исторически

подчеркивали физический вред, причиняемый этой практикой, который может включать кровотечение, сепсис, будущие осложнения при родах и даже смерть. Консервативные общины, в которых обсуждение женской сексуальности часто является табу, проще воспринимают информацию о физических последствиях манипуляций. Но, если говорить только о физическом вреде, это может непреднамеренно привести к медикализации практики и поиску альтернативных способов операции, а не к отказу от нее (Powell and Yussuf, 2021).

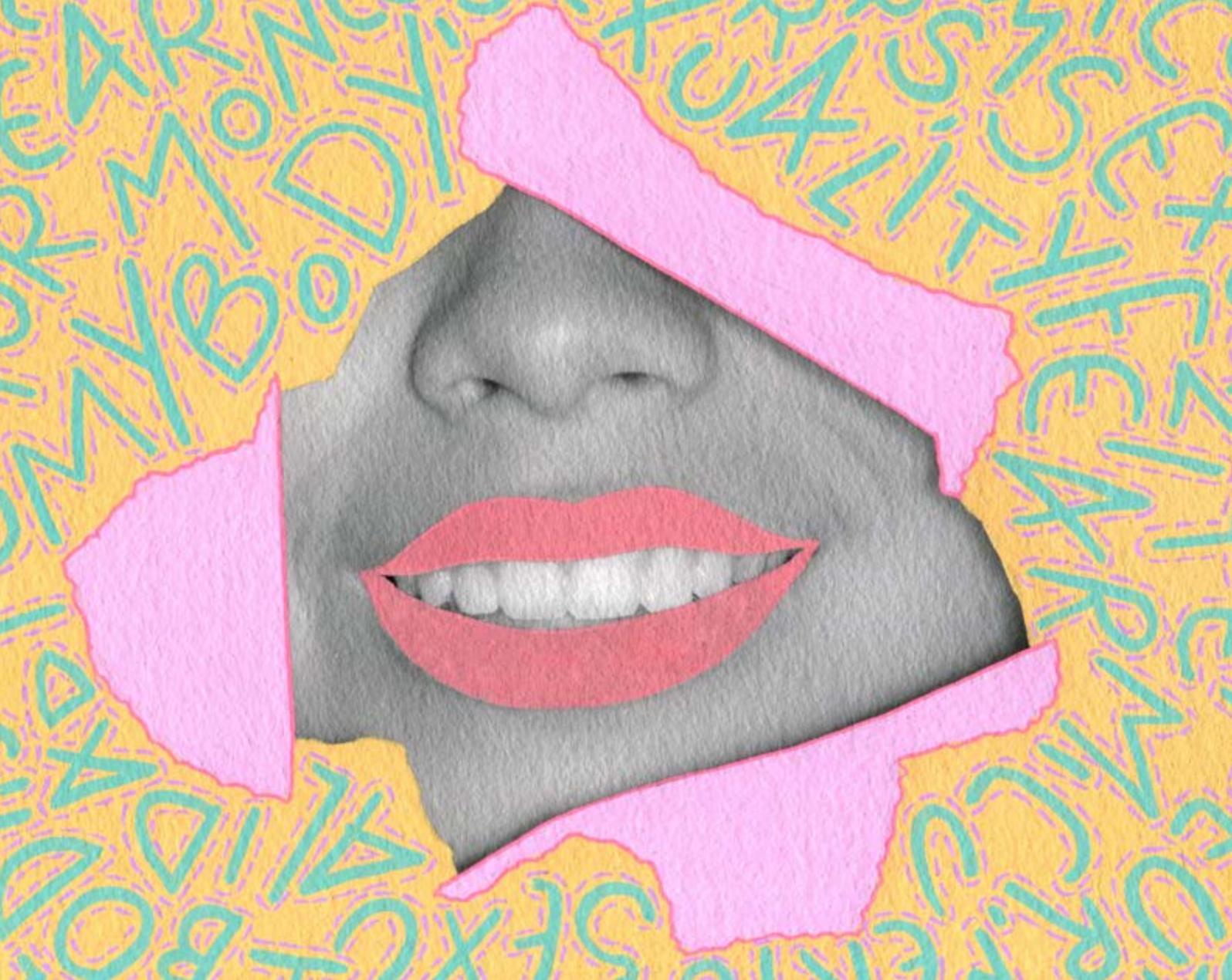
Расширение содержания бесед для того, чтобы охватить также сексуальный вред, причиняемый калечащими операциями на женских половых органах, помогло Вафаа Бенджамин Баста, акушерке и гинекологу из Египта, убедить родителей отказаться от этой практики. Четко сформулированные

объяснения причиняемого вреда, такого как неспособность испытывать оргазм, боль во время полового акта и отвращение к сексу из-за посттравматического стрессового расстройства, оказались эффективным сдерживающим фактором, особенно «если мать ребенка также столкнулась с проблемами в молодости во время операции на женских половых органах или проблемами в супружеской жизни, вызванными обрезанием», — говорит д-р Баста.

Она с легкостью рассказывает о социальных и психологических последствиях, которые могут испытывать женщины. «Это может повлиять на ее психическое здоровье, социальное благополучие и ее отношения с партнером, что способно подорвать саму концепцию семьи».

Одной из причин, почему д-р Баста может вести такие откровенные дискуссии, — ее статус врача. «Существует связь между пациентом и врачом», — говорит она. Но еще более важно растущее признание прав и возможностей женщин

**«Отношения к вопросу
меняются, особенно
у новых поколений».**



Калечащие операции на женских половых органах — это не просто медицинская проблема. Это проблема сексуальности. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — Хана Лопес, Unsplash.

в Египте. «Отношения к вопросу меняются, особенно у новых поколений».

По мере того, как страхи перед женской сексуальностью уменьшаются, а сексуальное благополучие все чаще рассматривается в рамках психологического и социального здоровья, становится легче

переосмыслить практику калечащих операций на женских половых органов.

Д-р Баста говорит, что ее наблюдения ограничиваются конфиденциальными беседами, которые она может вести со своими пациентами, и что комфорт обсуждения этих тем будет варьироваться в зависимости от общины

и практикующего врача. Тем не менее в последние годы она добилась значительного прогресса и надеется на будущее как в плане прекращения калечащих операций на женских половых органах, так и в вопросах укрепления сексуального здоровья и благополучия женщин. «Об этом не стыдно говорить», — сказала она.

Супружеское изнасилование и законы «вступай в брак со своим насильником»

Очевидно, что контрольные точки, выбранные для показателя 5.6.1, являются неточными показателями всех способов ослабления свободы воли женщин патриархальными брачными структурами, но в случае одного компонента явно прослеживается прямая связь: может ли женщина сказать «нет» своему мужу или партнеру, если она не хочет участвовать в половом акте? Какова бы ни была динамика межличностных отношений в браке, в некоторых странах закон разрешает мужу вступать в половую связь вне зависимости от желания жены, и есть страны, где мужчина, насилующий женщину, может избежать наказания, если женится на ней против ее воли.

Независимо от того, была ли женщина принуждена к браку или вступила в него добровольно, традиционные патриархальные нормы утверждали, что после вступления в брак мужчина «владеет» телом своей жены и может использовать его для занятия сексом, когда захочет. Только в последние несколько десятилетий «супружеское изнасилование» было признано противоправным деянием и вопиющим нарушением прав человека. Жертвы супружеского изнасилования страдают так же, как и жертвы прочих форм изнасилования: это включает в себя психологический ущерб, а также физические травмы, связанные с принуждением к сексу, незапланированную беременность, выкидыши и инфекции, передающиеся половым путем (Yllö and Torres, 2016).

Это нарушение прав человека имеет важные негативные последствия для репродуктивного здоровья. Риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем, повышается из-за принудительного вагинального проникновения и абразии, что облегчает проникновение вируса в организм (Jewkes and others, 2011).

Женщины, подвергающиеся насилию в браке, в полтора-три раза чаще оказываются ВИЧ-инфицированными и в два-четыре раза чаще сообщают о другой инфекции, передающейся половым путем (WHO, 2015).

Различные практики, которые обеспечивают доминирование мужчин и нарушают права женщин на телесную автономию, взаимосвязаны. Так, исследования доказали наличие тесной взаимосвязи между супружеским изнасилованием и детским браком: исследование 2011 года показало, что большинство случаев супружеского изнасилования в Уганде было совершено в отношении девочек 15–19 лет, чьи мужья, будучи старше, заплатили выкуп за невесту, чтобы вступить с ней в брак (Hague and others, 2011).

В сорока трех странах нет законодательства, регулирующего вопросы изнасилования в браке. Даже в странах, признающих эту концепцию, наказание за секс без согласия в браке может быть значительно мягче, чем в других случаях. Сравнив вступление в брак с «билетом на свободу», исследование 2020 года показало, что среди 54 стран Содружества 35 все еще расценивают преступления в браке как исключение из практики уголовных сексуальных преступлений (Richardson, 2020).

В некоторых странах и территориях брак может считаться законным «лекарством» от изнасилования, позволяя преступникам вступать в брак со своими жертвами и тем самым избежать любого наказания за свое преступление. Законы позволяют мужчинам, осужденным за изнасилование, обжаловать приговор, если они вступают в брак с изнасилованными ими женщинами. Это происходит в Алжире, Анголе, Бахрейне, Боливии, Камеруне, Доминиканской Республике, Экваториальной Гвинее, Эритрее, Газе, Ираке, Кувейте, Ливии, Российской Федерации, Сербии, Сирии, Таджикистане, Таиланде, Тонге, Венесуэле и на Филиппинах (Equality Now, 2020).

В 2017 году НПО Equality Now предоставила обширный обзор законов, смысл которых заключается во «вступлении в брак со своим насильником». Так, было установлено, например, что в Ираке, если преступник женится на жертве, любой судебный иск против него становится недействительным, а любое продолжающееся расследование или судебное дело прекращается. Если приговор уже вынесен, он отменяется и не приводится в исполнение, но вновь становится действительным, если в течение трех лет супруги подадут на развод. В Кувейте, если преступник законно женится на своей жертве с разрешения ее опекуна и опекун просит не наказывать его, преступник избегает наказания. В России, если преступник достиг 18-летнего возраста и совершил изнасилование несовершеннолетней в возрасте до 16 лет, он освобождается от наказания в случае вступления с жертвой в брак. В Сербии «сожитительство с несовершеннолетним» запрещено; однако «если брак заключен, судебное преследование не осуществляется, а если оно уже было начато, его следует прекратить». В Таиланде брак может рассматриваться как законное урегулирование изнасилования, если преступнику больше 18 лет, а жертве больше 15 лет, если она «дала согласие» на преступление и если суд разрешает брак (Equality Now, 2017).

Брачные законы и практики, которые подчиняют женщин и лишают их свободы воли, широко распространены, и их трудно искоренить. Однако они далеко не единственные способы, которыми патриархальные структуры укрепляют мужское доминирование и ограничивают женскую сексуальность.

Калечащие операции на женских половых органах

Калечащие операции на женских половых органах включают все процедуры, связанные с частичным или полным удалением наружных женских половых органов или другими повреждениями женских половых органов по немедицинским причинам (WHO, 2020).

Калечащие операции на женских половых органах являются нарушением прав женщин и девочек и крайней формой дискриминации и насилия, направленной исключительно на девочек и женщин. Они также представляют собой часть более широкой патриархальной практики, опирающейся на гендерное неравенство и направленной на контроль над сексуальностью женщин и девочек, их телами и их сексуальными и репродуктивными правами.

Эта практика лишает женщин и девочек их права на физическую и психическую неприкосновенность, свободу от насилия, наивысший возможный уровень здоровья, свободу от дискриминации по признаку пола и свободу от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения. Тем не менее более 200 миллионов девочек и женщин живут с последствиями калечащих операций на женских половых органах, и по меньшей мере 4 миллиона девочек ежегодно оказываются в группе риска подвергнуться этой практике (UNFPA, 2020c; UNICEF, 2020a).

Калечащие операции на женских половых органах лишают женщин и девочек их права самостоятельно принимать решения о вмешательстве, которое оказывает длительное воздействие на их организм и нарушает их автономию и право контролировать свою жизнь. Калечащие операции на женских половых органах — это лишение возможностей, негативно влияющее на способность женщин и девочек полноценно функционировать в мире из-за физических, сексуальных и эмоциональных последствий этой практики. Такие последствия, в свою очередь, могут отрицательно сказаться на их индивидуальном благополучии, включая возможности сексуального удовлетворения и выбора в вопросах деторождения (Nussbaum, 2000).

В то время как семьи и общины ссылаются на культурные, религиозные и социальные причины практики калечащих операций на

Достижение единства в обществе

Данияр еще в 7 лет осознал, что он трансгендер, но многие годы считал, что он такой один. «Когда мне было 15 или 16 лет, я чувствовал себя чрезвычайно подавленным. Я не принимал себя... Я не знал, что в Кыргызстане существуют ЛГБТИ-сообщества или организации». Только когда кто-то рассказал ему о местной ЛГБТИ-группе, он почувствовал себя готовым взять под контроль свое тело и жизнь. «Я понял, что нашел свое место, — сказал он. — Прежде я чувствовал, что живу не в собственном теле. Но я узнал о трансгендерах и начал изучать информацию по теме, а затем начал переход».

Данияр, которому сейчас 23 года, знает, что его опыт далеко не уникален. На самом

деле, правозащитники и исследователи давно заметили, как люди находят нестандартные и совместные способы восстановить свою телесную автономию, когда она оказывается под угрозой. ЛГБТИ-люди создали безопасные пространства друг для друга по всему миру даже там, где действуют самые серьезные ограничения. Есть и другие примеры. Секс-работники делятся друг с другом информацией о клиентах, проявляющих насилие. Женщины помогают друг другу скрывать прием противозачаточных средств, избегать жестоких партнеров или прерывать нежелательную беременность в странах, где аборт недоступен или запрещен. Когда и где это возможно, неформальные

сообщества трансформируются в официальные правозащитные группы, становящиеся движущей силой перемен.

Так происходит в Кыргызстане, говорит Айим, 24-летняя трансгендерная женщина. Она тоже чувствовала себя изолированной в течение многих лет, прежде чем нашла ЛГБТИ-сообщество, где ее признают и поддерживают. «Я примеряла мамины юбки. Мама смеялась надо мной и ругала одновременно... Когда я начала учиться в университете, я поняла, что мне необходимо рассказать, кто я. Если я буду скрывать это всю свою жизнь, я окажусь в ловушке. В 2016 году я начала активно знакомиться с людьми из ЛГБТИ-сообщества».

«У нас общие проблемы, и мы знаем, как поддержать друг друга».



Айим говорит, что чувствовала себя изолированной перед тем, как нашла ЛГБТИ-сообщество. Графическое оформление — Наоми Вона; фотография любезно предоставлена Айим.

Сегодня и Данияр, и Айим — ЛГБТИ-активисты. Они сотрудничают с местной неправительственной организацией «Кыргыз Индиго» в предоставлении услуг нуждающимся

представителям ЛГБТИ, включая жилищную помощь и доступ к медицинской информации и услугам. Эта поддержка имеет решающее значение в стране, где представители

ЛГБТИ часто сталкиваются с дискриминацией. По их словам, трансгендерные люди особенно уязвимы, учитывая высокий уровень безработицы, отчасти потому, что они не могут

внести изменения в свои идентификационные документы, чтобы отразить свою гендерную идентичность. «Последние поправки в закон запрещают людям менять паспорта, чтобы внести изменения в графу пола», — сказал Данияр. Также ощущается нехватка медицинских специалистов, помогающих осуществлять трансгендерный переход, из-за чего процесс оказывается весьма дорогостоящим. «Многие жертвуют своим питанием или не спят [чтобы работать круглосуточно], чтобы сэкономить деньги на операции по коррекции своего тела».

Они постоянно чувствуют угрозу насилия. И Данияру, и Айим угрожали, и у них есть друзья, на которых совершались нападения. «Таких историй много, — сказал Данияр. — Они избивают или увозят человека куда-то: в горы, за город... избивают их почти до смерти или, может быть, убивают и бросают на пустыре».

Несмотря на эти риски, они находят мотивацию в том, что их сообщество полностью понимает их борьбу. «У нас общие

проблемы, и мы знаем, как поддержать друг друга, — объясняет Айим. — Мы держимся друг друга». А выражение своей подлинной гендерной идентичности, говорят они, не подлежит обсуждению. Это вопрос жизни и смерти. Если бы трансгендеры были вынуждены скрываться всегда и везде, «думаю, было бы много самоубийств», — сказал Данияр. Или они «покинули бы Кыргызстан и стали беженцами, потому что жить в чужом для вас теле ужасно», — добавила Айим.

Ситуация в обществе ухудшилась в связи с пандемией COVID-19, когда многие потеряли работу, оставшись без крыши над головой, пищи и медицинских препаратов. «Кыргыз Индиго» доставляет нуждающимся продукты питания и предметы первой необходимости, включая мыло, туалетную бумагу и гигиенические салфетки. Также организация помогает обеспечить постоянный доступ к гормональной терапии для транс-людей и антиретровирусным препаратам для людей, живущих с ВИЧ. На протяжении всей пандемии

организация руководила тремя приютами, чтобы удовлетворить возросшие потребности во временном жилье.

По их словам, их опыт служит уроком другим маргинализированным сообществам, выступающим за защиту своих прав и телесной автономии. Во-первых, «необходимо расширить возможности сообщества и повысить его видимость», — отметила Айим. Она пояснила, что наибольшее принятие ЛГБТИ в стране ощущается в Бишкеке, столице, благодаря присутствию там активистских групп и их усилиям.

Но правозащитники также должны быть готовы к противостоянию и должны защитить себя: «Вы должны быть готовы к любой реакции и действовать без страха, — сказала Айим. — Когда вы полностью посвящаете себя активистской деятельности, такой работе, вы выгораете». И самое главное, сказала она, это доверие: «Главное — доверять себе, доверять своей силе... Не бойтесь никого. Потому что есть вы, есть мы, и вместе мы сможем двигаться дальше».

женских половых органах, реальная цель таких действий — необходимость снижения сексуального желания женщин (Gamal and others, 2018). Калечащие операции на женских половых органах непосредственно связаны с гендерными соотношениями сил и социальным контролем над женским телом и сексуальностью, а также со статусом женщин и девочек в данном обществе и уровнем их прав или возможностей (Toubia and Sharief, 2003).

Женщины, живущие в общинах, где распространены калечащие операции на женских половых органах, подчиняются сильному патриархальному социально-экономическому режиму с очень небольшим количеством вариантов выбора средств к существованию, что оставляет им мало возможностей для переговоров об ограниченном объеме власти (Toubia and Sharief, 2003). Отсутствие выбора в отношении собственной жизни означает, что необходимость калечащих операций на женских половых органах у дочерей и соблюдение других социальных норм, особенно связанных с сексуальностью и экономикой воспроизводства, является необходимым условием для «негласных переговоров о власти» (Toubia and Sharief, 2003).

Женщины могут защищать и давать согласие на калечащие операции на женских половых органах, потому что после смогут использовать их как инструмент завоевания власти (MIGS, 2015). Женщины могут даже отказаться от телесной автономии в обмен на социальную интеграцию, экономическое выживание (брак) и другие свободы (MIGS, 2015; Toubia and Sharief, 2003).

Гендерное равенство невозможно без контроля над собственным телом

Браки по принуждению и детские браки, изнасилования в браке и калечащие операции на женских половых органах являются одними из наиболее ярких примеров взаимосвязи между неравноправными по признаку пола нормами и ослаблением полномочий женщины или девочки принимать самостоятельные решения в жизни. Эти полномочия также подрываются иными методами, начиная от правовых и экономических систем, которые отказывают женщинам в финансовой независимости, до традиций наследования по мужской линии и систем образования, которые отказывают девочкам в знаниях относительно их тел и прав.

Преодоление многочисленных экономических, социальных и институциональных барьеров на пути к полному гендерному равенству и равноправию является сложной задачей, но любые достигнутые успехи не имеют большого значения, если они не обеспечивают самое фундаментальное право: право контролировать свое собственное тело. Это право было широко признано в мире благодаря Целям в области устойчивого развития, которые постановили, что Цель 5 по достижению гендерного равенства и расширению прав и возможностей всех женщин и девочек должна включать всеобщий доступ к сексуальному и репродуктивному здоровью и репродуктивным правам. И одним из показателей достижения результатов является доля женщин, которые принимают свои собственные осознанные решения о сексуальном и репродуктивном здоровье. Иными словами, насколько женщины контролируют свои собственные тела.



ЮЛЮГА'20

МОЕ ТЕЛО, МОИ ПРАВА

Международные соглашения и декларации служат основой для обеспечения права на телесную автономию и неприкосновенность

Имеют ли люди право принимать решения о медицинских услугах для себя, включая репродуктивные? Включают ли эти права выбор средств контрацепции? Имеет ли женщина право говорить «нет» или «да» сексу, когда хочет и с кем хочет?

Согласно международному праву в области защиты прав человека, ответом на эти вопросы является решительное «да».

Несмотря на то, что телесная автономия является основой, на которой строятся права человека, она редко воспринимается как право само по себе (UN General Assembly, 2007). Скорее, телесная автономия лежит в основе или входит в ряд прав, закрепленных в договорах и международных соглашениях.

Телесная автономия в контексте сексуальных и репродуктивных вопросов охватывает

права, которые позволяют индивидам делать осознанный выбор и принимать решения в отношении своих потребностей в сексуальном и репродуктивном здоровье, не сталкиваясь при этом с дискриминацией, принуждением и насилием. Эти права были впервые сформулированы в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию 1994 года (МКНР) и Платформе действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин 1995 года (United Nations, 1995; UNFPA, 1994).

В зависимости от договора или соглашения «автономия» в вопросах, связанных с сексуальностью и репродуктивным здоровьем и принятием решений, может включать доступ к комплексному сексуальному образованию, информации и услугам по контрацепции, охране

материнства, лечению бесплодия, гендерно оправданным вмешательствам, таким как гормональное и хирургическое лечение, а также комплексному подходу к абортam. Автономия также затрагивает вопросы гражданского статуса, начиная от брака и развода и заканчивая правоспособностью принимать решения о собственном теле и правом выражать свою гендерную идентичность.

Права на телесную автономию согласуются с правами на телесную неприкосновенность, которые физически связаны со свободой и безопасностью личности, свободой от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, а также с неприкосновенностью личности, то есть тела и разума. В вопросах репродукции и сексуальности нарушения телесной неприкосновенности включают такие виды практики, как калечащие операции на женских половых органах, проверка девственности и карательные анальные обследования, а также изнасилования, включая изнасилование супругом или партнером, и другие формы гендерного насилия.

Права, связанные с телесной автономией и неприкосновенностью, позволяют индивидам принимать собственные решения в области репродуктивных вопросов и сексуальности. Государства подтверждают и регулируют эти права с помощью политики и законов, которые определяют «правоспособность» или возраст согласия на секс, вступления в брак или доступа к таким услугам, как контрацепция.

Права на автономию являются взаимосвязанными и взаимоподдерживающими, независимо от того, как они выражаются, будь то «право на уважение... физической и психической неприкосновенности» (Европейский союз, 2012 год, статья 3(1)), «право на жизнь, физическую

и психическую неприкосновенность, свободу и безопасность личности» (Генеральная Ассамблея ООН, 2007 год, статья 7(1)), свобода от пыток, жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, или право на достоинство и неприкосновенность частной жизни, или право на здоровье, выраженное во многих национальных конституциях (Viens, 2020).

Телесная автономия и принятие решений в области репродуктивного здоровья

Закон о правах человека однозначно закрепляет право на информацию и средства для принятия решений о деторождении. Статья 16.1(е) Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, широко известной как Конвенция о правах женщин, требует от государств-участников отстаивать права женщин «свободно и ответственно принимать решения о количестве детей и интервалах между их рождением и иметь доступ к информации, образованию и средствам, позволяющим им осуществлять эти права» (UN General Assembly, 1979).

Конвенция о правах инвалидов, известная как Конвенция об инвалидах, определяет, что право принимать решения о количестве детей и интервалах между их рождением распространяется на инвалидов (UN General Assembly, 2007). Право принимать решения о количестве детей и интервалах между их рождением отражено в Африканской хартии прав человека и народов, в ее Протоколе о правах женщин в Африке, или «Мапутском протоколе» (African Union, 2003). Аналогичные формулировки содержатся также в Программе действий МКНР и Пекинской декларации и Платформе действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин.

Права человека и система договорных органов Организации Объединенных Наций

Права человека являются основными гарантиями, которые международное сообщество признает и обещает соблюдать. Эти права охватывают гражданские, политические, социальные, экономические и культурные вопросы и устанавливают, что правительства могут и не могут делать, а также что они должны делать для всех нас без проявления дискриминации любого рода. Каждый человек, независимо от пола, гендерной принадлежности, расы, этнического происхождения, религии, национальности, языка, инвалидности, места жительства или любого другого статуса, обладает этими правами.

Права человека часто формулируются и гарантируются законом в форме договоров, обычного международного права, общих принципов и других источников международного права (ОНЧР, n.d.).

Договоры по правам человека контролируются Организацией Объединенных Наций через комитеты по наблюдению за выполнением договоров, известные как договорные органы, которые обеспечивают выполнение государствами-участниками своих обязательств по каждому договору. Например, Комитет Организации Объединенных Наций по ликвидации дискриминации в отношении женщин следит за прогрессом в интересах женщин, достигнутым в странах, являющихся государствами-участниками Конвенции 1979 года о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Комитет также выносит рекомендации по вопросам, которым, по его мнению, государства-участники должны уделять больше внимания.

Аналогичные органы были созданы для контроля за прогрессом в выполнении обязательств по другим договорам, таким как Конвенция о правах ребенка.

Договорные органы могут издавать не имеющие обязательной силы рекомендации или «заключительные замечания», в которых предлагаются определенные действия, которые страны должны предпринять для более эффективного выполнения своих обязательств в области прав человека. Они могут также издавать «общие замечания» или рекомендации, призванные помочь правительствам понять свои договорные обязательства и дать авторитетное толкование значения договоров. В некоторых случаях договорные органы могут действовать как суды и выносить заключения, предназначенные для разрешения споров и правовых вопросов.

Еще одним важным источником норм в области прав человека являются соглашения о политическом согласии, такие как Программа действий МКНР и Платформа действий четвертой Всемирной конференции по положению женщин 1995 года. Эти соглашения вместе с Целями Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития устанавливают глобальную политику и целевые показатели реализации прав, включая сексуальные и репродуктивные права.



Работа предоставлена Кайсэй Нанке

В первую очередь, не причиняй вреда

Организация Объединенных Наций решительно заявляет, что проверка на девственность нарушает права и достоинство человека. Если проверка совершается без согласия, она представляет собой пытку и форму сексуального изнасилования. Она не имеет никакого научного основания и является нарушением медицинской этики (WHO and others, 2018). Тем не менее, проверка до сих пор проводится во всех регионах мира; так, продолжающаяся практика недавно попала в заголовки газет в Соединенном Королевстве, где рассматривается законопроект о ее запрете. Проверки на девственность используются для принуждения или поощрения воздержания среди незамужних женщин и девочек, причем оправдания варьируются от сохранения их «чистоты» и семейной «чести» до профилактики

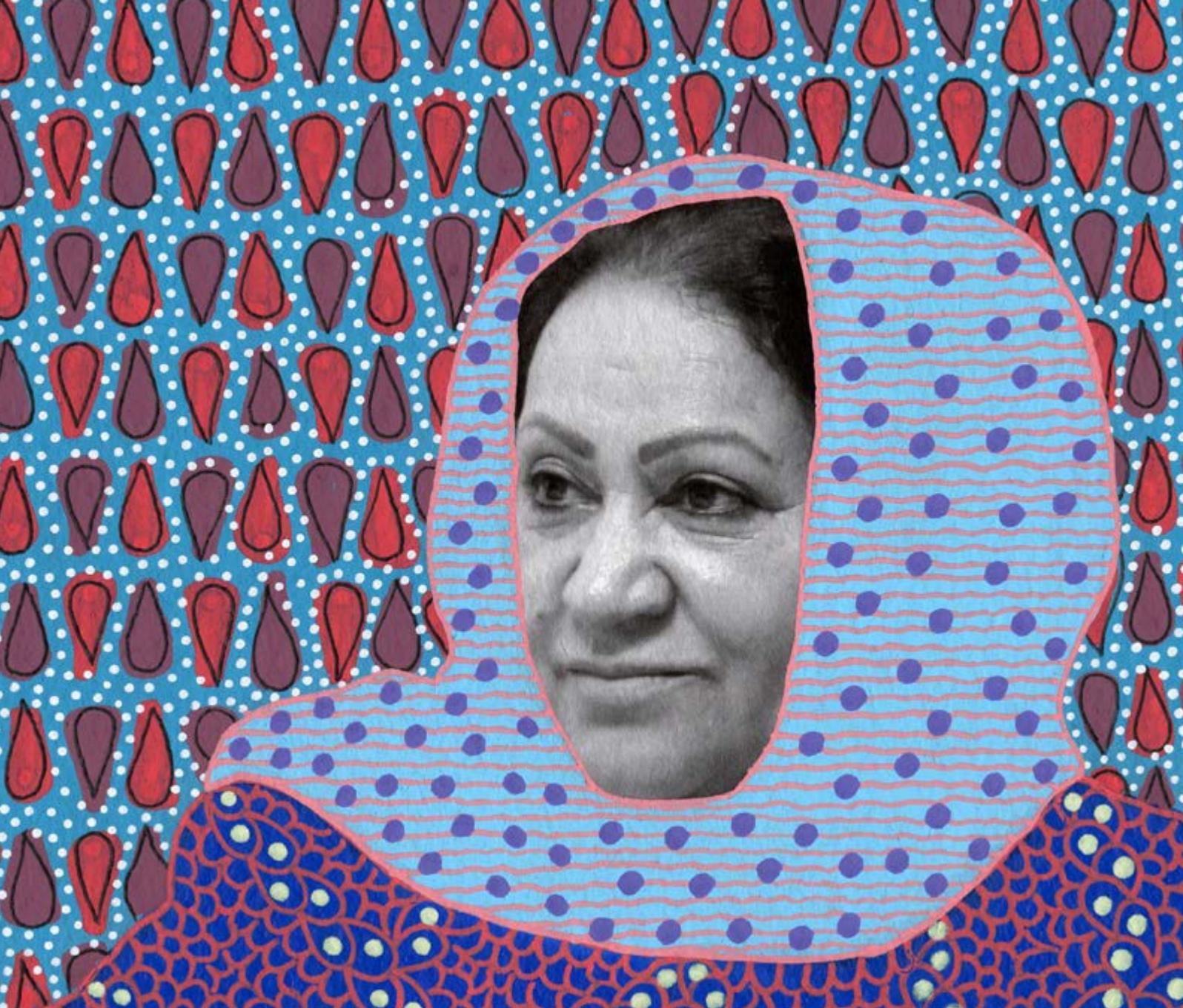
передачи ВИЧ и подростковой беременности (Olson and García-Moreno, 2017). И все же многие из ее защитников прибегают к феминистским формулировкам в качестве аргументов.

Проверка на девственность, также известная как проверка девственной плевы или «двухпальцевый» тест, обычно включает в себя исследование девственной плевы, тонкой ткани, часто, но не всегда, присутствующей во влагалище. Тест основан на предположении, что физические характеристики девственной плевы или влагалища могут показать, вступала ли женщина или девушка в вагинальный половой акт. Это убеждение в подавляющем большинстве было дискредитировано медицинскими исследованиями. Как утверждают медицинские и правозащитные эксперты, ненаучные исследования

для «доказательства» или «опровержения» полового акта только укрепляют вредные социальные нормы и должны быть запрещены. Они включают не только проверки на девственность, но и принудительные анальные осмотры, во время которых пальцы или предметы вводятся в задний проход мужчины или трансгендерной женщины с предполагаемой целью найти «доказательства» гомосексуальности. Принудительные анальные тесты проводились во всех Арабских государствах, а также в регионах Восточной и Южной Африки, однако они «бесполезны с медицинской точки зрения» и «равносильны пыткам или жестокому обращению», говорится в докладе независимого эксперта Совета Организации Объединенных Наций по правам человека за 2018 год (UN HRC, 2018).

Проверки на девственность, как и принудительные анальные тесты, являются физически насильственными, болезненными и стигматизирующими. Сурайя Собхранг, врач и бывший уполномоченный по правам

«Это нарушение прав человека и человеческого достоинства».



Сурайя Собхранг описывает, как медицинский персонал и юристы совершали проверку на девственность без согласия в Афганистане. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — © ЮНФПА/А. Мохаккик.

человека в Афганистане, говорит, что тесты обычно назначались в качестве наказания после любого предполагаемого проступка, такого как нахождение рядом с представителем противоположного пола. «Все это считается "преступлением против

нравственности"», — говорит д-р Собхранг.

По ее словам, условия обследований часто не соответствовали санитарным нормам и правилам приватности, и женщин могли заставить проходить проверку повторно. «Это травмировало

этих женщин... Одна женщина сказала мне: "Такое чувство, будто во второй раз меня изнасиловали"».

Женщины могут оказаться в тюрьме, если не пройдут проверку на девственность. «Некоторые женщины совершили

самосожжение после этой проверки», — рассказала д-р Собхранг. Другие были убиты членами семьи.

Д-р Собхранг и ее коллеги помогли запретить принудительные тесты на девственность в Афганистане в 2018 году. Сегодня тесты на девственность могут проводиться в Афганистане только при наличии судебного приказа и согласия пациента, хотя это правило соблюдается далеко не всегда, особенно в сельских районах. И врачи, и пациенты все еще могут столкнуться с неблагоприятными последствиями, если они откажутся от проверки. Можган Азами, специалист по судебной медицине в Кабуле, вспомнила одну девушку, которая дважды отказывалась от проверки, несмотря на постановление суда: «В третий раз суд отправил ее обратно, уточнив, что, если врачи не проведут анализ на этот раз, они окажется под следствием. Поэтому после двухчасового разговора с девушкой мы убедили ее пройти проверку».

Д-р Азами согласна, что проверки на девственность, особенно когда они проводятся под давлением, могут «нанести им психологический ущерб». Тем не менее, в некоторых случаях она выступает в защиту проверки, если таковая проводится конфиденциально и с полного информированного согласия и не нарушает

достоинство пациента. Эти взгляды сформированы реальными страхами и действительностью: в местах, где отсутствуют научно обоснованные медицинских процедуры, такие как анализ ДНК, тестирование на девственность предлагает один из немногих способов, которыми выжившие могут представить доказательства в поддержку обвинения в изнасиловании. «Для жертвы проверка на девственную плеву — это инструмент, с помощью которого можно добиваться справедливости и бороться против общественных и традиционных обвинений», — говорит д-р Азами.

Тест, если его результаты благоприятны, может также помочь женщинам избежать насилия там, где предполагаемая потеря девственности может стать смертным приговором. «В брачную ночь паре передают белую ткань или бумагу, которые должны окраситься кровью девственной плевы после того, как брак будет скреплен половым актом», — добавляет д-р Азами. Если «мужчина не видит признаков девственности, проводится соответствующая проверка... по просьбе девушки», как правило, в надежде, что на ее девственной плеве будут заметны признаки разрыва.

В некоторых общинах, например в Южноафриканской провинции Квазулу-Натал, проверка на девственность

также рассматривается некоторыми как защита от подростковой беременности, ВИЧ и прочего ущерба (UN HRC, 2016). «Считается, что проверка на девственность поможет девочкам избежать принуждения к сексуальным отношениям и жестокому обращению со стороны “инцизва” [пожилых мужчин], особенно девочек в 10, 11 и 12 классах», — сказал главный Мсингафанси Умзимхулу в Квазулу-Натале. Он предлагает, чтобы проверки, проводимые в основном пожилыми женщинами, подчеркивали культурную ценность воздержания, тем самым поощряя девочек отвергать давление сверстников и позже вступать в сексуальные отношения. Главный Мсингафанси объясняет ритуал как расширение прав и возможностей: «После проверки девочки осознают свои права», — сказал он, добавив, что они учатся распознавать эксплуататорские отношения. Тем не менее эти проверки часто проводятся без согласия, что делает их незаконными. «Решение принимают родители», — признался «инспектор девственности» из уМгунгундлову и уТхукелы.

Несмотря на эти оправдания, проверка подкрепляет ошибочное убеждение о том, что добродетель женщины зависит от ее анамнеза половой жизни, и увековечивает ошибочное понимание анатомии

человека. По словам д-ра Собхранг, доверие к проверке неизбежно причинит вред. «Девственная плева есть не у каждой женщины. А иногда ее структура очень эластична. Я встречала женщину, которая уже ждала первого ребенка, но во время родов подтвердилось наличие девственной плевы. Так что проверка не гарантирует, что у девушки не было полового акта».

При обвинении в изнасиловании проверка может показать наличие девственной плевы, и обвинитель сядет в тюрьму за ложные показания, тогда как преступник выйдет на свободу, пояснила врач. К тому же проверки на девственность не являются заменой медицинских осмотров после изнасилования, которые оценивают и лечат физическую травму, не требуя введения посторонних предметов во влагалище (WHO and others, 2018).

«Это нарушение прав человека и человеческого достоинства», — заявила Сима Самар, врач и бывший государственный министр по правам человека в Афганистане, которая также выступала за запрет проверок на девственность без согласия. «Необходимо всеобщее образование, особенно для молодежи. Во-вторых, я считаю, что необходимо обучать полицию, прокуроров, медицинских сотрудников».

Самое главное, люди не должны бояться узнавать и заявлять о своей телесной автономии, добавляет д-р Самар. «Многие ли из них знают свои права?»

Телесная автономия и здоровье

Согласно Комитету ООН по экономическим, социальным и культурным правам, принятие самостоятельных решений, поиск и получение информации, а также доступ к услугам по репродуктивным и сексуальным вопросам понимаются и включаются в право на здоровье (UN CESCR, 2016). В то же время сексуальное и репродуктивное здоровье является «необходимым условием автономии [женщин]» и «тесно связано с гражданскими и политическими правами, лежащими в основе физической и психической неприкосновенности индивидов и их автономии» (КЭСКО ООН, 2016 год, п. 34).

Таким образом, права «принимать свободные и ответственные решения и делать выбор без насилия, принуждения и дискриминации по вопросам, связанным с собственным телом и сексуальным и репродуктивным здоровьем», а также иметь «беспрепятственный доступ к целому кругу медицинских учреждений, товаров, услуг и информации» являются двумя сторонами одной медали (КЭСКО ООН, 2016 год, п. 5).

По мнению Комитета Организации Объединенных Наций по ликвидации дискриминации в отношении женщин, медицинские услуги должны создавать благоприятные условия, в которых люди могут осуществлять свой автономный выбор, и государства должны «обеспечить полное соответствие медицинских услуг правам человека, которыми обладают женщины, включая права на автономию, неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность, информированное согласие и выбор» (UN CEDAW, 1999).

Права и лечение бесплодия

Доступ к лечению бесплодия является частью охраны репродуктивного здоровья и включает такие методы, как экстракорпоральное оплодотворение (Zegers-Hochschild and others, 2009). Международные права человека требуют, чтобы все услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья были разрешены и доступны на основе недискриминации и равенства. Различные договорные органы пришли к выводу, что там, где экстракорпоральное оплодотворение доступно в пределах государства, оно не должно чрезмерно ограничиваться или предлагаться таким образом, чтобы нарушать другие права человека (UN CESCR, 2019; UN CCPR, 2016; UN CEDAW, 2015).



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

Телесная автономия и неприкосновенность частной жизни

Способность принимать решения о личной и семейной жизни является дополнительным аспектом прав на телесную автономию. Например, в Пакте о политических правах предусмотрено, что «никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию» (Генеральная Ассамблея ООН, 1966 год, статья 17(1)).

Аналогичные формулировки права на неприкосновенность частной жизни включены также в другие международные и региональные договоры по правам человека, в частности в Конвенцию о правах детей (Генеральная Ассамблея ООН, 1989 год, статья 16), Американскую конвенцию о правах человека (ОАГ, 1969 год, статья 11), Европейскую конвенцию о правах человека (Совет Европы, 1950 год, статья 8), Африканскую Хартию прав и благосостояния ребенка (Африканский Союз, 1990 год, статья 10) и Декларацию прав человека АСЕАН (АСЕАН, 2012 год, статья 21).

Европейский Суд по правам человека и Межамериканский суд по правам человека толковали свои договоры аналогичным образом, подчеркивая, что «понятие личной автономии является важным принципом, лежащим в основе толкования ее [статьи 8 о неприкосновенности частной жизни] гарантий» (ECtHR, 2002).

В Соединенных Штатах более века назад Сэмюэл Уоррен и Луис Брандейс сформулировали право на частную жизнь как «право быть оставленным в покое» (Warren and Brandeis, 1890). С тех пор неприкосновенность частной жизни получила гораздо более широкое определение в Соединенных Штатах и в других странах

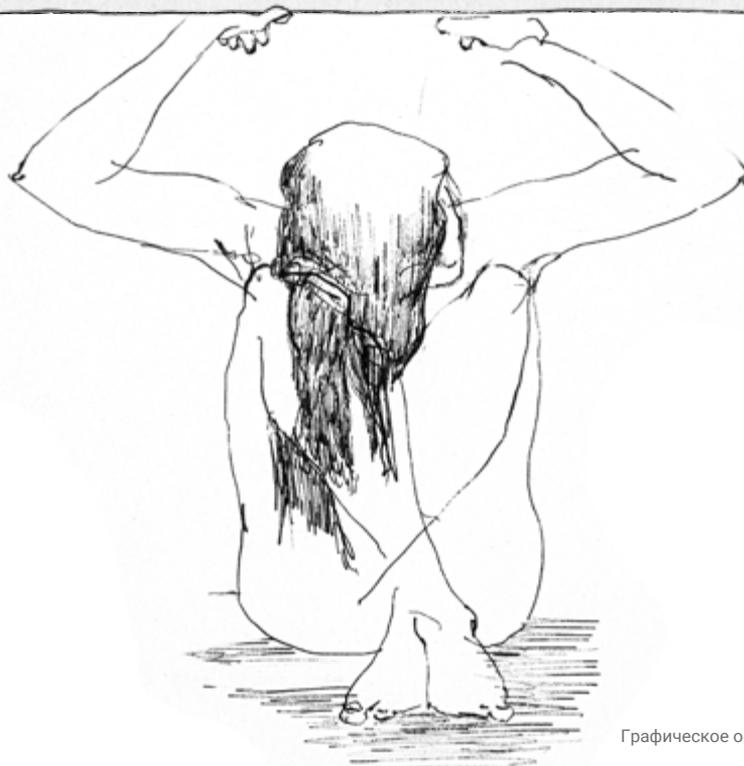
Аборт и телесные неприкосновенность и автономия

Договорные органы Организации Объединенных Наций, комитеты, которые следят за выполнением правительствами своих обязательств в области прав человека, призвали государства внести изменения в законы об абортах, чтобы защитить физическую неприкосновенность и автономию женщин. Например, по мнению Комитета ООН по гражданским и политическим правам, законы должны позволять женщинам делать выбор в пользу прекращения беременности, угрожающей их жизни (UN CCPR, 2019).

Законы, которые принуждают женщин против их желания продолжать нежизнеспособную беременность или заставляют их выезжать за пределы своих стран для прерывания такой беременности или тех беременностей, которые ставят под угрозу их жизнь, нарушают целый ряд признанных прав человека (UN CCPR, 2017). Государства также должны обеспечить, чтобы там, где их законы гарантируют право женщин на аборт, не возникало никаких барьеров, препятствующих им в осуществлении своего выбора (UN CCPR, 2011, 2005).

Программа действий МКНР является основополагающим документом, которым ЮНФПА руководствуется в своей работе с 1994 года. В нем подчеркивается, что меры или изменения, связанные с абортами в системе здравоохранения, являются вопросами, оставленными на усмотрение национального законодательного процесса. В Программе действий также утверждается, что там, где аборт является законным, он всегда должен быть безопасным; и во всех случаях женщинам должна предоставляться качественная помощь в связи с последствиями аборта.

Между тем международные, региональные и национальные правозащитные органы и суды все чаще рекомендуют защищать и поощрять права женщин даже там, где доступ к соответствующему праву ограничен. Кроме того, они предписывают государствам декриминализовать аборт как для женщин, обращающихся за услугами, так и для медицинских работников, оказывающих эти услуги, тем самым снижая стигматизацию и дискриминацию, с которыми эти лица могут столкнуться.



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

и применяется к решениям о сексуальном и репродуктивном здоровье, включая информацию и услуги по контрацепции, доступ к абортам, лечение бесплодия, сексуальные отношения, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность. Международные, региональные и национальные суды установили,

что права на неприкосновенность частной жизни запрещают вмешательство государства в частное, согласованное сексуальное и репродуктивное поведение взрослых (UN CCPR, 1994). Верховный суд США принял решение по делу Роу против Уэйда, опираясь на такое право на частную жизнь.

Легализованные однополые отношения означают большую автономию для ранее изолированных групп

Являясь отражением законов, дискриминирующих людей, особенно женщин, в браке или принуждающих их к нежелательному браку, широко распространены правовые ограничения на сексуальные отношения между взрослыми людьми одного пола по обоюдному согласию, а также ограничения на вступление в законный брак для однополых партнеров.

В последние годы Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека и другие международные организации, занимающиеся вопросами прав человека, признали, что права ЛГБТИ на автономию нарушаются дискриминационными законами и действиями. В докладе Верховного комиссара по правам человека за 2015 год прямо говорится: «Государства, криминализирующие гомосексуальные отношения по обоюдному согласию, нарушают международное право в области прав человека, поскольку эти законы одним своим существованием нарушают права на неприкосновенность частной жизни и недискриминацию» (ОНЧР, 2015).

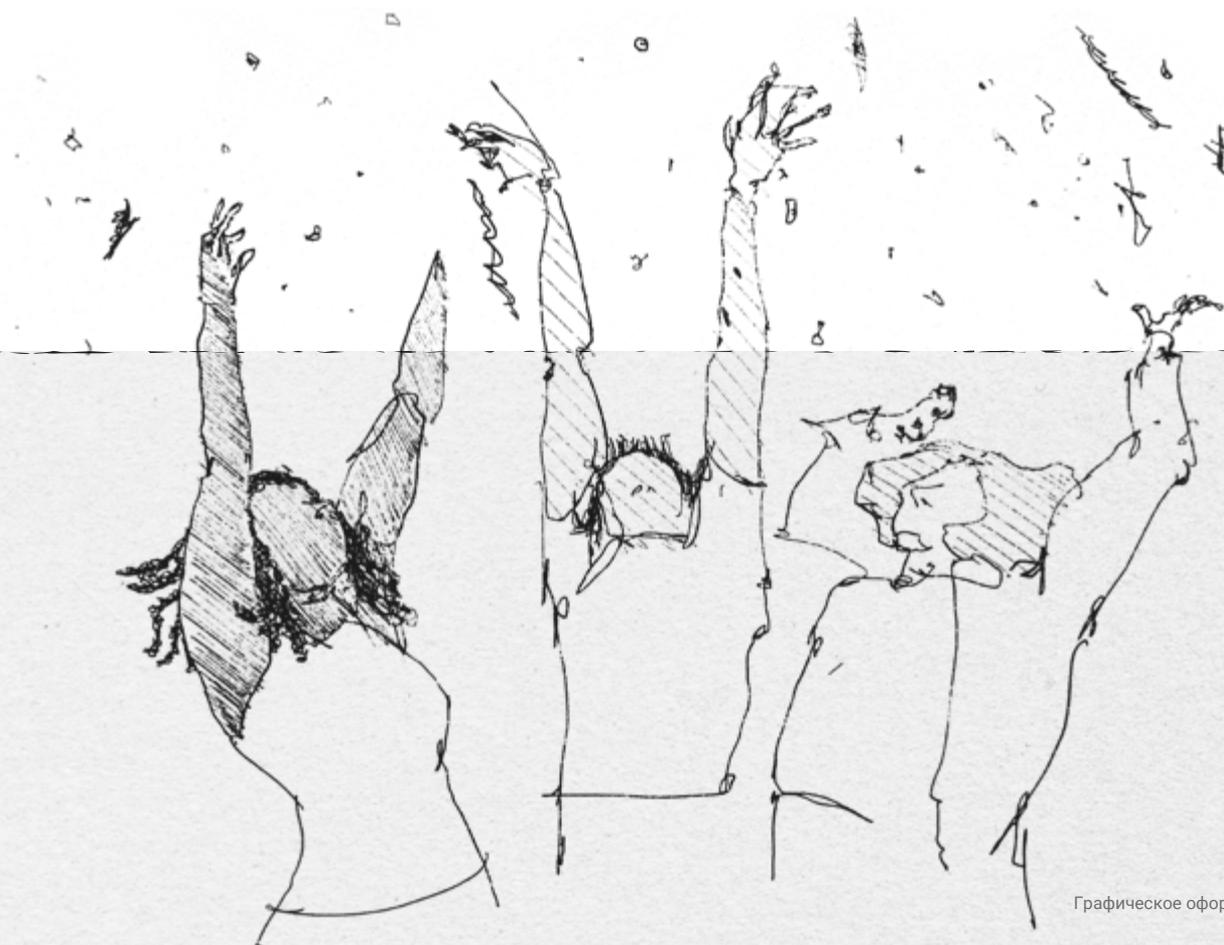
В своем новаторском выступлении на министерском заседании Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2017 году Верховный комиссар по правам человека заявил: «Должна быть ясна предпосылка диалога: вопрос не в том, “нужно ли” прекратить эти злоупотребления, а в том, “как” это сделать. ЛГБТИ-люди являются полноправными членами человеческой семьи. Они не хуже нас, они равны нам, и поэтому они имеют право пользоваться теми же правами, что и все остальные». Верховный

комиссар призвал все правительства позволить людям любить тех, кого они выбирают, и пользоваться теми же правами, что и другие (ОНЧР, 2017).

В этом заявлении Верховный комиссар признал, что такое изменение в законах и установках, касающихся нашего понимания телесной автономии, окажет освобождающее воздействие на примерно 300 миллионов человек во всем мире, которые идентифицируют себя как ЛГБТИ (Patterson and D’Augelli, 2012).

Однако Верховный комиссар признал, что прогресс не только замедлился, но и превратился в регресс из-за политических программ, которые служат интересам предрассудков и фанатизма. На самом деле сегодня в мире насчитывается 69 стран, где однополые сексуальные отношения по обоюдному согласию являются незаконными (ILGA World, 2020).

Наряду с последствиями таких законов для прав человека дискриминация в отношении ЛГБТИ играет важную роль во многих других сферах, таких как здравоохранение. Независимый эксперт по вопросам защиты от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека пришел к выводу, что такие законы «препятствуют выполнению обязанностей соответствующих правительственных ведомств и других субъектов, участвующих в ответных мерах в области здравоохранения», например в борьбе



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

с ВИЧ и СПИДом. В недавнем докладе указано, что карательная правовая среда в сочетании со стигматизацией, дискриминацией и высоким уровнем насилия подвергает гомосексуалов и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, высокому риску заражения ВИЧ, поскольку их вынуждают прятаться из-за страха судебного преследования или других негативных последствий. В результате они не получают надлежащего медицинского образования и неохотно обращаются за медицинскими услугами, тестированием и лечением (UN HRC, 2018).

Важной частью достижения полного равенства перед законом является способность ЛГБТИ создавать союзы с тем же правовым статусом, что и союзы, заключаемые представителями противоположных полов: «Организация Объединенных Наций и региональные органы по правам человека... настоятельно призвали государства обеспечить юридическое признание однополых пар и их детей

и искоренить дискриминацию однополых пар по сравнению с разнополыми парами.... Государство должно определить форму признания, но какая бы форма ни была выбрана, не должно быть никакой разницы в обращении между однополыми и разнополыми парами» (United Nations, 2016). Такое признание однополых пар встречается далеко не во всех странах.

Но все меняется. В 1989 году однополые зарегистрированные партнерства стали реальностью в Дании. Два года спустя Нидерланды легализовали однополые браки. С тех пор законное право однополых партнеров вступать в брак и создавать семьи было также признано в Австрии, Аргентине, Бельгии, Бразилии, Германии, Гренландии, Исландии, Ирландии, Испании, Канаде, Колумбии, Люксембурге, Мальте, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии, Южной Африке, Швеции, Китайской провинции Тайвань, Соединенном Королевстве, Соединенных Штатах Америки и Уругвае (World Population Review, 2020).

Вопрос деторождения: работа суррогатной матери

Жозефина помнит, как приняла решение стать суррогатной матерью. «Отчасти это было из-за денег, но что действительно тронуло меня, так это возможность воплотить в жизнь мечту многих женщин о ребенке», — сказала она. Чего она не ожидала, так это того, с каким плохим руководством и жестокостью столкнется в агентстве по суррогатному материнству.

«Я думала, что найдутся и другие женщины, такие же, как я: уверенные в своем решении, имеющие как минимум одного ребенка, как того требуют правила. Но место, куда я пришла, оказалось совсем не таким. Там было много молодых бездетных женщин. Я думала: “Куда я попала?”» Через несколько месяцев

беременности ее вместе с двумя или тремя другими суррогатными матерями и некоторыми из их детей отвезли в ветхий дом без воды, электричества и еды, а затем заперли внутри.

Это длилось некоторое время. Но Жозефина (имя изменено), проживающая в Мексике, сказала, что внезапно начала беспокоиться, что целью беременности было вовсе не суррогатное материнство. «Мне приходило в голову много идей, таких как торговля детьми или торговля органами». У нее все еще был мобильный телефон, и она могла тайно связаться с предполагаемыми родителями ребенка, хотя это было ей категорически запрещено. «Я нашла родителей через Facebook,

— сказала она. — Они были очень добры ко мне и поддерживали меня». Они решили воспользоваться услугами другого агентства по суррогатному материнству и взяли Жозефину с собой. «Теперь мою беременность вели в более безопасном месте, там я чувствовала себя гораздо увереннее».

Но даже после этого опасного опыта Жозефина говорит, что никогда не сомневалась в своем решении. «Я была уверена, что хочу ребенка. Я не жалею об этом. Это было настоящее приключение, — сказала она. — После знакомства с родителями я осталась довольна процессом».

Она даже подумывает о том, чтобы пройти через него снова.

«Мне представилась возможность помочь другим получить то, чего они действительно хотели: ребенка».



Политики редко рассматривают перспективы суррогатного материнства при разработке законов о суррогатном материнстве. Графическое оформление – Наоми Вона; фото – Александр Кривицкий, Unsplash.

Вопрос суррогатного материнства давно считается этически и юридически неоднозначным. Широко освещаемые судебные процессы и споры об опеке в Соединенных Штатах, Индии и других странах подняли вопросы о правах

и обязанностях суррогатных матерей и предполагаемых родителей, а также о правах ребенка, родившегося в результате суррогатного материнства (Nadimpally and others, 2016). Законы широко варьируются в разных странах и внутри

них. Некоторые страны запрещают суррогатное материнство; некоторые запрещают коммерческое, также называемое компенсированным, суррогатное материнство, но разрешают так называемое альтруистическое

суррогатное материнство; некоторые разрешают и то, и другое; а другие вообще не имеют специальных законов о суррогатном материнстве (UCLS, 2019).

Там, где разрешено компенсированное суррогатное материнство, часто возникает прибыльная индустрия, включающая клиники вспомогательных репродуктивных технологий, медицинских туроператоров, юридические фирмы, рекрутеров и других. Страны с более низкой стоимостью процесса могут стать востребованными направлениями для суррогатных родителей. Однако в таких местах суррогатное материнство часто является одним из немногих хорошо оплачиваемых видов деятельности, доступных экономически маргинализированным женщинам, что создает потенциал для эксплуатации. Брокеры и агентства могут контролировать обмен деньгами и информацией, а также оказание медицинской помощи. Суррогатным матерям могут недоплачивать, не предоставлять информацию или медицинские услуги (Nadimpally and others, 2016).

Крайне гендерный характер суррогатного и обычного материнства также делает обе стороны соглашения уязвимыми. Бесплодные женщины могут столкнуться с сильным культурным

давлением касательно вопроса материнства, в то время как однополым парам или одиноким родителям часто запрещают прибегать к услугам суррогатных матерей, потому что они не соответствуют принятым нормам родительства. А суррогатные матери могут столкнуться с критикой за то, что они предадут священную связь между женщиной и плодом, который она носит. Именно по этой причине Жозефина хранила в тайне свое соглашение о суррогатном материнстве. «Это табу. Многие пугаются, когда слышат об этом, поэтому я решила держать это в тайне от большинства. Не знают даже многие мои родственники», — сказала она.

«Стигма стала еще сильнее в последние 10 лет», — говорит Изабель Фульда, заместитель директора Grupo de Información en Reproducción Elegida, организации репродуктивной юстиции в Мексике, которая выступает как от имени суррогатных матерей, так и от имени суррогатных родителей. Законы о суррогатном материнстве различаются по всей Мексике, но в последние годы они, как правило, стали более строгими. «Даже если первоначальные намерения реформы хороши и направлены на лучшую защиту каждой стороны, последствия оказались печальны, особенно для суррогатных матерей», — уточнила она. В местах,

где были введены строгие запреты, «практика все еще продолжается, но теперь неофициально, и потому стала более небезопасной».

Жозефина столкнулась со многими из таких последствий. «При обращении в первое агентство мы даже не заключали контракт. Контракт дал бы мне уверенность, что все будет хорошо». Она считает, что ограничения только заставляют суррогатное материнство уходить в подполье, где неэтичные агентства могут процветать без регулирования, а суррогатные матери сталкиваются с наказаниями. «Если бы это было законно, люди чувствовали бы себя в большей безопасности», — сказала она.

По словам Сароджини Надимпалли, члена-основателя ресурсной группы Sama по вопросам женщин и здоровья в Индии и эксперта по социальным и правовым вопросам, связанным с суррогатным материнством, вместо запретов должна существовать более продуманная политика, учитывающая вклад и перспективы тех, кто пострадал. «Участвовали ли суррогатные матери и бесплодные пары в создании законодательных формулировок? Спрашивали ли их, что они ожидают от политики или законодательства?

Насколько доступными будут эти правовые положения для суррогатных матерей?»

Не только опыт суррогатных матерей игнорируется при разработке законодательства, но и стигмы и карательные правила затрудняют им возможность высказать свое мнение. «Чем более политическим становится вопрос, тем больше их заставляют молчать», — сказала Фульда. Вместо реальных историй суррогатных матерей появилась карикатура, в которой оплачиваемые суррогатные матери изображаются как жертвы, в то время как альтруистические суррогатные матери «часто изображаются как ангелы, которые готовы носить ребенка в течение девяти месяцев и подвергать себя возможному риску только ради любви, которой полны их сердца. После этого сложно поверить, что кто-то может потребовать за это деньги», — говорит Фульда.

Различие между оплачиваемым и альтруистическим суррогатным материнством не имеет смысла для Жозефины. Для нее быть суррогатной матерью — одновременно и работа, и подарок. «Она решила на этот шаг не из-за бедности: “Мое экономическое положение в то время было не так уж плохо. Мой выбор был обусловлен желанием сделать что-то другое в своей жизни и сделать что-то хорошее для других... Я тоже мать и знаю, какое счастье может принести ребенок”».

Даже в случаях предполагаемого вредного сексуального поведения Европейский суд по правам человека предписывает правительствам тщательно сбалансировать интересы государства с интересами автономии индивида и правом заниматься частной сексуальной деятельностью по обоюдному согласию (ECtHR, 1997).

Неприкосновенность частной жизни, особенно в том, что касается семейной жизни, представляет слишком широкое понятие, чтобы охватить все способы принятия решений, связанных с сексуальностью и репродукцией, так как представляет «право на уважение решения как быть, так и не быть родителем» (ECtHR, 2010, 2007). Наиболее развита судебная практика Европейского суда по правам человека в области неприкосновенности частной жизни; аборт, а также репродукция с медицинской помощью для гетеросексуальных и однополых пар и отдельных лиц (включая суррогатное материнство, как компенсированное, так и альтруистическое) были истолкованы в соответствии с защитой частной и семейной жизни в соответствии со статьей 8 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (Roseman, 2020).

Недискриминация и гендерное равенство

Обладание автономией и способностью принимать решения, свободные от дискриминации, имеют центральное значение для прав человека.

Свобода от дискриминации и равное отношение означают, что государства не могут проводить никаких различий в законодательстве или политике на основе таких характеристик как пол, возраст, раса, этническая принадлежность, гендерное выражение, религия, национальность, семейное положение, здоровье или инвалидность (UN CESCR, 2009). Дискриминация по признаку пола, например, будет включать в себя различия,

проводимые «не только по физиологическим характеристикам, но и по социальному насаждению гендерных стереотипов, предрассудков и ожидаемых ролей» (КЭСКИ ООН, 2009 год, пункт. 20). Неравный доступ подростков к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья является примером дискриминации по возрасту (UN CESCR, 2009).

Государства должны уважать телесную автономию и неприкосновенность личности независимо от социального контекста. По мнению рабочей группы по правам человека по вопросу о дискриминации в отношении женщин в законе и на практике, «Право

женщины или девочки самостоятельно принимать решения о своем собственном теле и репродуктивных функциях лежит в самом фундаменте ее основополагающего права на равенство и неприкосновенность частной жизни» (UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017).

Женщинам и девочкам часто отказывают в праве принимать собственные решения из-за социальных и культурных стереотипов или установок, которые придают большее значение мнению мужчин и родителей. Международное право в области прав человека рассматривает эти убеждения и установки как гендерные стереотипы, связанные с вредными практиками, включая калечащие операции на женских половых органах, супружеские и «лечебные» изнасилования (в отношении лиц по признаку их сексуальной ориентации или гендерной идентичности), детские браки, браки по принуждению и принудительное деторождение.

Эти убеждения и установки также привели к отмене комплексного сексуального образования, отказу в информации и услугах по контрацепции и принудительному

НЕРАВНЫЙ ДОСТУП ПОДРОСТКОВ... ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ ДИСКРИМИНАЦИИ ПО ВОЗРАСТУ



аборту, а также насилию в отношении людей различной сексуальной ориентации и гендерной идентичности (UN CEDAW and UN CRC, 2014). Все эти принудительные и насильственные практики основаны на социальных убеждениях, которые отдают предпочтение гетеронормативности и стремятся контролировать и подчинять сексуальные и репродуктивные способности женщин.

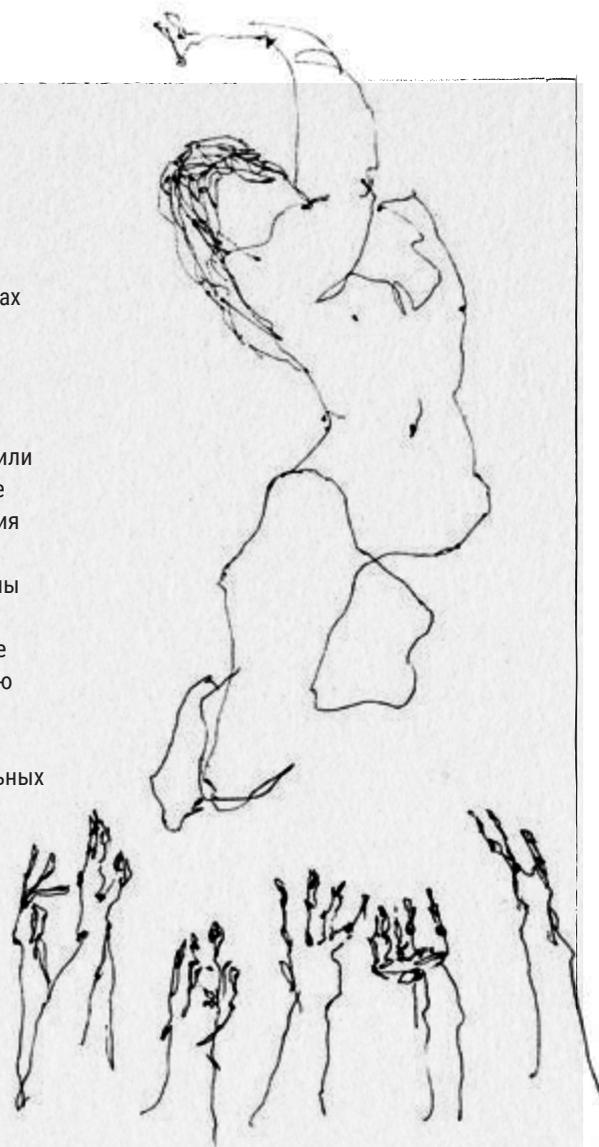
Государства обязаны «работать над изменением социальных и культурных моделей поведения человека с целью искоренения предрассудков и упразднения обычаев и всех прочих практик, которые основаны на идее неполноценности или превосходства одного из полов или стереотипности роли мужчин и женщин» (ОАГ, 1994 год, статья 8(b); Генеральная Ассамблея ООН, 1979 год, статья 5(a)).

Платные сексуальные услуги и суррогатное материнство

Каковы пределы осуществления телесной автономии в вопросах сексуальности и репродукции? Согласно принципам прав человека, личный выбор разрешен до тех пор, пока он не причиняет вреда другим. Но разве обмен услуг на деньги не приносит вреда? Должен ли человек иметь возможность получить финансовую компенсацию за сексуальные действия или репродуктивные услуги? Национальные законы и нормативные акты, касающиеся секс-индустрии, проституции, предоставления гамет и суррогатного материнства, отличаются большой вариативностью. Некоторые правительства считают эти обмены по своей сути эксплуататорскими и криминализируют их. Другие рассматривают секс-работу и гестационное суррогатное материнство как источники законных средств к существованию или формы труда (UN HRC, 2018a, UN General Assembly, 2010).

Законодательство в области прав человека не дает окончательных ответов, хотя в поддержку как запрета, так и легализации приводились аргументы, основанные на правах человека.

Например, Глобальная комиссия ЮНЭЙДС по ВИЧ/СПИДУ и законодательству рекомендовала декриминализировать секс-работу, а Совет по правам человека рекомендовал, чтобы в случаях оплачиваемого суррогатного материнства права человека всех вовлеченных сторон должным образом учитывались и соблюдались в законодательстве (UN HRC, 2019a; UNDP, 2012).



Графическое оформление – Кайсэй Нанке

Правоспособность и возраст согласия

Управление Верховного комиссара по правам человека определяет правоспособность как «способность и полномочия осуществлять права и брать на себя обязательства путем собственного поведения, то есть без помощи или представительства третьей стороны» (ОНЧНР, 2005). Признание в законе наличия «способности» означает, что человек может давать или отказывать в согласии на сексуальную активность, медицинские услуги, брак и многое другое.

Сохраняющаяся установка считать женщин, детей и инвалидов «некомпетентными» в принятии

решений самостоятельно или нуждающимися в защите от эксплуатации — это то, с чем борются международные правозащитные организации. Например, Конвенция о правах женщин предписывает, что «государства-участники предоставляют женщинам одинаковую с мужчинами гражданскую правоспособность», и они должны иметь «одинаковые возможности ее реализации» (Генеральная Ассамблея ООН, 1979 год, статья 15(2)).

Учитывая историю дискриминации, с которой сталкиваются женщины с инвалидностью, в Конвенции о правах инвалидов подчеркивается важность правоспособности для самостоятельного принятия решений женщинами с инвалидностью: «Все женщины с инвалидностью должны иметь возможность осуществлять свою правоспособность, принимая свои собственные решения, при поддержке, когда это необходимо, в отношении медицинского и/или терапевтического лечения, в том числе принимая свои собственные решения о сохранении своей фертильности и репродуктивной автономии... Ограничение или лишение дееспособности может способствовать принудительным вмешательствам, таким как стерилизация, аборт, контрацепция, калечащие операции на женских половых органах, хирургические операции или лечение интерсексуальных детей без их информированного согласия и принудительное содержание в учреждениях» (UN CRPD, 2016).

Другой способ понимания правоспособности — это «возраст согласия». Минимальный возраст согласия варьируется между странами, а иногда и внутри них в зависимости от вида деятельности, а иногда и пола (хотя это считается несовместимым со стандартами в области прав человека). Конвенция об осуществлении прав детей предписывает государствам признавать развивающиеся способности детей, особенно подростков, в том, что касается согласия на



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

сексуальную активность, а также доступа к услугам и информации в области сексуального и репродуктивного здоровья. Комитет по правам ребенка настоятельно призывает правительства принять поддерживающие законы и меры с тем, чтобы «дети, родители и медицинские работники получали адекватные и основанные на правах рекомендации в отношении согласия, одобрения и конфиденциальности» (UN CRC, 2013). Эта политика включает в себя предоставление конфиденциальных консультаций детям без необходимости получения согласия родителей или опекунов, а также предоставление подросткам возможного юридического полномочия искать и получать услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, товары и информацию (UN CRC, 2016). По мнению Комитета по правам ребенка, правительствам следует избегать криминализации сексуальной активности подростков одного возраста по обоюдному согласию и без эксплуатации (UN CRC, 2016).

Право на вступление в брак и создание семьи признается как во Всеобщей декларации прав человека, статья 16 (UN General Assembly, 1948), так и в Политическом пакте, статья 23, уточняющая, что «ни один брак не может быть заключен без свободного и полного согласия вступающих в брак» (UN General Assembly, 1966). Любой брак, заключенный без такого согласия, считается браком по принуждению и всегда является нарушением прав человека. Конвенция о правах женщин открыто постановляет, что помолвка и брак детей юридически недействительны, и предписывает государствам устанавливать минимальный возраст для согласия на брак (Генеральная Ассамблея ООН, 1979 год, статья 16(2)). Большинство стран, следуя Конвенции о правах ребенка, устанавливают минимальный возраст для вступления в брак в возрасте 18 лет, хотя в некоторых случаях минимальный возраст иной и зависит от пола человека (Pew Research Center, 2016). В более чем половине стран мира согласие родителей может превалировать над любым возрастным минимумом (Arthur and others, 2018).

Правительства могут, а иногда и должны относиться к людям по-разному; однако должно быть законное оправдание для такого неравного отношения, уравнивающего все соответствующие права (Clapham, 2015). Общий принцип «обеспечения наилучших интересов» в Конвенции о правах ребенка является иллюстрацией такого подхода. Хотя именно родители и опекуны принимают решения от имени своих детей, дети имеют право принимать значимое участие в решениях, которые затрагивают их, без четкой границы, определяющей соответствующий возраст (Coyne and Harder, 2011). По мере развития способностей детей Конвенция о детях ожидает, что родители будут включать их и в итоге передавать им окончательный контроль над такими решениями после достижения ими совершеннолетия. Одним из примеров уважения развивающихся способностей детей является сдвиг в мышлении об интерсексуальных младенцах. В прошлом было широко распространено мнение, что хирургическое вмешательство должно быть выполнено немедленно, сохранив гениталии только одного пола. Это отношение в значительной степени было заменено ожиданием того, что дети сами сделают свой выбор в отношении операции (Reis, 2019; Zillén and others, 2017). Без осознанного согласия интерсексуальных детей такие операции расцениваются как нарушения телесной неприкосновенности, равносильные пыткам (UN HRC, 2016a).

Аналогичным образом, категорическое отрицание сексуальных и репродуктивных желаний и выбора лиц, живущих с физическими недостатками или отклонениями в развитии, о чем свидетельствует наделение полномочиями родителей, опекунов и учреждений или «замещающее принятие решений», было преобразовано в стандарт «поддерживаемого принятия решений», где прилагаются все усилия для

воспитания и установления воли человека и предоставления ему возможности ее исполнить (UN CRPD, 2018, UN CRPD, 2014).

Телесная неприкосновенность

В общем и целом права, связанные с физической неприкосновенностью, не позволяют государству или третьим лицам вторгаться в чье-либо физическое тело без получения свободного и осознанного согласия.

Основа понятия информированного согласия в отношении физической неприкосновенности проистекает из статьи 7 Политической конвенции: «Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию. В частности, никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам» (UN General Assembly, 1966). Эта идея нашла отражение в международных и региональных

договорах по правам человека, включая Конвенцию о правах инвалидов, статья 15 (UN General Assembly, 2007); Конвенцию о правах детей, статья 37(a) (UN General Assembly, 1989); и Конвенцию против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (UN General Assembly, 1984).

Телесная неприкосновенность была истолкована Комитетом по правам человека как защищенная правом на свободу и личную неприкосновенность в Политической конвенции (UN HRC, 2014) и статьей 7 Политической конвенции, которая защищает всех людей от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

Права на физическую неприкосновенность официально признаются в документах по правам человека. В Конвенции о правах инвалидов, например, отмечается, что «Каждый инвалид имеет право на уважение своей физической и психической целостности наравне с другими» (Генеральная Ассамблея ООН, 2007 год, статья 17). В ряде региональных договоров по правам человека телесная неприкосновенность признается непосредственно или как часть права на гуманное обращение, например в Банджунской хартии Африканского союза (Африканский союз, 1981 год, статья 4); Мапутском протоколе Африканского союза (Африканский союз, 2003 год, статья 4(1)); и Американской конвенции о правах человека (ОАГ, 1969 год, статья 5(1)).

Региональные суды по правам человека рассматривают целый ряд вопросов, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека. Например, Межамериканский суд по правам человека установил нарушения права на физическую неприкосновенность в случаях принудительной наготы и вагинальных осмотров (IACtHR, 2006), угроз изнасилования и передачи инфекции половым путем (IACtHR, 2014) и широкого спектра других форм сексуального насилия (IACtHR, 2013, 2010).

ПРАВА НА ТЕЛЕСНУЮ АВТНОМИЮ И НЕПРИ- КОСНОВЕННОСТЬ ОФИЦИАЛЬНО ПРИЗНАЮТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ ЗАКОНАМИ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

Обязательства государств-участников

Права на телесную автономию и неприкосновенность официально признаются в соответствии с международными законами о правах человека и затрагивают целый ряд вопросов репродуктивного и сексуального здоровья и прав. Но как эти права определяют то, что правительства могут, не могут или должны делать для граждан и населения, которым служат?

Правительства в первую очередь соблюдают свои обязанности в области прав человека посредством законодательства, политики и бюджетных ассигнований; некоторые меры могут быть приняты немедленно, а другие — постепенно с течением времени с тем, чтобы обеспечить соблюдение, защиту и осуществление прав (UN CESCR, 2016; Gruskin and Tarantola, 2002).

Устранение барьеров, ограничивающих принятие индивидуальных решений

Уважение прав на телесную автономию и неприкосновенность требует от правительств обеспечения того, чтобы их законы, политика и программы не ущемляли способность индивидов принимать решения относительно своей репродуктивной и сексуальной жизни. Это означает устранение барьеров, препятствующих доступу к комплексным услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, товарам, образованию и информации (UN CESCR, 2016).

Законы, политика и программы должны учитывать различные потребности и уязвимость женщин, детей, ЛГБТИ-общества, мигрантов, расовых и этнических меньшинств и населения сельских районов, а также обеспечивать, чтобы меры по защите одной группы не ущемляли при этом другие (UN CESCR, 2000).

По мнению Комитета ООН по гражданским и политическим правам, уголовные законы,

касающиеся контрацепции, комплексного сексуального образования, аборт и доступа к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, нарушают права на телесную автономию и неприкосновенность (UN CCPR, 2019; UN CESCR, 2016). Законы, требующие разрешения или согласия третьей стороны (с учетом развивающихся способностей детей), также нарушают права (UN CEDAW, 1999).

Договорные органы по правам человека критикуют государства, которые разрешают третьим сторонам, будь то родители, супруги или другие лица, препятствовать отдельным лицам принимать решения относительно их собственного тела и репродуктивной и сексуальной жизни (UN CCPR, 2005).

Договоры и соглашения по правам человека предписывают правительствам не вмешиваться в «сексуальную активность взрослых по обоюдному согласию в частном порядке» или принимать уголовные законы против однополых сексуальной активности среди взрослых в «частном порядке» (МПГПП ООН, 1994 год, п. 8.2). Кроме того, законы, которые «криминализируют» аборт, неразглашение ВИЧ-статуса и трансгендерную идентичность или самовыражение, противоречат правам на телесную автономию и неприкосновенность (КЭСКОП ООН, 2016 год, п. 40).

Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам заявляет, что законы и политика могут выполнять обязательства правительства в области прав человека при условии, что они обеспечивают и гарантируют всем людям доступ к недорогим, безопасным и эффективным контрацептивам и комплексному сексуальному образованию, отменяют ограничительные законы об абортах, гарантируют женщинам и девочкам доступ к безопасным услугам по абортам и качественному уходу после аборта, а также уважают право женщин самостоятельно принимать решения о своем сексуальном и репродуктивном здоровье (UN CESCR, 2016).

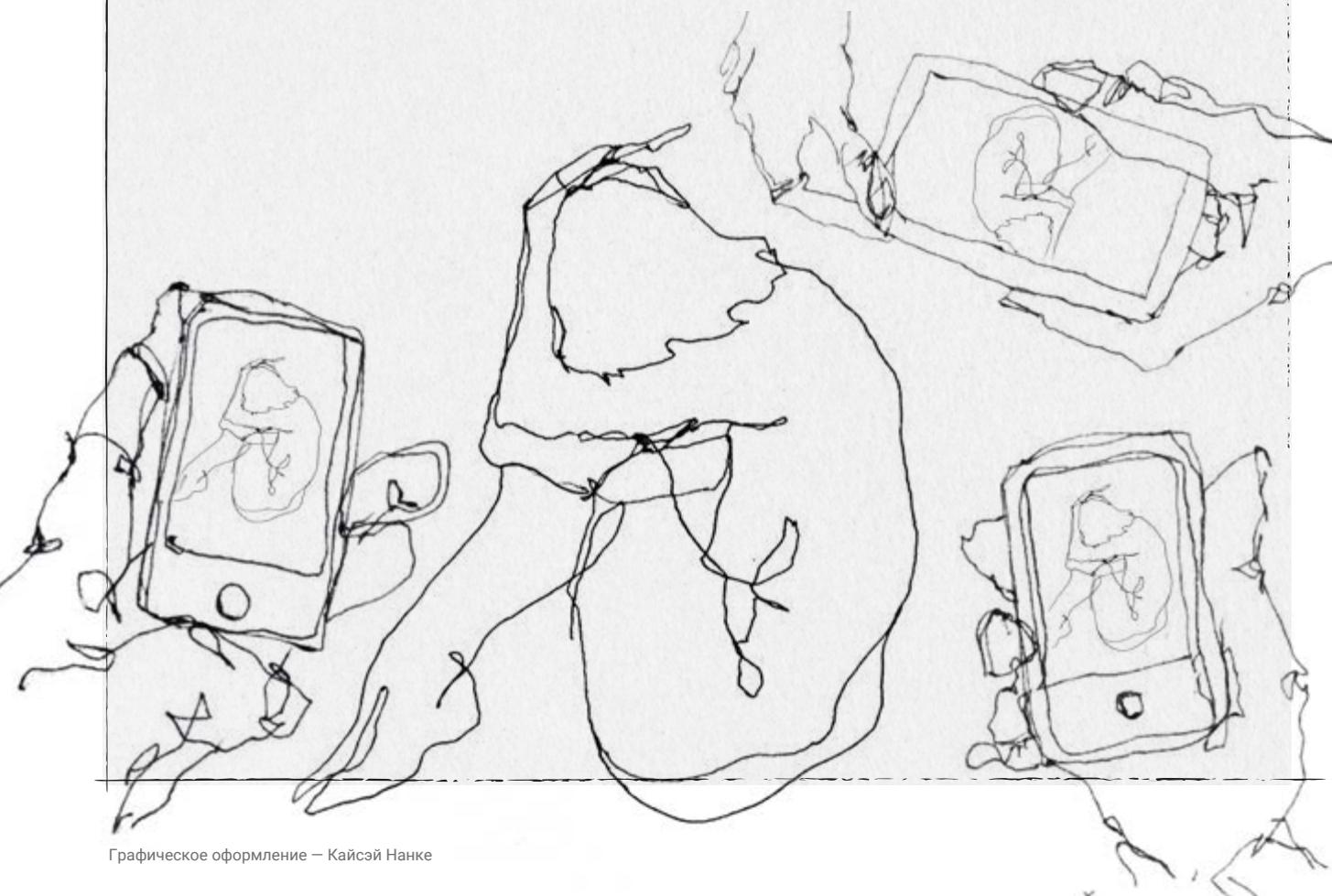
«Репаративная терапия»

«Репаративная терапия» направлена на изменение сексуальной ориентации и гендерной идентичности, которые не соответствуют гетеронормативным социальным и культурным ожиданиям. В ходе терапии используются такие методы, как «корректирующее изнасилование», терапия отвращения, химическая кастрация и гормональное лечение, и даже экзорцизм.

В 2020 году Независимый эксперт по защите от насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности опубликовал доклад о практике так называемой репаративной терапии. В нем он отметил, что все подобные практики имеют общую «конкретную цель вмешательства в личную неприкосновенность

и автономию [человека]» (СПЧ ООН, 2020 год, п. 59). Он подробно рассказал о причинах психологической и физической боли и страданий, вызванных репаративной терапией, и отметил, что договорные органы ООН обнаружили, что эта практика нарушает права на равенство и недискриминацию, здоровье и свободу от пыток и жестокого обращения.

Независимый эксперт рекомендовал государствам запретить практику репаративной терапии и принять позитивные меры для защиты телесной автономии и неприкосновенности путем вмешательства, включая ликвидацию предрассудков и дискриминации в отношении ЛГБТИ-сообществ (UN HRC, 2020).



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

Защита прав подростков

Обладание точной информацией о собственном теле и здоровье и понимание того, что это означает, является необходимым условием для осуществления телесной автономии (UN CESCR, 2016). Это означает обеспечение равного доступа подростков «независимо от их семейного положения и согласия их родителей или опекунов, при уважении их частной жизни и конфиденциальности» (КЭСКП ООН, 2016 год, п. 44).

Некоторые государства криминализировали детские браки и секс в возрасте до 18 лет в интересах защиты уязвимых групп населения от эксплуатации или причинения вреда (Khosla and others, 2017). Но защитники прав человека, как правило, скептически относятся к уголовным запретам, несмотря на их символическое значение, поскольку они непропорционально сильно затрагивают общины, которые уже маргинализированы и сравнительно бесправны и имеют мало альтернатив. Вместо этого правозащитники рекомендуют исправить условия, которые делают таких людей и общины уязвимыми для эксплуатации в первую очередь, например, предоставить экономические возможности молодым женщинам (Miller and Roseman, 2019).

Создание систем для устранения нарушений прав

Защита прав на телесную автономию и неприкосновенность требует наличия функционирующей системы для устранения нарушений прав. Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам в 2016 году призвал правительства принять законы, политику и программы, которые «предотвращают, устраняют и смягчают последствия нарушения права всех людей на самостоятельное принятие решений по вопросам, касающимся их сексуального и репродуктивного здоровья, свободно от насилия, принуждения и дискриминации» (UN CESCR, 2016).

ОБЛАДАНИЕ ТОЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О СОБСТВЕННОМ ТЕЛЕ И ЗДОРОВЬЕ... ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТЕЛЕСНОЙ АВТОНОМИИ

В дополнение к отмене требований, касающихся разрешения третьей стороны на доступ к услугам и информации, Комитет призвал положить конец «отказу по соображениям совести» медицинских работников от предоставления услуг и потребовать направления их к поставщикам услуг, «способным и желающим предоставлять запрашиваемые услуги» (КЭСКП ООН, 2016 год, п. 43).

Законы, согласующиеся с правами человека, гарантируют равную защиту всем лицам, стремящимся осуществлять свои права на телесную автономию и неприкосновенность. Однако во всем мире известны случаи, когда подобная защита далека от принципов равенства. Например, существуют документальные свидетельства насилия и дискриминации в отношении людей различной сексуальной ориентации или гендерной идентичности, совершаемых государственными и негосударственными субъектами (UN HRC, 2016b).

Язык насилия

За годы работы адвокатом по делам выживших в Соединенных Штатах Лейди Лондоно привыкла к языку шока, страха и стыда, который люди используют, когда борются с последствиями сексуального насилия. И она слышала, как люди изо всех сил пытаются выразить словами одну конкретную форму сексуального насилия, явление, которое распространено, но плохо понимается даже теми, кто испытывает или совершает его: репродуктивное принуждение.

«Это поведение, которое партнер или кто-то использует для поддержания власти и контроля в отношениях, связанных с репродуктивным здоровьем», — объяснила Лондоно, которая сопровождала выживших в больницы и предоставляла консультации по горячей линии. В настоящее время она работает преподавателем и руководителем программ в компании

Planned Parenthood в Вашингтоне, округ Колумбия. «Оно может принимать самые разные формы. Встречаются попытки оплодотворить партнера вопреки его желанию. Речь может идти о контроле за исходом беременности, принуждении партнера к незащищенному сексу, явном или неявном вмешательстве в методы контроля над рождаемостью, лжи или обмане в отношении методов контроля над рождаемостью».

У выживших не хватает общих слов, чтобы описать конкретное нарушение, которое они ощущают, когда им отказывают в праве собственности на их фертильность или сексуальное здоровье, независимо от того, согласились они на сексуальный контакт или нет. Не имея слов, чтобы описать этот опыт, они часто выражают замешательство и обвиняют себя. Лондоно вспомнила одну девушку,

которая обнаружила, что ее партнер тайно снял презерватив во время секса по обоюдному согласию. «Сначала они думали: “Может, я просто преувеличиваю?”»

Концепция репродуктивного принуждения является относительно новой, и большинство исследований по этой теме проводилось в последние 20 лет, часто в Соединенных Штатах, где распространенность репродуктивного принуждения оценивается в 15–25% (Park and others, 2016). Но недавние исследования показывают, что эта практика широко распространена во всем мире, совершается не только партнерами, но даже семьями и членами сообщества (Grace and Fleming, 2016). Этому могут даже способствовать системы здравоохранения, например, с помощью политики, которая требует разрешения мужей, прежде чем женщина сможет прибегнуть к услуге планирования семьи.

«Здесь задействована универсалия, и это право мужчин контролировать партнерш».



Лейди Лондоно предоставляла поддержку и информацию жертвам сексуального насилия лично, по телефону и через чат. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — © ЮНФПА/Р. Зерзан.

Дипика Пол десятилетиями изучала сексуальное и репродуктивное здоровье в Бангладеш, но даже она говорит, что не была знакома с термином «репродуктивное принуждение». И она, и медицинские работники и правозащитники называли подобные случаи более общим понятием «барьеры в планировании семьи».

Сегодня Пол является экспертом в этой области. Будучи консультантом в Iras в Дакке, она видит много форм репродуктивного принуждения. «С мужьями... это может быть просто фраза “Не используй средства контрацепции”, и жены будут вынуждены следовать желанием мужей. Но может быть и серьезное насилие. Иногда мужья отказывают женам в еде

или деньгах, если те хотят продолжать пользоваться контрацептивами», — рассказывает Пол. Часто это давление связано с «желанием мужей или других членов семьи иметь больше детей или желанием иметь сыновей». Также есть случаи принудительного использования контрацепции и принудительных абортов, добавила она.

Эти принудительные действия не рассматриваются широко как формы насилия, поскольку деторождение может быть расценено как решение семьи. «Свекрови играют большую роль», — сказала Пол. Это особенно верно в отношении молодых и несовершеннолетних жен; согласно демографическому и медицинскому обследованию, проведенному в 2018 году, средний возраст вступления в брак составляет 16 лет. «Молодым женщинам трудно принимать решения в одиночку».

И все же существует четкая связь между репродуктивным принуждением и насилием. По оценкам Пол, в исследовании, которое она в настоящее время проводит, примерно три из пяти женщин, которые сказали, что они столкнулись с репродуктивным принуждением, также испытали сексуальное или физическое насилие со стороны своих мужей.

Джей Сильверман, профессор медицинского факультета Калифорнийского университета в Сан-Диего, начал свою карьеру, работая с мужчинами и мальчиками, совершившими насилие по отношению к интимному партнеру. С тех пор он изучает репродуктивное принуждение в Бангладеш, Индии, Кении, Нигере и Соединенных Штатах. По словам Сильвермана, несмотря на то что репродуктивное принуждение

иногда может осуществляться женщинами-членами семьи, это нарушение коренится в гендерном неравенстве.

«Здесь задействована универсалия, — объяснил он, — и это право мужчин контролировать партнерш... На каком-то уровне это мужское желание, это право на подобный контроль, встречается, я полагаю, в большинстве наших обществ».

Сильверман и его коллеги, включая Iras в Бангладеш, опробовали инструменты, помогающие медицинским работникам выявлять репродуктивное принуждение, такие как вопросы об отношении и поведении партнеров. Как только женщины признают, что принуждение имело место, они могут восстановить телесную автономию, например, выбирая методы планирования семьи, которые не удастся обнаружить их партнеру.

Несмотря на то, что женщинам не хватает слов, чтобы описать репродуктивное принуждение, Сильверман объяснил: «Я также считаю, что люди врожденно сопротивляются тому, чтобы их контролировали... Существует много различных стратегий преодоления, которые женщины в сообществах по всему миру разработали, чтобы справиться с репродуктивным принуждением, включая

поддержку, которую одни женщины оказывают другим женщинам. Это происходит само собой и повсеместно. Так было всегда, будь то соседка или женщина-член семьи, прячущая ваши таблетки для вас или помогающая вам добраться до клиники». Там, где клиники раздают брошюры о репродуктивном принуждении, насилии со стороны партнера и о том, как обращаться за помощью, женщины часто «берут с избытком», чтобы поделиться информацией с другими женщинами.

Большая часть бремени борьбы с репродуктивным принуждением ложится на поставщиков услуг, которые часто сталкиваются с двойной проблемой: они должны найти баланс между вовлечением мужчин в вопросы репродуктивного здоровья, не передавая им всю полноту полномочий по принятию решений. «Идеал участия мужчин в сексуальном и репродуктивном здоровье, а также здоровье матери и ребенка на международном уровне стал приоритетом», — сказал Сильверман. Участие мужчин было связано с увеличением масштабов планирования семьи и использования контрацептивов, а также улучшением показателей здоровья матери и ребенка (Kriel and others, 2019; Assaf and Davis, 2018). Но когда мужчины хотят контролировать репродуктивный выбор

своего партнера, «вовлечение мужчин явно вредно».

И мужчины, как, на самом деле, люди всех полов и сексуальной ориентации, также могут быть жертвами репродуктивного принуждения. «Любой может испытать репродуктивное принуждение, — сказала Лондоно. — Женщины в маргинальном обществе сталкиваются с непропорционально высоким уровнем насилия, и это включает в себя репродуктивное принуждение... но это не отменяет того факта, что я разговаривал с молодыми мальчиками и юношами, мужчинами в целом, которые пытаются идентифицировать свой собственный опыт, облечь его в слова и контекстуализировать».

Необходимо свободное владение языком репродуктивного принуждения, особенно среди политиков. «Если наши законы и политика лишены ясности, а язык неоднозначен, это никак не помогает жертвам», — сказала Лондоно.

При этом знание о телесной автономии также имеет решающее значение. В одном из недавних проектов Пол заявила: «Мы разговаривали с женщинами, и они выбрали следующее толкование: “мое тело, мои права”... Все они согласились, что мы должны распространить эту информацию — мое тело принадлежит только мне — среди всего населения».

Аналогичным образом, женщины и девочки, особенно те, кто сталкивается с межсекторальной дискриминацией, такие как люди с инвалидностью или представители этнических или религиозных меньшинств, сталкиваются с более высокими показателями гендерного насилия и неравенством в доступе к правосудию и справедливой полицейской деятельности (UN CEDAW, 2015a). Безнаказанность за сексуальное и гендерное насилие, изнасилование в браке и «лечебное изнасилование», направленное против лиц, не соответствующих гендерному признаку, являются другими вопиющими примерами неравной защиты в соответствии с законом (UN CESCRCR, 2016).

Предоставление каждому человеку возможности осуществлять права на телесную автономию и неприкосновенность

Осуществление прав на телесную автономию и неприкосновенность требует от правительств предоставления качественной информации, услуг и методов в области сексуального и репродуктивного здоровья (UN CESCRCR, 2016, 2000). Согласно договорным органам Организации Объединенных Наций, это повлечет за собой услуги и информацию, которые поддерживают решения о создании семьи (контрацепция, лечение бесплодия, охрана материнства, безопасный аборт) и о сексуальном здоровье (профилактика инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ, комплексное сексуальное образование, лечение сексуальной дисфункции, профилактика сексуального насилия и уход за выжившими), а также гендерно-позитивное здравоохранение (World Professional Association for Transgender Health, 2011).

Право на репродуктивное здоровье и права в Программе действий

«Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, не ограничивающееся отсутствием болезней или недугов, касающееся всех вопросов, связанных с репродуктивной системой, ее функциями и процессами. Таким образом, репродуктивное здоровье подразумевает, что люди способны вести удовлетворительную и безопасную половую жизнь и что они обладают способностью к размножению и свободой решать, пользоваться ли этой способностью, когда и как часто. Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин знать и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по их выбору, а также к другим методам регулирования рождаемости по их выбору, которые не противоречат закону, и право на доступ к соответствующим медицинским услугам, которые позволят женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и обеспечат супружеским парам наилучшие шансы на рождение здорового ребенка. В соответствии с приведенным выше определением репродуктивного здоровья, охрана репродуктивного здоровья определяется как совокупность методов, приемов и услуг, способствующих репродуктивному здоровью и благополучию путем предупреждения и решения проблем репродуктивного здоровья. Оно также включает в себя сексуальное здоровье, целью которого является улучшение жизни и личных отношений, а не просто консультирование и уход, связанные с репродукцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем. ... Репродуктивные права охватывают определенные права человека, которые уже признаны национальными законами, международными документами по правам человека



и другими документами о консенсусе. Эти права основаны на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно и ответственно решать вопрос о количестве, интервалах и сроках рождения своих детей, а также иметь информацию и средства для этого, а также право на достижение наивысшего уровня сексуального и репродуктивного здоровья. В этот список также включено право принимать решения, касающиеся деторождения, без дискриминации, принуждения и насилия, как это выражено в документах по правам человека» (UNFPA, 1994). — Выдержки из Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию

Графическое оформление — Кайсэй Нанке

Услуги и информация, подробно описанные Комитетом Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам, должны обладать следующими характеристиками:

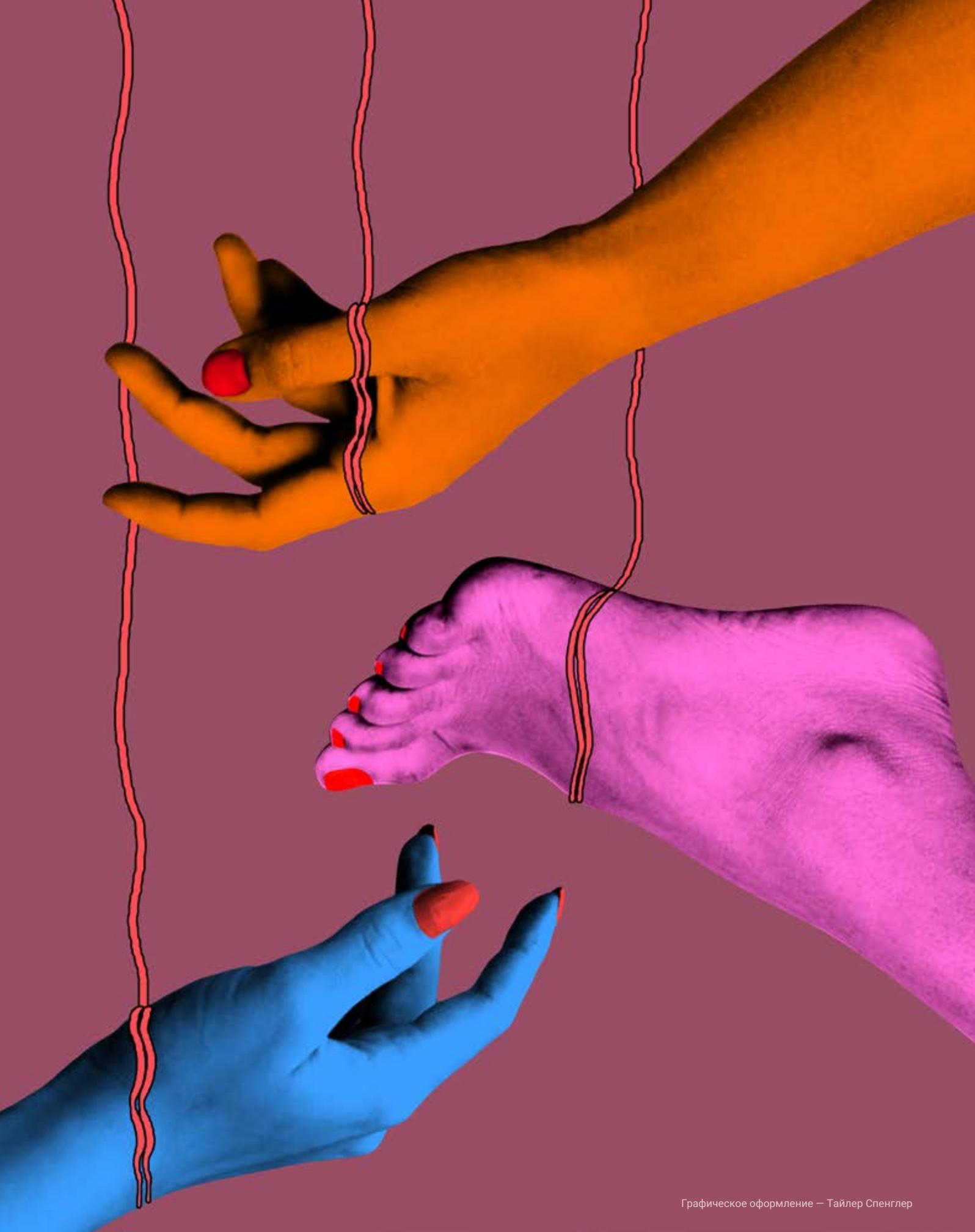
- *предоставляемые* — в достаточном количестве;
- *доступные* — доступные территориально и экономически для всех;
- *приемлемые* — учитывающие пол, культуру, возраст и врачебную этику;
- *качественные* — соответствующие научным и медицинским стандартам оказания медицинской помощи и соблюдающие права человека.

Наличие средств для осуществления прав, связанных с телесной автономией и неприкосновенностью, посредством услуг в области репродуктивного и сексуального здоровья в первую очередь неотделимо от признания этих прав. Согласно Совету ООН по правам человека, «Медицинские учреждения должны предоставлять пользователям как правообладателям возможность осуществлять автономию и осмысленно и активно участвовать во всех касающихся их вопросах, делать

свой собственный выбор в отношении своего здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, и их лечения, при соответствующей поддержке там, где это необходимо» (СПЧ ООН, 2017 год, п. 43).

Международные права человека на телесную автономию и неприкосновенность гарантируют, что каждый человек может принимать решения, влияющие на его сексуальную и репродуктивную жизнь, и располагать средствами для принятия таких решений. Это требует от государств предоставления всеобъемлющей, соответствующей возрасту и культуре информации о сексуальности и репродукции, а также качественных товаров и услуг для осуществления этих решений, свободных от дискриминации, принуждения и насилия.

Права человека обеспечивают общий фундамент, на котором государства основывают свои национальные правовые и политические стандарты для поощрения и защиты телесной автономии и неприкосновенности в контексте сексуального и репродуктивного здоровья. Но многим государствам еще предстоит пройти долгий путь, чтобы обеспечить всем людям возможность самостоятельно принимать решения о здравоохранении, контрацепции и сексе, как и во многих других аспектах телесной автономии.



ЗАКОНЫ, КОТОРЫЕ УПОЛНОМОЧИВАЮТ, ЗАКОНЫ, КОТОРЫЕ КОНТРОЛИРУЮТ

Взгляд на то, как законы и нормативные акты влияют на телесную автономию

В каждой стране есть законы, защищающие или отрицающие телесную автономию.

Законы могут помочь поддержать телесную автономию, например, гарантируя каждому доступ к услугам сексуального и репродуктивного здоровья, обязывая школы предоставлять комплексное сексуальное образование и требуя информированного согласия при оказании медицинской помощи.

Правительства также могут использовать законы для контроля над человеческими телами, например, ограничивая доступ подростков к услугам и информации в области сексуального и репродуктивного здоровья или запрещая однополые отношения. Законы, которые плохо сформулированы или неясны, также могут нанести ущерб телесной автономии, даже если не были направлены на это.

Законы некоторых стран по-прежнему требуют от замужних женщин повиноваться своим мужьям, не квалифицируют насилие в семье как уголовное преступление, предоставляют мужчинам больше прав при разводе и не криминализируют изнасилование в браке. Более 30 стран ограничивают право женщин передвигаться вне дома (World Bank, 2020).

Национальные законы также могут быть основными инструментами, используемыми правительствами для выполнения своих обязательств по международному праву в области прав человека. Но чтобы эти права могли что-то значить в жизни людей, правительства должны выйти за рамки внедрения законов и принять меры для осуществления изменений.

Всемирная организация здравоохранения призвала правительства создать благоприятные

законодательные и нормативные рамки, которые улучшат доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и устранят ненужные ограничения, препятствующие женщинам пользоваться своим правом на телесную автономию (WHO, 2004).

Понимание того, как национальные правовые рамки влияют на телесную автономию, то есть, где они могут быть поддерживающими и где может потребоваться правовая реформа, является критической отправной точкой для действий. Иногда закон меняется, чтобы отразить эволюцию общественного мнения; в других случаях правовые изменения предшествуют изменениям в общественных установках, и в этом случае могут потребоваться значительные усилия по изменению социальных и поведенческих взаимоотношений для широкого принятия закона и более простой реализации. После принятия закона его реализация может откладываться на многие годы, в зависимости от политической воли или приверженности его осуществлению или обеспечению соблюдения. Возможно, потребуется разработать меры, чтобы добавить оперативные детали в закон, возможно, потребуется выделить средства или создать систему подотчетности.

Даже если многие поддерживают закон, он не может принести пользу всем в равной степени. Например, во многих странах существуют законы, гарантирующие доступ к бесплатной антиретровирусной терапии для лечения ВИЧ, но доступ к ней может быть не у всех. В Ботсване лечение было доступно только гражданам, в том числе находящимся в тюрьмах, что лишало заключенных из других стран права на подобные услуги. Закон был изменен в 2019 году, чтобы расширить доступ к медицинским услугам для всех заключенных, независимо от гражданства (UNAIDS, 2019).

Противоречащие законы

Ни один закон или политика не могут рассматриваться в отрыве от всей правовой и политической системы страны. Например,

во многих странах существуют законы о возрасте согласия в отношении сексуальной активности, которые несовместимы с законами о минимальном возрасте доступа к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья (диаграмма 7). Это означает, что подростки могут легально заниматься сексом до того, как они смогут получить законный доступ к любой информации или услугам, связанным с практикой безопасного секса или контрацепцией (Sexual Rights Initiative, 2020; Committee on Adolescence, 2017; Dennis and others, 2009).

Там, где существуют противоречащие друг другу законы, может возникнуть путаница относительно того, какой закон имеет приоритет. Иногда путаница может затронуть не только отдельных людей, но и людей, ответственных за соблюдение этих законов.

Даже в отсутствие противоречивого законодательства недостаток ясности может оставаться проблемой. Что должны делать медицинские работники в тех случаях, когда они не уверены в своих юридических обязательствах или потенциальной уголовной ответственности, вытекающей из какого-либо конкретного действия? Например, в тех случаях, когда аборт является законным при определенных обстоятельствах, поставщики услуг могут по-прежнему неохотно предоставлять эту услугу, опасаясь быть обвиненными в нарушении закона, а руководящие принципы и политика систем здравоохранения могут основываться на более консервативном толковании закона. Медицинские услуги после аборта, которые, согласно договору 179 правительств на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР) в 1994 году, должны быть доступны независимо от правового статуса аборта, по-прежнему отсутствуют во многих регионах. Иногда медицинские работники отказывают в их предоставлении, опасаясь судебного преследования или стигматизации за предоставление услуг лицам, сделавшим незаконный аборт.

ДИАГРАММА 7

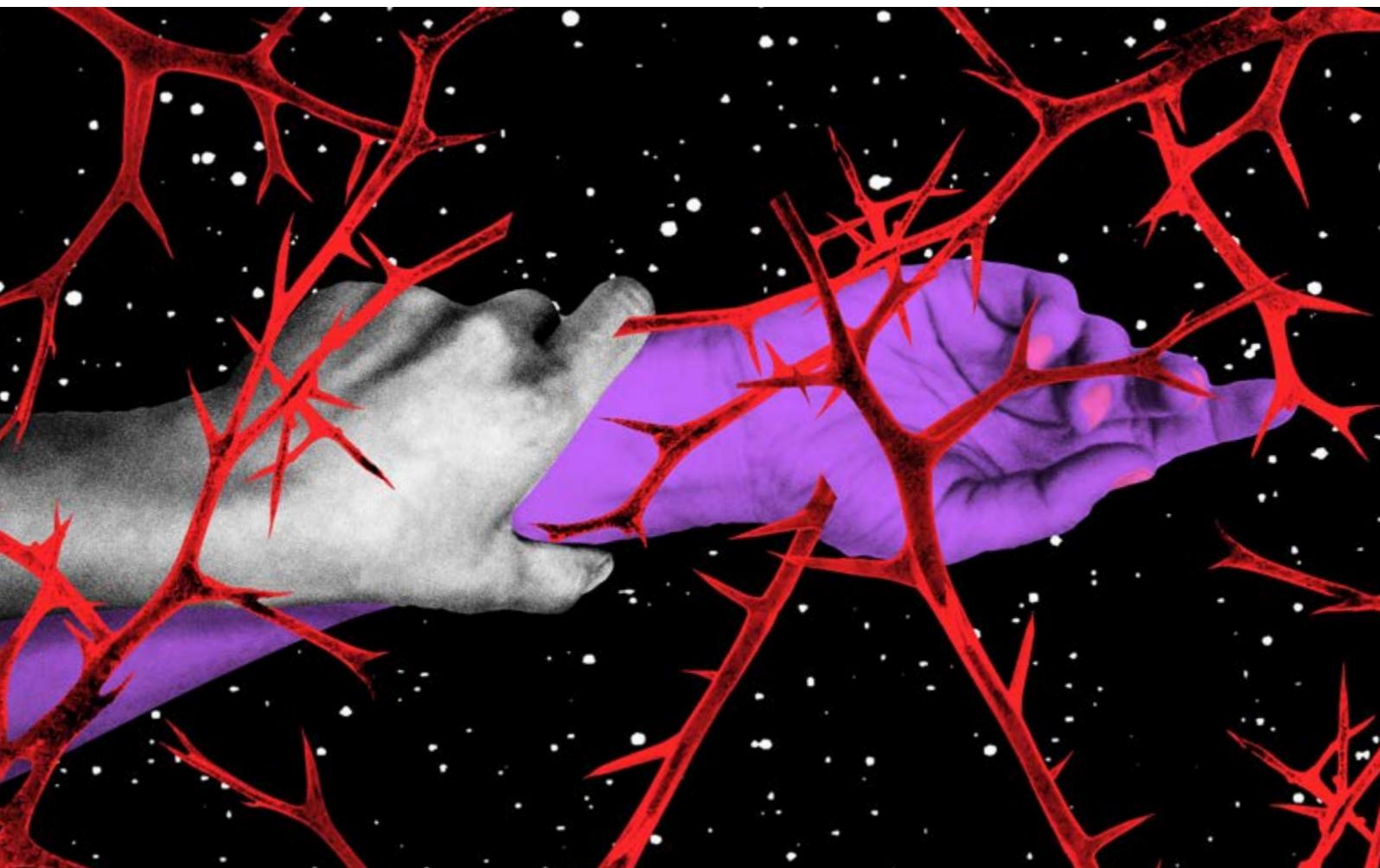
Возраст согласия в зависимости от пола, и возраст, с которого не требуется согласие родителей для получения определенных услуг в отдельных странах

	Белиз	Италия	Малайзия	Палау	Польша	Северная Македония	Хорватия	Ямайка
Законный возраст вступления в брак	18	18	18	Нет минимального возраста для граждан; 18 для граждан других стран	18	18	18	18
Законный возраст вступления в брак с согласия родителей, суда или иного лица	16	16	16	Не требуется для граждан; 16 для граждан других стран	16	16	16	16
Возраст согласия на секс	16*	14	16*	15	15	14	15	16
Доступ к абортam без согласия родителей	18	18	18	18	18	18	16	18
Доступ к экстренной контрацепции без согласия родителей	18	14	18	18	18	18	16	16
Доступ к оральной контрацепции без согласия родителей	18	14	18	18	18	18	18	16

* Применимо только в отношении девушек

Источник: Инициатива Sexual Rights Initiative, 2020 год

Графическое оформление — Тайлер Спенглер



Когда секс становится работой

«Зная, что у меня есть право голоса и что я контролирую свое собственное тело, я действительно научилась этим вещам только после того, как стала секс-работницей», — объяснила Лиана через переводчика в Индонезии.

Сегодня Лиана уже привыкла, что ожиданиям не суждено сбываться; будучи выпускницей университета среднего класса и бывшим бухгалтером, она не вписывается в стереотипный образ секс-работника. «Когда моему ребенку было четыре месяца, мой муж умер», — вспоминала она. Ее дохода не хватало, семейный бизнес переживал нелегкие времена, а сестра столкнулась с финансовыми трудностями.

«Я посетила одно из известных в секс-индустрии мест и подала заявление на работу там, — сказала она, подчеркнув, что это был ее выбор. — Я приняла решение самостоятельно и без принуждения».

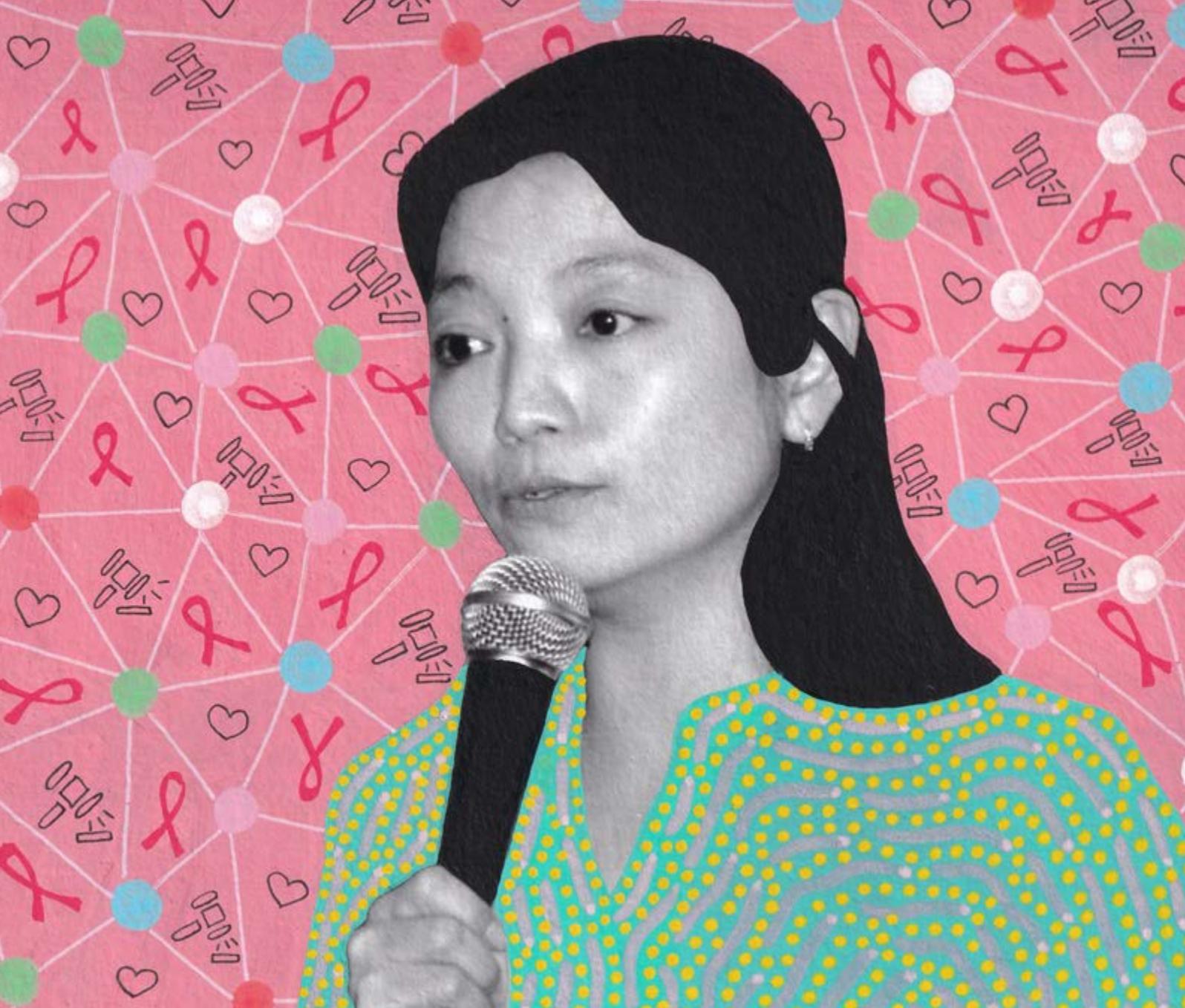
На данный момент Лиана является национальным координатором OPSI, сети, которая помогает секс-работникам получать услуги, включая медицинскую помощь. OPSI получает поддержку от ЮНФПА. «Среди секс-работников на самом деле встречаются разные люди, — объяснила она. — Есть секс-работники мужского пола, трансгендерные секс-работники, и причины, по которым люди предпочитают заниматься такой работой,

у каждого свои. Большинство ищет источник дохода».

Моника из Северной Македонии стала секс-работницей после того, как потеряла работу и развелась. Она тоже уверенно говорит о том, что решение было принято исключительно ею самой. «Мне было 19 или 20 лет. Я была достаточно сознательным и зрелым человеком, чтобы понимать, что я хочу и чего не хочу». Сегодня, будучи региональным координатором STAR, первого коллектива секс-работников на Балканах, а также партнером ЮНФПА, она говорит, что заметила, что это распространенное явление: «Чаще всего меня окружают секс-работники, которые добровольно пришли в индустрию».

Тем не менее, и Лиана, и Моника признают, что секс-торговля, то есть сексуальная эксплуатация с помощью силы, принуждения, мошенничества или обмана, является серьезной проблемой в отрасли. Их соответствующие организации тесно сотрудничают с жертвами и выжившими, помогая им получить услуги и покинуть

«Я узнала, что действительно могу контролировать свое собственное тело. Мое тело принадлежит мне».



Лиана отстаивает права секс-работников в Индонезии. Графическое оформление — Наоми Вона; фото любезно предоставлено Лианой.

секс-индустрию, если они того пожелают.

Распространенность эксплуатации и жестокого обращения во многом обусловила разговоры о правовом статусе секс-индустрии. Как сторонники, так и противники

декриминализации ссылаются на необходимость защиты людей от злоупотреблений.

Но для противников декриминализации понятие согласия в секс-индустрии изначально кажется непростым. Действительно, исследования показывают,

что многие работники секс-индустрии оказывались уязвимее других, сталкиваясь с детской бедностью, жестоким обращением и нестабильностью в семье, а также барьерами для формальной экономики, включая отсутствие

образования (McCarthy and others, 2014). Эти условия рассматриваются как подрывающие их свободное и осознанное согласие. Кроме того, значительная доля секс-работников (по оценкам, от 20 до 40%) сообщают о том, что они попали в секс-индустрию еще в детстве (Parcesere and others, 2016), что является явным нарушением прав человека.

Документы по правам человека реагируют на эти уязвимости. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин призывает «принять все соответствующие меры, включая законодательные, для пресечения всех видов торговли женщинами и эксплуатации проституции женщин». А протоколы к Конвенции Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности включают в определение торговли людьми «предоставление или получение платежей или льгот для достижения согласия лицом, имеющего контроль над другим лицом с целью эксплуатации».

Но многие защитники секс-работников говорят, что акцент на уязвимости фактически лишает их безопасности и автономии. И Лиана, и Моника говорят, что они по своей воле решили продолжить оказывать секс-услуги,

даже получая достаточный доход в другой отрасли.

«Пожалуйста, не думайте, что все секс-работники являются жертвами торговли людьми. Есть такие люди, как я, которые выбирают эту работу намеренно. Нас не обманывают, — сказала Лиана. — Когда мы спрашиваем членов OPSI, хотели бы они оставить секс-индустрию, если бы могли найти другую работу, в большинстве случаев ответ отрицательный». Другие вакансии, доступные секс-работникам, часто характеризуются низкой заработной платой, объяснила она, а секс-услуги предлагают гибкость, которая устраивает многих. «Они могут сами распоряжаться своим временем. Они могут выполнять свои обязанности в обществе и чувствовать себя ближе к своим детям».

Согласно данным Глобальной сети проектов секс-индустрии, секс-работа или ее аспекты (например, содействие) являются незаконными в большинстве стран. Лиана и Моника говорят, что такие законы только загоняют профессию в подполье, где секс-работникам труднее отказываться от агрессивных клиентов. Криминализация также делает секс-работников уязвимыми перед арестом и заставляет их бояться заявлять об изнасиловании. Некоторые полицейские также преследуют и оскорбляют

секс-работников, сказала Моника, «зная, что секс-услуги не являются законными, и думая, что мы не можем сообщить об этом или сделать что-либо».

Они хотят криминализовать, вплоть до судебного преследования, сексуальное насилие и эксплуатацию, а не секс-услуги. «Насилие не является проблемой исключительно секс-работников. Это проблема всех женщин и групп меньшинств», — подчеркнула Лиана.

Движение за декриминализацию секс-услуг набрало силу в последние годы в Организации Объединенных Наций, и многие учреждения и программы, такие как Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, рассматривают его как эффективное средство предотвращения передачи ВИЧ и прекращения дискриминации в отношении уязвимых групп населения (WHO, 2014, UNAIDS, 2012).

В то же время Организация Объединенных Наций активизирует усилия по искоренению сексуальной эксплуатации и надругательств. Обеспокоенность по поводу того, что миротворцы и гуманитарные работники вступают в эксплуататорские отношения с секс-работниками и уязвимыми и маргинализированными лицами, побудила организацию усилить соблюдение правил,

запрещающих сотрудникам обменивать деньги, товары или услуги на секс, даже в странах, где секс-услуги легальны. Мнение о том, что декриминализация поможет защитить здоровье и права секс-работников, и мнение о том, что сотрудники не должны платить за секс-услуги, даже если это законно, не противоречат друг другу, утверждают официальные лица ООН.

«Персонал ООН не должен участвовать в любой деятельности, которая может даже потенциально привести к сексуальной эксплуатации. Это не осуждение добровольного предоставления секс-услуг по согласию информированных взрослых, но мы должны признать реальность того, что законность сама по себе не гарантирует добровольного участия в секс-индустрии», — сказала Ева Болкарт, координатор усилий ЮНФПА по предотвращению сексуальной эксплуатации и надругательств.

Моника и Лиана соглашаются, что одной законности недостаточно. Для них декриминализация должна сопровождаться дестигматизацией. До тех пор, пока секс-работники не смогут пользоваться уважением и достоинством, как обычные граждане, они будут вынуждены работать в теневом бизнесе, который чреват злоупотреблениями. «Мы родители. Мы чьи-то дети. У нас есть семьи, — сказала Моника. — Нам не нужно, чтобы кто-то относился к нам иначе из-за выбора нашей профессии. Работа в сфере сексуальных услуг — это тоже работа».

Структурные препятствия

На структурном уровне адекватные бюджеты имеют решающее значение для обеспечения эффективности закона. Мексика, например, приняла закон, требующий, чтобы контрацептивы были доступны всем, независимо от возраста или семейного положения. Тем не менее уровень рождаемости среди подростков, особенно из беднейших семей, оставался высоким. Ряд организаций гражданского общества изучили бюджеты и расходы на услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья на федеральном уровне и уровне штатов и выявили сдерживающие факторы и неэффективность в выделении средств на местные программы. Этот анализ позволил лучше распределить средства, чтобы они доходили до более бедных сообществ, где потребность в информации и услугах по контрацепции для подростков не была полностью удовлетворена (Rajan, n.d.).

Обеспечение того, чтобы системы здравоохранения обладали потенциалом для полного осуществления закона, может потребовать принятия различных мер: от разработки медицинских руководящих принципов предоставления услуг до подготовки медицинских работников по вопросам содержания закона и его последствий для их работы, укрепления систем материально-технического обеспечения и закупок для обеспечения бесперебойного доступа к соответствующим лекарственным средствам и оборудованию, обеспечения того, чтобы информационные системы могли собирать данные о потреблении услуг, их качестве и воздействии, корректировки механизмов финансирования здравоохранения для повышения доступности услуг и мониторинга приемлемости и качества предоставляемых услуг.

Социальные факторы, включая религию и гендерные нормы, могут влиять на то, в какой степени законы выполняются или применяются. Например, в обществах, где секс до брака считается неприемлемым, законы, разрешающие подросткам пользоваться контрацепцией, могут не привести к использованию контрацепции, если стигматизация, связанная с подростковым сексом, слишком велика.

Даже там, где существуют поддерживающие законы, другие проблемы могут повлиять на способность людей защитить свою телесную автономию или получить доступ к соответствующим медицинским услугам. Люди могут столкнуться с непосредственными проблемами, такими как голод, нищета или трудные жизненные ситуации. Услуги могут быть недоступны, уход за детьми может быть недоступен, или муж или родственник может вмешиваться в принятие решений о медицинском обслуживании или контрацепции.

Структурные факторы, которые поддерживают или усугубляют нищету, препятствуют доступу к образованию или занятости и ведут к дискриминации по признаку возраста, расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации или гендерной идентичности, должны быть выявлены и устранены директивными органами, поскольку они могут помешать предполагаемым преимуществам от принятия законов, поддерживающих определенные группы. Например, даже в странах, где услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья доступны всем в соответствии с законом, медицинские работники, тем не менее, могут отказать в доступе людям, живущим с ВИЧ, секс-работникам, мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, или трансгендерам (UNAIDS, 2017).

Кроме того, люди могут не знать о законе или считать его чем-то абстрактным, далеким от их реальной жизни.

Законы и политика могут расширить возможности женщин принимать свои собственные решения и могут играть важную роль в обеспечении подотчетности, в том числе в области здравоохранения для различных групп населения, гарантируя доступ к правосудию, средствам правовой защиты и механизмам возмещения ущерба для людей, чьи права человека оказались нарушены (WHO, 2015).

Показатель 5.6.2 отслеживает поддерживающие законы и правовые барьеры

Чтобы помочь правительствам отслеживать прогресс в достижении задачи 5.6 Целей в области устойчивого развития, то есть, обеспечения всеобщего сексуального и репродуктивного здоровья и репродуктивных прав в соответствии с Программой действий МКНР и Пекинской платформой действий, Организация Объединенных Наций разработала показатель 5.6.2. Этот показатель представляет собой оценку «степени, в которой страны обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, информации и образованию» (UNFPA, 2020b).

Руководствуясь международным правом в области прав человека, международными документами о консенсусе и стандартами в области прав человека, этот сводный показатель направлен на оценку правовой среды, связанной с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами. Он охватывает четыре широкие темы: охрана материнства, контрацепция и планирование семьи, комплексное сексуальное образование и информация, а также сексуальное здоровье и благополучие (диаграмма 8). Каждый из 13 компонентов в рамках

этих четырех тем затрагивает области, которые могут регулироваться законом. По каждому из компонентов собираются данные о существовании правовых стимулов (поддерживающих законов и нормативных актов) и правовых барьеров. Такие

барьеры включают в себя ограничения вспомогательных законов и правил, например требования предоставить разрешение третьей стороны, которые заставляют людей получать согласие от родителя, супруга, судьи или медицинского комитета.

ДИАГРАММА 8

Четыре темы и 13 компонентов отслеживаются показателем 5.6.2



Все аспекты этого показателя имеют отношение к телесной автономии.

В рамках каждого из этих компонентов показатель оценивает, существует ли поддерживающий закон и существуют ли потенциальные ограничения, такие как ограничения по возрасту или требование о разрешении супруга. Также оценивается наличие множественных правовых систем — традиционных, обычных или определяемых религией, — которые существуют наряду с национальным законодательством и могут ограничивать применимость национального законодательства для определенных групп населения (UNDESA, 2018).

Таким образом, показатель 5.6.2 отражает информацию о существовании поддерживающего законодательства, а также о некоторых дополнительных факторах, которые могут препятствовать позитивному воздействию этого законодательства. Данные по всем этим аспектам используются для расчета значения для каждой страны по каждому из 13 компонентов, которые затем агрегируются до четырех широких тем, а затем до общего значения (диаграммы 9 и 10).

Этот показатель представляет собой процентную шкалу от 0 до 100, указывающую на статус страны и прогресс в создании национальных законов и нормативных актов, гарантирующих полное и равное сексуальное и репродуктивное здоровье и права. Показатель 5.6.2 измеряет только наличие законов и нормативных актов; он не измеряет их выполнение.

Среди всех стран, представивших данные по этому показателю, пятью странами с самым высоким общим значением показателя 5.6.2 являются Швеция (100), Уругвай (99), Камбоджа (98), Финляндия (98) и Нидерланды (98). Пять стран с самыми низкими показателями — Южный Судан (16), Тринидад и Тобаго (32), Ливия (33), Ирак (39) и Белиз (42).

Обеспечение сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующих прав

Данные по показателю 5.6.2 и его отдельным компонентам представлены 107 национальными правительствами, включая национальные статистические органы и отраслевые министерства. Однако полные данные по общему показателю были получены только из 75 стран.

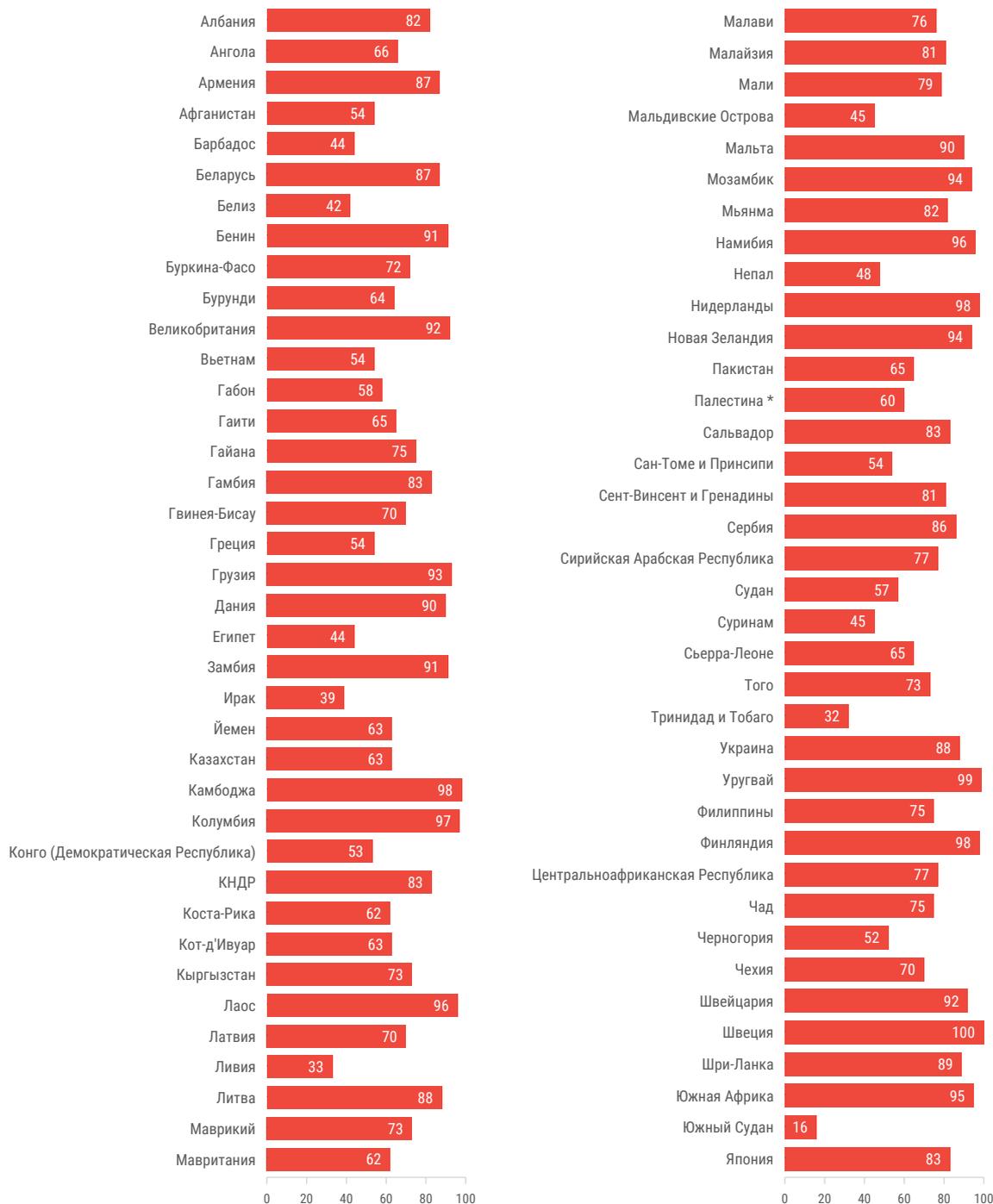
В рамках общего показателя количество стран, предоставивших доклады в каждом разделе, различается: 79 стран — по вопросам охраны материнства, 104 страны — по вопросам в области контрацепции, 98 стран — по вопросам сексуального просвещения и 101 страна — по вопросам, связанным с ВИЧ и вирусом папилломы человека (ВПЧ).

В 75 странах, представивших полные данные, в среднем действовало 73% законов и нормативных актов, необходимых для обеспечения полного и равного доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью и правам. Однако 20% стран, где действует вспомогательное законодательство, также имеют множественную правовую систему, что говорит о том, что не все в этих странах пользуются вспомогательными законами.

Около 80% стран, располагающих данными, сообщают о наличии законов, направленных на защиту или поддержку сексуального здоровья и благополучия. Около 75% респондентов сообщили о наличии законов и нормативных актов, необходимых для обеспечения полного и равного доступа к противозачаточным средствам. Около 71% стран разработали законы, гарантирующие доступ к общей «охране материнства», который может включать в себя услуги по охране материнства и пособия, аборт или уход после аборта, а в 56% стран утверждают, что у них есть законы, поддерживающие комплексное сексуальное образование.

ДИАГРАММА 9

Совокупное значение (в процентах) показателя 5.6.2 по 13 компонентам сексуального и репродуктивного здоровья по странам



* 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, в которой предоставила Палестине «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

ДИАГРАММА 10

Степень, в которой страны, территории и регионы обладают законами и нормативными актами, гарантирующими полный и равный доступ женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше к медицинским услугам, информации и образованию в области сексуального и репродуктивного здоровья (данные представлены в виде процентов)

	Охрана материнства					Услуги в области контрацепции				Сексуальное образование			Вопросы ВИЧ и ВПЧ					Общее значение для всех категорий, показатель ЦУР 5.6.2
	Охрана материнства	Жизненно важные товары	Аборты	Уход после аборта	Среднее значение по категории	Услуги в области контрацепции	Согласие на использование контрацепции	Экстренная контрацепция	Среднее значение по категории	Законодательство в области сексуального образования	Темы, охватываемые программой сексуального образования	Среднее значение по категории	Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	Услуги по лечению и уходу при ВИЧ	Конфиденциальность при ВИЧ	Вакцина против ВПЧ	Среднее значение по категории	
Афганистан	100	92	0	100	73	60	0	50	37	0	0	0	100	100	100	0	75	54
Австралия	100	–	0	100	–	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Албания	100	77	50	100	82	80	100	75	85	100	100	100	80	100	100	0	70	82
Ангола	100	62	0	100	65	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	66
Антигуа и Барбуда	–	85	0	100	–	0	100	0	33	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Армения	75	100	100	100	94	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	87
Бангладеш	0	85	–	100	–	0	0	0	0	100	88	94	40	40	75	0	39	–
Барбадос	100	77	75	0	63	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	0	65	44
Беларусь	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	0	69	87
Белиз	0	100	0	100	50	0	0	0	0	0	100	50	60	80	100	0	60	42
Бельгия	–	–	100	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Бенин	100	100	50	100	88	80	100	50	77	100	100	100	100	100	100	100	100	91
Ботсвана	100	92	–	0	–	80	100	100	93	100	88	94	40	80	100	100	80	–
Буркина-Фасо	75	100	0	100	69	80	0	75	52	100	50	75	60	100	100	100	90	72
Бурунди	75	92	50	100	79	40	0	75	38	0	100	50	100	100	100	0	75	64
Вьетнам	50	77	25	0	38	80	0	75	52	0	100	50	100	100	100	0	75	54
Габон	100	100	0	100	75	40	0	25	22	100	100	100	40	100	50	0	48	58
Гаити	100	92	0	100	73	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Гайана	100	92	75	100	92	60	100	50	70	100	100	100	60	60	75	0	49	75
Гамбия	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	40	20	100	100	65	83
Гватемала	100	85	–	0	–	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	0	65	–
Гвинея	100	100	–	100	–	100	100	100	100	–	100	–	100	100	100	0	75	–
Гвинея-Бисау	100	100	100	0	75	80	100	75	85	0	100	50	80	80	100	0	65	70
Германия	100	46	50	75	68	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	100	100	–
Гондурас	50	–	-25	0	–	80	100	0	60	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Греция	100	62	75	0	59	100	0	0	33	0	0	0	80	80	100	100	90	54
Грузия	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	88	94	80	80	100	100	90	93
Дания	100	100	50	100	88	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	100	90	90
Демократическая Республика Конго	100	92	–	100	–	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	0	75	–

	Охрана материнства					Услуги в области контрацепции				Сексуальное образование			Вопросы ВИЧ и ВПЧ					Общее значение для всех категорий, показатель ЦУР 5.6.2
	Охрана материнства	Жизненно важные товары	Аборты	Уход после аборта	Среднее значение по категории	Услуги в области контрацепции	Согласие на использование контрацепции	Экстренная контрацепция	Среднее значение по категории	Законодательство в области программы сексуального образования	Темы, охватываемые программой сексуального образования	Среднее значение по категории	Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	Услуги по лечению и уходу при ВИЧ	Конфиденциальность при ВИЧ	Вакцина против ВПЧ	Среднее значение по категории	
Египет	100	54	-50	100	51	60	0	50	37	0	0	0	80	80	100	0	65	44
Замбия	100	100	50	100	88	60	100	75	78	100	100	100	100	100	100	100	100	91
Индия	-	85	75	-	-	100	100	100	100	0	0	0	60	100	100	-	-	-
Ирак	75	77	0	0	38	80	0	0	27	0	0	0	80	100	100	0	70	39
Иран (Исламская Республика)	100	100	0	-	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Йемен	25	100	0	100	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Казахстан	75	69	75	100	80	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Камбоджа	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Камерун (Республика)	100	92	25	100	79	100	100	100	100	0	0	0	-	-	-	0	-	-
Китай	100	62	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	0	75	-
Колумбия	100	92	75	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97
Конго	100	100	-25	0	44	100	100	75	92	0	0	0	60	80	100	0	60	53
Корейская Народно-Демократическая Республика	75	77	100	100	88	100	100	100	100	100	25	63	100	100	100	0	75	83
Коста-Рика	100	77	25	0	50	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Кот-д'Ивуар	100	100	25	0	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Кыргызстан	100	92	50	50	73	60	100	50	70	100	88	94	60	100	100	0	65	73
Лаосская Народно-Демократическая Республика	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Латвия	100	31	75	0	51	0	100	0	33	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Либерия	100	92	-	100	-	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Ливия	75	77	-25	0	32	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	33
Литва	100	92	75	100	92	80	100	75	85	100	100	100	60	60	100	100	80	88
Маврикий	100	85	50	100	84	60	100	50	70	0	0	0	100	100	100	100	100	73
Мавритания	50	85	-25	0	27	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Малави	25	100	-50	75	38	80	100	100	93	100	100	100	80	80	100	100	90	76
Малайзия	75	77	-25	75	50	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	81
Мали	100	100	50	100	88	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	100	100	79
Мальдивские Острова	0	92	25	0	29	0	0	0	0	100	63	81	100	100	100	0	75	45
Мальта	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
Мексика	100	-	-	0	-	100	100	100	100	100	88	94	-	-	-	100	-	-
Мозамбик	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Мьянма	100	92	-25	100	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	82
Намибия	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Непал	100	77	50	100	82	100	100	0	67	0	0	0	0	0	100	0	25	48

	Охрана материнства					Услуги в области контрацепции				Сексуальное образование			Вопросы ВИЧ и ВПЧ					Общее значение для всех категорий, показатель ЦУР 5.6.2
	Охрана материнства	Жизненно важные товары	Аборты	Уход после аборта	Среднее значение по категории	Услуги в области контрацепции	Согласие на использование контрацепции	Экстренная контрацепция	Среднее значение по категории	Законодательство в области программы сексуального образования	Темы, охватываемые программой сексуального образования	Среднее значение по категории	Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	Услуги по лечению и уходу при ВИЧ	Конфиденциальность при ВИЧ	Вакцина против ВПЧ	Среднее значение по категории	
Нигер	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	95	–
Нигерия	–	100	75	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Нидерланды	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Новая Зеландия	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Объединенная Республика Танзания	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Пакистан	100	92	-50	100	61	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Палестина*	100	77	-50	100	57	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	60
Перу	100	–	–	100	–	80	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Республика Молдова	75	100	75	100	88	100	100	0	67	100	–	–	80	80	75	100	84	–
Российская Федерация	100	77	–	100	–	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Румыния	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	–	–	–	–	–	–
Сальвадор	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	83
Сан-Томе и Принсипи	0	100	0	100	50	0	0	0	0	100	0	50	100	100	100	100	100	54
Саудовская Аравия	75	–	–	–	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Сенегал	25	92	–	100	–	40	0	25	22	0	0	0	40	80	75	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	100	62	25	100	72	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	81
Сент-Люсия	100	92	–	100	–	60	100	50	70	100	100	100	80	80	75	100	84	–
Сербия	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	0	50	100	100	100	100	100	86
Сирийская Арабская Республика	100	85	-50	100	59	80	100	100	93	100	88	94	100	100	100	0	75	77
Словения	100	54	–	100	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	–
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Сомали	0	85	–	100	–	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Судан	100	85	25	100	77	60	0	75	45	0	0	0	100	100	100	0	75	57
Суринам	100	62	0	0	40	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	100	90	45
Сьерра-Леоне	100	100	50	0	63	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Того	100	100	50	100	88	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	73
Тринидад и Тобаго	25	85	0	25	34	0	0	0	0	100	100	100	40	40	0	0	20	32
Тунис	100	100	–	100	–	100	–	–	–	0	0	0	0	0	75	0	19	–
Турция	100	100	0	100	75	80	100	75	85	–	–	–	80	100	100	0	70	–
Узбекистан	100	69	75	–	–	100	100	0	67	–	–	–	–	–	–	0	–	–
Украина	100	69	75	100	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	88
Уругвай	100	85	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99

	Охрана материнства					Услуги в области контрацепции				Сексуальное образование			Вопросы ВИЧ и ВПЧ				Общее значение для всех категорий, показатель ЦУР 5.6.2	
	Охрана материнства	Жизненно важные товары	Аборты	Уход после аборта	Среднее значение по категории	Услуги в области контрацепции	Согласие на использование контрацепции	Экстренная контрацепция	Среднее значение по категории	Законодательство в области программы сексуального образования	Темы, охватываемые программой сексуального образования	Среднее значение по категории	Услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	Услуги по лечению и уходу при ВИЧ	Конфиденциальность при ВИЧ	Вакцина против ВПЧ		Среднее значение по категории
Филиппины	100	77	-25	100	63	60	100	0	53	100	100	100	80	80	100	100	90	75
Финляндия	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Центральноафриканская Республика	100	100	0	100	75	60	100	50	70	100	88	94	100	100	100	0	75	77
Чад	100	100	75	100	94	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	75
Черногория	75	100	75	75	81	60	0	50	37	0	0	0	80	80	75	0	59	52
Чехия	100	15	100	100	79	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Швейцария	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Швеция	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Шри-Ланка	100	77	-25	100	63	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89
Экваториальная Гвинея	-	100	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Южная Африка	100	100	75	100	94	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	95
Южный Судан	0	100	0	0	25	20	0	0	7	0	88	44	0	0	0	0	0	16
Япония	100	85	0	0	46	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	83

Источник: Фонд ООН в области народонаселения, глобальные базы данных, 2020 г. На основе официальных ответов на проводимый ООН 12-й опрос правительств по вопросам народонаселения и развития.

Отрицательные значения свидетельствуют о существовании больше правовых ограничений, чем законов, направленных на поддержку. Это может означать, например, что страна или территория имеет ограничения на аборты, такие как необходимость для замужней женщины получить согласие мужа на аборт, и это криминализирует аборт.

«-» означает отсутствующие данные

* 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, в которой предоставила Палестине «статус государства-наблюдателя в Организации Объединенных Наций, не являющегося ее членом...».

Анализ общих значений показателя 5.6.2 показывает, что эффективность стран не зависит от уровня дохода. Страны с любым уровнем дохода могут создать благоприятную нормативно-правовую среду (диаграмма 11).

Сексуальное здоровье и благополучие

В контексте ВИЧ почти все страны сообщили о законах и нормативных актах, гарантирующих доступ к добровольным услугам по консультированию и тестированию на ВИЧ, лечению и уходу, а также защите конфиденциальной информации. Но в некоторых из этих стран множественность правовых систем может препятствовать доступу, а некоторые имеют возрастные ограничения или требуют согласия третьей стороны.

Немногим более 50% стран, представивших доклады, обладают законами или нормативными актами, гарантирующими доступ девочек-подростков к вакцине против ВПЧ. Недавний обзор опыта внедрения вакцин против ВПЧ в 45 странах с низким и средним уровнем дохода показал, что успех зависит прежде всего от обеспечения политической воли и финансирования, но также требует тщательного планирования, социальной мобилизации и четких коммуникаций (Howard and others, 2017).

Средства контрацепции и планирование семьи

Девяносто один процент из 104 стран сообщили о наличии законов и нормативных актов, гарантирующих доступ к услугам

контрацепции, однако в ряде этих стран доступ зависит от минимального возраста, разрешения третьей стороны и семейного положения.

В 12% из 104 стран, где законы защищают доступ к услугам контрацепции, множественные правовые системы противоречат разрешающим законам и нормативным актам. Хотя 87% представивших доклады стран сообщили о наличии законов и нормативных актов, обеспечивающих полное, свободное и осознанное согласие отдельных лиц до получения противозачаточных услуг, включая стерилизацию, 9% этих стран сообщили о множественности правовых систем, противоречащих этим законам.

Охрана материнства

Аспект охраны материнства показателя 5.6.2 охватывает четыре компонента: законы, гарантирующие доступ к услугам по охране материнства, жизненно важные лекарства и оборудование или «товары», аборт и уход после абортов. Данные по каждому из них рассмотрены ниже.

Девяносто пять процентов из 79 стран сообщили о наличии законов и нормативных актов, гарантирующих доступ к охране материнства. Однако доступ к услугам в некоторых из этих стран зависит от семейного положения, возраста и разрешения третьей стороны, такой как родитель или супруг.

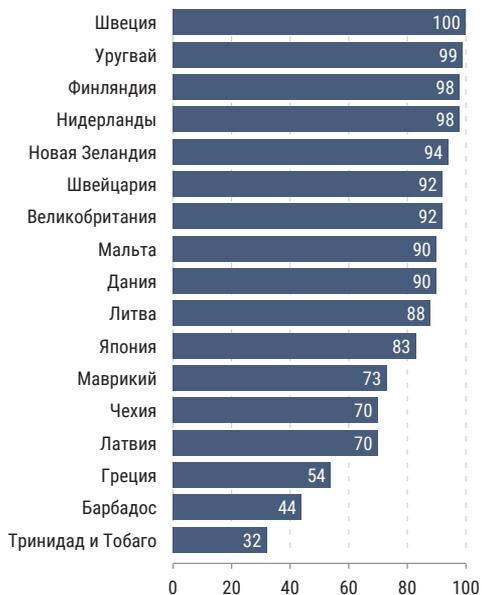
Только 44% этих стран сообщили, что их национальный перечень основных лекарственных средств включает все 13 товаров, которые Комиссия Организации Объединенных Наций по жизненно важным товарам для женщин и детей считает «жизненно важными» для охраны репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей. Из 13 товаров, включенных в этот список, три являются контрацептивами. Это женские презервативы, противозачаточные имплантаты и экстренная контрацепция. В национальные перечни основных лекарственных средств они включались гораздо реже, чем любое из остальных 10 товаров.



ДИАГРАММА 11

Общие значения показателя 5.6.2 показывают, что наличие поддерживающих законов и нормативных актов в области сексуального и репродуктивного здоровья не зависит от уровня дохода страны (оценки представлены в процентах)

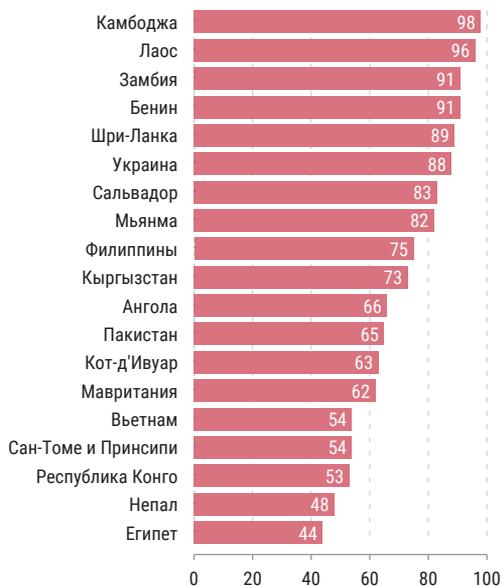
СТРАНЫ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ



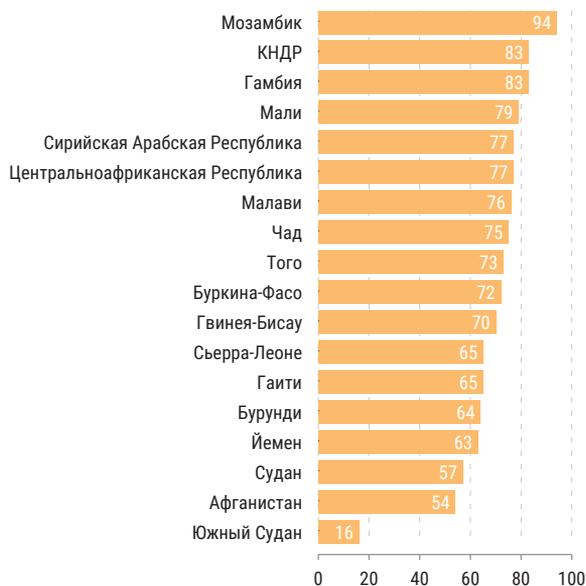
СТРАНЫ С УРОВНЕМ ДОХОДОВ ВЫШЕ СРЕДНЕГО



СТРАНЫ С УРОВНЕМ ДОХОДОВ НИЖЕ СРЕДНЕГО



СТРАНЫ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ



ПОМИМО ЗАКОНА: реальность **неравного** доступа к абортам

«Одну женщину привезли из отдаленной деревни, и она была в очень тяжелом состоянии... Она сама пыталась сделать аборт, — вспоминает Нурие Ортайлы, работавшая акушером-гинекологом в Турции в 1980-е и 1990-е годы. — Все, и молодые люди, и старше, боролись за ее жизнь больше 12 часов, почти сутки. Мы сделали все возможное. Но она умерла».

При этом история д-ра Ортайлы не о незаконном, подпольном аборте. В то время услуги по безопасному аборту были легально доступны в Турции. «Если бы она могла приехать в больницу... процедура была доступна под местной анестезией», — говорит она. Вместо этого ее история рассказывает о реальности,

с которой сталкиваются женщины и медицинские работники во всем мире: аборт часто проводится даже в тех местах, где эта процедура строго ограничена или запрещена (Bearak and others, 2020), и женщинам регулярно отказывают в доступе к безопасному аборту даже в тех местах, где он разрешен законом (Gerdtz and others, 2015). Таким образом, независимо от закона, часто другие факторы, такие, как экономические ресурсы, удаленность от услуг или социальные нормы, определяют, сможет ли женщина получить доступ к безопасному аборту.

Д-р Ортайлы сталкивалась с этим явлением как в качестве врача в Турции, так и в качестве руководителя программ и консультанта

по репродуктивному здоровью для организаций здравоохранения, включая ЮНФПА, в Восточной Европе, на Ближнем Востоке, в Западной Африке и Америке. «Мы наблюдаем это снова и снова. Независимо от правового статуса аборт в стране, женщины принимают эти решения и находят способ провести процедуру, — сказала она. — Более обеспеченные обладают лучшим здоровьем, потому что у них есть возможности, у них есть деньги, у них есть связи. Те, кто находится в неблагоприятном экономическом, социальном или культурном положении, страдают больше».

И наоборот: даже когда аборт в Ирландии были запрещены, большинство

«Независимо от правового статуса аборт в стране, женщины принимают эти решения и находят способ провести процедуру».



Вне зависимости от правового статуса аборта, женщины, имеющие средства, как правило, находят способ сделать процедуру, тогда как женщины, не имеющие средств, сталкиваются с повышенными рисками. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — JESHOOOTS на Unsplash.

женщин могли позволить себе выехать за границу, чтобы получить эту услугу. «В очень многих случаях, если женщины решились на аборт, они в итоге могли это сделать», — сказала Кейтриона Хенчион, медицинский директор

Ирландской ассоциации планирования семьи.

Для многих, даже для большинства женщин закон не запрещает аборт, но «часто проходит слишком много времени прежде, чем женщина

получает возможность воспользоваться услугой, — поясняет д-р Хенчион. — Все время ожидания — это период, когда они испытывали серьезный стресс и беспокойство... [и] очевидно, ожидание повышало риск проведения процедуры».

Те, кто не мог сделать аборт за рубежом, представляли «относительно небольшую группу», — сказала она, — «в частности это были женщины, которые либо плохо говорили по-английски, либо не имели полного гражданства и соответствующих прав» (таких, как возможность легко покинуть страну и вернуться), «подростки, которым могло потребоваться согласие родителей, люди, у которых вообще не было денег на поездки... или люди, у которых не было никого, кому они могли бы рассказать [о беременности], или никого, кто мог бы им помочь».

Хотя д-р Хенчион не имела права делать аборт в то время, она могла и действительно выполняла уход после аборта, как правило после того, как женщины незаконно получали таблетки для проведения медицинского аборта. «В большинстве случаев это безопасно и просто, и у людей не бывает проблем или осложнений», — объяснила она, поэтому только часть абортов, выполненных таким образом, попала в поле зрения системы здравоохранения. Тем не менее, «достаточно регулярно» ей приходилось принимать пациентов с сильным или длительным кровотечением и «женщин, которые, возможно, принимали таблетки для аборта дома на более позднем сроке беременности, чем

они думали, или чем следовало в случае подобной процедуры».

По воспоминаниям д-ра Хенчион, эти обстоятельства становились для врачей испытанием. Иногда пациентки буквально выпрашивали информацию об аборте или рекомендации, которые она по закону не могла предоставить. В конце концов, правила приводили к одному результату в случае обеспеченных людей и к совершенно противоположному в случае тех, у кого не хватало ресурсов. «Я всегда это чувствовала», — сказала она. Она была ведущим сторонником легализации абортов в Ирландии, изменения, которое произошло после референдума в 2018 году.

Но даже сегодня те, кто находится в наиболее неблагоприятном положении, продолжают сталкиваться с более высокими барьерами и большими рисками. «В некоторых частях страны доступ к поставщикам услуг почти отсутствует», — заявила д-р Хенчион. Некоторым женщинам все еще приходится уезжать, чтобы получить доступ к безопасному аборту, что влечет за собой все связанные с этим задержки и расходы. Нелегальные иммигранты и люди, не говорящие по-английски, также продолжают сталкиваться с проблемами.

Д-р Ортайлы описала похожее разочарование. «У меня была частная практика в течение семи или восьми лет в Стамбуле, и у меня было много клиентов, приезжающих из региона Персидского залива, где существует больше ограничений [для абортов]. Конечно, эти женщины были из числа тех, кто мог себе это позволить». В то же время она знала, что уязвимые женщины в ее собственной стране изо всех сил пытаются получить такой же уровень ухода, будь то из-за расстояния до услуг или из-за правил, требующих разрешение супруга. «Я видела, как иногда мужчины использовали это как оружие против женщин. Например, если женщина хочет развестись, но забеременела, и он не позволяет ей сделать аборт, чтобы привязать ее к себе».

Тем не менее, она была рада тому, что в Турции есть легальная возможность прервать беременность, даже если доступ к ней есть не у всех. Она помнит, какую утрату испытала, когда ее пациентка умерла после небезопасного аборта. Более опытный врач рассказал ей, что раньше бывало и хуже. «Он сказал, что до либерализации закона [об абортах] в том же отделении мы теряли две или три женщины с похожими случаями каждую неделю».

И как это ни парадоксально, д-р Хенчион говорит,

что легализация аборт в Ирландии дала многим женщинам еще одно право: право изменить свое мнение. Раньше, когда женщинам приходилось ездить за границу, чтобы сделать аборт, они могли чувствовать себя обязанными пройти процедуру, потратив время и ресурсы на ее организацию. «Давление, которое оказывала на них необходимость принять решение, было огромным... Это был единственный шанс получить услугу». Но сегодня, говорит она, «вы действительно можете дать людям всю информацию, время и возможность подумать».

Она говорит, что эти изменения имеют еще большее значение сейчас, во время пандемии COVID-19. «Если подумать обо всех ограничениях на перемещение, [связанных с пандемией], мы бы столкнулись с куда более серьезными ситуациями, если бы не легализация... Было много кризисных беременностей из-за COVID, люди, которые, возможно, потеряли работу или их положение полностью изменилось, но они все еще могут получить доступ к этой услуге».

Девяносто три процента из 79 стран сообщили, что аборт является законным по некоторым или всем основаниям, причем около 90% из них допускают аборт для спасения жизни женщины, около 80% — для сохранения физического здоровья женщины или в случаях нарушения развития плода и чуть более 60% — в случаях изнасилования.

Наиболее часто упоминаемым ограничением на аборт в этих странах является требование разрешения медицинского работника. Это ограничение может быть истолковано как дискриминация в отношении людей, которые сталкиваются с препятствиями в доступе к медицинским услугам в целом или чьи медицинские работники отказываются делать аборт из-за личных или преобладающих общественных убеждений против этой процедуры. Медикаментозный аборт — это один из безопасных вариантов процедуры, который не обязательно требует непосредственного участия врача. При этом типе аборта консультации могут предоставляться непрофессионалом в аптеках, где выдаются таблетки, другими медицинскими работниками или через телемедицину и горячие линии по безопасному аборту.

Страны, где женщины могут легально получить доступ к услугам по аборт и имеют доступ к информации и ко всем методам контрацепции, имеют самые низкие показатели аборт (UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017). Одно исследование, основанное на данных из 61 страны, показало, что в странах, где аборт полностью запрещены или разрешены только для спасения жизни женщины или ее физического здоровья, только 25% аборт были безопасными. В странах, где аборт легальны и оснований для их проведения больше, почти 90% аборт были безопасными (Ganatra and others, 2017).

Аборты считаются безопасными, когда они проводятся методом, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения, соответствующим продолжительности беременности, и когда лицо, осуществляющее аборт, обладает необходимыми навыками. Такие аборты могут быть совершены с помощью таблеток (медицинские аборты) или с помощью амбулаторных процедур.

В международных декларациях, таких как Программа действий МКНР, говорится, что уход после аборта должен быть общедоступным независимо от правового статуса аборта. Однако только около 80% из 79 стран, располагающих данными, обладают законами или нормативными актами, обеспечивающими доступ к уходу после аборта независимо от правового статуса аборта. Это несоответствие между международными правовыми рамками и национальными законами в некоторых странах создает пробелы в услугах, которые могут способствовать повышению материнской смертности и заболеваемости.

Комплексное сексуальное образование и информация

Только в 62% стран, представивших доклады, существуют законы, нормативные акты или национальная политика, которые делают комплексное сексуальное образование обязательным компонентом национальных школьных программ.

Ограничения показателя

Ни один отдельный показатель не может охватить все вопросы с точки зрения правовой и нормативной среды. Сложность этих рамок на бумаге, с многочисленными законами и нормативными актами, влияющими на результаты здравоохранения, и долгий путь от существования законов до их полного осуществления делают это невозможным. В результате существует мало четких связей между эффективностью страны

по показателю 5.6.2 и соответствующими результатами в области сексуального и репродуктивного здоровья в этой стране. Данные показателя 5.6.2 служат отправной точкой для более глубокого изучения сильных и слабых сторон законов и нормативных актов, существующих на бумаге, и их применения.

Все законы и нормативные акты, оцениваемые по показателю 5.6.2, относятся только к сфере предложения медицинских услуг, что рисует критическую, но неполную картину. Необходимо также более глубокое понимание законов и многих других факторов, которые поддерживают или ограничивают автономию и расширение прав и возможностей женщин в целом, а также того, как эти факторы более непосредственно влияют на принятие решений индивидом в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья.

Кроме того, показатель 5.6.2 охватывает лишь некоторые области здоровья, связанные с телесной автономией. Этот показатель не охватывает законы, регулирующие другие важные вопросы, такие как изнасилование в браке, самоопределение в гендерной идентичности, операции на половых органах в случае интерсексуальных младенцев и однополая сексуальная активность.

Другие законы, регулирующие предоставление медицинских услуг, также имеют отношение к телесной автономии, но не включены в показатель 5.6.2. Эти законы включают положения о недискриминации, неприкосновенности частной жизни и доступе к правосудию. Например, там, где идентификация или профессия людей могут быть криминализованы, например, трансгендеры или секс-работники, стигматизация и дискриминация в медицинских учреждениях часто широко распространены и действуют как барьер для доступа к услугам, которые могут играть определенную роль в защите телесной автономии (Global Commission on HIV and the Law, 2012).

Недавние правовые реформы становятся залогом перемен

Страны по всему миру принимают законы и нормативные акты с целью гарантировать полное и равное сексуальное и репродуктивное здоровье и права. Хотя влияние этих позитивных изменений еще предстоит оценить, они являются важными первыми шагами на пути к обеспечению телесной автономии.

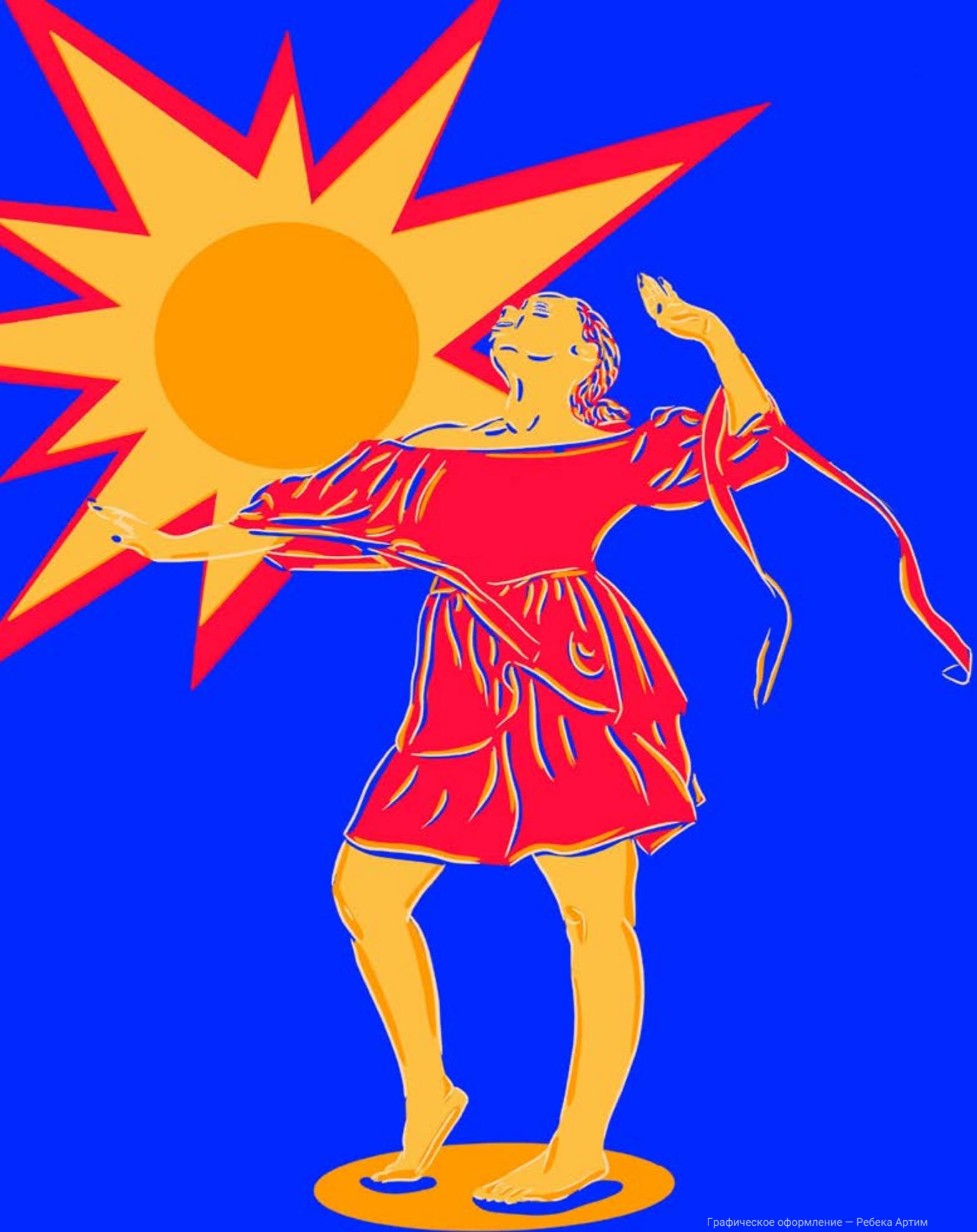
В Тунисе, например, изнасилование в браке когда-то не считалось преступлением. Однако в 2017 году парламент страны принял всеобъемлющий закон о гендерном насилии, который включал явную криминализацию изнасилования в браке. Новый закон также устранил существовавшую ранее лазейку, которая позволяла насильникам избежать наказания, если они женились на женщине (или девушке), которую они изнасиловали (McCormick-Cavanagh, 2017).

На Мальте Закон о гендерной идентичности, гендерном выражении и половых характеристиках 2015 года признал право на «физическую неприкосновенность и физическую

автономию» как часть права на гендерную идентичность. Закон запрещает «любое лечение, связанное с полом, и/или хирургическое вмешательство, связанное с половыми признаками несовершеннолетнего, если лечение и/или вмешательство может быть отложено до тех пор, пока лицо, подлежащее лечению, не даст информированного согласия» (Cabral, 2015).

В Ирландии в 2015 году был принят закон, позволяющий трансгендерам старше 18 лет самостоятельно заявлять о своем поле без необходимости получения медицинской справки или других вмешательств со стороны государственных органов (Transgender Europe, 2015). Ирландия стала четвертой страной в мире после Дании, Мальты и Аргентины, которая ввела такой закон (Heidari, 2015).

Тогда как Ботсвана в 2019 году стала последней страной в Африке, которая декриминализовала однополое сексуальное поведение или действия среди взрослых по обоюдному согласию, ссылаясь на права на неприкосновенность частной жизни, достоинство и недискриминацию (Esterhuizen, 2019).



ПРАВО СКАЗАТЬ «ДА», ПРАВО СКАЗАТЬ «НЕТ»

Достижение телесной автономии зависит от гендерного равенства и расширения вариантов выбора и возможностей женщин, девушек и социально изолированных групп населения

Женщины и женские движения всегда знали, что выбор — это основная сила. И что нет более фундаментального выбора, чем тот, который связан с собственным телом.

Утверждение права делать выбор кажется современной концепцией, но именно в 400 году до нашей эры греческий гинеколог Агнодика отказалась признать закон, запрещающий женщинам работать врачами и лишаящий женщин права выбора. Ее привлекли к суду за лечение пациентов, она выиграла дело, и закон был отменен. Столетия, прошедшие с тех пор, эхом отдавались голосам женщин, настаивающих на автономии и выборе, вплоть до женских движений последних десятилетий, которые утверждали, что «мое тело — мое дело» является объединяющим лозунгом.

Телесная автономия включает в себя множество вопросов, но все они сводятся к способности принимать собственные решения. Отслеживание телесной автономии в рамках Целей в области устойчивого развития подчеркивает три важнейших аспекта: способность принимать собственные решения по вопросам здравоохранения, контрацепции и секса. Но на эти решения влияют и многие другие вопросы. Без устранения лежащего в основе выбора барьера, то есть гендерной дискриминации, которая вплетена в ткань наших обществ, экономики и политических механизмов и поддерживается привилегиями и властью, по-прежнему в основном принадлежащими мужчинам, будет достигнут лишь незначительный прогресс.

Полномочия делать выбор так важны, потому что они лежат в основе многих других прав и потому что преимущества обладания ими сказываются на многих аспектах. Женщина, которая может самостоятельно принимать решения о сексе, контрацепции и репродуктивном здоровье, также, вероятно, будет обладать лучшим здоровьем в целом, владеть собственностью, заниматься деятельностью, приносящей доход, иметь больше свободного времени и избегать насилия по признаку пола. Если она решит родить детей, они, скорее всего, будут здоровы (UNFPA, 2020с).

Нет никаких сомнений в том, что сегодня женщины и девочки меньше сталкиваются с гендерной дискриминацией. Достижения в области гендерного равенства и выбора, доступного женщинам и девочкам, очевидны повсеместно. И все же цель равенства и права принимать решения далека от реализации. Женщины и девочки постоянно сталкиваются с вопиющими нарушениями своих прав, особенно если они также подвергаются дискриминации по признаку расы, возраста, сексуальной ориентации, дохода или инвалидности.

**ПОЛНОМОЧИЯ ДЕЛАТЬ
ВЫБОР ТАК ВАЖНЫ,
ПОТОМУ ЧТО ОНИ ЛЕЖАТ
В ОСНОВЕ МНОГИХ
ДРУГИХ ПРАВ И ПОТОМУ
ЧТО ПРЕИМУЩЕСТВА
ОБЛАДАНИЯ ИМИ
СКАЗЫВАЮТСЯ НА
МНОГИХ АСПЕКТАХ**

Способность принимать значимые решения зависит как от наделенных полномочиями людей, обладающих информацией и возможностями, так и от окружающей среды, от семьи до правовых систем, которая полностью поддерживает и уважает индивидуальный выбор. Эти две концепции лежат в основе Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), Пекинской декларации и Платформы действий. Эти понятия также отражены в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и Найробийском заявлении по МКП-25 на 2019 год, в котором содержится призыв защищать и обеспечивать «право всех людей на физическую неприкосновенность, автономию и репродуктивные права, а также обеспечивать доступ к основным услугам в поддержку этих прав».

Такие обязательства в настоящее время служат лакмусовыми бумажками для новой глобальной кампании «Поколение равенства», мобилизующейся вокруг двадцать пятой годовщины Пекинской платформы и направленной на достижение гендерного равенства к 2030 году. Объединяя людей вне зависимости от возраста и происхождения, которые открыто и страстно призывают к переменам, «Поколение равенства» получает шанс увидеть, как отныне и навсегда автономия и выбор есть у каждого. Что необходимо для достижения этой цели?

Автономия зависит от гендерного равенства

Достижение телесной автономии для женщин и девочек зависит прежде всего от достижения гендерного равенства. Хотя это смелая цель, гендерное равенство также согласовано на международном уровне в качестве пятой Цели в области устойчивого развития и цели Пекинской декларации и Платформы действий. Все страны могут сделать больше для

достижения гендерного равенства, поскольку ни одна из них еще не достигла его.

Правительства должны играть ведущую роль в достижении этой цели. Выполняя свои обязательства по договорам в области прав человека, таким как Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Конвенция о правах ребенка, правительства могут изменить социальные, политические, институциональные и экономические структуры, которые укрепляются и процветают на основе норм гендерного неравенства.

Одним из основополагающих достижений является искоренение неравенства в гражданских службах, законодательных органах и на руководящих должностях, с тем чтобы перспективы женщин определяли и направляли политику и нормативные акты, влияющие на права и выбор женщин. Некоторые страны добились значительных успехов в привлечении большего числа женщин на выборные должности, в том числе за счет использования квот и других специальных мер. Но такие сдвиги могут оказывать большее воздействие, только когда они сопровождаются более эффективными и адекватно финансируемыми системами, институтами или «механизмами», как они называются в Пекинской Платформе действий, для содействия гендерному равенству.

В настоящее время многие национальные механизмы обеспечения гендерного равенства плохо финансируются или финансируются странами-донорами, приоритеты которых могут не совпадать с приоритетами развивающихся стран. И хотя около трех четвертей стран утверждают, что гендерное равенство занимает центральное место в их национальной стратегии реализации Целей в области устойчивого развития, только половина из них вовлекает национальные учреждения по вопросам гендерного равенства в разработку этих стратегий (UN ECOSOC, 2019).

Все большее число правительств, начиная со Швеции в 2014 году, приняли «феминистскую внешнюю политику». Такая политика, по мнению Центра феминистской внешней политики, представляет собой «многоаспектную политическую основу, направленную на повышение опыта и возможностей женщин и маргинализированных групп...». Несмотря на обнадеживающее развитие событий, феминистская внешняя политика будет иметь значение только в том случае, если она выйдет за рамки «фем-пиара», где риторика не соответствует реальности.

Следует начать с официального международного развития и гуманитарной помощи. В 2018 году только около 4% от общего объема помощи, предоставленной 30 крупнейшими донорами, поддерживали программы, главной целью которых было обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин.

Забегая вперед, можно сказать, что неотложный вопрос, скорее всего, будет вращаться вокруг рекордных уровней государственного долга. Многие страны находятся на пороге новой волны жесткой бюджетной экономии, затронувшей, по одной из оценок до пандемии, почти три четверти женщин и девочек во всем мире. Решения о таких мерах жесткой экономии редко отражают приверженность гендерному равенству. Они, как правило, сокращают государственные услуги, заработную плату и общее качество занятости, нанося особенно сильный удар по бедным женщинам. Даже в условиях серьезных проблем правительства могут формировать денежно-кредитную и фискальную политику таким образом, чтобы они защищали услуги, необходимые для равенства и автономии, а также содействовали полной занятости и созданию достойной работы (UN ECOSOC, 2019), но это частично потребовало бы свободы в выплатах международного долга, что можно было бы объяснить с помощью феминистской внешней политики.

Реализация телесной автономии – это наша работа в ЮНФПА

Вот уже более 50 лет ЮНФПА является ведущим мировым борцом за право на телесную автономию. Как учреждение Организации Объединенных Наций, занимающееся вопросами сексуального и репродуктивного здоровья, наша миссия заключается в построении мира, в котором каждая беременность желанна, каждые роды безопасны и все молодые люди имеют возможность реализовать свой потенциал. Наши программы действуют в более чем 150 странах и территориях, на которых проживает 80% населения мира, и все они так или иначе способствуют реализации прав и выбора, определяющих автономию.

Для женщин, девочек и молодежи во всем мире ЮНФПА предоставляет доступную и качественную медицинскую помощь, разнообразные современные противозачаточные средства, точную и расширяющую возможности информацию и защиту от вредных практик, таких как ранние браки и все другие формы гендерного насилия.

Мы являемся крупнейшим в мире поставщиком донорских противозачаточных средств в развивающиеся страны. В 2019 эти противозачаточные средства потенциально помогли предотвратить около 14 миллионов непреднамеренных беременностей и 3,9 миллиона небезопасных аборт.

Наша поддержка вариантов охраны материнского здоровья женщин во всем мире особенно существенна в 32 странах пяти регионов с самыми высокими показателями материнской смертности и заболеваемости. В 2019 году 29 000 акушерок получили образование и профессиональную подготовку, а 2700 наставников в области акушерского дела повысили свою квалификацию, расширив доступную и качественную медицинскую помощь для женщин.

Поскольку ранняя беременность часто является следствием недостаточного или полного отсутствия

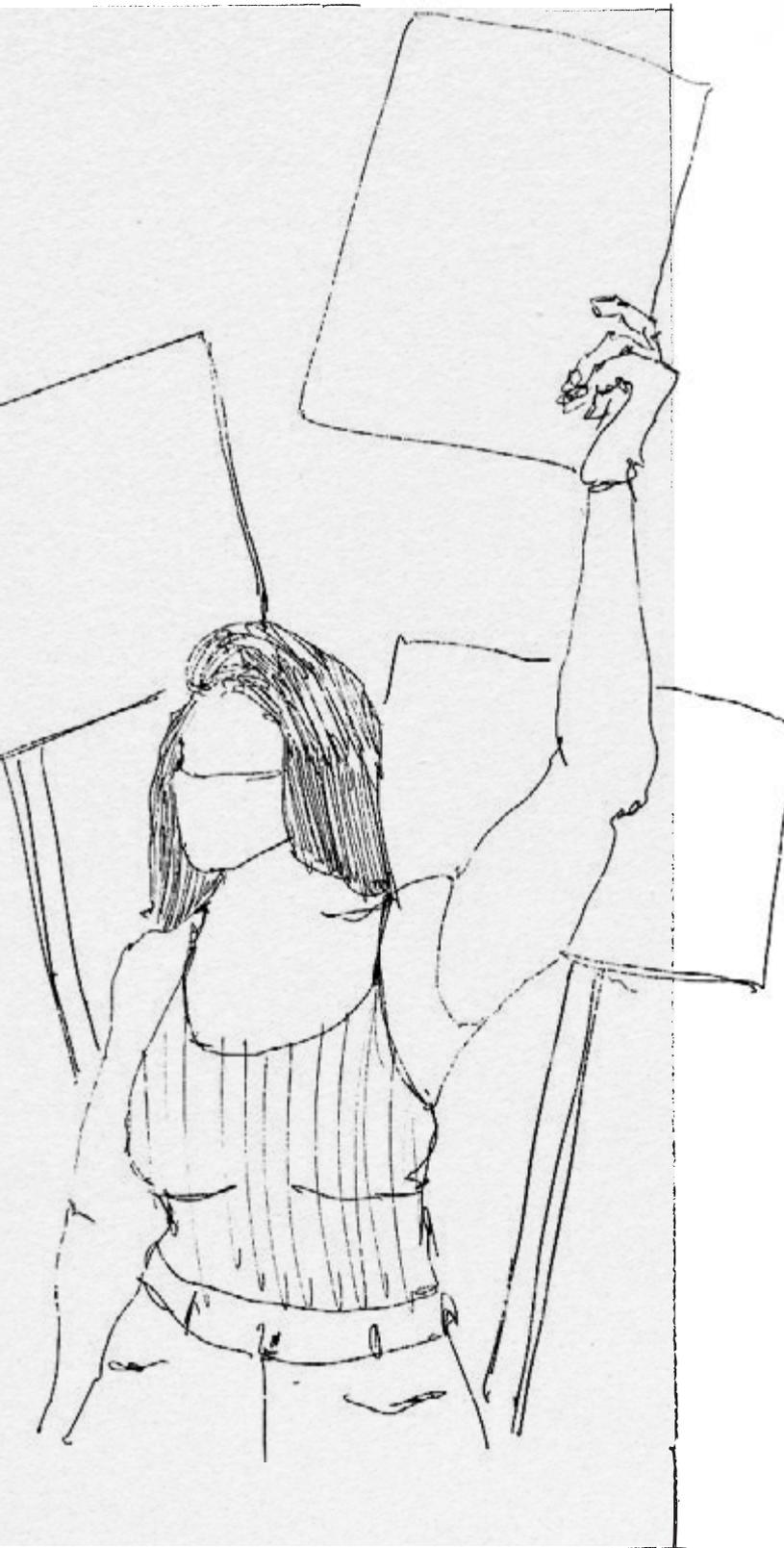
доступа к обучению в школе, информации или медицинскому обслуживанию, ЮНФПА помогает защищать и осуществлять права и выбор девочек-подростков посредством комплексного сексуального образования и пропаганды полного школьного образования среди девочек.

Сотрудничество с ЮНИСЕФ поддерживает крупнейшую в мире глобальную программу по ускорению отказа от калечащих операций на женских половых органах в 17 странах, где эта практика наиболее распространена. Помимо других достижений, программа стала пионером в разработке стратегий изменения социальных норм в сторону прекращения практики, подрывающей физическую неприкосновенность в раннем возрасте.

Сотрудничество с ЮНИСЕФ также поддерживает программы по ликвидации детских браков к 2030 году. Ежегодно этой практике подвергаются до 12 миллионов девочек, что может подорвать их способность принимать решения не только в отношении медицинских услуг, контрацепции и секса, но и в отношении школьного образования, средств к существованию и участия в делах общества.

Являясь одним из ведущих учреждений Организации Объединенных Наций, приверженных делу содействия гендерному равенству и расширению прав и возможностей женщин, ЮНФПА действует в целях защиты жертв гендерного насилия, предоставляя комплекс основных услуг, в том числе в условиях гуманитарных кризисов.

Реализация телесной автономии в некотором смысле является мерой роли ЮНФПА в мире: это наша цель. И только тогда, когда все без исключения женщины и девушки осознают это, наша миссия будет завершена.



Автономия требует устанавливать связи

В настоящем докладе основное внимание уделяется выбору и телесной автономии, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами, в соответствии с некоторыми целями, касающимися гендерного равенства, определенными в рамках Целей в области устойчивого развития. Это важная отправная точка, поскольку способность принимать решения в этих областях может определять решения во многих других сферах жизни. Выбор и телесная автономия женщин скомпрометированы во многих аспектах, однако они тесно взаимосвязаны и взаимно усиливают друг друга. Например, отрасли и целые сектора экономики процветают, потому что женщины выполняют утомительную, плохо оплачиваемую работу в неудовлетворительных условиях труда, которые могут подорвать их здоровье и привести к ранней смерти. Женщины во многих обществах страдают от унижений, если не хуже, от сексуальных домогательств, которые могут определять решения о выборе места жительства или даже посещения общественных мест.

Толчок к рассмотрению различных элементов автономии и многочисленных путей их пересечения дает новая Коалиция действий Организации Объединенных Наций по вопросам телесной автономии, сексуального и репродуктивного здоровья и прав. Являясь неотъемлемой частью подготовки к Форуму «Поколение равенства», посвященному двадцать пятой годовщине Пекинской декларации, коалиция обязана принять амбициозные меры по стимулированию улучшения положения в области прав женщин в течение следующих пяти лет. ЮНФПА — это учреждение Организации Объединенных Наций, принявшее на себя обязанности одного из лидеров коалиции.



Графическое оформление — Кайсэй Нанке

В целом женщины и подростки нуждаются в большем количестве вариантов, которые поддерживают их выбор в непосредственном и практическом плане, например, через равные возможности для получения качественного образования и достойной работы. Но даже меры, изначально предпринятые с благими намерениями, могут потерпеть неудачу, если они не создают связей и не вносят активного вклада в трансформацию систем, усиливающих гендерную дискриминацию. Например, программы предпринимательства для женщин,

популярные во многих кругах и потенциально способные улучшить экономическое благосостояние женщин и их возможности делать выбор, вряд ли могут быть успешными без устранения многочисленных предубеждений на работе и в системах социальной защиты, здравоохранении, пенсионных схемах, доступе к активам и финансовым услугам, доступе к рынкам и защите труда (UN ESCAP and UN Women, 2020).

Автономия требует изменения норм и создания возможностей

Сейчас уже есть успехи в понимании того, как изменять социальные нормы, которые опираются на гендерную и другие формы дискриминации. К ним относятся информационно-пропагандистские и коммуникационные кампании, а также работа в сообществах по повышению осведомленности о том, как все, а именно женщины, мужчины, мальчики и девочки, могут извлечь выгоду из общества, основанного на равенстве полов.

Поддерживаемая ЮНФПА программа MenCare в Грузии может стать моделью, которую другие страны захотят адаптировать к местным условиям. Она поощряет участие мужчин в качестве равноправных отцов и опекунов в целях достижения лучшего здоровья и семейного благополучия, а также призывает мужчин поддерживать гендерное равенство. Это также способствует лучшему общению пар, согласию и общему принятию решений, что, в свою очередь, позволяет активнее поддерживать телесную автономию женщин и девочек.

Подобные шаги должны сочетаться с более широкими, более системными мерами, которые поддерживают и даже стимулируют новые способы мышления. Например, для того чтобы сбалансировать несправедливое бремя неоплачиваемой работы по уходу, возлагаемое на плечи женщин и девочек, необходимо не только

активное участие мужчин и выполнение ими своей справедливой доли работы, но и доступ семей к основным услугам, облегчающим труд такого рода, от качественного ухода за детьми и пожилыми людьми до надежного водоснабжения и электроснабжения.

Автономия зависит от законов, которые разрешают, а не ограничивают

Законы, возможно, и не являются панацеей для устранения нехватки выбора и автономии, но они устанавливают стандарты и обеспечивают подотчетность, гарантируя возможность обратиться за помощью в случае нарушения этих стандартов. Они могут оказать наибольшее воздействие, если согласуются с глобально установленными принципами прав человека и обязательствами, взятыми странами в отношении прав женщин, гендерного равенства и сексуального и репродуктивного здоровья.

В большинстве стран наличие четких конституционных обязательств в отношении прав женщин и гендерного равенства открывает путь к искоренению дискриминации в законодательстве и юридической практике. Тем не менее, в то время как 191 конституция в настоящее время включает некоторые положения о равенстве и недискриминации, только 24 из них содержат самостоятельные положения о правах женщин (UN ECOSOC, 2019).

Четкие конституционные положения, касающиеся применения международных договоров, таких как Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, успешно содействовали продвижению прав женщин, обеспечивая дополнительный источник права для разрешения противоречий внутри страны. Недавний обзор 62 судебных решений в 30 странах показал, что наиболее частые ссылки на Конвенцию содержатся в решениях, касающихся семейного права или семьи, за которыми следуют случаи насилия

по признаку пола. Так становятся нагляднее проблемы, с которыми сталкиваются суды в попытках обеспечить равенство женщин, из-за широко распространенных и практикуемых обычаев (UN Women and IDEA, 2017).

Пересмотр законов на предмет учета гендерных факторов и приведения их в соответствие со стандартами в области прав человека может стать шагом к устранению последних признаков дискриминации и неравенства. В некоторых странах национальное правозащитное учреждение может всесторонне консультировать по вопросам правовой реформы, рассматривая дискриминацию во всех ее формах, а также гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права (UNFPA, 2020c). Такой процесс может способствовать принятию законов, гарантирующих всеобщий доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья без какой-либо дискриминации, если таковые еще не существуют. Это может помочь устранить такие противоречия, как требования о согласии третьей стороны и ограничения, связанные с семейным положением. Необходимо устранить несоответствие между возрастом согласия на сексуальную активность и доступом к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, с тем чтобы подростки, как только они смогут легально заниматься сексом, могли получить доступ к информации и услугам.

Принятие решений должно быть подтверждено юридической практикой

Поскольку дискриминационные социальные нормы проникают в системы правосудия так же эффективно, как и в другие институты общества, они могут привести к дискриминационным результатам, даже если закон полностью соответствует правам человека и гендерному равенству. На самом деле социальный контекст может быть таким же определяющим фактором справедливости, как и сам закон.

В Непале, например, общество крайне патриархально, в нем преобладает острое гендерное неравенство. Для противодействия этим тенденциям и для того, чтобы значимые недавние правовые реформы, поддерживающие гендерное равенство, действительно были осуществлены, страна активно создавала мощные механизмы обеспечения приведения в исполнение и подотчетности. В их число входит Национальная комиссия по делам женщин, уполномоченная Конституцией регулярно расследовать вопросы, связанные с женщинами и законодательством. Меры по увеличению числа женщин-полицейских включали создание подразделений женщин-полицейских во всех 77 округах страны. С тех пор количество сообщений о случаях бытового насилия увеличилось более чем в восемь раз (Akhmetova and others, 2020).

Есть некоторые признаки, подтверждающие рост судебного признания того, что патриархальные правила и практики, независимо от их источника, не могут быть устойчивыми в конфликте с меняющимися общественными установками и конституционными ценностями. В ряде дел о гендерном насилии суды определяли дискриминацию по религиозным или культурным признакам как неконституционную, как это было в случае с калечащими операциями на женских половых органах в Уганде. В Пакистане Высокий суд Лахора не только отклонил аргумент, основанный на религии, но и сослался на исламские принципы, чтобы поддержать приговор, вынесенный за убийство дочери, зятя и внука преступника (UN Women and IDEA, 2017).

Движение в этом направлении требует от сотрудников судебных органов и полиции не только полной осведомленности о законах, направленных на защиту прав и автономии женщин, но и способности анализировать свои собственные предположения и предубеждения, а также их способность действовать при рассмотрении дел или представлении сообщений. Обладая этими знаниями, судебные чиновники могут получить одобрение для

применения новаторских методов толкования, таких как анализ факторов в социальном контексте и рутинные гендерные оценки того, повлияет ли судебное решение негативно на группы женщин или девочек.

Женщины и девочки также должны знать о правах, гарантированных законом, и о том, где они могут найти средства правовой защиты в случае их нарушения. Поскольку многие проблемы, касающиеся телесной автономии, связаны с очень личными сферами и находятся за барьерами, подкрепленными понятиями общественного и частного пространства, а также гендерной дискриминацией, может быть важно поддерживать женские правозащитные организации в качестве авангарда этой информационно-пропагандистской деятельности. Благодаря более широкому доступу к женщинам в семьях и обществе они могут помочь женщинам обрести их законные права. Они также способны выявлять формы дискриминации среди маргинализированных групп, которые потенциально могут быть исправлены с помощью законодательства об общественных интересах.

Выбор в медицинском центре делает пациент

Женщины и девочки не могут реализовать телесную автономию без доступа к медицинскому обслуживанию, включая основные услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья. Двадцать шесть лет назад в Пекинской декларации, политическом заявлении, сопровождающем Платформу действий, было признано, что «право всех женщин контролировать все аспекты своего здоровья, в частности свою собственную фертильность, является основополагающим для расширения их прав и возможностей». Совсем недавно Цели в области устойчивого развития установили первую глобальную цель достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, определяемую как доступ всех людей



Графическое оформление –
Юлия Оздемир

к основным медицинским услугам, в которых они нуждаются, вне зависимости от финансовых возможностей (Hogan and others, 2017).

Всеобщий охват услугами здравоохранения зависит от приоритизации медицинской помощи в национальном планировании развития, разработки эффективных систем здравоохранения, предоставления адекватных бюджетных ассигнований

и получения и использования надежных данных для адаптации услуг и социальной защиты к различным группам населения, а также к потребностям на протяжении всего жизненного цикла.

Но с учетом того, как действует гендерная дискриминация, в том числе в системах здравоохранения, всеобщий охват услугами здравоохранения, поддерживающий

телесную автономию, должен выходить за рамки представления о том, что достаточно предоставлять услуги, основанные исключительно на узких определениях медицинских потребностей, без учета гендерной динамики, влияющей на эти потребности, а также на поведение, связанное с охраной здоровья. Как отмечается в Пекинской платформе действий, «на здоровье женщин также влияют гендерные предубеждения в системе здравоохранения и предоставление неадекватных и ненадлежащих медицинских услуг женщинам». Аналогичные вопросы касаются людей с ограниченными возможностями, людей с различной сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью и других лиц.

Хотя большое внимание уделяется тому, являются ли медицинские услуги технически обоснованными и доступными, зачастую меньше внимания уделяется принятию, безопасности и расширению прав и возможностей женщин и девочек как потребителей этих услуг. Терпимость или принятие дискриминационных норм может быстро привести к тому, что медицинские работники откажутся от понятий информированного согласия и автономии пациента, которые требуют от них поддерживать и учить пациентов делать выбор, не принимая за них решений (Bernstein, 2018). Результаты могут включать отказ в предоставлении услуг, таких как отказ в предоставлении средств контрацепции, или безопасного аборта, или ухода после аборта незамужним девушкам и женщинам, даже если это не противоречит формальному закону, а также акушерское насилие, определяемое как переживание во время беременности или родов жестокого обращения или принуждение к процедурам со стороны медицинского персонала и против своей воли.

Существует несколько способов искоренить предубеждения, существующие в сфере здравоохранения. Медицинские рекомендации могут определять, как услуги должны

предоставляться в соответствии с законом; обучение может знакомить медицинских работников с законодательными актами, чтобы в дальнейшем их деятельность опиралась на них. Специальная подготовка медицинских работников с учетом гендерной специфики может включать развитие навыков понимания, изучения и реагирования на барьеры выбора, с которыми сталкиваются некоторые пациенты. Регулярный мониторинг соблюдения принципов недискриминации и качества медицинской помощи может включать мониторинг пациентов, например, с помощью простых опросов в виде текстовых сообщений.

Услуги, которые поддерживают выбор и автономию, предлагают множество вариантов контрацепции, гарантируют, что, если женщины предпочитают врача-женщину, они смогут получить такую услугу, и предоставляют каналы для общения с поставщиками медицинских услуг на различных языках. Публикация билля о правах пациентов, подчеркивающего достоинство, права и выбор в больницах и центрах медицинского обслуживания, с положениями о передаче этой информации женщинам, которые неграмотны или имеют инвалидность, укрепляет уверенность в том, что услуги основаны на решениях и пожеланиях пациентов. Актуальность услуг также имеет ключевое значение, подчеркивая важность приоритизации медицинских вмешательств, отвечающих спросу пациентов, начиная с сильного акцента на группы с самой высокой неудовлетворенной потребностью в сексуальном и репродуктивном здоровье или низким уровнем использования услуг. Также необходима среда, позволяющая работникам сексуального и репродуктивного здоровья, большинство из которых составляют женщины, выполнять свою работу с профессионализмом и отзывчивостью.

Стимулирование использования услуг и осуществление выбора также зависит от основных элементов качественного медицинского обслуживания, таких как близость, удобные часы работы и доступность. Услуги должны

гарантировать конфиденциальность и найм медицинских работников, которые положительно относятся к своим клиентам и уважают их. Было доказано, что предоставление услуг по планированию семьи через общественных медицинских работников, которые предоставляют достоверную информацию и помогают просвещать мужчин, повышает показатели использования противозачаточных средств (UNFPA, 2019). Пропаганда на уровне общества пользы для здоровья, достигаемой благодаря информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья для молодых людей, не состоящих в браке, может уменьшить стигматизацию и способствовать использованию таких услуг.

Угандийская программа SASA!, поддерживаемая ЮНФПА, использует многочисленные форумы для того, чтобы стимулировать проводимые сообществами изменения в социальных нормах и поведении, которые поддерживают гендерное неравенство, насилие и повышенную уязвимость женщин к ВИЧ. Медицинские работники, местные власти и активисты сначала критически анализируют полномочия и неравенства, а затем вводят понятия, усвоенные в ходе общественных бесед, личных встреч с жителями, киносеансов, групп по интересам и других мероприятий. Программа значительно снизила общественное признание насилия со стороны интимного партнера и повысила согласие с тем, что женщина может отказаться от секса. Уровень физического насилия со стороны интимных партнеров среди женщин в сообществах, охваченных этой программой, снизился до 52% (Starmann and others, 2017; Kyegombe and others, 2014).

Акушерки предлагают потенциально уникальные возможности как основные лица, обеспечивающие уход за беременными женщинами во всем мире. Они также предоставляют множество других услуг, необходимых для реализации сексуального и репродуктивного здоровья и прав, от консультирования по вопросам планирования семьи до оценки показателя качества питания

и скрининга для выявления рака шейки матки. В своей практике акушеры, почти все из которых женщины, могут моделировать и изменять нормы относительно того, что может означать выбор и телесная автономия, особенно если они сами квалифицированы и наделены полномочиями. Поскольку они могут иметь более четкое представление о проблемах, с которыми сталкиваются другие женщины в связи с телесной автономией, системы здравоохранения должны поощрять каналы, по которым они могут обмениваться знаниями, способствующими более гибкому предоставлению услуг с учетом гендерных факторов. Акушерство также требует постоянных и масштабных инвестиций в подготовку, внедрение и удержание квалифицированных практикующих врачей.

Все системы здравоохранения должны реагировать на то, как гендерная дискриминация пересекается с другими формами отчуждения, подрывая автономию и выбор. Если их не признать, это может привести к тому, что услуги окажутся неуместными, недоступными или даже основанными на вопиющих нарушениях прав. Эта опасность была осознана, например, многими женщинами из числа коренных народов и женщинами с инвалидностью, которые подвергались такой практике как принудительная стерилизация. В целях устранения бесправия и дискриминации Межучрежденческая группа поддержки Организации Объединенных Наций по вопросам коренных народов подчеркнула ряд мер, направленных на обеспечение того, чтобы коренные народы в полной мере реализовывали свое сексуальное и репродуктивное здоровье и права, в том числе путем их активного участия в разработке соответствующей культуре политики и программ в области здравоохранения. Это расширило доступ женщин, девочек и молодежи из числа коренных народов к важнейшим услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ и гендерного насилия, особенно в сельских и недостаточно обслуживаемых районах (UN IASG, 2014).

Для автономии требуется информация

Осознание телесной автономии зависит от способности не просто делать выбор, но делать осознанный выбор, основанный на тщательном взвешивании фактов и вариантов. Женщины с более высоким уровнем образования чаще принимают собственные решения о контрацепции и медицинском обслуживании, а также могут сказать «нет» сексу. Будучи менее образованной, чем ее муж или партнер, женщина с большей вероятностью столкнется с сексуальным насилием. Кроме того, существует корреляция между женщинами и девочками, имеющими больший доступ к средствам массовой информации, использующими контрацепцию и обращающимися за медицинской помощью (UNFPA, 2019).

Среди 75 стран, располагающих данными о законах и нормативных актах, поддерживающих сексуальное и репродуктивное здоровье, менее двух третей обладают законами или регламентированными подходами, делающими комплексное сексуальное образование обязательным в национальных школьных программах. Такое образование соответствует возрасту, основано на четко определенной учебной программе, согласовано с правами человека и гендерным равенством и имеет культурное значение. В лучшем случае оно доступно как в школе, так и вне ее (UNESCO and others, 2018).

Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры подчеркивает, что основанное на фактических данных комплексное сексуальное образование с раннего детства способствует большей автономии и безопасности в молодом возрасте, не приводя к более ранней сексуальной активности (UNESCO, 2009). Всеобъемлющие курсы могут поддерживать более уважительные отношения и более автономные решения о сексуальности в дальнейшей жизни (Marí-Ytarte and others, 2020).

Поскольку большая часть информации о сексе и репродукции может поступать от медицинских работников, они должны быть настроены на то, чтобы предлагать ее уважительно и без собственных суждений, а также учитывать различные потребности, основанные на возрасте, способностях или социально-экономическом положении. Это особенно необходимо для подростков и других групп, которых традиционно игнорируют или маргинализируют в вопросах доступа к сексуальному образованию. Поставщики услуг должны быть готовы противостоять мифам, которые циркулируют в обществе и подрывают способность делать осознанный выбор. Один из новых подходов, применяемых ЮНФПА в Колумбии и на Филиппинах, заключается в «проверке» обсуждений в Твиттере для выявления распространенных мифов о проблемах от контрацепции до инфекций, передаваемых половым путем. Затем эта информация может быть использована для формирования программ сексуального образования и здравоохранения.

Усиление идей расширения прав и возможностей, связанных с выбором, могло бы действовать в образовании более широко, поощряя девочек заниматься различными областями обучения, не будучи стесненными гендерными нормами относительно того, что «должны делать девочки». Принятие такого решения само по себе расширяет возможности и может привести к дальнейшему расширению прав и возможностей и автономии по мере того, как девочки переходят на потенциально более прибыльную и полезную работу. Большая часть нынешнего разрыва в оплате труда между мужчинами и женщинами объясняется сегрегацией рынка труда, которая вынуждает женщин работать на более низкооплачиваемых должностях. Например, женщины составляют лишь три процента студентов, посещающих курсы информационно-коммуникационных технологий по всему миру (United Nations, n.d.a.).

Автономия требует защитить защитников прав и возможностей женщин

Женские движения уже давно отстаивают и защищают право на выбор и телесную автономию, зачастую имея минимум ресурсов. То же самое относится и к организациям ЛГБТИ, коренных народов, молодежи и людей с инвалидностью. Однако сегодня пространство для их деятельности все чаще оказывается под давлением, и есть свидетельства того, что они вынуждены отступать, отказываясь от с трудом достигнутых позиций. Более активная и организованная оппозиция гендерному равенству и активизму в защиту прав женщин возникла во всем мире, в том числе со стороны религиозных и консервативных групп, популистских и националистических групп, групп по защите прав мужчин и движений против гендерной идеологии (Roggeband and Krizsán, 2020).

Женщины-политики, журналистки, активистки и правозащитницы все чаще подвергаются преследованиям, насилию и запугиваниям в сети. В период с 2014 по 2018 год Специальный докладчик по вопросу о положении правозащитников направил 60 государствам 181 сообщение о женщинах-правозащитниках. Документально подтвержденные нападения включали кампании диффамации; физическое или сексуальное насилие, пытки, убийства и похищения; угрозы и нападения на членов семьи или совершенные членами семьи из-за их деятельности; а также нападения на их коллективы и движения (UN ECOSOC, 2019).

Противодействие таким нарушениям и их предотвращение должны осуществляться с помощью решительных мер. Некоторые страны приняли специальные законы, криминализирующие насилие в отношении женщин в политике и общественной жизни, часто под давлением женщин-активисток, как это было в Коста-Рике, Эквадоре, Мексике и Перу. Организация американских государств

в 2017 году издала свой Межамериканский типовой закон о предупреждении, наказании и искоренении насилия в отношении женщин в политической жизни. Поскольку страх перед насилием является основным сдерживающим фактором для женщин, играющих более активную общественную роль во многих местах, принятие и осуществление подобных мер может изменить условия, в которых женщины могут участвовать в движении, руководить им и делать выбор. Дополнительные меры могут включать информационно-пропагандистские кампании и работу со средствами массовой информации и школами с целью искоренения гендерных стереотипов. Политические партии следует призвать к признанию политической ценности и прав женщин и к тому, чтобы они выходили за рамки поддержки на словах и символической борьбы (O'Neil and Domingo, 2016).

Женские группы и движения весьма разнообразны и обладают огромным запасом знаний о проблемах, с которыми сталкиваются женщины при реализации своей автономии и прав. Но их связи от базовых поставщиков услуг до женских профессиональных ассоциаций не всегда достаточны. Устойчивая поддержка и ресурсы для их систематического объединения могли бы способствовать

**ЖЕНЩИНЫ-ПОЛИТИКИ,
ЖУРНАЛИСТКИ,
АКТИВИСТКИ И ПРАВО-
ЗАЩИТНИЦЫ ВСЕ ЧАЩЕ
ПОДВЕРГАЮТСЯ ПРЕСЛЕ-
ДОВАНИЯМ, НАСИЛИЮ
И ЗАПУГИВАНИЯМ В СЕТИ**

сплочению вокруг общих проблем (O'Neil and Domingo, 2016) и единому, более эффективному ответу регрессивным силам.

Точно так же телесная автономия представляет собой общий вопрос для различных групп активистов, в том числе представляющих лиц с инвалидностью, права ЛГБТИ и права коренных общин. Создание связей между различными вопросами и нахождение их точек пересечения могли бы сформировать коллективную, влиятельную повестку

дня и активистскую деятельность для реализации основных прав человека во всех экономических приоритетах, системах правосудия, здравоохранении и социальных службах и системах социальной защиты.

Автономия требует, чтобы мужчины изменили свое отношение

Женщины могут отстаивать свои права. Государства могут их поддерживать. Тем не менее, прогресс в корне зависит от того, готовы ли мужчины, индивидуально и коллективно, отказаться от доминирующих ролей, которые наделяют их привилегиями в плане полномочий и выбора в ущерб полномочиям и выбору женщин. В настоящее время это происходит, в частности, с изменением отношения к гендерному равенству среди молодых мужчин, но до цели еще далеко.

Частично этого можно добиться, если больше мужчин начнут понимать обратную сторону мужского доминирования, такую как риски для их собственного здоровья и здоровья их жен или партнеров, а также межличностные конфликты. Проведенное Всемирной организацией здравоохранения региональное исследование в Европе показало, что гендерное равенство благоприятно сказывается на здоровье мужчин, в том числе за счет снижения уровня смертности, снижения вдвое вероятности депрессии и снижения на 40% риска насильственной смерти (WHO Regional Office for Europe, 2018). Мальчики-подростки, в частности, нуждаются в воздействии позитивных представлений о мужественности, особенно в тот период жизни, когда начинают укрепляться вредные гендерные нормы, наносящие долгосрочный вред им самим и девочкам (UNFPA and Promundo, 2016).

Движение #MeToo, а также данные опросов показывают, что одна из областей, где женщины больше всего отстают с точки зрения выбора и автономии, заключается в праве



сказать «нет» сексу. Понятия уважительных, ненасильственных отношений идеально моделируются для детей в домашних хозяйствах с самого начала, но независимо от этого они должны быть неотъемлемой частью комплексного сексуального образования в школе. Они могут занять более заметное место в средствах массовой информации и развлечениях, в том, как преподается религия, и даже на рабочих местах с точки зрения четкой и принудительной политики в отношении сексуальных домогательств. Необходимо также положить конец безнаказанности за сексуальное насилие во всех его формах, от единичных нарушений до массовых преступлений, которые происходят, когда изнасилование используется в качестве оружия войны. В 2000 году Совет Безопасности Организации Объединенных Наций принял резолюцию 1325, в которой призвал стороны в вооруженных конфликтах принимать специальные меры для защиты женщин и девочек от насилия по признаку пола, особенно изнасилования и других форм сексуального насилия, а также всех других форм насилия в ситуациях вооруженного конфликта. С тех пор Совет Безопасности принял еще семь резолюций, осуждающих эту форму насилия.

Расширение возможностей женщин получать средства к существованию и играть руководящую роль в своем обществе и за его пределами может повысить их способность принимать решения в домашних хозяйствах и в отношении своего тела. Однако такая поддержка, возможно, должна основываться на четкой работе с мужчинами и общинами, чтобы облегчить переход к более прогрессивным гендерным нормам и ограничить риск негативной реакции со стороны некоторых мужчин, которые могут чувствовать угрозу из-за достижений женщин.

Другим важным элементом является вовлечение мужчин в трансформацию моделей неоплачиваемого ухода, с тем чтобы он не выполнялся преимущественно женщинами, и динамики домашних хозяйств

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО БЛАГОПРИЯТНО СКАЗЫВАЕТСЯ НА ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН, В ТОМ ЧИСЛЕ ЗА СЧЕТ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ, СНИЖЕНИЯ ВДВОЕ ВЕРОЯТНОСТИ ДЕПРЕССИИ И СНИЖЕНИЯ НА 40% НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

в полномочиях и выборе для достижения равновесия. Политика отцовства и отпуска по уходу за ребенком может стимулировать мужчин к участию в уходе за детьми, особенно если отпуск не может быть передан другому родителю. Эти положения становятся все более распространенными, но все еще охватывают ограниченное число семей в развивающихся странах, особенно тех, кто принадлежит к неформальной рабочей силе. В рамках государственной политики также могло бы делаться больше для того, чтобы мужчины отказывались от стереотипов и становились представителями преимущественно женских профессий, например, теми, кто осуществляет уход за детьми и пожилыми людьми (UN ECOSOC, 2019).

Существуют и другие возможности для поощрения равноправных отношений между мужчинами и мальчиками-подростками с помощью услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, где поставщики услуг могут обмениваться знаниями о равноправных отношениях, воспитании детей

Ловушка

МУЖЕСТВЕННОСТИ

Буйная красота центрального нагорья Гватемалы скрывает мрачную реальность для женщин и девочек, говорит Александр Армандо Моралес Текун, воспитатель молодежи коренных народов и защитник гендерного равенства в сельском департаменте Киче. «Во многих местах женщин обвиняют, если на них нападают, говорят, что они соблазнили или обольстили своих агрессоров или насильников своей одеждой, например, или действиями».

Такое отношение характерно не только для Гватемалы, которая, согласно индексу «Женщины, мир и безопасность» Джорджтаунского университета за 2019 год, занимает нижнюю треть стран и территорий по показателям безопасности и благосостояния женщин. На самом деле, жертв во

всем мире обычно обвиняют в том, что они провоцируют гендерное насилие, находясь в неправильном месте, нося неправильную одежду, ведя себя неправильно или просто будучи физически развитыми в раннем возрасте. И такие факторы часто считаются смягчающими или служат оправданием для преступников.

Например, в 1998 году Верховный суд Италии отменил приговор об изнасиловании мужчины из-за того, что во время нападения обвинитель был одет в обтягивающие синие джинсы. В 2010 году, когда 11-летняя девочка была изнасилована более чем десятком мальчиков и мужчин в Соединенных Штатах, национальные СМИ сообщили, что она была известна тем, что одевалась неподобающе своему

возрасту. В Афганистане жертв изнасилования могут посадить в тюрьму за «преступления против морали».

Обвинять и стыдить жертв, а не преступников — привычка, которая берет свое начало в нормах, поощряющих мужчин контролировать не только женские тела, но и их семьи. Текун вспомнил, как спросил группу молодых людей, почему они хотят пожениться. Один из них ответил: «Я хочу быть главой семьи. Потому что я хочу, чтобы кто-то готовил для меня, кто-то стирал мою одежду, кто-то рожал мне детей и убирал в доме».

Джей Сильверман, профессор Медицинского факультета Калифорнийского университета в Сан-Диего, изучающий репродуктивное принуждение, говорит, что эти установки

«Женщин обвиняют, если на них нападают, говорят, что они соблазнили или обольстили своих агрессоров или насильников».



Александр Армандо Моралес Текун обучает молодых людей гендерному равенству. Графическое оформление — Наоми Вона; фото — © ЮНФПА/Дж. Серрано.

универсальны. «Право мужчин контролировать партнеров-женщин часто распространяется и на детей. Восприятие этого права поддерживается различными структурами и нормами в обществах и странах по всему миру».

Но результат — это не простая динамика «мужчина против женщины», предупредил Текун. Эти гендерные нормы, которые он называет «гегемонистской моделью мужественности», могут также привести мужчин в ловушку. «Если ты не женат, значит, ты

не мужчина. Если у тебя нет отношений, ты не мужчина».

И женщины также играют определенную роль в поддержании этих убеждений, добавил он. «Многие женщины также согласны с тем, что

допустимо бить женщину, когда она не выполнила свои обязанности, потому что она не стирала одежду своего мужа, потому что еда ее мужа подгорела... Говорят, что это хорошо, что они бьют тебя за неспособность удовлетворить желания своего мужа».

Эти идеи прививаются в раннем возрасте и подкрепляются «музыкой, играми, образами, рекламой», сказал Текун. «В той местности, откуда я родом, когда рождается мальчик, готовят хороший креольский

куриный бульон. Когда рождается девочка, событие проходит без лишнего шума, будто это поминки».

По словам Ромео Алехандро Мендеса Суньи́га, другого молодежного педагога и активиста коренных народов в Киче, все, что подрывает эти нормы, включая саму концепцию телесной автономии, может рассматриваться как угроза. «Немногие люди, которые слышали о телесной автономии, связывают ее с негативными идеями, потому что она

влияет на патриархальную мужскую шовинистическую систему», — сказал он.

Суньи́га хочет, чтобы мужчины и мальчики приняли новые нормы, которые освобождают как мужчин, так и женщин от традиционных мужских идеалов. «Чего заслуживает наше общество... так это новых мужских качеств, новых взглядов на мужественность, способов, которые укрепляют и поощряют равенство возможностей для развития, которые позволяют всем нам жить достойно».

и коммуникациях (IPPF and UNFPA, 2017). Программы мобилизации общества могут также бросить вызов неравноправному распределению полномочий и дискриминационным социальным нормам, опираясь на прочную основу теорий пола и полномочий. Инициативы при совместном участии женщин, мужчин, девочек и мальчиков оказались более эффективными, чем инициативы только для мужчин и мальчиков (UN ECOSOC, 2019).

Автономия требует инвестиций

Гендерная дискриминация создает многочисленные серьезные препятствия на пути расширения прав и возможностей женщин и их автономии. Их устранение требует значительных и устойчивых инвестиций в соответствии с принципами справедливости и равноправия и с особым вниманием

к связанным между собой типам неравенства. Однако финансирование, как правило, не соответствует требованиям по нескольким причинам, первая из которых — экономика, структурированная для концентрации ресурсов в руках нескольких привилегированных людей, в основном мужчин.

Значительные и устойчивые инвестиции в комплексную социальную защиту, здравоохранение и образование могли бы устранить многочисленные риски и уязвимость, с которыми сталкиваются женщины и девочки на протяжении всей своей жизни, а также расширить возможности и автономию, уделив основное внимание сексуальному и репродуктивному здоровью и правам (UN ECOSOC, 2019). Такие подходы никогда не были более важны, чем во время восстановления после COVID-19,

когда бедные и еще более отчаявшиеся семьи изо всех сил пытаются справиться с экономическим спадом, например, выдавая замуж своих дочерей.

Национальные планы действий по обеспечению гендерного равенства и учреждения по обеспечению гендерного равенства нуждаются в адекватных ресурсах, поскольку многие из них по-прежнему испытывают хроническую нехватку финансирования и не могут выполнять свои мандаты (UN ECOSOC, 2019). То же самое касается и женских организаций гражданского общества, которые часто находятся на переднем крае защиты автономии и прав женщин. Например, они предоставляют многие услуги по оказанию помощи жертвам гендерного насилия, но еще до пандемии COVID-19 их финансирование было явно недостаточным. В то время как потребность в подобных услугах резко возросла во время кризиса, финансирование во многих случаях осталось на прежнем уровне. В Азиатско-Тихоокеанском регионе 12% организаций гражданского общества, работающих над ликвидацией насилия в отношении женщин, в результате полностью приостановили свою деятельность, а 71% функционирует лишь частично (UN ESCAP and UN Women, 2020). Небольшие группы, занимающиеся новаторской работой и имеющие специальную повестку дня в области прав женщин, как правило, относятся к числу тех, кому чаще всего не хватает международной и донорской помощи.

Согласно совместному исследованию ЮНФПА и Университета Джонса Хопкинса в сотрудничестве с Университетом Виктории, Вашингтонским университетом и компанией Avenir Health, цена прекращения предотвратимой материнской смертности, покрытия всех неудовлетворенных потребностей в планировании семьи и прекращения гендерного насилия во всем мире к 2030 году обойдется в общей сложности в 264 миллиарда долларов США.

Достижение этих целей будет способствовать телесной автономии женщин (UNFPA, 2020f).

Автономия означает измерение показателей

Цели в области устойчивого развития представляют собой шаг вперед в призыве к измерению прогресса в области гендерного равенства, включая вопрос о том, могут ли женщины и девочки-подростки делать выбор в отношении своего тела. Однако пробелы в данных в разбивке по полу по-прежнему велики. Гендерные данные не могут быть собраны, а если и собираются, то не могут быть использованы или переданы другим лицам. Несогласованность в сборе данных препятствует существенному анализу изменения тенденций во времени.

Такое отсутствие информации о том, что на самом деле происходит в жизни женщин и девочек, автоматически уменьшает возможность разработки услуг и политики, которые наиболее эффективно поддерживают гендерное равенство и автономию. Это может стать движущей силой дискриминации, когда такие проблемы, как гендерное насилие и неоплачиваемая работа по уходу, остаются невидимыми, неучтенными и не решенными.

По оценкам, лишь 13% стран обладают специальным бюджетом для сбора и анализа гендерной статистики. По 54 гендерным показателям, включенным в Цели устойчивого развития, регулярные данные представляются только в 22% стран во всем мире (UN Women, 2018). Серьезные недостатки есть, в частности, в данных о женщинах старше репродуктивного возраста; цифровой грамотности среди девочек; гендере и окружающей среде (Data2x, 2020).

Информированное принятие женщинами решений с трудом поддается измерению, а данные об использовании женщинами медицинских услуг, а также о законах, гарантирующих полный и равный

доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья, отсутствуют или не представляются регулярно. Также упускаются из виду межсекторальные потребности, особенно для женщин и девочек-подростков в условиях гуманитарных кризисов, представителей ЛГБТИ и женщин с инвалидностью. Данные о здоровье подростков не всегда дезагрегированы по признаку пола, а данные о социально изолированных девочках особенно скудны (Data2x, 2020).

Системы данных должны быть стратегически разработаны таким образом, чтобы охватывать общий опыт женщин и девочек, но при этом быть достаточно детальными, чтобы отражать их разнообразие (Data2x, 2020). Такие системы должны быть систематическими и всеобъемлющими и применять принципы прав человека для предотвращения маргинализации и дискриминации, направления, которое должно быть определено в рамках национальной политики.

Другим приоритетом должно стать избегание разделения гендера в рамках определенных вопросов или областей работы, что происходит даже сейчас в рамках Целей в области устойчивого развития, где шесть из 17 целей названы «гендерно слепыми», что означает, что они не упоминают гендер, хотя достижение этой цели потребует решения некоторых аспектов гендерного неравенства (UN Women, 2018). В национальные исследования следует включить больше вопросов, отражающих более широкие аспекты выбора и телесной автономии. Измерение также не позволяет охватить связи между глобальными целями (Data2x, 2020), что отражается в «секторальных» подразделениях многих национальных статистических систем.

Для увеличения инвестиций в гендерные данные требуется полностью финансируемый национальный план действий по гендерным вопросам, охватывающий все источники данных и статистики и ориентированный на измеримые вехи. Работа с национальными статистическими управлениями может быть начата с четкой демонстрации ценности

сбора гендерных данных и учета гендерных различий в рамках важных административных данных, таких как регистрация актов гражданского состояния и статистика естественного движения населения, с упором на некоторую динамику, которая сейчас очевидна в этом вопросе (Pruor, 2020).

Мир прав, выбора, автономии

Было выдвинуто множество обоснований, рационализаций и теорий, оправдывающих лишение женщин и девочек их прав и выбора, а также превращение их тел в объект прихотей других. Но если не отказаться от этих оправданий, то к 2030 году практически ни одна из Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития не будет достигнута. А это означает, что потенциал человеческого, социального и экономического прогресса, предусмотренный международным сообществом в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, останется нереализованным в ущерб всем.

Гендерное равенство — важнейшая переменная в уравнении успеха. Это относится и к реализации прав людей, идентифицирующих себя как ЛГБТИ, людей с инвалидностью и всех остальных, кто подвергается дискриминации или лишается автономии из-за своей расы, этнической принадлежности или экономического статуса. Каждый должен иметь право самостоятельно принимать решения о лечении и профилактике заболеваний, контрацепции и сексуальных отношениях.

Правительства, все социальные и экономические институты, сообщества, семьи и мужчины играют свою роль в защите прав женщин и в более широком искоренении дискриминации. Каждый должен лучше выполнять свою работу. Новое «Поколение равенства» уже здесь, и оно не будет ждать перемен. И не должно.

Только сам человек имеет право решать и делать выбор в отношении своего тела и жизни. Только он имеет право сказать «да» или «нет». Мы вместе способны достичь этой цели.



Сексуальное и репродуктивное здоровье

Мир и регионы	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	Уровень распространенности средств контрацепции, женщины в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи, женщины в возрасте 15–49 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		
						ЛЮБЫЕ 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						
Мир	211	199	243	81	0,24	49	63	45	57	9	11	77	73		
Более развитые регионы	12	11	13	99	–	59	71	53	62	7	9	80	84		
Менее развитые регионы	232	219	268	79	–	47	62	43	56	9	12	76	69		
Наименее развитые страны	415	396	477	61	0,58	32	42	28	37	16	20	59	71		
Регионы ЮНФПА															
Азиатско-Тихоокеанский регион	120	108	140	85	–	52	67	48	62	7	9	80	72		
Регион арабских государств	151	121	208	90	–	34	53	29	45	10	16	65	53		
Регион Восточной Европы и Центральной Азии	20	18	22	99	–	46	64	36	49	8	12	66	82		
Регион Восточной и Южной Африки	391	361	463	64	–	34	43	31	39	16	21	62	75		
Регион Западной и Центральной Африки	717	606	917	55	–	20	22	17	18	17	22	46	70		
Регион Латинской Америки и Карибского бассейна	74	70	80	94	–	59	75	56	70	8	10	83	66		
Страны, территории, другие области	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2019 год		
Афганистан	638	427	1010	59	0,02	19	26	17	23	17	24	47	54		
Австралия	6	5	8	97	0,04	59	67	57	64	8	11	85	–		
Австрия	5	4	7	98	–	65	70	62	68	6	8	88	–		
Азербайджан	26	21	32	99	–	37	57	15	22	9	14	32	–		
Албания	15	8	26	–	–	31	44	4	5	12	17	10	82		
Алжир	112	64	206	–	0,03	35	64	31	57	6	9	76	–		
Ангола	241	167	346	47	1,01	16	17	15	15	27	36	35	66		
Антигуа и Барбуда	42	24	69	100	–	45	64	43	61	10	13	78	–		
Аргентина	39	35	43	94	0,15	60	71	57	67	9	11	84	–		
Армения	26	21	32	100	0,06	39	59	21	31	8	12	44	87		
Аруба	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Багамские Острова	70	48	110	99	0,55	45	67	43	65	9	12	80	–		
Бангладеш	173	131	234	53	0,01	55	66	48	57	9	11	75	–		
Барбадос	27	17	39	99	0,58	50	63	47	61	12	14	76	44		
Бахрейн	14	10	21	100	–	31	67	21	46	5	10	59	–		
Беларусь	2	1	4	100	0,22	61	70	52	58	6	8	78	87		
Белиз	36	26	48	94	0,81	44	57	42	53	14	18	71	42		
Бельгия	5	4	7	–	–	59	67	58	66	6	8	90	–		
Бенин	397	291	570	78	0,34	17	18	14	14	25	31	33	91		
Болгария	10	6	14	100	0,05	65	79	50	57	5	7	71	–		
Боливия (Многонациональное Государство)	155	113	213	72	0,13	48	67	35	49	12	16	59	–		
Босния и Герцеговина	10	5	16	100	0,01	38	49	19	21	11	14	38	–		
Ботсвана	144	124	170	100	4,36	57	69	56	68	8	10	86	–		
Бразилия	60	58	61	99	–	65	80	63	77	6	7	89	–		
Бруней-Даруссалам	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Буркина-Фасо	320	220	454	80	0,12	30	34	29	33	20	24	58	72		
Бурунди	548	413	728	85	0,16	19	31	17	28	17	28	47	64		
Бутан	183	127	292	96	0,11	39	60	38	58	8	13	80	–		
Вануату	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–		
Венгрия	12	9	16	100	0,02	49	70	45	63	6	9	81	–		

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, другие области	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	Уровень распространенности средств контрацепции, женщины в возрасте 15–49 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		
						ЛЮБЫЕ МЕТОДЫ		СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ				Все женщины в возрасте 15–49 лет, в процентах	2021 год
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке				
Венесуэла (Боливарианская Республика)	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–
Виргинские острова Соединенных Штатов	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–
Вьетнам	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54
Габон	252	165	407	–	1,01	38	37	30	27	18	24	53	58
Гаити	480	346	680	42	0,69	28	38	26	35	23	34	50	65
Гайана	169	132	215	96	0,51	34	46	32	44	17	25	63	75
Гамбия	597	440	808	–	1,06	11	15	11	15	17	25	39	83
Гана	308	223	420	78	0,70	27	36	23	31	19	26	51	–
Гваделупа	–	–	–	–	–	46	60	41	53	11	15	73	–
Гватемала	95	86	104	70	0,14	42	64	36	53	9	13	70	–
Гвинея	576	437	779	55	0,52	12	10	10	9	20	25	33	–
Гвинея-Бисау	667	457	995	45	1,43	29	20	27	19	16	20	60	70
Германия	7	5	9	99	0,03	61	78	60	78	5	5	91	–
Гондурас	65	55	76	74	0,09	52	76	47	67	7	9	78	–
Гренада	25	15	39	100	–	45	64	42	59	10	13	76	–
Греция	3	2	4	100	–	54	74	39	50	6	7	64	54
Грузия	25	21	29	99	0,18	32	47	24	34	13	19	52	93
Гуам	–	–	–	–	–	42	66	36	56	7	10	75	–
Дания	4	3	5	95	0,02	65	78	61	74	5	7	88	90
Джибути	248	116	527	–	0,57	16	29	16	28	15	27	50	–
Доминика	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	95	88	102	100	0,26	57	72	55	70	9	10	84	–
Египет	37	27	47	92	0,04	44	61	43	59	9	12	81	44
Замбия	213	159	289	63	2,97	37	53	35	50	15	18	68	91
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Зимбабве	458	360	577	86	2,79	49	69	49	68	8	10	85	–
Израиль	3	2	4	–	0,05	39	74	30	56	5	8	68	–
Индия	145	117	177	81	–	43	57	39	51	9	12	74	–
Индонезия	177	127	254	95	0,17	44	62	42	59	8	11	81	–
Иордания	46	31	65	100	0,00	30	54	22	38	8	14	56	–
Ирак	79	53	113	96	–	37	56	26	39	9	13	57	39
Иран (Исламская Республика)	16	13	20	99	0,05	58	81	46	65	4	5	75	–
Ирландия	5	3	7	100	0,08	66	71	63	66	6	9	88	–
Исландия	4	2	6	98	0,05	–	–	–	–	–	–	–	–
Испания	4	3	5	–	0,07	60	63	58	62	9	13	84	–
Италия	2	1	2	100	0,05	59	67	48	51	7	9	73	–
Йемен	164	109	235	–	0,04	27	43	20	31	15	24	48	63
Кабо-Верде	58	45	75	92	0,19	49	68	47	65	11	11	79	–
Казахстан	10	8	12	100	0,14	43	53	40	51	11	15	75	63
Камбоджа	160	116	221	89	0,05	43	63	32	46	7	11	63	98
Камерун (Республика)	529	376	790	69	1,02	27	23	22	17	16	23	51	–
Канада	10	8	14	98	–	74	82	70	77	3	5	91	–
Катар	9	6	14	100	–	30	48	26	40	10	16	64	–
Кения	342	253	476	62	1,02	46	64	45	62	12	14	77	–

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, другие области	Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) ^a	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка ^a	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка ^a	Роды, принимаемые квалифицированным персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения	Уровень распространенности средств контрацепции, женщины в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи, женщины в возрасте 15–49 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
	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	ЛЮБЫЕ МЕТОДЫ		СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ					
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке		
Кипр	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Кирибати	92	49	158	–	–	20	26	16	21	18	26	44	–
Китай	29	22	35	100	–	69	85	67	83	4	3	91	–
Китай, САР Гонконг	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–
Китай, САР Макао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Колумбия	83	71	98	99	0,14	64	82	60	77	6	7	87	97
Коморские Острова	273	167	435	–	0,00	20	27	16	22	19	29	41	–
Конго (Демократическая Республика)	473	341	693	80	0,21	23	25	12	12	21	26	28	–
Конго (Республика)	378	271	523	91	1,03	42	43	28	27	15	19	50	53
Корейская Народно-Демократическая Республика	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83
Корея (Республика)	11	9	13	100	–	56	81	51	73	6	5	82	–
Коста-Рика	27	24	31	99	0,21	55	73	53	71	9	11	84	62
Кот-д'Ивуар	617	426	896	74	0,70	26	26	23	22	21	27	49	63
Куба	36	33	40	100	0,15	70	75	69	74	7	8	89	–
Кувейт	12	8	17	100	0,04	41	60	34	49	9	14	67	–
Кыргызстан	60	50	76	100	0,09	29	41	27	39	13	18	66	73
Кюрасао	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	185	139	253	64	0,08	39	61	34	54	8	11	74	96
Латвия	19	15	26	100	0,19	61	72	54	62	6	9	81	70
Лесото	544	391	788	87	7,80	53	66	52	65	11	15	81	–
Либерия	661	481	943	–	0,39	28	30	27	29	25	28	51	–
Ливан	29	22	40	–	0,02	29	62	21	46	6	12	61	–
Ливия	72	30	164	–	0,07	25	39	16	25	17	26	38	33
Литва	8	5	12	100	–	46	66	38	53	8	11	70	88
Люксембург	5	3	8	–	0,09	–	–	–	–	–	–	–	–
Маврикий	61	46	85	100	0,70	43	67	28	43	8	10	56	73
Мавритания	766	528	1140	69	0,03	12	18	11	16	18	29	35	62
Мадагаскар	335	229	484	46	0,24	41	50	36	44	15	16	65	–
Малави	349	244	507	90	2,28	48	64	48	63	13	15	77	76
Малайзия	29	24	36	100	0,18	35	57	25	41	9	14	57	81
Мали	562	419	784	67	0,78	18	19	17	19	21	24	45	79
Мальдивские Острова	53	35	84	100	–	15	22	12	17	22	30	33	45
Мальта	6	4	11	100	–	64	85	50	66	4	3	74	90
Марокко	70	54	91	87	0,03	43	71	37	61	7	11	74	–
Мартиника	–	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–
Мексика	33	32	35	96	0,08	56	73	53	70	9	10	82	–
Микронезия (Федеративные Штаты)	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мозамбик	289	206	418	73	5,25	26	28	25	27	19	22	56	94
Монголия	45	36	56	99	0,01	41	56	37	51	13	15	70	–
Мьянма	250	182	351	60	0,20	33	58	33	56	8	14	78	82
Намибия	195	144	281	–	2,82	52	61	52	60	10	15	83	96
Непал	186	135	267	58	0,03	43	55	38	48	17	21	63	48
Нигер	509	368	724	39	0,08	16	19	16	18	16	18	49	–

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, другие области	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	Уровень распространенности средств контрацепции, женщины в возрасте 15–49 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		
						ЛЮБЫЕ МЕТОДЫ		СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи, женщины в возрасте 15–49 лет, в процентах	
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке			Все	В официальном или гражданском браке
Нигерия	917	658	1320	43	0,65	17	20	13	15	15	19	41	–
Нидерланды	5	4	7	–	0,03	63	73	61	71	6	7	89	98
Никарагуа	98	77	127	96	0,07	53	82	51	79	5	6	88	–
Новая Зеландия	9	7	11	97	0,03	65	80	61	75	5	5	88	94
Новая Каледония	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	2	2	3	99	0,02	67	86	63	80	4	4	89	–
Объединенные Арабские Эмираты	3	2	5	100	–	36	51	29	41	12	17	60	–
Оман	19	16	22	99	0,07	21	35	14	24	15	26	40	–
Острова Тёркс и Кайкос	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Пакистан	140	85	229	69	0,11	25	37	19	28	12	17	52	65
Палестина ⁵	–	–	–	100	–	41	62	31	47	7	11	65	60
Панама	52	45	59	93	0,32	48	60	45	56	14	17	73	–
Папуа – Новая Гвинея	145	67	318	56	0,26	28	38	23	32	18	25	51	–
Парагвай	84	72	96	98	0,16	58	72	54	67	8	9	82	–
Перу	88	69	110	92	0,10	55	77	42	57	5	7	70	–
Польша	2	2	3	100	–	53	73	43	57	6	8	72	–
Португалия	8	6	11	99	0,07	61	75	52	65	7	7	78	–
Пуэрто-Рико	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	82	–
Республика Молдова	19	15	24	100	0,25	53	64	42	50	9	12	67	–
Реюньон	–	–	–	–	–	49	72	48	71	9	9	83	–
Российская Федерация	17	13	23	100	–	49	68	41	57	6	10	75	–
Руанда	248	184	347	91	0,29	34	58	31	53	12	17	69	–
Румыния	19	14	25	97	0,04	55	72	45	58	5	8	75	–
Сальвадор	46	36	57	100	0,11	52	73	49	69	8	10	81	83
Самоа	43	20	97	83	–	17	29	16	27	24	41	39	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	130	73	217	93	–	36	46	33	43	21	27	59	54
Саудовская Аравия	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	44	–
Северная Македония	7	5	10	100	0,02	40	48	21	21	13	17	40	–
Сейшельские острова	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сенегал	315	237	434	74	0,08	22	31	21	29	16	22	56	–
Сент-Винсент и Гренадины	68	44	100	99	–	50	67	48	64	10	12	80	81
Сент-Китс и Невис	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	–
Сербия	12	9	17	98	0,02	49	56	33	30	10	13	56	86
Сингапур	8	5	13	100	0,04	40	69	36	61	6	10	77	–
Синт-Мартен	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	31	20	50	–	0,00	37	62	28	46	8	13	62	77
Словакия	5	4	7	98	0,02	56	79	48	66	4	6	79	–
Словения	7	5	9	–	–	54	80	45	67	6	5	76	–
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92
Соединенные Штаты Америки	19	17	21	99	–	64	76	57	67	5	6	83	–
Соломоновы Острова	104	70	157	86	–	24	33	20	27	13	17	54	–

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Страны, территории, другие области	Кoeffициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений)*	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), нижняя оценка*	Диапазон неопределенности КМС (UI 80%), верхняя оценка*	Роды, принимаемые квалифицированным персоналом, в процентах	Число новых случаев ВИЧ-инфекции (все возрастные группы) на 1000 человек неинфицированного населения	Уровень распространенности средств контрацепции, женщины в возрасте 15–49 лет, в процентах				Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи, женщины в возрасте 15–49 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
	2017 год	2017 год	2017 год	2014–2019 годы	2018 год	ЛЮБЫЕ МЕТОДЫ		СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ					
						Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке	Все	В официальном или гражданском браке	2021 год	2019 год
Сомали	829	385	1590	–	0,03	16	27	7	12	16	27	23	–
Судан	295	207	408	78	0,13	11	16	10	14	18	28	34	57
Суринам	120	96	144	98	0,49	33	46	33	45	15	23	68	45
Сьерра-Леоне	1120	808	1620	87	0,55	28	25	27	25	20	24	57	65
Таджикистан	17	10	26	95	0,09	24	32	22	29	16	22	55	–
Таиланд	37	32	44	99	0,09	56	80	54	78	4	5	91	–
Танзания (Объединенная Республика)	524	399	712	64	1,41	36	44	32	39	16	20	61	–
Тимор-Лешти (Демократическая Республика)	142	102	192	57	–	19	32	17	29	14	24	52	–
Того	396	270	557	69	0,70	24	26	22	24	22	31	48	73
Тонга	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–
Тринидад и Тобаго	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32
Тувалу	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тунис	43	33	54	100	0,02	30	58	26	50	7	13	69	–
Туркменистан	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–
Турция	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–
Уганда	375	278	523	74	1,40	35	45	32	41	19	25	59	–
Узбекистан	29	23	37	100	0,16	49	69	46	65	6	9	83	–
Украина	19	14	26	100	0,28	53	68	44	55	6	9	74	88
Уругвай	17	14	21	100	0,26	57	79	55	77	6	7	87	99
Фиджи	34	27	43	100	–	35	51	30	44	12	16	65	–
Филиппины	121	91	168	84	0,13	36	57	27	43	10	16	58	75
Финляндия	3	2	4	100	0,04	79	82	74	78	3	5	91	98
Франция	8	6	9	98	0,09	65	78	63	75	4	4	91	–
Французская Гвиана	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Хорватия	8	6	11	100	0,02	51	71	36	47	7	8	63	–
Центральноафриканская Республика	829	463	1470	–	1,20	23	26	17	20	18	22	42	77
Чад	1140	847	1590	24	0,44	7	8	6	7	18	24	25	75
Черногория	6	3	10	99	0,08	26	26	18	15	17	22	43	52
Чехия	3	2	5	100	0,05	63	85	56	76	3	4	85	70
Чили	13	11	14	100	0,27	63	77	59	71	6	8	85	–
Швейцария	5	3	7	–	–	72	73	68	69	4	7	89	92
Швеция	4	3	6	–	–	62	73	57	66	6	8	84	100
Шри-Ланка	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	89
Эквадор	59	53	65	96	0,13	60	81	54	73	6	6	82	–
Экваториальная Гвинея	301	181	504	–	4,21	17	17	15	14	23	31	37	–
Эритрея	480	327	718	–	0,15	9	14	9	13	18	29	32	–
Эсватини	437	255	792	–	8,62	54	68	53	66	10	13	83	–
Эстония	9	5	13	99	0,23	57	65	52	58	7	11	81	–
Эфиопия	401	298	573	28	0,24	29	42	29	41	15	21	66	–
Южная Африка	119	96	153	97	4,94	50	58	50	57	11	14	82	95
Южный Судан	1150	789	1710	–	1,56	6	8	5	7	20	30	21	16
Ямайка	80	67	98	100	–	42	68	40	64	9	11	78	–
Япония	5	3	6	100	0,01	48	56	41	44	12	16	68	83

Сексуальное и репродуктивное здоровье

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- а 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.
- 1 29 ноября 2012 года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла резолюцию 67/19, в которой предоставила Палестине «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 ЦУР 3.1.1)

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

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 ЦУР 3.3.1)

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, удовлетворенных современными методами контрацепции. (Показатель ЦУР 3.7.1)

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 ЦУР 5.6.2)

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).

Роды с участием квалифицированного медицинского персонала: Совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению, 2020 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 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: ЮНЭЙДС.

Коэффициент распространенности противозачаточных средств: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

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

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

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

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

Гендер, права и человеческий капитал

	Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет	Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет, в процентах	Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте 15–19 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	Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах	Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием	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
Мир и регионы	2020 год	2019 год	2019 год	2018 год	2020 год	2019 год	2019 год	2019 год	2019 год	2019 год	2019 год
Мир	41	20	–	13	55	–	–	85	1,00	65	0,99
Более развитые регионы	12	–	–	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Менее развитые регионы	45	27	–	–	54	–	–	83	1,00	62	0,99
Наименее развитые страны	91	38	–	22	50	–	–	66	0,97	44	0,89
Регионы ЮНФПА											
Азиатско-Тихоокеанский регион	23	26	–	–	59	–	–	87	1,02	63	1,03
Регион арабских государств	48	20	55	–	–	–	–	81	0,94	60	0,91
Регион Восточной Европы и Центральной Азии	27	12	–	–	75	–	–	96	0,99	85	1,00
Регион Восточной и Южной Африки	95	32	24	–	53	–	–	66	0,96	44	0,84
Регион Западной и Центральной Африки	108	39	23	–	37	–	–	62	0,96	43	0,86
Регион Латинской Америки и Карибского бассейна	61	25	–	–	74	–	–	93	1,00	79	1,03
Страны, территории, другие области											
	2003–2018 годы	2005–2019 годы	2004–2018 годы	2000–2019 годы	2007–2018 годы	2010–2020 годы	2010–2020 годы	2010–2019 годы	2010–2019 годы	2009–2019 годы	2009–2019 годы
Австралия	10	–	–	2 ^b	–	100	1,00	98	1,00	92	1,04
Австрия	7	–	–	4 ^c	–	100	1,00	100	1,00	90	1,01
Азербайджан	45	11	–	10	–	92	1,03	100	1,00	100	1,00
Албания	16	12	–	–	69	98	1,04	96	1,05	82	1,07
Алжир	10	3	–	–	–	100	0,99	–	–	–	–
Ангола	163	30	–	26	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Антигуа и Барбуда	28	–	–	–	–	99	1,01	99	0,99	87	1,02
Аргентина	54	–	–	–	–	100	0,99	100	1,00	90	1,10
Армения	21	5	–	4	66	91	1,00	90	1,02	89	1,15
Аруба	26	–	–	–	–	100	1,00	–	–	–	–
Афганистан	62	28	–	46	–	–	–	–	–	44	0,56
Багамские Острова	29	–	–	–	–	76	1,02	71	1,02	67	1,06
Бангладеш	74	59	–	29	–	95	1,11	74	1,10	62	1,08
Барбадос	50	29	–	–	–	99	0,98	95	1,04	95	1,05
Бахрейн	14	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Беларусь	14	5	–	–	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Белиз	64	34	–	–	–	100	1,01	90	0,98	64	1,04
Бельгия	6	–	–	8 ^c	–	99	1,00	99	0,99	99	1,00
Бенин	108	31	2	14	36	94	0,94	66	0,78	44	0,63
Болгария	38	–	–	9 ^c	–	87	1,00	87	0,99	88	0,95
Боливия (Многонациональное Государство)	71	20	–	27	–	93	1,00	87	0,99	79	1,00
Босния и Герцеговина	11	4	–	–	–	–	–	–	–	79	1,04
Ботсвана	50	–	–	–	–	89	1,01	–	–	–	–
Бразилия	53	26	–	–	–	96	0,99	97	1,00	85	1,07
Бруней-Даруссалам	10	–	–	–	–	99	1,01	97	1,00	82	1,04
Буркина-Фасо	132	52	58	9	20	78	0,99	54	1,08	34	1,04
Бурунди	58	19	–	28	44	92	1,04	66	1,08	35	1,15
Бутан	28	26	–	7	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Вануату	51	21	–	44	–	–	–	–	–	–	–
Венгрия	23	–	–	8 ^c	–	96	1,00	97	1,00	88	1,01

Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, другие области	2003–2018 годы	2005–2019 годы	2004–2018 годы	2000–2019 годы	2007–2018 годы	2010–2020 годы	2010–2020 годы	2010–2019 годы	2010–2019 годы	2009–2019 годы	2009–2019 годы
Венесуэла (Болливарианская Республика)	95	–	–	–	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Виргинские острова Соединенных Штатов	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Вьетнам	30	11	–	10	–	99	1,03	–	–	–	–
Габон	91	22	–	32	48	–	–	–	–	–	–
Гаити	55	15	–	14	59	–	–	–	–	–	–
Гайана	74	30	–	–	71	98	0,96	93	1,02	70	1,11
Гамбия	86	26	75	7	40	85	1,12	69	1,03	–	–
Гана	75	21	2	19	52	99	1,01	89	1,05	72	1,00
Гваделупа	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гватемала	79	30	–	9	65	89	1,01	67	0,93	41	0,90
Гвинея	120	47	92	–	29	78	0,83	49	0,70	33	0,59
Гвинея-Бисау	106	24	42	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Германия	6	–	–	5 ^c	–	99	1,01	95	1,02	86	0,96
Гондурас	89	34	–	11	70	87	0,97	62	1,23	44	1,11
Гренада	36	–	–	–	–	99	1,02	97	–	97	1,00
Греция	9	–	–	8 ^c	–	99	1,00	96	0,99	95	0,98
Грузия	32	14	–	1 ^d	–	99	1,01	100	1,00	94	1,04
Гуам	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Дания	3	–	–	7 ^c	–	99	1,01	99	0,99	90	1,02
Джибути	21	5	80	–	–	67	0,96	52	1,00	34	0,95
Доминика	48	–	–	–	–	96	1,01	99	1,02	82	1,03
Доминиканская Республика	51	36	–	16	77	96	1,01	94	1,00	78	1,02
Египет	52	17	70	14	–	99	1,01	98	1,02	77	0,98
Замбия	135	29	–	25	47	85	1,05	–	–	–	–
Западная Сахара	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Зимбабве	78	34	–	20	60	100	1,01	98	0,95	52	0,90
Израиль	10	–	–	–	–	100	1,01	100	–	98	–
Индия	11	27	–	22	–	98	1,02	85	1,07	52	0,98
Индонезия	36	16	–	5 ^d	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Иордания	27	10	–	14	61	81	0,98	70	1,00	54	1,09
Ирак	82	28	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Иран (Исламская Республика)	33	17	–	–	–	100	1,00	95	0,97	74	0,97
Ирландия	7	–	–	4 ^c	–	100	1,00	99	–	99	1,01
Исландия	6	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	87	1,04
Испания	7	–	–	2 ^c	–	97	1,00	100	1,00	98	1,01
Италия	4	–	–	7 ^c	–	97	1,00	98	1,00	95	1,01
Йемен	67	32	16	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Кабо-Верде	80	18	–	8	–	94	0,98	87	1,01	73	1,08
Казахстан	26	7	–	6 ^c	–	99	1,02	100	–	99	–
Камбоджа	57	19	–	9	76	91	1,00	87	0,98	–	–
Камерун (Республика)	119	31	0,4	22	38	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Канада	8	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00	94	0,99
Катар	9	4	–	–	–	98	1,03	95	0,92	91	0,97
Кения	96	23	11	26	56	81	1,04	–	–	–	–

Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, другие области	2003–2018 годы	2005–2019 годы	2004–2018 годы	2000–2019 годы	2007–2018 годы	2010–2020 годы	2010–2020 годы	2010–2019 годы	2010–2019 годы	2009–2019 годы	2009–2019 годы
Кипр	4	–	–	3 ^e	–	99	1,00	100	1,00	93	0,98
Кирибати	49	20	–	43	–	96	1,08	–	–	–	–
Китай	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Китай, САР Гонконг	2	–	–	–	–	97	1,05	99	1,00	99	1,00
Китай, САР Макао	3	–	–	–	–	99	0,99	98	1,02	87	1,06
Колумбия	61	23	–	18	–	98	1,01	94	1,01	79	1,03
Коморские Острова	70	32	–	5	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Конго (Демократическая Республика)	138	37	–	37	31	–	–	–	–	–	–
Конго (Республика)	111	27	–	–	27	89	1,09	–	–	–	–
Корейская Народно-Демократическая Республика	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Корея (Республика)	1	–	–	–	–	99	1,00	97	1,00	96	0,99
Коста-Рика	50	21	–	–	–	100	1,00	98	1,01	94	1,03
Кот-д'Ивуар	123	27	27	22	25	95	0,93	56	0,87	42	0,74
Куба	52	26	–	–	–	99	1,00	90	1,00	82	1,07
Кувейт	6	–	–	–	–	83	1,22	94	1,05	82	1,03
Кыргызстан	34	13	–	17	77	100	0,99	98	0,99	72	1,05
Кюрасао	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Лаосская Народно-Демократическая Республика	83	33	–	6	–	92	0,98	72	1,00	56	0,92
Латвия	16	–	–	7 ^e	–	99	1,01	99	1,01	96	1,01
Лесото	94	16	–	–	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Либерия	150	36	26 ^a	35	67	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Ливан	13	6	–	35	–	–	–	–	–	–	–
Ливия	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	13	–	–	6 ^e	–	100	1,00	100	1,00	97	1,02
Люксембург	4	–	–	3 ^e	–	99	0,98	96	0,98	81	1,06
Маврикий	24	–	–	–	–	99	1,03	95	1,02	79	1,10
Мавритания	84	37	63	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
Мадагаскар	152	40	–	–	74	98	1,05	70	1,03	36	0,97
Малави	138	42	–	24	47	98	1,04	81	1,01	31	0,64
Малайзия	9	–	–	–	–	100	1,01	87	1,03	63	1,16
Мали	164	54	86	21	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Мальдивские Острова	9	2	1	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Мальта	13	–	–	5 ^e	–	100	1,01	99	1,01	90	1,05
Марокко	19	14	–	–	–	100	1,01	91	0,96	72	0,94
Мартиника	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Мексика	71	26	–	10	–	99	1,01	92	1,02	74	1,05
Микронезия (Федеративные Штаты)	44	–	–	26	–	90	0,98	87	1,06	–	–
Мозамбик	180	53	–	16	49	98	0,97	57	0,87	31	0,76
Монголия	33	12	–	15	63	99	0,99	–	–	–	–
Мьянма	28	16	–	11	67	98	0,96	79	1,03	57	1,16
Намибия	64	7	–	20	71	98	1,03	–	–	–	–
Непал	88	40	–	11	48	96	0,93	97	1,03	81	1,18
Нигер	154	76	1	–	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67

Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, другие области	2003–2018 годы	2005–2019 годы	2004–2018 годы	2000–2019 годы	2007–2018 годы	2010–2020 годы	2010–2020 годы	2010–2019 годы	2010–2019 годы	2009–2019 годы	2009–2019 годы
Нигерия	106	43	14	14	46	66	0,84	–	–	–	–
Нидерланды	3	–	–	7 ^с	–	100	1,01	97	1,01	100	1,00
Никарагуа	92	35	–	8	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Новая Зеландия	14	–	–	–	–	100	1,01	99	1,00	98	1,03
Новая Каледония	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Норвегия	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	92	1,01
Объединенные Арабские Эмираты	5	–	–	–	–	99	0,97	99	0,99	88	0,86
Оман	12	4	–	–	–	97	1,06	98	1,02	90	0,90
Острова Тёркс и Кайкос	15	–	–	–	–	99	1,03	80	1,06	68	0,90
Пакистан	46	18	–	15	40	–	–	–	–	–	–
Палестина ¹	48	15	–	–	–	97	1,00	97	1,04	75	1,21
Панама	76	26	–	10	79	87	0,99	88	1,01	56	1,08
Папуа – Новая Гвинея	68	27	–	48	–	93	0,94	86	0,89	54	0,82
Парагвай	72	22	–	8 ^с	–	89	1,00	90	0,90	68	1,05
Перу	44	17	–	11	–	98	0,96	98	1,00	92	0,94
Польша	11	–	–	3 ^с	–	98	1,01	98	0,98	96	1,00
Португалия	8	–	–	6 ^г	–	100	0,99	100	1,00	99	0,99
Пуэрто-Рико	22	–	–	–	–	78	1,03	80	1,10	83	1,07
Республика Молдова	21	12	–	15	–	90	0,98	84	0,98	65	1,02
Реюньон	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Российская Федерация	22	–	–	–	–	100	1,00	100	1,01	97	1,00
Руанда	41	7	–	21	70	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Румыния	38	–	–	7 ^с	–	87	1,00	91	1,00	80	1,03
Сальвадор	74	26	–	7	–	86	1,01	83	0,99	66	0,97
Самоа	39	11	–	22	–	99	1,02	100	–	90	1,11
Сан-Марино	1	–	–	–	–	95	1,10	99	–	46	0,89
Сан-Томе и Принсипи	92	35	–	26	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Саудовская Аравия	9	–	–	–	–	98	0,98	99	0,98	96	0,94
Северная Македония	15	7	–	–	–	99	1,00	–	–	–	–
Сейшельские острова	68	–	–	–	–	98	1,05	99	–	82	1,16
Сенегал	78	29	21	8	7	74	1,14	–	–	–	–
Сент-Винсент и Гренадины	52	–	–	–	–	97	1,06	98	0,99	85	1,02
Сент-Китс и Невис	46	–	–	–	–	99	0,98	87	0,95	96	0,99
Сент-Люсия	36	24	–	–	–	98	1,03	90	0,98	79	0,99
Сербия	15	3	–	–	–	98	1,00	98	1,00	88	1,03
Сингапур	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	100	–
Синт-Мартен	–	–	–	–	–	97	1,07	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	54	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
Словакия	27	–	–	8 ^с	–	96	1,00	95	1,00	89	1,00
Словения	4	–	–	2 ^с	–	100	1,00	98	1,01	98	1,01
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	12	–	–	6 ^с	–	99	1,00	100	1,00	96	1,01
Соединенные Штаты Америки	19	–	–	–	–	99	1,00	100	1,02	96	1,00
Соломоновы Острова	78	21	–	42	–	96	1,01	–	–	–	–

Гендер, права и человеческий капитал

Страны, территории, другие области	2003–2018 годы	2005–2019 годы	2004–2018 годы	2000–2019 годы	2007–2018 годы	2010–2020 годы	2010–2020 годы	2010–2019 годы	2010–2019 годы	2009–2019 годы	2009–2019 годы
Сомали	123	45	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Судан	87	34	82	–	–	62	0,98	45	0,88	43	0,96
Суринам	57	36	–	–	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Сьерра-Леоне	101	30	64	29	40	99	1,03	51	0,99	35	0,93
Таджикистан	54	9	–	19	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Таиланд	38	23	–	–	–	–	–	–	–	79	1,00
Танзания (Объединенная Республика)	139	31	5	30	47	87	1,04	–	–	14	0,76
Тимор-Лешти (Демократическая Республика)	42	15	–	35	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Того	89	25	1	13	30	97	0,98	79	0,85	43	0,64
Тонга	30	6	–	19	–	99	1,02	95	1,02	62	1,17
Тринидад и Тобаго	38	11	–	7	–	99	0,99	–	–	–	–
Тувалу	27	10	–	25	–	85	0,96	71	0,92	50	1,57
Тунис	4	2	–	–	–	99	1,02	–	–	–	–
Туркменистан	28	6	–	–	–	–	–	92	0,98	83	0,99
Турция	21	15	–	11	–	95	0,99	94	0,99	83	0,99
Уганда	132	34	0,1	30	62	96	1,03	–	–	–	–
Узбекистан	19	7	–	–	–	99	0,99	99	0,98	86	0,99
Украина	19	9	–	10	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Уругвай	36	25	–	3	–	100	1,00	100	1,01	88	1,08
Фиджи	23	–	–	30 ^c	–	99	0,97	96	–	74	1,09
Филиппины	39	17	–	6	81	96	0,99	89	1,07	79	1,09
Финляндия	5	–	–	8 ^c	–	99	1,00	100	1,00	96	0,98
Франция	9	–	–	7 ^c	–	100	1,00	99	1,00	95	1,01
Французская Гвиана	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Французская Полинезия	42	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Хорватия	9	–	–	4 ^c	–	98	1,03	99	1,02	86	1,05
Центральноафриканская Республика	229	68	18	26	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
Чад	179	67	32	18	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Черногория	10	6	–	–	–	100	1,00	92	1,01	89	1,02
Чехия	12	–	–	6 ^c	–	100	1,01	99	1,00	97	1,00
Чили	26	–	–	–	–	99	0,99	95	0,99	95	1,00
Швейцария	2	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	82	0,96
Швеция	5	–	–	6 ^c	–	100	1,00	100	1,01	99	0,99
Шри-Ланка	21	10	–	6 ^a	–	99	0,99	100	1,00	84	1,06
Эквадор	71	20	–	11	87	99	1,03	95	1,03	80	1,01
Экваториальная Гвинея	176	30	–	44	–	45	1,02	–	–	–	–
Эритрея	76	41	69	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Эсватини	87	5	–	–	49	84	0,98	97	1,00	84	0,96
Эстония	11	–	–	4 ^c	–	98	1,00	99	1,02	99	0,99
Эфиопия	80	40	47	20	45	86	0,93	53	0,92	26	0,91
Южная Африка	41	4	–	11	65	89	1,02	86	1,03	79	1,02
Южный Судан	158	52	–	–	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Ямайка	52	8	–	9	–	83	1,00	82	1,02	76	1,04
Япония	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- a Процентная доля девушек в возрасте от 15 до 19 лет, состоящих в обществе «Санде». Членство в обществе «Санде» является доверенностью на проведение калечащих операций на женских половых органах.
- b Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте 18 лет и старше.
- c Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте от 18 до 49 лет.
- d Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте от 15 до 64 лет.
- e Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте от 15 до 44 лет.
- f Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте от 18 до 50 лет.
- g Для женщин, вступавших в партнерские отношения, в возрасте 15 лет и старше.
- 1 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 ЦУР 3.7.2)

Доля вступивших в брак в возрасте до 18 лет: пропорциональная доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, вступивших в официальный или гражданский брак до достижения восемнадцатилетия. (Показатель ЦУР 5.3.1)

Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет: пропорциональная доля девочек в возрасте от 15 до 19 лет, перенесших калечащие операции на женских половых органах. (Показатель ЦУР 5.3.2)

Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев: процентная доля 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 ЦУР 5.2.1)

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 принимают свои собственные решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером. (Показатель ЦУР 5.6.1) Во время публикации отчета стали доступны обновленные данные по этому показателю ЦУР. Новые данные доступны по адресу <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Общий чистый показатель охвата начальным образованием: процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального школьного образования.

Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием: соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в начальную школу.

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.

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

Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет: ЮНФПА.

Насилие со стороны интимного партнера за последние 12 месяцев: ЮНФПА. Региональные оценки, подготовленные Межучрежденческой группой по оценке и данным насилия в отношении женщин (ВОЗ, «ООН-Женщины», ЮНИСЕФ, СОООН, УНП ООН и ЮНФПА).

Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав: ЮНФПА. Во время публикации отчета стали доступны обновленные данные по этому показателю ЦУР. Новые данные доступны по адресу <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Общий чистый показатель охвата начальным образованием: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата школьным образованием, неполное среднее образование: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Общий чистый коэффициент зачисления в старшие классы средней школы: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата полным средним образованием: Статистический институт ЮНЕСКО (СИЮ).

Демографические показатели

	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	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, в расчете на одну женщину	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, количество лет, 2021 год	парни
Мир и регионы	2021 год	2015–2020 годы	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год		
Мир	7875	1,1	25,3	16,0	23,6	65,1	9,6	2,4	71	75
Более развитые регионы	1276	0,3	16,3	11,0	16,6	64,0	19,7	1,6	77	83
Менее развитые регионы	6599	1,3	27,0	17,0	25,0	65,4	7,6	2,5	69	74
Наименее развитые страны	1082	2,3	38,5	22,3	31,7	57,8	3,6	3,8	64	68
Регионы ЮНФПА										
Азиатско-Тихоокеанский регион	4116	0,9	23,4	15,6	23,3	67,9	8,6	2,1	71	75
Регион арабских государств	385	1,9	33,8	19,2	27,6	61,0	5,1	3,2	70	74
Регион Восточной Европы и Центральной Азии	251	0,9	23,4	14,4	21,2	66,2	10,5	2,1	71	78
Регион Восточной и Южной Африки	633	2,6	40,9	23,0	32,3	55,9	3,2	4,2	62	67
Регион Западной и Центральной Африки	471	2,7	42,9	23,3	32,3	54,3	2,8	4,9	57	60
Регион Латинской Америки и Карибского бассейна	656	1,0	23,7	16,0	24,2	67,2	9,2	2,0	73	79
Страны, территории, другие области	2021 год	2015–2020 годы	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	парни	девушки
Австралия ²	25,8	1,3	19,3	12,4	18,5	64,2	16,5	1,8	82	86
Австрия	9,0	0,7	14,5	9,6	15,1	66,1	19,5	1,6	80	84
Азербайджан ³	10,2	1,0	23,4	13,4	20,2	69,5	7,1	2,0	71	76
Албания	2,9	-0,1	17,1	12,2	19,8	67,7	15,2	1,6	77	80
Алжир	44,6	2,0	30,9	15,8	22,3	62,2	6,9	2,9	76	79
Ангола	33,9	3,3	46,2	24,1	32,9	51,6	2,2	5,3	59	65
Антигуа и Барбуда	0,1	0,9	21,7	14,0	21,6	68,6	9,7	2,0	76	78
Аргентина	45,6	1,0	24,3	15,7	23,3	64,2	11,5	2,2	74	80
Армения	3,0	0,3	20,8	12,7	18,4	66,9	12,3	1,8	72	79
Аруба ¹	0,1	0,5	17,3	12,8	19,8	67,5	15,1	1,9	74	79
Афганистан	39,8	2,5	41,2	25,0	35,2	56,1	2,7	4,0	64	67
Багамские Острова	0,4	1,0	21,3	15,9	24,3	70,7	8,0	1,7	72	76
Бангладеш	166,3	1,1	26,3	18,3	27,5	68,4	5,3	2,0	71	75
Барбадос	0,3	0,1	16,6	12,5	19,0	66,3	17,2	1,6	78	81
Бахрейн	1,7	4,3	18,0	11,1	17,0	79,1	2,9	1,9	77	79
Беларусь	9,4	0,0	17,3	10,2	14,5	66,6	16,1	1,7	70	80
Белиз	0,4	1,9	28,8	19,2	29,0	66,1	5,2	2,2	72	78
Бельгия	11,6	0,5	17,0	11,4	17,0	63,5	19,6	1,7	80	84
Бенин	12,5	2,7	41,7	22,9	32,1	55,0	3,3	4,6	61	64
Болгария	6,9	-0,7	14,7	10,1	14,3	63,6	21,7	1,6	72	79
Боливия (Многонациональное Государство)	11,8	1,4	29,8	19,5	28,6	62,6	7,6	2,6	69	75
Босния и Герцеговина	3,3	-0,9	14,3	10,5	17,0	67,2	18,5	1,2	75	80
Ботсвана	2,4	2,1	33,0	20,1	28,7	62,3	4,7	2,8	67	73
Бразилия	214,0	0,8	20,5	14,4	22,3	69,6	9,9	1,7	73	80
Бруней-Даруссалам	0,4	1,1	21,9	14,7	22,7	72,1	6,0	1,8	75	77
Буркина-Фасо	21,5	2,9	44,1	24,1	33,3	53,5	2,4	5,0	62	63
Бурунди	12,3	3,1	45,1	23,1	31,8	52,5	2,5	5,2	60	64
Бутан	0,8	1,2	24,6	17,2	26,6	69,1	6,3	1,9	72	73
Вануату	0,3	2,5	38,2	21,9	30,3	58,2	3,6	3,7	69	72
Венгрия	9,6	-0,2	14,5	10,0	15,2	65,0	20,6	1,5	74	81

Страны, территории, другие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	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, в расчете на одну женщину	парни	девушки
	2021 год	2015–2020 годы	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год	2021 год		
Венесуэла (Боливарианская Республика)	28,7	-1,1	26,5	18,2	25,9	65,3	8,2	2,2	68	76
Виргинские острова Соединенных Штатов ¹³	0,1	-0,1	18,9	13,4	19,6	59,9	21,1	2,0	78	83
Вьетнам	98,2	1,0	23,2	14,0	20,7	68,6	8,2	2,0	72	80
Габон	2,3	2,7	37,4	19,2	27,1	59,1	3,5	3,8	65	69
Гаити	11,5	1,3	32,1	20,4	29,7	62,6	5,3	2,8	62	67
Гайана	0,8	0,5	27,5	18,1	27,8	65,2	7,3	2,4	67	73
Гамбия	2,5	2,9	43,8	23,1	32,4	53,7	2,5	5,0	61	64
Гана	31,7	2,2	36,9	21,3	30,4	59,9	3,2	3,7	63	66
Гваделупа ¹¹	0,4	0,0	18,2	14,2	21,5	61,9	19,9	2,1	79	86
Гватемала	18,2	1,9	32,9	21,2	31,3	62,0	5,1	2,7	72	78
Гвинея	13,5	2,8	42,7	24,2	34,1	54,3	3,0	4,5	61	63
Гвинея-Бисау	2,0	2,5	41,7	22,9	32,1	55,4	2,9	4,3	57	61
Германия	83,9	0,5	14,0	9,4	14,8	64,0	22,0	1,6	79	84
Гондурас	10,1	1,7	30,1	20,4	30,6	64,8	5,1	2,4	73	78
Гренада	0,1	0,5	23,8	14,4	21,8	66,2	10,0	2,0	70	75
Греция	10,4	-0,4	13,4	10,2	15,3	63,9	22,6	1,3	80	85
Грузия ¹²	4,0	-0,2	20,3	12,1	17,8	64,2	15,6	2,0	70	78
Гуам ¹³	0,2	0,8	23,6	15,8	24,0	65,5	10,9	2,3	77	84
Дания ⁹	5,8	0,4	16,3	11,6	17,9	63,4	20,3	1,8	79	83
Джибути	1,0	1,6	28,6	18,0	27,0	66,6	4,8	2,6	66	70
Доминика	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Доминиканская Республика	11,0	1,1	27,2	17,7	26,2	65,1	7,8	2,3	71	78
Египет	104,3	2,0	33,8	18,2	26,3	60,7	5,4	3,2	70	75
Замбия	18,9	2,9	43,6	24,7	34,3	54,3	2,2	4,4	61	68
Западная Сахара	0,6	2,5	26,9	16,5	24,8	69,5	3,6	2,3	69	73
Зимбабве	15,1	1,5	41,3	24,2	33,6	55,6	3,1	3,4	60	63
Израиль	8,8	1,6	27,7	16,3	23,6	59,7	12,6	3,0	82	85
Индия	1393,4	1,0	25,8	18,0	26,9	67,4	6,8	2,2	69	71
Индонезия	276,4	1,1	25,6	16,8	25,1	67,9	6,5	2,2	70	74
Иордания	10,3	1,9	32,1	21,3	30,5	63,9	4,0	2,6	73	77
Ирак	41,2	2,5	37,3	21,6	31,1	59,2	3,5	3,5	69	73
Иран (Исламская Республика)	85,0	1,4	24,8	14,1	20,5	68,4	6,8	2,1	76	78
Ирландия	5,0	1,2	20,5	13,8	19,7	64,6	14,9	1,8	81	84
Исландия	0,3	0,7	19,2	13,2	19,5	64,8	16,1	1,7	82	85
Испания ²²	46,7	0,0	14,2	10,2	15,0	65,5	20,3	1,4	81	86
Италия	60,4	0,0	12,8	9,5	14,4	63,6	23,6	1,3	82	86
Йемен	30,5	2,4	38,4	22,6	32,2	58,6	3,0	3,5	65	68
Кабо-Верде	0,6	1,2	27,7	17,7	25,8	67,4	4,9	2,2	70	77
Казахстан	19,0	1,3	29,2	15,2	20,8	62,7	8,2	2,7	70	78
Камбоджа	16,9	1,5	30,7	18,5	27,4	64,3	5,0	2,4	68	72
Камерун (Республика)	27,2	2,6	41,8	23,3	32,4	55,5	2,7	4,4	59	61
Канада	38,1	0,9	15,8	10,5	16,6	65,7	18,6	1,5	81	85
Катар	2,9	2,3	13,7	8,4	16,5	84,5	1,9	1,8	79	82
Кения	55,0	2,3	38,0	23,6	33,4	59,4	2,6	3,3	65	70

Демографические показатели

Страны, территории, другие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	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, в расчете на одну женщину	парни	девушки
Кипр ⁷	1,2	0,8	16,5	11,7	19,1	68,8	14,7	1,3	79	83
Кирибати	0,1	1,5	35,8	20,0	28,8	59,8	4,3	3,5	65	73
Китай, САР Гонконг ⁵	7,6	0,8	13,0	11,6	12,1	68,1	18,9	1,4	82	88
Китай, Макао SAR ⁶	0,7	1,5	14,6	7,4	12,5	72,6	12,7	1,3	82	87
Китай ⁴	1444,2	0,5	17,6	7,4	17,5	70,0	12,4	1,7	75	80
Колумбия	51,3	1,4	21,9	15,6	24,1	68,7	9,4	1,8	75	80
Коморские Острова	0,9	2,2	38,7	22,0	31,1	58,1	3,2	4,0	63	67
Конго (Демократическая Республика)	92,4	3,2	45,6	23,6	32,2	51,4	3,0	5,6	60	63
Конго (Республика)	5,7	2,6	41,0	23,0	31,7	56,2	2,8	4,3	63	67
Корейская Народно-Демократическая Республика	25,9	0,5	19,8	13,6	21,0	70,6	9,6	1,9	69	76
Корея (Республика)	51,3	0,2	12,3	9,1	15,1	71,2	16,6	1,1	80	86
Коста-Рика	5,1	1,0	20,6	13,9	21,6	68,8	10,6	1,7	78	83
Кот-д'Ивуар	27,1	2,5	41,4	23,0	32,6	55,7	2,9	4,5	57	60
Куба	11,3	0,0	15,7	10,9	17,0	68,1	16,2	1,6	77	81
Кувейт	4,3	2,1	21,1	13,1	18,5	75,5	3,4	2,1	75	77
Кыргызстан	6,6	1,8	32,6	17,3	24,9	62,5	4,9	2,9	68	76
Кюрасао ¹	0,2	0,5	17,8	13,0	19,0	64,0	18,2	1,7	76	82
Лаосская Народно-Демократическая Республика	7,4	1,5	31,6	20,0	29,3	64,0	4,4	2,5	67	70
Латвия	1,9	-1,1	16,8	10,2	13,7	62,2	21,0	1,7	71	80
Лесото	2,2	0,8	32,1	19,7	29,1	62,8	5,0	3,0	52	59
Либерия	5,2	2,5	40,0	23,2	32,4	56,6	3,4	4,1	63	66
Ливан	6,8	0,9	24,5	16,3	24,8	67,6	7,9	2,0	77	81
Ливия	7,0	1,4	27,4	17,4	25,2	68,0	4,6	2,1	70	76
Литва	2,7	-1,5	15,6	9,0	13,7	63,3	21,1	1,7	71	82
Люксембург	0,6	2,0	15,6	10,5	16,8	69,8	14,6	1,4	81	85
Маврикий ¹⁵	1,3	0,2	16,4	13,4	20,7	70,6	13,0	1,4	72	79
Мавритания	4,8	2,8	39,5	21,7	30,6	57,3	3,2	4,4	64	67
Мадагаскар	28,4	2,7	39,8	22,7	32,4	57,0	3,2	3,9	66	69
Малави	19,6	2,7	42,5	24,7	34,4	54,8	2,7	4,0	62	68
Малайзия ¹⁴	32,8	1,3	23,3	15,5	24,1	69,3	7,4	1,9	75	79
Мали	20,9	3,0	46,7	24,8	33,7	50,8	2,5	5,6	59	61
Мальдивские Острова	0,5	3,4	19,8	11,3	19,3	76,4	3,8	1,8	78	81
Мальта	0,4	0,4	14,4	9,3	14,7	63,8	21,8	1,5	81	85
Марокко	37,3	1,3	26,5	16,5	24,2	65,6	7,9	2,3	76	78
Мартиника ¹¹	0,4	-0,2	15,5	12,2	18,8	62,2	22,3	1,8	80	86
Мексика	130,3	1,1	25,5	17,2	25,6	66,7	7,8	2,1	72	78
Микронезия (Федеративные Штаты)	0,1	1,1	31,0	19,9	29,8	64,4	4,6	2,9	66	70
Мозамбик	32,2	2,9	43,8	24,2	33,6	53,3	2,9	4,6	59	65
Монголия	3,3	1,8	31,2	15,8	22,4	64,3	4,5	2,8	66	75
Мьянма	54,8	0,6	25,1	17,9	26,7	68,4	6,5	2,1	64	71
Намибия	2,6	1,9	36,7	20,8	30,2	59,7	3,6	3,2	61	67
Непал	29,7	1,5	28,1	20,3	31,2	66,0	5,9	1,8	70	73
Нигер	25,1	3,8	49,5	24,4	33,1	47,9	2,6	6,6	62	64
Нигерия	211,4	2,6	43,3	23,2	32,0	53,9	2,8	5,2	54	56

Страны, территории, другие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	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, в расчете на одну женщину	парни	девушки
Нидерланды ¹⁷	17,2	0,2	15,5	11,3	17,2	64,0	20,5	1,7	81	84
Никарагуа	6,7	1,3	29,1	18,6	27,3	65,0	5,9	2,3	71	78
Новая Зеландия ¹⁸	4,9	0,9	19,3	13,0	19,5	64,0	16,7	1,9	81	84
Новая Каледония ¹¹	0,3	1,0	21,7	15,0	23,2	68,3	10,0	1,9	75	81
Норвегия ¹⁹	5,5	0,8	17,1	11,9	18,3	65,1	17,8	1,7	81	85
Объединенные Арабские Эмираты	10,0	1,3	14,9	9,1	16,5	83,7	1,4	1,4	78	80
Оман	5,2	3,6	22,9	11,1	17,1	74,5	2,6	2,7	77	81
Острова Тёркс и Кайкос	0,0	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Пакистан	225,2	2,0	34,6	20,4	29,7	61,0	4,4	3,3	67	69
Палестина ²⁰	5,2	2,4	38,0	21,8	31,4	58,8	3,3	3,4	73	76
Панама	4,4	1,7	26,2	16,7	24,8	65,0	8,8	2,4	76	82
Папуа – Новая Гвинея	9,1	2,0	34,8	21,3	30,7	61,5	3,7	3,4	64	66
Парагвай	7,2	1,3	28,6	18,5	27,8	64,4	7,0	2,4	72	77
Перу	33,4	1,6	24,7	15,5	23,1	66,4	9,0	2,2	75	80
Польша	37,8	-0,1	15,2	9,9	14,9	65,4	19,4	1,5	75	83
Португалия	10,2	-0,3	12,9	9,9	15,2	64,0	23,1	1,3	79	85
Пуэрто-Рико ¹³	2,8	-3,3	14,9	14,1	19,4	63,9	21,3	1,2	77	84
Республика Молдова ¹⁶	4,0	-0,2	15,8	10,5	16,2	71,2	13,0	1,3	68	76
Реюньон ¹⁴	0,9	0,7	22,0	15,3	22,6	64,8	13,2	2,2	78	84
Российская Федерация	145,9	0,1	18,5	10,8	15,3	65,5	16,0	1,8	67	78
Руанда	13,3	2,6	39,2	22,3	31,5	57,5	3,2	3,9	67	72
Румыния	19,1	-0,7	15,5	10,8	16,1	64,9	19,7	1,6	73	80
Сальвадор	6,5	0,5	26,3	17,6	27,1	64,9	8,8	2,0	69	78
Самоа	0,2	0,5	37,1	21,2	29,5	57,7	5,2	3,7	72	76
Сан-Марино	0,0	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Томе и Принсипи	0,2	1,9	41,3	24,7	33,5	55,6	3,1	4,2	68	73
Саудовская Аравия	35,3	1,9	24,5	14,2	20,8	71,8	3,6	2,2	74	77
Северная Македония	2,1	0,0	16,2	11,1	17,2	68,9	14,9	1,5	74	78
Сейшельские острова	0,1	0,7	23,7	14,3	20,6	67,9	8,4	2,4	70	78
Сенегал	17,2	2,8	42,3	23,2	32,3	54,6	3,1	4,4	66	70
Сент-Винсент и Гренадины	0,1	0,3	21,6	15,4	23,8	68,3	10,2	1,8	71	75
Сент-Китс и Невис	0,1	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Сент-Люсия	0,2	0,5	17,7	12,8	21,2	71,7	10,6	1,4	75	78
Сербия ²¹	8,7	-0,3	15,2	11,3	17,3	65,4	19,4	1,4	74	79
Сингапур	5,9	0,9	12,4	8,4	14,8	73,3	14,3	1,2	82	86
Синт-Мартен ¹	0,0	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Сирийская Арабская Республика	18,3	-0,6	30,7	18,3	27,1	64,4	4,9	2,7	71	79
Словакия	5,5	0,1	15,6	10,1	15,2	67,2	17,2	1,5	74	81
Словения	2,1	0,1	15,1	9,6	14,2	63,6	21,3	1,6	79	84
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии ²⁵	68,2	0,6	17,6	11,4	17,3	63,5	18,8	1,7	80	83
Соединенные Штаты Америки ²⁶	332,9	0,6	18,2	12,7	19,4	64,7	17,0	1,8	76	82
Соломоновы Острова	0,7	2,6	39,9	21,7	30,6	56,4	3,7	4,3	72	75
Сомали	16,4	2,8	46,0	24,6	34,3	51,1	2,9	5,8	56	60
Судан	44,9	2,4	39,5	23,0	32,5	56,8	3,7	4,2	64	68
Суринам	0,6	1,0	26,4	17,3	25,6	66,3	7,3	2,3	69	75

Демографические показатели

Страны, территории, другие области	ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ					РОЖДАЕМОСТЬ	ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ	
	Общая численность населения (в млн чел.)	Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах	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, в расчете на одну женщину	парни	девушки
Сьерра-Леоне	8,1	2,1	40,0	23,4	32,8	57,1	2,9	4,0	55	56
Таджикистан	9,7	2,4	37,4	19,0	27,4	59,3	3,3	3,5	69	74
Таиланд	70,0	0,3	16,3	12,0	18,7	70,2	13,5	1,5	74	81
Танзания (Объединенная Республика) ²³	61,5	3,0	43,3	23,6	32,5	54,0	2,7	4,7	64	68
Тимор-Лешти (Демократическая Республика)	1,3	1,9	36,6	22,8	32,7	59,1	4,3	3,8	68	72
Того	8,5	2,5	40,3	23,1	32,2	56,8	2,9	4,1	61	63
Тонга	0,1	1,0	34,4	22,1	31,5	59,7	6,0	3,4	69	73
Тринидад и Тобаго	1,4	0,4	19,8	13,4	19,4	68,3	11,9	1,7	71	76
Тувалу	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Тунис	11,9	1,1	24,2	14,0	20,8	66,6	9,2	2,1	75	79
Туркменистан	6,1	1,6	30,6	17,0	24,5	64,4	5,0	2,7	65	72
Турция	85,0	1,4	23,6	15,9	23,9	67,1	9,3	2,0	75	81
Уганда	47,1	3,6	45,5	25,0	34,6	52,4	2,0	4,6	62	66
Узбекистан	33,9	1,6	28,7	16,4	24,4	66,2	5,0	2,4	70	74
Украина ²⁴	43,5	-0,5	15,9	10,3	15,1	66,8	17,3	1,4	67	77
Уругвай	3,5	0,4	20,2	13,6	20,9	64,5	15,3	1,9	74	82
Фиджи	0,9	0,6	28,9	17,7	25,6	65,1	6,0	2,7	66	70
Филиппины	111,0	1,4	29,5	19,4	28,6	64,7	5,7	2,5	68	76
Финляндия ⁹	5,5	0,2	15,6	11,0	16,6	61,4	23,0	1,4	80	85
Франция ¹⁰	65,4	0,3	17,5	12,1	17,8	61,4	21,1	1,8	80	86
Французская Гвиана ¹¹	0,3	2,7	31,7	19,0	27,6	62,5	5,8	3,2	77	83
Французская Полинезия ¹¹	0,3	0,6	22,0	15,5	23,1	68,6	9,4	1,9	76	80
Хорватия	4,1	-0,6	14,5	10,0	15,6	63,9	21,7	1,4	76	82
Центральноафриканская Республика	4,9	1,4	43,0	26,1	36,3	54,1	2,8	4,5	52	56
Чад	16,9	3,0	46,2	24,6	33,9	51,3	2,5	5,5	53	56
Черногория	0,6	0,0	18,0	12,4	18,9	65,9	16,2	1,7	75	80
Чехия	10,7	0,2	15,8	10,1	14,4	63,8	20,4	1,7	77	82
Чили	19,2	1,2	19,0	13,0	20,1	68,3	12,7	1,6	78	83
Швейцария	8,7	0,8	15,0	9,7	15,1	65,6	19,4	1,6	82	86
Швеция	10,2	0,7	17,7	11,3	16,5	61,9	20,5	1,8	81	85
Шри-Ланка	21,5	0,5	23,4	15,8	22,7	64,9	11,6	2,2	74	81
Эквадор	17,9	1,7	27,2	17,4	26,2	65,0	7,8	2,4	75	80
Экваториальная Гвинея	1,4	3,7	36,8	19,4	29,2	60,8	2,4	4,3	58	61
Эритрея	3,6	1,2	40,7	24,5	32,6	54,8	4,5	3,9	65	69
Эсватини	1,2	1,0	37,0	23,7	33,4	59,0	4,0	2,9	57	66
Эстония	1,3	0,2	16,5	10,7	14,9	62,8	20,8	1,6	75	83
Эфиопия	117,9	2,6	39,6	23,1	33,3	56,9	3,6	4,0	65	69
Южная Африка	60,0	1,4	28,6	17,7	25,8	65,8	5,6	2,3	61	68
Южный Судан	11,4	0,9	41,1	23,0	32,5	55,6	3,4	4,5	57	60
Ямайка	3,0	0,5	23,1	15,5	24,1	67,6	9,3	1,9	73	76
Япония	126,1	-0,2	12,3	8,9	13,6	59,0	28,7	1,4	82	88

ПРИМЕЧАНИЯ

- Данные отсутствуют.
- 1 Для целей статистики данные по Нидерландам не включают эту область.
- 2 Включая Остров Рождества, Кокосовые острова (Килинг) и остров Норфолк.
- 3 Включая и Нагорный Карабах.
- 4 Для целей статистики данные по Китаю не включают данные по Гонконгу и Макао, специальным административным районам (САР) Китая и китайской провинции Тайвань.
- 5 С 1 июля 1997 года Гонконг признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
- 6 С 20 декабря 1999 года Макао признан специальным административным районом Китая. Для целей статистики данные по Китаю не включают эту область.
- 7 Относится к стране в целом.
- 8 Для целей статистики данные по Дании не включают Фарерские острова и Гренландию.
- 9 Включая Аландские острова.
- 10 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.
- 11 Для целей статистики данные по Франции не включают эту область.
- 12 Включая Абхазию и Южную Осетию.
- 13 Для целей статистики данные по Соединенным Штатам Америки не включают эту область.
- 14 Включая Сабах и Саравак.
- 15 Включая Агалегу, Родригес и Каргадос-Карахов.
- 16 Включая Приднестровье.
- 17 Для целей статистики данные по Нидерландам не включают Арубу, Бонайре, Синт-Эстатиус и Сабу, Кюрасао или Синт-Мартен (голландская часть).
- 18 Для целей статистики данные по Новой Зеландии не включают острова Кука, Ниуэ и Токелау.
- 19 Включая Шпицберген и острова Ян-Майен.
- 20 Включая Восточный Иерусалим.
- 21 Включая Косово.
- 22 Включая Канарские острова, Сеуту и Мелилью.
- 23 Включая Занзибар.
- 24 Относится к территории страны на момент переписи 2001 года.
- 25 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.
- 26 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 стран по состоянию на середину года.

Среднегодовые темпы изменения численности населения: усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

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 дожила 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: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Среднегодовые темпы изменения численности населения: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Население в возрасте 0–14 лет, в процентах: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций.

Население в возрасте 10–19 лет, в процентах: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций.

Население в возрасте 10–24 лет, в процентах: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций.

Население в возрасте 15–64 лет, в процентах: расчеты ЮНФПА, подготовленные на основе данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций.

Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах: расчеты ЮНФПА основаны на данных, которые предоставил Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Общий коэффициент рождаемости: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций.

Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2021 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 стала бы желанной, каждые роды — безопасными, и все молодые люди имели бы возможность в полной мере реализовать 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 настоящей таблице, несопоставимы с данными, содержащимися в предыдущих докладах «Народонаселение мира», из-за обновления региональных классификаций, обновления методик и пересмотра временных рядов данных.

Статистические таблицы построены на основе результатов, собранных в ходе национально репрезентативных обследований домохозяйств, таких как демографические и медицинские обследования (ДМО) и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ), оценок организаций системы Организации Объединенных Наций и межучрежденческих оценок. Они также включают в себя последние демографические оценки и прогнозы World Population Prospects: The 2019 revision («Мировые демографические прогнозы, редакция 2019 года») и Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020 («Оценки и прогнозы показателей в области планирования семьи в 2020 году») (подготовленные Отделом народонаселения Департамента Организации Объединенных Наций по экономическим и социальным вопросам). Данные сопровождаются определениями, указанием источников и примечаниями. Статистические таблицы в докладе «Народонаселение мира в 2021 году», как правило, отражают информацию, имевшуюся на январь 2021 года.

Отслеживание прогресса в достижении целей МКНР

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Коэффициент материнской смертности (КМС) (число случаев смерти на 100 000 живорождений) и интервал неопределенности КМС (ИН 80%), нижняя и верхняя оценки (2017 год).

Источник: Межучрежденческая группа Организации Объединенных Наций по оценке материнской смертности (ММЕИГ). Показатель отражает число материнских смертей в течение определенного периода времени на 100 000 живорождений за тот же период времени (показатель ЦУР 3.1.1). Эти оценки подготовлены группой ММЕИГ с использованием данных из систем регистрации актов гражданского состояния, результатов обследований домохозяйств и переписей населения. Членами ММЕИГ являются ЮНФПА, ВОЗ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ и Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Оценки и методологии регулярно проверяются ММЕИГ, 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, принимаемые квалифицированным медицинским персоналом, в процентах (2014–2019 годы).

Источник: совместная глобальная база данных по квалифицированному родовспоможению, 2020 год, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных, содержащихся в совместной глобальной базе данных. Показатель родов, принимаемых квалифицированным медицинским персоналом (врачами, медсестрами или акушерками), отражает процентную долю 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 (показатель ЦУР 3.1.2). К этим лицам не относятся традиционные повитухи, даже если они прошли краткий курс подготовки.

Число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 неинфицированных лиц (2018 год).

Источник: ЮНЭЙДС. Число новых случаев ВИЧ-инфекции на 1000 человеко-лет среди неинфицированного населения (показатель ЦУР 3.3.1).

Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, любой метод (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, использующих в настоящее время любой метод контрацепции. 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 методами контрацепции.

Уровень распространенности противозачаточных средств среди женщин в возрасте 15–49 лет, современные методы (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процент женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые в настоящее время используют любой современный метод контрацепции. 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 современными методами контрацепции. К современным методам, включающим клинические методы, а также препараты и устройства, относятся мужская и женская стерилизация, внутриматочные устройства, противозачаточные таблетки, инъекционные препараты, гормональные имплантаты, презервативы и барьерные методы для женщин.

Неудовлетворенная потребность в средствах планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, которые хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но не пользуются каким-либо методом контрацепции. 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 потребности в планировании семьи, удовлетворенной современными методами, у женщин в возрасте 15–49 лет (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Процентная доля совокупного спроса на средства планирования семьи у женщин в возрасте 15–49 лет, удовлетворенных современными методами контрацепции (показатель ЦУР 3.7.1). 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 (2019 год).

Источник: ЮНФПА. 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 ЦУР 5.6.2).

Гендер, права и человеческий капитал

Коэффициент рождаемости среди подростков в расчете на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет (2003–2018 годы).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Число рождений на 1000 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет (показатель ЦУР 3.7.2). Показатель подростковой рождаемости показывает риск деторождения для девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Для целей регистрации актов гражданского состояния следует иметь в виду, что эти данные могут быть ограниченными в зависимости от полноты данных о деторождениях, обращения с младенцами, которые родились живыми, но умерли до момента регистрации или в первые 24 часа своей жизни, качества представленной информации о возрасте матери и включения 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 (2005–2019 годы).

Источник: ЮНИСЕФ. Сводные показатели по регионам рассчитаны ЮНФПА на основе данных ЮНИСЕФ. Доля женщин в возрасте от 20 до 24 лет, состоящих в официальном или гражданском браке до достижения 18-летнего возраста (показатель ЦУР 5.3.1).

Распространенность КЖПО среди девушек в возрасте 15–19 лет, в процентах (2004–2018 годы).

Источник: ЮНФПА. Доля девушек в возрасте 15–19 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах (показатель ЦУР 5.3.2).

Насилие со стороны интимного партнера, данные за последние 12 месяцев, в процентах (2000–2019 годы).

Источник: ЮНФПА. Региональные и глобальные оценки, подготовленные Межучрежденческой группой по оценке и данным насилия в отношении женщин (ВОЗ, «ООН-Женщины», ЮНИСЕФ, СОООН, УНП ООН и ЮНФПА). 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 ЦУР 5.2.1).

Принятие решений по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и осуществления репродуктивных прав, в процентах (2007–2020 годы).

Источник: ЮНФПА. Процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в официальном (или гражданском) браке, которые принимают свои собственные решения во всех трех областях: об охране своего здоровья, об использовании противозачаточных средств и о вступлении в половую связь со своим партнером (показатель ЦУР 5.6.1). Во время публикации отчета стали доступны обновленные данные по этому показателю ЦУР. Новые данные доступны по адресу <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Общий чистый коэффициент зачисления в начальную школу, в процентах (2010–2020 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). Процентная доля детей, относящихся к официальной возрастной группе начального образования, которые были зачислены в учреждения начального школьного образования.

Индекс гендерного паритета, общий чистый показатель охвата начальным образованием (2010–2020 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в начальную школу.

Общий чистый коэффициент зачисления в младшие классы средней школы, в процентах (2010–2019 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). 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 неполным средним образованием (2010–2019 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). 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 (2009–2019 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). 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 (2009–2019 годы).

Источник: Статистический институт ЮНЕСКО (СИУ). Соотношение между значениями общих чистых коэффициентов зачисления девочек и мальчиков в старшие классы средней школы.

Демографические показатели

Численность населения

Общая численность населения в миллионах человек (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. Ориентировочная численность населения стран по состоянию на середину года.

Изменение численности населения

Среднегодовые темпы изменения численности населения, в процентах (2015–2020 годы).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Усредненные экспоненциальные темпы роста численности населения за определенный период на основе прогноза по среднему варианту.

Состав населения

Население в возрасте 0–14 лет, в процентах (2021 год).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Доля населения в возрасте 0–14 лет.

Население в возрасте 10–19 лет, в процентах (2021 год).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Доля населения в возрасте 10–19 лет.

Население в возрасте 10–24 лет, в процентах (2021 год).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Доля населения в возрасте 10–24 лет.

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 (Демократическая Республика); Токелау; Тонга; Тувалу; Фиджи; Филиппины; Шри-Ланка.

Регион Восточной Европы и Центральной Азии

Азербайджан; Албания; Армения; Беларусь; Босния и Герцеговина; Грузия; Казахстан; Кыргызстан; Республика Молдова; Северная Македония; Сербия; Таджикистан; Турция; Туркменистан; Украина; Узбекистан.

Регион Восточной и Южной Африки

Ангола; Ботсвана; Бурунди; Замбия; Зимбабве; Кения; Коморские Острова; Конго (Демократическая Республика); Лесото; Маврикий; Мадагаскар; Малави; Мозамбик; Намибия; Руанда; Танзания (Объединенная Республика); Уганда; Эритрея; Эсватини; Эфиопия; Южная Африка; Южный Судан.

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.

Население в возрасте 15–64 лет, в процентах (2021 год).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Доля населения в возрасте 15–64 лет.

Население в возрасте 65 лет и старше, в процентах (2021 год).

Источник: расчеты ЮНФПА основаны на данных Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Доля населения в возрасте 65 лет и старше.

Рождаемость

Коэффициент суммарной рождаемости, в расчете на одну женщину (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 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 (2021 год).

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций. 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.

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 это определено 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 декабрь 2018 года относились 47 стран: 33 в Африке, 9 в Азии, 4 в Океании и 1 в Латинской Америке и Карибском бассейне, а именно Афганистан; Ангола; Бангладеш; Бенин; Буркина-Фасо; Бурунди; Бутан; Гаити; Гамбия; Гвинея; Гвинея-Бисау; Джибути; Камбоджа; Коморские Острова; Конго; Кирибати; Лаосская Народно-Демократическая Республика; Лесото; Либерия; Мавритания; Мадагаскар; Малави; Мали; Мозамбик; Мьянма; Непал; Нигер; Руанда; Сан-Томе и Принсипи; Сенегал; Сьерра-Леоне; Соломоновы Острова; Сомали; Южный Судан; Центральноафриканская Республика; Чад; Эритрея; Эфиопия. Танзания, Объединенная Республика; Тимор-Лешти (Демократическая Республика); Того; Тувалу; Уганда; Вануату; Йемен; Замбия. Эти страны также включены в менее развитые регионы. Дополнительная информация доступна на сайте <http://unohrls.org/about/ldcs/>.

African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.

African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.

African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.

Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.

Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 2020.

Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.

ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.

Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.

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.

Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837-859.

Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.

Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE - Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.

Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.

Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.

Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312-319.

Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.

Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.

Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. New York, USA: Guttmacher Institute.

Dhillon, Amrit, 2018. "Death by Dowry Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.

Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.

ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. *Ternovszky v. Hungary* (application no. 67545/09). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-102254%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-102254%22]), accessed 18 November 2020.

- ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. *Evans v. The United Kingdom* (application no. 6339/05). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-80046"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 19 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. *Pretty v The United Kingdom* (application no. 2346/02). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-60448"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. *Laskey and Others v. The United Kingdom* (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58021"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2020. "Repealing 'Marry Your Rapist' Laws." Website: equalitynow.org/repealing_marry_your_rapist_laws, accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic*. New York, Nairobi, London: Equality Now.
- Esterhuizen, Tashwill, 2019. "Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae)." *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843-861.
- European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.
- Fahmida, Rokeya and Philippe Doneys, 2013. "Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh." *Women's Studies International Forum* 38: 117-124.
- Gamal, Eldin and others, 2018. "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York, USA: Population Council.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Gerdtz, Caitlin and others, 2015. "Denial of Abortion in Legal Settings." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161-163.
- Gibbs, Andrew and others, 2019. "Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies." *PLoS One* 14(8): e0219125.
- Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health*. New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.
- Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. "A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings." *World Medical & Health Policy* 8(4): 382-408.
- Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press; pp 311, 322.
- Habibov, Nazim and others, 2017. "Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey." *Women's Studies International Forum* 62: 125-135.
- Hague, Gill and others, 2011. "Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 / Statistical Tables*. Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.
- Hasday, Jill E., 2000. "Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape." *California Law Review* 88: 1373.
- Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. "Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 39(4): 309-320.
- Heidari, Shirin, 2015. "Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights." *Reproductive Health Matters* 23(46): 1-6.
- Hogan, Daniel R. and others, 2017. "Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services." *The Lancet Global Health* 6(2): E152-168.
- Howard, Natasha and others, 2017. "What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?" *Papillomavirus Research* 4: 22-25.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. *Espinoza Gonzales v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. *J. v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. Fernández Ortega et al v. Mexico. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. Miguel Castro Castro Prison v Peru. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.
- ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*. Geneva, Switzerland: ILGA.
- IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.
- Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.
- Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.
- Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.
- Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence'. Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.
- Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229-231.
- Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.
- Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.
- McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379-1390.
- McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.
- McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.
- MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.
- Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62-82.
- Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.
- Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para")*. Website: oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose"*, Costa Rica. Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx, accessed 13 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons - LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/088/42/pdf/G1508842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx, accessed 23 December 2020.

Olson, Rose McKeon and Claudia García-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.

O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence*. London, UK: ODI.

O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action*. London, UK: ODI.

Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.

Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010-1026.

Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Unclinking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71-78.

Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World*. Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.

Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1-25.

Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.

PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.

RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.

Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2, accessed 18 November 2020.

Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658-674.

Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168-190.

Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

- Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric*, Andreas von Arnald and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september>.
- Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439-455.
- Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.
- Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.
- Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.
- Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233-244.
- Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3-21.
- Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251-261.
- Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.
- Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation*, 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-uganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.
- UCLS (University of Chicago Law School - Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrcl/10, accessed 15 January 2021.
- United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.
- United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.
- United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day/, accessed 21 January 2021.
- United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf, accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/pdf/G1403120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development – Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_-_Primer_-_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I.* New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_02_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.* A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men.* New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020. "Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights.* New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results.* Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples.* A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child.* A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.* A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.* A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights.* Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights.* Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy'. Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/ Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: [asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence](https://unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence), accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review*, vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: [who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy), accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation), accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: [who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/), accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

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, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.

Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posted by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.

Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24(11): 2683-2687.



Обеспечение прав и возможностей выбора для всех с 1969 года

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org
 @UNFPA

ISSN 2520-2022
eISBN 978-92-1-604021-5

 Printed on recycled paper.