



CỘNG ĐỒNG GẮN KẾT, SỢI DÂY HI VỌNG

Chấm dứt bất bình đẳng về
sức khỏe tình dục và sức khỏe
sinh sản và các quyền

 UNFPA tình trạng dân số thế giới 2024

Bản dịch từ bản gốc Tiếng Anh



**Báo cáo Tình trạng
Dân số Thế giới 2024**

Báo cáo do Ban Truyền thông và
Đối tác Chiến lược của UNFPA chịu trách nhiệm sản xuất.

TỔNG BIÊN TẬP
Ian McFarlane

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP
Biên tập viên cao cấp: Rebecca Zerzan
Biên tập sản xuất/chỉ đạo sáng tạo:
Katherine Black
Biên tập chuyên mục: Richard Kollodge
Các tác giả của chuyên mục: Katherine Black,
Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,
Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan
Hỗ trợ và hướng dẫn biên tập: Jacqueline Daldin,
Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein
Giám đốc ấn bản số: Katherine Black
Cố vấn ấn bản số: Enes Champo
Người kiểm tra thông tin: Ralph Hakkert

CỐ VẤN NGHIÊN CỨU CẤP CAO
TS. Gita Sen

CÁC NGHIÊN CỨU VIÊN VÀ TÁC GIẢ
Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger,
TS. Tlaleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane,
Gilda Sedgh, Claire Thomas

TRƯỞNG CỐ VẤN KỸ THUẬT CỦA UNFPA
Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang

HỌA SĨ VÀ CỐ VẤN NGHỆ THUẬT
Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles,
Iain Guest của Dự án Vận động chính sách,
Nadia Hamid tại Hội chợ Nghệ thuật dân gian quốc tế,
Rosie James, Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia
Sciortino, Pankaja Sethi, Hiệp hội Khảo cổ học Sussex
(www.sussexpast.co.uk), Hội phụ nữ Tally Assuit,
Woza Moya

BẢN ĐỒ VÀ PHÂN LOẠI ĐỊA LÝ
Các thuật ngữ và cách thể hiện trên bản đồ không
hàm chứa lập trường của UNFPA về tình trạng pháp
lý của bất kỳ quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố hoặc
khu vực nào, cũng như không phản ánh quan điểm của
chúng tôi về chính quyền sở tại, về việc xác định các
biên giới hay ranh giới.

Minh họa đồng thời gian: Hiệp hội Phụ nữ Đại học
Hoa Kỳ, Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển/
Robert Rauschenberg

Bìa trước: Nneka Jones (@artyouhungry)
Tất cả các tác phẩm nghệ thuật khác được minh họa
bởi Rosie James (@rosiejamestextileartist) trừ khi được
ghi nhận khác

LỜI CẢM ƠN

UNFPA cảm ơn các cá nhân đã chia sẻ góc nhìn về cuộc sống và công việc của mình trong báo cáo này: Alia,
Turkmenistan; Ellen Amster, Canada; Adel Botros, Ai Cập; Eira Carrera, Panama; Isaac Chirwa, Malawi; Francisca
Córdoba, Colombia; Carolyn DeFord, Hoa Kỳ; Maimouna Déné, Burkina Faso; Duha, Cộng hòa Ả Rập Syria; Eneida,
Panama; TS. Eda Güllüm, Thổ Nhĩ Kỳ; Ceylan Güzey, Thổ Nhĩ Kỳ; Sharron Hinchliff, Vương quốc Anh; Seif Kuchengo,
Cộng hòa thống nhất Tanzania; Jonas Lubago, Cộng hòa Thống nhất Tanzania; Shirley Maturana Obregón,
Colombia; Thivya Rakini, Ấn Độ; Rama, Cộng hòa Ả Rập Syria; Humberto Rodríguez, Panama; Syrah Sy Savané,
Bờ Biển Ngà; Nandita Shivakumar, Ấn Độ; Gertrudis Sire, Panama; Audrey Tang, Vương quốc Anh; Luhui Whitebear,
Hoa Kỳ; Jose Luis Wilches Gutiérrez, Colombia.

Lãnh đạo Phòng Truyền thông và Báo chí của UNFPA, Selinde Dulckeit, cùng với các thành viên của Ban Kỹ thuật
UNFPA bao gồm Michael Herrmann, Priscilla Idele, TS. Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi và TS. Willibald Zeck, đã đóng
góp những hiểu biết quý báu cho bản thảo. Bản báo cáo cũng nhận được hỗ trợ từ Arthur Erken và TS. Nkeiruka
Didigu, Ban Chính sách và Chiến lược của UNFPA, cùng với đội ngũ của Văn phòng Giám đốc Điều hành bao gồm
Teresa Buerkle, Samuel Choritz, TS. Nigina Muntean, Alana Ngho và Horst Rutsch. Thành viên văn phòng Phó Giám
đốc Điều hành, Diane Keita, và Phó Giám đốc Điều hành, Andrew Saberton, cũng như các đồng nghiệp từ UNFPA
SWEDD như Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez và Waly Sene đưa ra những đóng góp
quan trọng.

Đồng nghiệp tại UNFPA và những cán bộ khác trên toàn cầu như Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atilgan,
Adolfo Ballina, Ana De Obaldia, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy
Leoncio, Nouran Makhlof, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo và Siaka Traore đã hỗ trợ xây dựng
các câu chuyện cùng các nội dung hoặc hướng dẫn kỹ thuật khác.

Tác giả Ann Garbett đã chủ trì việc phân tích dữ liệu Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe, nghiên cứu về việc tiếp
cận dịch vụ và thông tin về sức khỏe tình dục & sức khỏe sinh sản từ khía cạnh sắc tộc và tình hình kinh tế xã hội.

In ấn và thiết kế tương tác: Công ty Prographics, Inc.

Các biên tập viên rất biết ơn sự đóng góp của các đối tác, bao gồm các nhà nghiên cứu tại Viện Guttmacher, đặc
biệt là Jacqueline Darroch và Elizabeth Sully; các chuyên gia tại Ban Dân số của Hội đồng Kinh tế và Xã hội Liên
Hợp Quốc, cụ thể là Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová and Karoline Schmid; các chuyên gia
tại Văn phòng Cao ủy Nhân quyền Liên Hợp Quốc (OHCHR), đặc biệt là Nicolas Fasel và Yekaterina Spassova; các
chuyên gia tại Văn phòng Điều phối các vấn đề nhân đạo (OCHA) của Liên Hợp Quốc, bao gồm Lilian Barajas,
Jaspreet Kindra, April Pham và Barbara Wachter; Chuyên gia Độc lập của Liên Hợp Quốc về Bảo vệ, phòng chống
bạo lực và phân biệt đối xử dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới, Victor Madrigal-Borloz; và các chuyên gia
tại Trung tâm Nghiên cứu và Nguồn lực Châu Á-Thái Bình Dương dành cho Phụ nữ (ARROW), đặc biệt là Sivananthi
Thanenthiran.

LƯU Ý VỀ NGÔN NGỮ

Trong báo cáo này, cụm từ "Người da đen" được viết hoa khi đề cập đến các nhóm hoặc cá nhân theo ngữ cảnh
chủng tộc, sắc tộc hoặc văn hóa. Thuật ngữ "Người da đen" mang ý nghĩa sâu rộng về lịch sử và bản sắc, trong khi
cách sử dụng từ "người da trắng" lại ít mang tính chất này. Cụm từ "bản địa" được dùng chung để chỉ các dân tộc từ
nhiều nền văn hóa và truyền thống khác nhau; do đó, chúng tôi chỉ viết hoa từ này khi đề cập đến một nhóm hoặc
quốc gia cụ thể. Báo cáo này cũng thường xuyên nhấn mạnh đến phụ nữ và trẻ em gái khi thảo luận về vấn đề bạo
lực tình dục và mang thai, dựa trên dữ liệu từ cuộc khảo sát và nghiên cứu mà người tham gia là phụ nữ hoặc trẻ
em gái. Điều quan trọng cần lưu ý là nam giới chuyển giới và những người phi nhị nguyên giới cũng có thể mang
thai và những người đa dạng giới cũng đối mặt với bạo lực tình dục hay gặp phải các rào cản khi tiếp cận dịch vụ
chăm sóc sức khỏe tình dục & sức khỏe sinh sản ở các mức độ khác nhau và không thể chấp nhận được.

LƯU Ý VỀ NGHỆ THUẬT

Trải qua hàng ngàn năm, phụ nữ và các cộng đồng bản địa đã biến nghề dệt và thêu thành nơi nghệ thuật giao
thoa với đời sống, nơi vẻ đẹp và sự tiện dụng hòa quyện. Mặc dù vậy, những tác phẩm của họ thường bị xem nhẹ,
được coi là thủ công mỹ nghệ hơn là nghệ thuật "cao cấp", và thường bị các tổ chức và thị trường nghệ thuật chính
thống bỏ qua. Đó chính là lý do mà các phong trào của phụ nữ và cộng đồng dân bản địa đã sử dụng dệt may và
thêu thùa như một phương tiện mạnh mẽ để gây sự chú ý đến những vấn đề như bạo lực trên cơ sở giới, công bằng
trong sinh sản, phân biệt chủng tộc có hệ thống, đồng thời kêu gọi sự đoàn kết giữa các cộng đồng. Các nghệ sĩ và
các nhóm dệt may mà báo cáo này nhắc đến tiếp tục truyền thống này, phản ánh những vấn đề thời sự thông qua
những kỹ năng quý báu được chị em lưu truyền từ đời này qua đời khác. Cùng với các chị em, con gái, những người
mẹ và bạn bè, tác phẩm nghệ thuật của mỗi người phụ nữ cho thấy quyền, phẩm giá và tương lai của mình sẽ được
thêu dệt như thế nào.



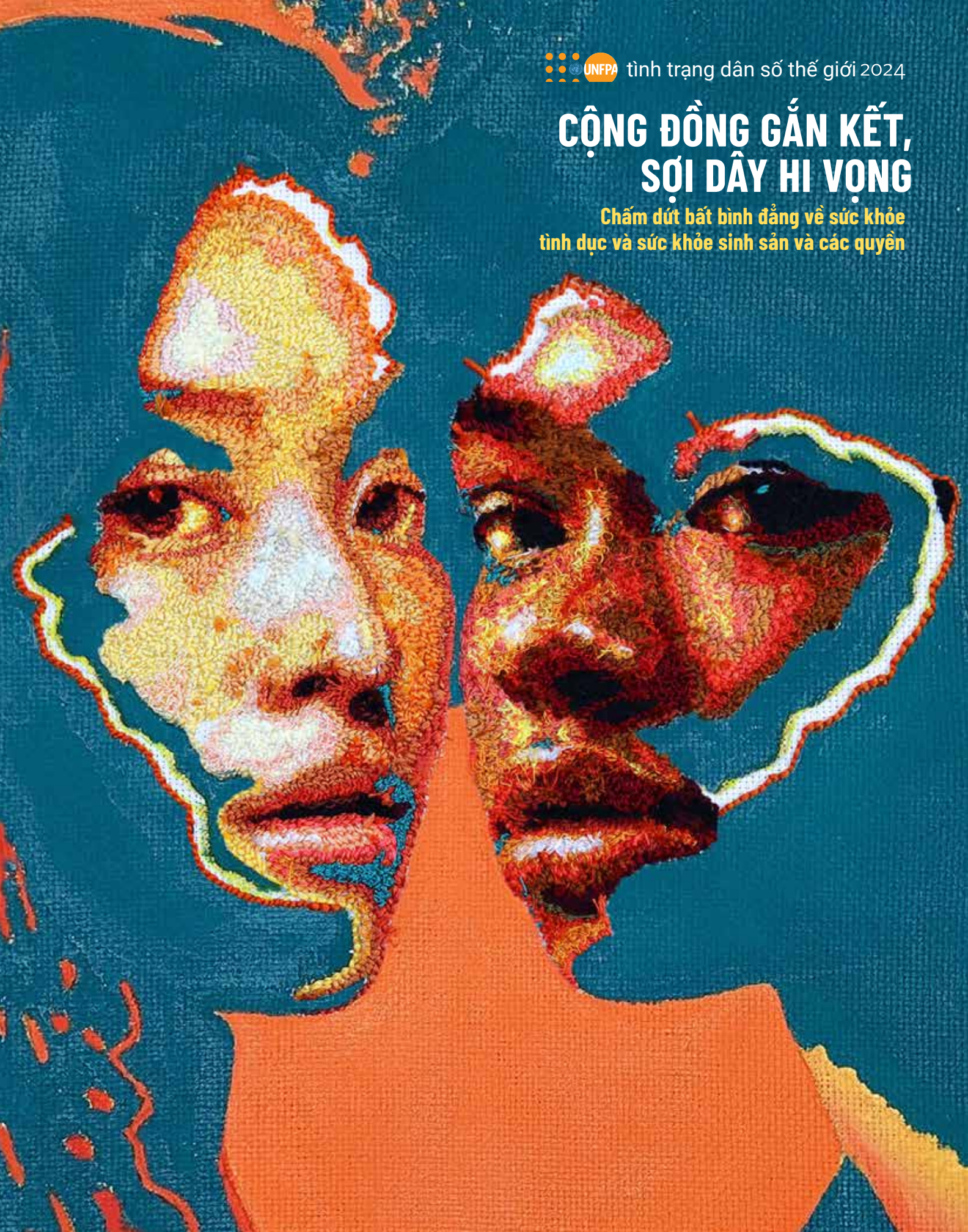
Đảm bảo quyền và sự lựa chọn cho tất cả mọi người



tình trạng dân số thế giới 2024

CỘNG ĐỒNG GẮN KẾT, SỢI DÂY HI VỌNG

Chăm dứt bất bình đẳng về sức khỏe
tình dục và sức khỏe sinh sản và các quyền



MỤC LỤC

LỜI TỰA 4



CHƯƠNG 1

Những tiến bộ đạt được

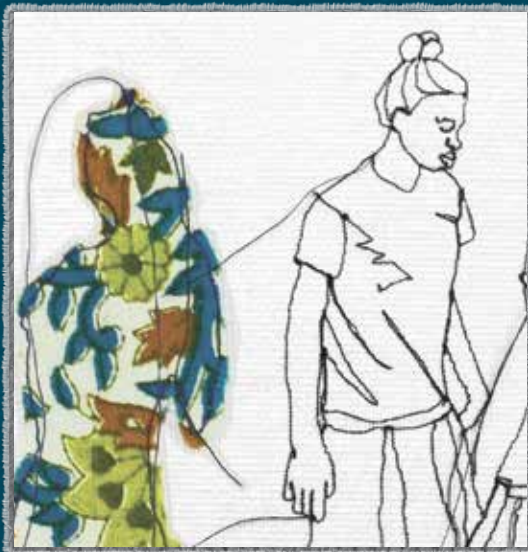
TRANG 6

CHUYÊN MỤC: Khi khủng hoảng làm gián đoạn dịch vụ chăm sóc sức khỏe; các thành viên cộng đồng sẽ lấp đầy khoảng trống 16

CHUYÊN MỤC: Nữ công nhân may tổ chức chống bạo lực trên cơ sở giới 22

TIÊU ĐIỂM: Các vấn đề tự báo cáo khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo thời gian, theo tình trạng kinh tế xã hội và dân tộc 28

THEO DÒNG THỜI GIAN 34–39



CHƯƠNG 2

Tháo gỡ bất bình đẳng

TRANG 32

CHUYÊN MỤC: Sinh nở an toàn, phù hợp với văn hóa và nâng quyền cho phụ nữ gốc Phi ở Colombia 46

CHUYÊN MỤC: Các nhà hoạt động cấp cơ sở nâng cao hiện hữu của những phụ nữ bản địa bị mất tích và sát hại 52

TIÊU ĐIỂM: Phi thực dân hóa các chuẩn mực về giới và giới tính 60





CHƯƠNG 3

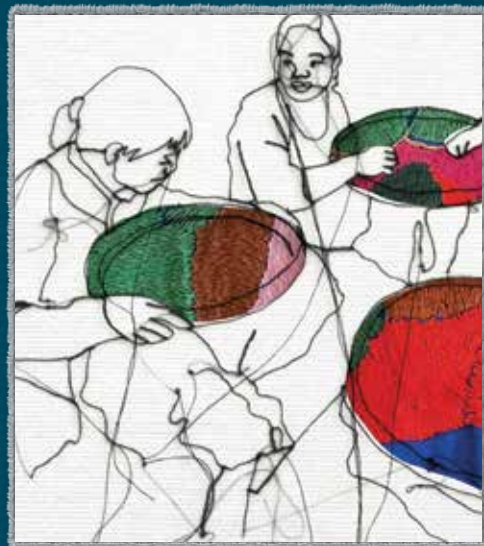
Đếm từng mũi khâu

TRANG 62

CHUYÊN MỤC: Phụ nữ khuyết tật ở Turkmenistan đòi quyền lợi của mình 70

CHUYÊN MỤC: Các cuộc điều tra dân số ở châu Phi cố gắng đến từng người 76

TIÊU ĐIỂM: Những ai đủ quan trọng để đo lường? Trường hợp làm mẹ ở tuổi vị thành niên 82



CHƯƠNG 4

Phụ nữ là sợi dây kết nối

TRANG 86

CHUYÊN MỤC: Bệnh giang mai, mối đe dọa đối với sức khỏe và quyền con người: Sự kỳ thị 92

CHUYÊN MỤC: Lãnh đạo địa phương tiếp cận những trẻ em gái cần giúp đỡ nhất 104



CHƯƠNG 5

Đệt nên một tương lai chung

TRANG 110

CHUYÊN MỤC: Vấn đề nổi lên từ bóng tối – sức khỏe tình dục của người cao tuổi 118

CHUYÊN MỤC: Phụ nữ Ngäbe khơi dậy cuộc cách mạng về sức khỏe và bình đẳng cho phụ nữ 124

CÁC CHỈ SỐ 133

THÔNG TIN KỸ THUẬT 152

TÀI LIỆU THAM KHẢO 156

LỜI NÓI ĐẦU

Ba mươi năm trước, chính phủ các nước trên thế giới đã công nhận sức khỏe sinh sản (SKSS) và các quyền là nền tảng của phát triển toàn cầu – một sự đồng thuận mang tính bước ngoặt đã mở đường cho những tiến bộ trong nhiều thập kỷ. Kể từ đó, tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn trên toàn cầu đã giảm gần 20%. Số phụ nữ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại đã tăng gấp đôi. Ngày nay, ít nhất 162 quốc gia đã ban hành luật phòng, chống bạo lực gia đình và tử vong mẹ đã giảm 34% kể từ năm 2000.

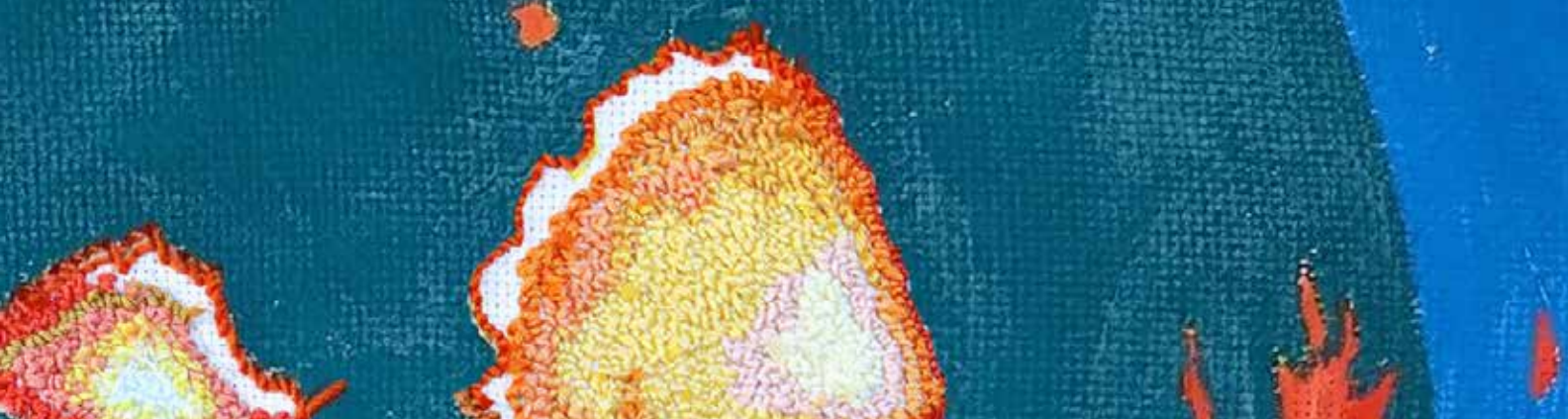
Tuy nhiên, những tiến bộ đó vẫn chưa đủ nhanh và chưa đủ sâu rộng. Bạo lực giới vẫn còn là vấn nạn ở hầu hết mọi quốc gia và cộng đồng. Tử vong mẹ không hề giảm kể từ năm 2016, thậm chí, ở một số quốc gia, tình trạng này còn trở nên tồi tệ hơn. Gần một nửa số phụ nữ trên thế giới vẫn không thể tự đưa ra quyết định về cơ thể và cuộc sống của mình - không thể đảm bảo sức khỏe tình dục & sức khỏe sinh sản (SKTD&SKSS) và các quyền của mình.

Một nguyên nhân quan trọng là sự bất bình đẳng. Những bằng chứng mới trong báo cáo này cho thấy, mặc dù phụ nữ thuộc các tầng lớp kinh tế xã hội và nhóm dân tộc khác nhau cho biết rào cản tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang dần được tháo gỡ, nhưng những phụ nữ chịu thiệt thòi nhất lại ít được trải nghiệm những tiến bộ này. Nói cách khác, trong khi thế giới đang tập trung nỗ lực phục vụ những nhóm dễ tiếp cận nhất, chúng ta lại tăng lờ việc đối đầu với bất bình đẳng và sự

khác biệt trong các hệ thống và cộng đồng, điều này khiến cho khoảng cách giữa các nhóm ngày càng xa hơn.

Khắp nơi trên thế giới, những người có nhu cầu chăm sóc SKTD&SKSS thiết yếu phải vượt qua rất nhiều rào cản chông chéo do nguyên nhân từ vấn đề giới, điều kiện kinh tế, dân tộc, xu hướng tính dục, tình trạng khuyết tật hay nhiều yếu tố khác nữa. Trong một số trường hợp được ghi nhận, phụ nữ gốc Phi thường bị ngược đãi trong chăm sóc sản khoa và ảnh hưởng xấu đến sức khỏe bà mẹ. Phụ nữ bản địa thường không được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ phù hợp với văn hóa của họ, và việc sinh con của chính họ cũng có thể bị hình sự hóa, dẫn đến nguy cơ tử vong khi mang thai và khi sinh con cao hơn đáng kể. Những chuẩn mực bất bình đẳng giới vẫn còn tồn tại ngay trong chính cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả việc đầu tư không thỏa đáng và cố chấp cho lực lượng nữ hộ sinh. Phụ nữ và trẻ em gái khuyết tật đối mặt với nguy cơ bị bạo lực giới cao hơn gấp 10 lần, đồng thời gặp phải nhiều rào cản hơn khi tiếp cận thông tin và dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS. Ngoài ra, cộng đồng LGBTQIA+ phải đối mặt với sự khác biệt trong chăm sóc sức khỏe và nguyên nhân là do phân biệt đối xử và kỳ thị.

Con đường phía trước để thực hiện cam kết của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển ở Cairo về phổ cập SKTD&SKSS và các quyền đã rất rõ ràng: Chúng ta cần xóa bỏ tận gốc bất bình đẳng



trong hệ thống và chính sách y tế của mình, và tập trung ưu tiên hỗ trợ những phụ nữ và thanh niên bị thiệt thòi, bị lãng quên nhiều nhất.

Chúng ta cần gắn chăm sóc sức khỏe toàn diện, phổ cập và bao trùm với quyền con người và với những bằng chứng xác thực. Điều này vô cùng quan trọng, đó là công bằng và có thể làm được. Báo cáo này đưa ra nhiều ví dụ về các chương trình, sáng kiến mở rộng khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng, thường thông qua các giải pháp được thiết kế đặc biệt cho những người đang thực sự cần. Để thúc đẩy tiến độ, chúng ta cần nhiều dữ liệu chất lượng hơn, được phân tách rõ ràng để xác định ai đang bị bỏ lại phía sau và được thu thập theo hướng đảm bảo sự an toàn của những người liên quan.

Những người thuộc nhiều giai tầng khác nhau, từ các nhà hoạt động vì nữ quyền đến nhóm người dân bản địa, các nhà hoạt động vì khí hậu, và những nhà hoạt động vì thanh niên, đều đã chỉ ra con đường hướng tới một tương lai chung công bằng hơn.

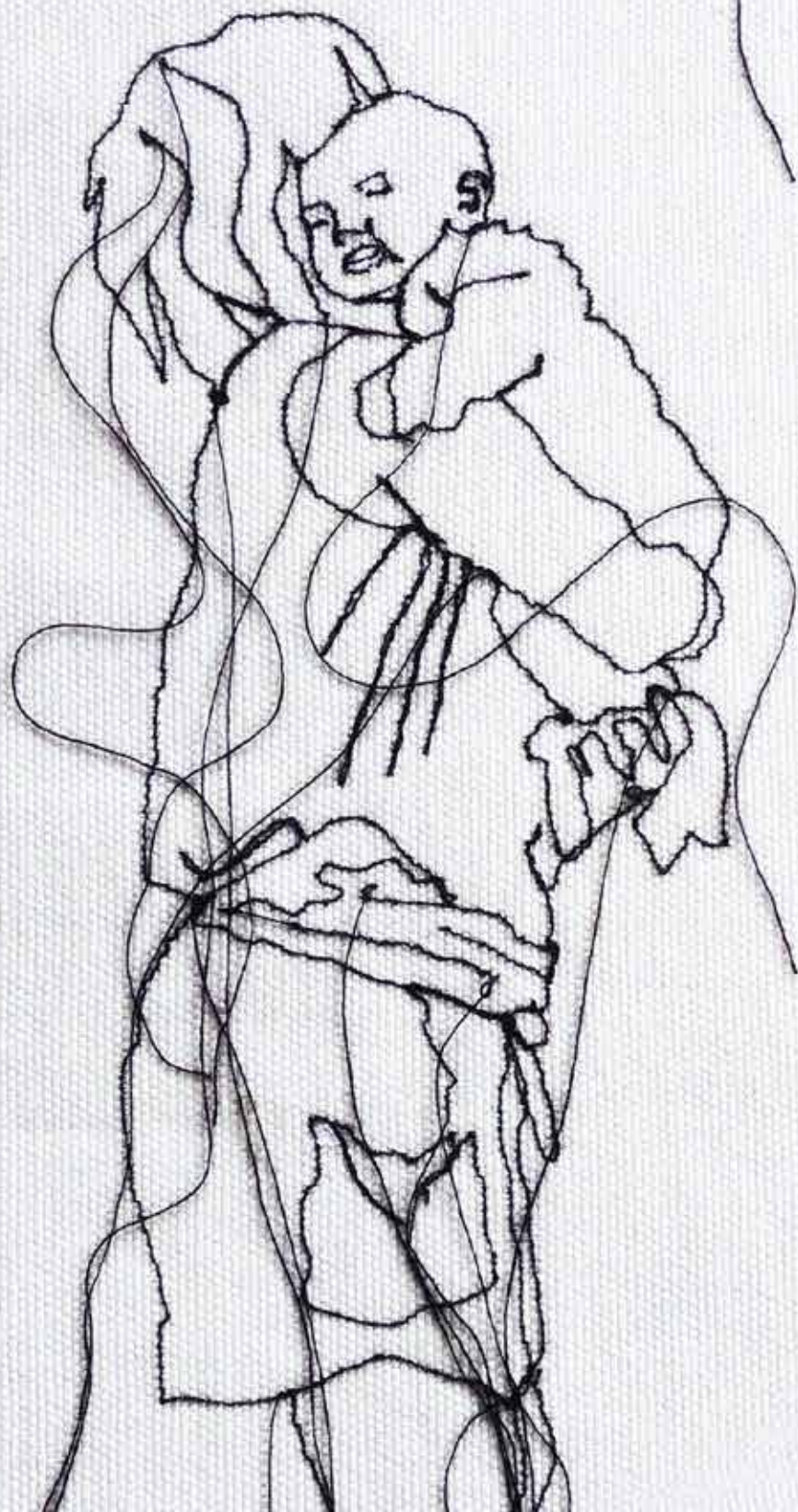
Cuối cùng thì đảm bảo tiến bộ một cách công bằng sẽ mang lại lợi ích cho toàn xã hội. Điều quan trọng theo đúng nghĩa của công bằng là lợi tức từ việc đạt một thế giới công bằng, bình đẳng giới, cũng có thể mang lại hàng tỷ tỷ đô-la cho nền kinh tế toàn cầu.

Nhân loại là một tấm thảm tuyệt đẹp, đa sắc màu, được dệt nên bởi hơn 8 tỷ sợi tơ, và mỗi sợi tơ có một nét độc đáo riêng. Khả năng chống chịu của chúng ta không phải là sức mạnh của từng sợi chỉ đơn lẻ, hay từ một cá nhân nào, mà là sức mạnh tổng thể của tất cả các sợi chỉ được đan xen chặt chẽ với nhau. Đó là sức mạnh của chúng ta, và là cách mà chúng ta tiếp tục và thành công khi chúng ta chung sức, chung lòng.

Tiến sĩ Natalia Kanem

Giám đốc Điều hành

Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc



Những tiến bộ **ĐẠT ĐƯỢC**



Sinh con an toàn. Được lựa chọn biện pháp tránh thai. Được bảo vệ khỏi bạo lực giới. Hơn bao giờ hết, ngày càng có nhiều người được hưởng những quyền thiết yếu, sống còn. Nhưng số người không được hưởng các quyền này vẫn chưa giảm xuống bằng 0 – con số mà chúng ta có thể và cần phải đạt được.

Ngày nay, con người nhìn chung sống thọ hơn, khỏe mạnh hơn. Tuy nhiên, hàng triệu người vẫn đang bị tụt lại phía sau trên hành trình tiến bộ, bị rơi vào những cái bẫy của tổ hợp những hình thức dễ bị tổn thương và phân biệt đối xử. Trong một thế giới với những giải pháp chăm sóc SKTD&SKSS vô cùng phong phú và thành công thì sự cách biệt này chỉ ra rằng vấn đề không phải là thiếu ý tưởng hay nguồn lực, mà là thiếu ý chí. Chúng ta phải nhớ rõ điều này bởi nó có nghĩa là việc nhanh chóng chấm dứt tình trạng bị gạt ra ngoài lề và phân biệt đối xử không chỉ là điều đáng mong đợi mà còn là việc làm hoàn toàn khả thi, nếu chúng ta bắt đầu ngay bây giờ.

Năm 2024, thế giới kỷ niệm 30 năm Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) được tổ chức lần đầu tiên vào năm 1994 tại Cairo. Hội nghị đánh dấu một thỏa thuận toàn cầu mang tính bước ngoặt, đặt con người là trọng tâm của phát triển và cam kết đảm bảo sức khỏe tốt hơn, quyền và lựa chọn cho mọi người. Hội nghị khẳng định tầm nhìn về tiềm năng của con người, truyền cảm hứng cho những tiến bộ đáng kể, được củng cố và khuếch đại qua Chương trình nghị sự toàn cầu năm 2030 vì sự phát triển bền vững, thông qua năm 2015.

Tuy nhiên, chương trình hành động ICPD mới chỉ được hiện thực hóa một phần, đặc biệt với những nhóm người bị thiệt thòi nhất. Sự bất bình đẳng vẫn tồn tại trong mọi cộng đồng, khiến nhiều người bị tước đi những quyền về chăm sóc SKTD&SKSS cơ bản. Sự khác biệt về quyền lực và cơ hội liên quan

đến yếu tố giới, chủng tộc và sắc tộc, cùng nhiều yếu tố khác, dù là riêng lẻ hay kết hợp, vẫn phần lớn cản trở khả năng lựa chọn và tiếp cận. Sự bất công biểu hiện qua việc một phụ nữ khuyết tật không được cung cấp thông tin về sức khỏe tình dục (SKTD), hay một cô gái ở làng quê nghèo phải tảo hôn. Bất công cũng xảy ra khi một phụ nữ mang thai hoặc một người dân tộc thiểu số gặp phải những hành vi lạm dụng mặc nhiên xảy ra trong hệ thống y tế.

Đẩy nhanh tiến trình hiện thực hóa mục tiêu của ICPD cho những người bị bỏ lại phía sau trở thành một trong những ưu tiên khẩn thiết nhất của toàn thế giới. Đó là một ưu tiên bởi vì, đối với mỗi cá nhân, quyền tự chủ về cơ thể – khả năng và quyền tự quyết định về cơ thể và tương lai của mình mà không bị bạo lực hay ép buộc (UNFPA, 2021) – phụ thuộc vào việc thực hiện chăm sóc SKTD&SKSS và các quyền. Điều này quyết định lợi ích của mỗi cá nhân trong cuộc đời, không chỉ về sức khỏe mà còn về giáo dục, việc làm và khả năng tham gia vào các hoạt động chính trị. Ngược lại, xã hội hòa bình, vững mạnh và công bằng được tạo nên bởi những con người khỏe mạnh, được nâng quyền, và không có ai bị bỏ lại phía sau.

Chúng ta đã có nền tảng vững chắc để thực hiện các cam kết vì mọi người tại ICPD. Chúng ta đã hiểu rõ hơn bao giờ hết cách dỡ bỏ các rào cản và hình thức phân biệt đối xử còn tồn tại. Cộng đồng quốc tế đã đạt được đồng thuận từ nhiều thập kỷ trước rằng, để đạt được sự phát triển lấy con người làm trọng tâm, tất cả mọi người phải được tiếp cận dễ dàng dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS có chất lượng. Giờ đây, hơn bao giờ hết, chúng ta đang tiến gần hơn đến việc thực hiện toàn diện mục tiêu của phong trào công bằng về SKSS (McGovern và cộng sự, 2022). Báo cáo này lập luận rằng lễ kỷ niệm 30 năm tổ chức Hội nghị ICPD là cơ hội để phát triển các hệ thống y tế và xã hội theo hướng cung cấp dịch vụ mang tính nâng quyền cho tất cả mọi

Cơ hội huy động hỗ trợ cho bình đẳng giới và quyền SKSS đang trong tầm tay

người, tôn trọng sự đa dạng, đề cao phẩm giá cá nhân, hỗ trợ họ thực thi quyền và tự chủ về cơ thể của mình. Báo cáo cũng kêu gọi tiếp tục các cam kết nhằm giảm thiểu tình trạng chênh lệch và bất công hiện đang chia rẽ các xã hội. Những bất công này tạo ra và củng cố các rào cản mang tính hệ thống, khiến phụ nữ và các nhóm đối tượng khác liên tục bị gạt ra ngoài lề trong hầu hết mọi khía cạnh của cuộc sống, từ thị trường lao động đến giáo dục và tham gia chính trị. Giờ là lúc phải hành động quyết liệt để phá bỏ những rào cản này.

Sự phân cực chính trị và xã hội, thường liên quan đến cả chênh lệch về kinh tế, đang làm tăng nguy cơ mất an ninh toàn cầu (Liên Hợp Quốc, 2018), với các vấn đề về quyền sinh sản – bao gồm quyền được giáo dục giới tính và tình dục toàn diện, quyền của cộng đồng LGBTQIA+, quyền tiếp cận các biện pháp tránh thai, phá thai và bình đẳng giới – đang ngày càng bị mắc kẹt giữa hai làn đạn (Kanem, 2023). Tuy nhiên, việc giảm bất bình đẳng về SKTD&SKSS và các quyền có thể góp phần hạn chế chênh lệch về kinh tế (UNFPA, 2017), từ đó góp phần ổn định xã hội, ngăn chặn xung đột (Nyård, 2018) và thúc đẩy sự phát triển. Và bằng nhiều cách, cơ hội huy động sự ủng hộ cho bình đẳng giới và quyền SKSS đang trong tầm tay: Năm nay hứa hẹn sẽ diễn ra hoạt động lớn nhất về dân chủ tham gia trong lịch sử, với hơn 50 quốc gia cùng tổ chức các cuộc bầu cử lớn, tác động đến cuộc sống của hàng tỷ người (Harbath, 2023; IFES, n.d.) – trong số đó có hàng tỷ phụ nữ và trẻ em gái, và vô số cộng đồng khác đang bị thiệt thòi.



Tiến bộ – nhưng không dành cho mọi người

Kể từ sau Hội nghị ICPD, các lĩnh vực cốt lõi về SKTD&SKSS đã đạt được nhiều tiến bộ đáng kể nhờ các cuộc vận động xã hội, sự lãnh đạo, quan hệ hợp tác đối tác và cam kết của mọi người từ các điểm cung cấp dịch vụ y tế từ xa đến các cấp cao nhất như chính phủ, các doanh nghiệp và các tổ chức từ thiện. Sự vận động không ngừng nghỉ của các phong trào xã hội dân sự và phong trào cấp cơ sở là cách thức giúp đạt được những thành tựu ấn tượng này (xem Theo dòng thời gian ở trang 34-39).

Từ năm 2000 đến năm 2020, tử vong mẹ toàn cầu đã giảm 34% (WHO và các tổ chức khác, 2023). Thành quả này phần lớn đạt được là nhờ khả năng tiếp cận tốt hơn với dịch vụ cấp cứu sản khoa có chuyên môn cao. Từ năm 1990 đến năm 2021, số phụ nữ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại đã tăng gấp đôi (UN DESA, 2022). Tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn đã giảm 19% trong giai đoạn 1990–1994 và 2015–2019 (Bearak và cộng sự, 2018). Tỷ lệ sinh của các em gái tuổi từ 15 đến 19 đã giảm khoảng một phần ba kể từ năm 2000 (UNFPA, 2023). Tỷ lệ nhiễm HIV cũng giảm đáng kể. Số ca nhiễm mới trong năm 2021 ít hơn gần một phần ba so với năm 2010 (Liên Hợp Quốc, 2023). Tỷ lệ trẻ em gái bị cắt bỏ bộ phận sinh dục nữ cũng giảm đáng kể nhờ thái độ của cộng đồng đối với hành vi này đã thay đổi (UNICEF, 2022).

Vị thế của phụ nữ đang ngày càng tăng – ví dụ như việc họ từng bước, tuy chậm nhưng chắc chắn đảm nhiệm vai trò lãnh đạo (Liên Hợp Quốc, 2023) – cũng như việc công nhận tầm quan trọng của quyền tự chủ về cơ thể như một quyền con người (Văn phòng Cao ủy Nhân quyền LHQ -

OHCHR, 2017). Với việc phê duyệt các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG) năm 2015, thông qua chỉ số 5.6.1 đánh giá khả năng thực hiện quyền tự chủ cơ thể của phụ nữ, cộng đồng thế giới đã đạt được một sự khẳng định mang tính đột phá toàn cầu rằng tự chủ cơ thể là một quyền nhất thiết của con người. Chính phủ các nước trên thế giới cũng đã tìm cách bảo vệ phụ nữ và trẻ em gái thông qua luật pháp: một mốc lịch sử, hiện có 162 quốc gia đã thông qua luật phòng, chống bạo lực gia đình (Ngân hàng Thế giới, n.d.). Để thúc đẩy hơn nữa quyền tự chủ cơ thể, thế giới đang ngày càng bác bỏ hình sự hóa hành vi tình dục của cộng đồng LGBTQIA+. Khi bắt đầu đại dịch AIDS, hầu hết các quốc gia đều hình sự hóa hành vi tình dục đồng giới, còn ngày nay, hai phần ba số quốc gia trên thế giới đã không còn quy định như vậy. Tiến bộ này có thể còn tiếp tục gia tăng, với số quốc gia bãi bỏ luật trừng phạt trong năm 2022 sẽ cao hơn nhiều so với bất cứ năm nào trong vòng 25 năm qua (Phòng Nghiên cứu chính sách HIV và cộng sự, 2023).

Những dấu hiệu đáng mừng khác phải kể đến là các mô hình chăm sóc sức khỏe mới, được xây dựng dựa vào những chứng cứ xác đáng và sự công nhận về quyền con người. Những mô hình này đang tiếp cận nhiều người hơn và đang đáp ứng nhiều hơn nhu cầu và hoàn cảnh đa dạng của con người. Ví dụ: Các mô hình tự chăm sóc sức khỏe đã được UNFPA, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các tổ chức y tế công cộng khác công nhận sau những tiến bộ nhanh chóng về công nghệ, cho phép người dùng tăng cường và duy trì sức khỏe của chính họ cũng như đối phó với bệnh tật và khuyết tật mà không cần đến sự can thiệp trực tiếp của nhân viên y tế. Những phát triển như vậy có thể mở rộng đáng kể khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS (UNFPA, 2024). Cũng đây hứa hẹn là dịch vụ chăm sóc sức khỏe

do các nữ hộ sinh có tay nghề thực hiện ngày càng được công nhận rộng rãi - một trong những nghề cổ xưa từ lâu đã bị gạt khỏi y học hiện đại (xem Chương 2) - vừa cứu người, vừa tiết kiệm chi phí (UNFPA và cộng sự, 2021).

Bình đẳng giới ngày càng được coi là một trong những khoản đầu tư phát triển thông minh nhất, tạo ra lợi ích kinh tế và xã hội to lớn (UNFPA, 2023a), đồng thời lợi nhuận kinh tế từ đầu tư vào SKTD&SKSS cũng rất hấp dẫn. Ví dụ, theo tính toán của UNFPA, chi thêm 79 tỷ USD ở các nước có thu nhập thấp và trung bình đến năm 2030 sẽ ngăn ngừa được 400 triệu ca mang thai ngoài ý muốn, cứu sống 1 triệu bà mẹ và 4 triệu trẻ sơ sinh, đồng thời tạo ra 660 tỷ USD doanh thu (UNFPA, 2022).

Mặc dù rất nhiều thành tựu đã đạt được, hàng triệu người vẫn chưa nhận thấy có nhiều thay đổi trong cuộc sống hàng ngày của họ và họ vẫn phải tiếp tục đấu tranh để thực hiện quyền của mình, phần lớn là do phân biệt đối xử về giới và các hình thức phân biệt khác đã ăn sâu vào xã hội.

Dữ liệu mới nhất cho thấy, tại 69 quốc gia, một phần tư số phụ nữ vẫn không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình. Một phần tư số phụ nữ không thể từ chối quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn tình của mình. Gần 1 trong 10 người không thể lựa chọn có nên sử dụng biện pháp tránh thai hay không (UNFPA, 2024a). Nhưng những dữ liệu này vẫn chưa đủ mạnh để thúc đẩy cải thiện đáng kể quyền tự chủ về cơ thể của phụ nữ. Thậm chí, chỉ có khoảng một phần ba các quốc gia có báo cáo về những dữ liệu này. Và lần đầu tiên, hơn 30 quốc gia có dữ liệu về xu hướng theo chỉ số 5.6.1 của mục tiêu SDG, trong đó 19 quốc gia nhận thấy xu hướng tích cực về việc phụ nữ có thể tự quyết định SKTD&SKSS của chính mình, có 13 quốc

gia lại có xu hướng tiêu cực cũng theo chỉ số này (UNFPA, n.d.).

Một khi tiến bộ đầy hứa hẹn về giảm số ca tử vong mẹ khi có thể ngăn ngừa được đang bị dừng lại: trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến năm 2020, mức giảm tử vong mẹ hàng năm trên toàn cầu thực tế là bằng 0 (WHO và cộng sự, 2023). Điều đó có nghĩa là mỗi ngày vẫn có khoảng 800 phụ nữ tử vong khi sinh con và hầu như những trường hợp tử vong đó đều có thể ngăn ngừa được. Như TS. Mahmoud Fathalla, cựu Giám đốc Chương trình Đặc biệt của Liên Hợp Quốc về Sinh sản Con người, đã từng mạnh mẽ tuyên bố: “Các bà mẹ không chết vì những căn bệnh mà chúng ta không thể chữa khỏi. Họ đang chết vì xã hội vẫn chưa đưa ra quyết định rằng mạng sống của họ đáng được cứu” (Fathalla, 2012).

Tử vong mẹ là biểu hiện thu nhỏ của sự bất bình đẳng đang ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh của SKTD&SKSS do sự chênh lệch quá rõ ràng giữa các quốc gia và trong mỗi quốc gia. Sự khác biệt giữa sống và chết có thể phụ thuộc vào nơi người phụ nữ sinh con, vì phần lớn các trường hợp tử vong mẹ (hơn 70%) xảy ra ở khu vực châu Phi cận Sahara, nơi có nhiều quốc gia kém phát triển nhất và hệ thống y tế yếu kém nhất thế giới. Một phụ nữ ở khu vực này bị tai biến khi mang thai và khi sinh con có nguy cơ tử vong cao hơn khoảng 130 lần so với phụ nữ ở châu Âu hay ở Bắc Mỹ. Bất công giữa các khu vực và các quốc gia cũng rất sâu rộng. Ví dụ, ở Madagascar, những phụ nữ giàu nhất có cơ hội được các nữ hộ sinh có kỹ năng đỡ đẻ nhiều gấp 5 lần so với phụ nữ nghèo nhất (UN Women và cộng sự, 2023); và trên khắp châu Mỹ, người gốc châu Phi có nguy cơ bị ngược đãi sản khoa nhiều hơn (UNFPA và cộng sự, 2023).

Bất công cũng xảy ra trong việc tiếp cận các biện pháp tránh thai hiện đại, bao gồm sự khác biệt do

chủng tộc và sắc tộc (Jackson và cộng sự, 2017), do địa vị của người tị nạn và di cư (Raben và van den Muijsenbergh, 2018), trình độ học vấn, tình trạng kinh tế xã hội và do địa bàn là ở nông thôn hay thành thị (Makumbi và cộng sự, 2023). Mặc dù tình trạng bạo lực trên cơ sở giới đang lan tràn và không được báo cáo đầy đủ, chúng ta vẫn nhận thấy những dấu hiệu bất bình đẳng ở đây – bao gồm sự bất bình đẳng dựa trên tuổi tác (Decker và cộng sự, 2015) và tính dục (Evens và cộng sự, 2019), cũng như do sự khác biệt trên chủng tộc, dân tộc và bất bình đẳng trên cơ sở giới xảy ra trong nhiều năm vì bạo lực do bạo tình gây ra (Graham và cộng sự, 2021).

Bất chấp những bất bình đẳng này - hoặc có lẽ chính vì những bất bình đẳng này - có quá ít quốc gia thu thập dữ liệu về các rào cản và nhu cầu chăm sóc SKTD&SKSS; càng có ít hơn các quốc gia phân tích những dữ liệu này theo các yếu tố

được cho là góp phần gây ra tình trạng bỏ bê, phân biệt đối xử và gạt ra ngoài lề xã hội, các yếu tố bao gồm văn hóa, dân tộc, chủng tộc, giai cấp, ngôn ngữ và tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tình trạng HIV/AIDS, tình trạng di cư, xu hướng tính dục và bản dạng giới.

Đồng thời, nhiều thách thức mới cũng nhanh chóng xuất hiện trong kỷ nguyên số. Công nghệ chăm sóc sức khỏe đang phát triển như vũ bão và hứa hẹn cải thiện đáng kể việc trao đổi thông tin, giảm bớt quan liêu và mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc. Tuy nhiên, hàng triệu người vẫn bị kẹt ở phía bên kia ranh giới kỹ thuật số. Các công nghệ như trí tuệ nhân tạo có thể nhân rộng những thành kiến và chuẩn mực phân biệt đối xử hiện có, làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng. Ví dụ: một số hệ thống chẩn đoán bằng máy tính được chứng minh là chính xác hơn đối với nam giới da trắng so với những



người thuộc chủng tộc và giới tính khác (Muro và Egbokhare, 2023). Nghiên cứu mới cũng cho thấy cách thức công nghệ gây ra loại hình mới nguy hiểm về bóc lột và lạm dụng trên cơ sở giới (UNFPA, 2024). Bất bình đẳng giới có thể xuất hiện ngay trong quá trình thiết kế công nghệ, ở đó phụ nữ ít được đại diện trong các quyết định thuật toán đào tạo. Công nghệ y tế thiên lệch về giới có thể tiềm ẩn nhiều vấn đề, khiến việc chẩn đoán và điều trị bệnh bị trì hoãn hoặc không chính xác. Tỷ lệ đại diện của phụ nữ trong các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn đầu thấp tới 22%, đồng thời, phụ nữ mang thai và đang cho con bú tiếp tục bị loại khỏi các thử nghiệm lâm sàng ở giai đoạn hậu mãi (Ravindran, 2020; Shields và Lyster, 2013).

Thụt lùi - và tiến lên

Chương trình nghị sự ICPD ra đời từ sự cam kết của mọi người thuộc mọi tầng lớp xã hội chung tay tìm ra các giải pháp cho những mối quan tâm chung về dân số và phát triển, phản ánh “những thay đổi lớn trong thái độ của người dân và các nhà lãnh đạo trên toàn cầu về sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và tăng trưởng dân số” (UNFPA, 1994). Động lực mạnh mẽ của Hội nghị kể từ đó đã duy trì và thúc đẩy tiến bộ về SKTD&SKSS và các quyền. Mặc dù chưa có quốc gia nào có thể khẳng định những tiến bộ này đã đến được với tất cả mọi người, nhưng hầu hết các quốc gia đều đạt được những tiến bộ đáng kể. Nhiều nước đã cam kết đẩy nhanh tiến độ, thừa nhận đây là một phần không thể thiếu trong Chương trình nghị sự 2030 và sự phát triển bền vững và 17 mục tiêu phát triển bền vững (SDG) của Chương trình.

Tuy nhiên, nhiều cuộc khủng hoảng, bao gồm cả các xung đột, biến đổi khí hậu và đại dịch COVID-19, đã đe dọa những thành quả đạt được trong nhiều thập kỷ và cả những tiến bộ trong

tương lai. Thêm nữa, vẫn đang tồn tại nỗ lực không ngừng nghỉ, có tổ chức nhằm đẩy lùi quá trình thực hiện quyền con người, bình đẳng giới. Trong khi sự phản đối SKTD&SKSS và các quyền thường được hợp lý hóa dưới danh nghĩa truyền thống và hoài niệm, những điều này mâu thuẫn với sự đồng thuận lâu dài và các thỏa thuận cốt lõi về quyền con người, phủ nhận kiến thức khoa học và y tế có cơ sở vững chắc, đồng thời góp phần gây chia rẽ và bất ổn chính trị (Kanem, 2023; Viện Guttmacher, 2017).

Sự phản kháng đối với SKTD&SKSS và các quyền dẫn đến việc lễ hóa trầm trọng hơn đối với những cộng đồng đã bị bỏ lại hoặc sẽ bị bỏ lại phía sau. Nỗ lực kiểm soát mức sinh và hạn chế quyền tự chủ về cơ thể ảnh hưởng không đồng đều đến nhóm người di cư, người khuyết tật, cộng đồng thiểu số và người bản địa, cùng nhiều cộng đồng khác. Việc không có chương trình giáo dục tình dục và giới tính toàn diện sẽ hạn chế quyền tiếp cận thông tin và giáo dục, đồng thời có thể làm mất đi cơ hội để giới trẻ, với ít kinh nghiệm, có thể tìm được những câu trả lời chính xác cho những thắc mắc của họ. Tình trạng phủ nhận quyền của những người có xu hướng tính dục và bản dạng giới đa dạng ngày càng gia tăng (El Chamaa, 2023). Khi toàn cầu đang có xu hướng phi hình sự hóa bản năng tình dục và bản sắc của cộng đồng LGBTQIA+, thì hình phạt vẫn tiếp tục gia tăng ở những quốc gia đang coi hành vi của những người thuộc cộng đồng LGBTQIA+ là vi phạm pháp luật, - bao gồm cả hình phạt nghiêm khắc như tử hình, bắt chấp bằng chứng hiển nhiên rằng hình sự hóa không chỉ làm tăng tỷ lệ nhiễm HIV và dẫn đến vi phạm quyền con người, mà còn tác động tiêu cực đến nền kinh tế (Phòng Nghiên cứu chính sách HIV và cộng sự, 2023).

Sự thoái lui và phân cực khiến xã hội trở nên kém ổn định và thiếu tin cậy hơn, đồng thời dễ xảy ra thông tin sai lệch và tin giả (Gupta và cộng sự,

2023; Osmundsen và cộng sự, 2021). Để tiến về phía trước, chúng ta có thể bắt đầu với những điều đã đồng thuận: không có người phụ nữ nào phải chết khi đang tạo ra một sinh mệnh; mỗi cá nhân đều có quyền quyết định khi nào, nên hay không nên lập gia đình và lập gia đình với ai; mỗi người đều có thể đưa ra lựa chọn về cơ thể của mình mà không do bạo lực hay bị ép buộc; khi phụ nữ và trẻ em gái có thể tự quyết định vận mệnh của mình, họ và cả xã hội đều sẽ phát triển thịnh vượng. Hơn nữa, như Hội nghị ICPD ngầm thừa nhận, quyền và hạnh phúc của bất kỳ người này đều gắn bó chặt chẽ với quyền và hạnh phúc của người khác. Khi quyền của một người bị đe dọa thì quyền của tất cả mọi người cũng sẽ bị đe dọa (Liên Hợp Quốc, 2020).

Các phong trào nữ quyền và các phong trào khác được thực hiện ở các quốc gia thành viên để xây dựng chương trình nghị sự của ICPD đều hiểu rõ nguyên tắc này: Hướng tới hội nghị tháng 9 năm 1994 ở Cairo, một nhóm phụ nữ từ khắp nơi trên thế giới đã góp tiếng nói chung. Họ kêu gọi đưa SKTD&SKSS và các quyền trở thành nền tảng cho hoạt động vì quyền của phụ nữ và là trọng tâm của xóa đói giảm nghèo, phát triển bền vững và thực hiện quyền con người nói chung (Corrêa và cộng sự, 2015). Chín tháng trước Hội nghị ICPD, phụ nữ từ 79 quốc gia đã tham gia hội nghị trụ bị toàn cầu ở Rio de Janeiro, thể hiện lập trường mạnh mẽ chống lại các chính sách dân số cưỡng bức và chỉ ra rằng bất bình đẳng cấu trúc cố hữu là “cơ sở căn bản của tình trạng nghèo đói gia tăng và phụ nữ trở thành nhóm yếu thế, suy thoái môi trường, số lượng người di cư và tị nạn ngày càng tăng và sự nổi lên của chủ nghĩa cơ yếu ở khắp mọi nơi” (Anon, 1994). Bốn tháng trước Hội nghị ICPD, một nhóm các nhà hoạt động nữ quyền da đen ở Hoa Kỳ đã hưởng ứng phong trào quốc tế kêu gọi công bằng sinh sản - một

khái niệm không chỉ là tiếp cận dịch vụ chăm sóc SKSS mà còn phải chấm dứt bất công về kinh tế, xã hội, chính trị và môi trường, tất cả đều ảnh hưởng đến SKTD&SKSS và các quyền và phải được giải quyết để mang lại kết quả toàn diện cho những người bị thiệt thòi nhất (Ross, 2017).

Ngày nay, nhiều phong trào nhân dân đang nhấn mạnh lại những ý tưởng này trong lời kêu gọi đổi mới vì công lý và phát triển. Nhiều khu vực bầu cử đa dạng, dưới sự lãnh đạo của những người thuộc nhóm yếu thế, đang liên hiệp lại và kết nối các mối quan tâm trên khắp thế giới, từ quyền tự chủ về cơ thể đến mong muốn về một hành tinh đáng sống. Cách tiếp cận chung của họ rất mạnh mẽ và đầy tiềm năng. Nghiên cứu cho thấy thay đổi xã hội quy mô lớn có thể diễn ra khi có khoảng 25% người dân ủng hộ thay đổi đó (Sloane, 2018).

Nhiều điểm đáng chú ý là sự liên kết ngày càng tăng giữa các phong trào cấp cơ sở khác nhau và các tổ chức xã hội dân sự với nỗ lực đảm bảo SKSS và các quyền và ngược lại. Chẳng hạn, những phụ nữ bản địa đang vận động chấm dứt hành vi tàn phá tài nguyên môi trường, vì nó đe dọa không chỉ nền văn hóa và ý thức hệ gắn kết với đất đai của họ mà còn cả sức khỏe và lựa chọn sinh con của họ. Các nhà hoạt động xã hội trẻ đang vận động đảm bảo công bằng khí hậu với sự công nhận ngày càng tăng rằng công bằng khí hậu cũng chính là công bằng sinh sản (McGovern và cộng sự, 2022). Họ nhấn mạnh rằng các cộng đồng nghèo bị ảnh hưởng nặng nề nhất bởi biến đổi khí hậu cũng là những cộng đồng bị đổ lỗi một cách sai lầm rằng tỷ suất sinh cao ở những cộng đồng nghèo làm cho khủng hoảng trở nên nghiêm trọng hơn - trong khi hầu hết lượng khí thải nhà kính đều bắt nguồn từ các quốc gia giàu có, với mức sinh thấp hơn.

Ở Ấn Độ, các nhà hoạt động người Dalit đã tranh luận về việc bảo vệ pháp lý cho những phụ nữ bị

phân biệt đối xử dựa trên vị trí tại nơi làm việc và trường học. Mặt khác, nhiều người vẫn quá nghèo, không thể đảm bảo cho gia đình và cho con cái họ một cuộc sống tốt hơn, gây nên vòng luẩn quẩn kéo dài tình trạng SKTD&SKSS chất lượng kém. Chẳng hạn, gần một nửa phụ nữ Dalit không được khám thai, và tỷ lệ bạo lực trên cơ sở giới cao được cho là một cách để áp bức và kiểm soát (McGovern và cộng sự, 2022).

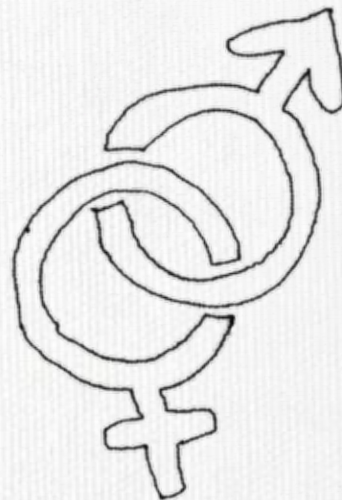
Ở nơi mà quyền của phụ nữ phần lớn bị tước đoạt như Afghanistan, các nhà hoạt động vì phụ nữ, những người bảo vệ nhân quyền, các chính trị gia và luật gia nổi tiếng đã đoàn kết lại trong một phong trào chống lại chủ nghĩa phân biệt chủng tộc về giới và coi đó là một tội ác chống lại loài người (Bahous, 2023; Nia, 2023).

Phong trào Làn sóng Xanh lan rộng khắp Châu Mỹ La-tinh, nổi lên từ các cuộc biểu tình phản đối tỷ lệ giết hại phụ nữ quá cao, đã làm thay đổi các phong trào hoạt động xã hội và sửa đổi luật phá thai ở một khu vực được biết đến với những hạn chế nghiêm ngặt nhất (Carpenter, 2019). Như một nhà hoạt động đã nói: “Những tiếng nói giận dữ, nỗi đau, niềm vui và tình chị em trên đường phố chắc chắn đã khiến công chúng chú ý đến phong trào nữ quyền, coi đó là phong trào mạnh mẽ và cần thiết, đòi hỏi những thay đổi triệt để trong cuộc sống như chúng ta đã thấy” (Kharas và cộng sự, 2019).

Thoái lui như một phản ứng của tiến bộ

Sau nhiều thập kỷ tiến bộ, trong thời gian gần đây, đã có một bước lùi về SKTD&SKSS và các quyền. Chẳng hạn, giáo dục giới tính và tình dục toàn diện, từng là chủ đề gần đạt được sự thống nhất chung, đã và đang gây nhiều tranh cãi tại các cuộc đàm phán quốc tế (Liên Hợp Quốc, 2023b). Các tổ chức tuyên truyền vận động báo cáo rằng việc hạn chế phá thai ở một quốc gia có tác động lan tỏa đến các quốc gia khác (Fòs Feminista, 2023), trong khi các chuyên gia y tế ngày càng không chắc chắn về tính hợp pháp của các dịch vụ SKTD&SKSS cơ bản (Kanem, 2023).

Nhưng sự thoái lui có thể là một phản ứng thông thường của tiến bộ. Như Văn phòng Cao ủy Nhân quyền Liên Hợp Quốc đã lưu ý: “Ở một số quốc gia, chính quyền đã ghi nhận sự gia tăng đột ngột tình trạng bạo lực, kỳ thị người đồng tính và người chuyển giới ngay sau những tiến bộ lập pháp cấp cao nhằm bảo vệ tốt hơn quyền của người LGBT. Đó là một hiện tượng có những điểm tương đồng trong lịch sử: Những nỗ lực trong quá khứ nhằm xóa bỏ kỳ thị và phân biệt chủng tộc được cho là đã gây ra phản ứng dữ dội tương tự nhằm vào các thành viên của các nhóm chủng tộc thiểu số” (OHCHR, n.d.). Do đó, thách thức hiện nay là duy trì hy vọng và động lực khi đối mặt với sự phản đối.



CHUYÊN MỤC

Khí khủng hoảng làm gián đoạn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; các thành viên cộng đồng sẽ lấp đầy khoảng trống

Duha, một bà mẹ đơn thân 28 tuổi, là người tị nạn do cuộc chiến ở Cộng hòa Ả Rập Syria, đang sống ở tỉnh Hatay, Thổ Nhĩ Kỳ, khi hai trận động đất thảm khốc xảy ra vào tháng 2 năm 2023. Thảm họa đã buộc cô và ba đứa con nhỏ phải rời bỏ chỗ ở bấp bênh trước đây để đến sống trong một chiếc lều dựng tạm.

Duha mang thai sau cuộc khủng hoảng này và chịu đau đớn trong nhiều tháng do bị nhiễm trùng đường tiết niệu; cô ấy nói rằng điều này là bình thường với những người sống sót sau trận động đất, vì nơi tắm rửa không hợp vệ sinh. “Tình trạng thiếu nước sạch đã gây ra nhiều loại bệnh nhiễm trùng.”

Một trong những mối quan tâm lớn nhất của cô là thiếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe: Các quy định pháp luật của Thổ Nhĩ Kỳ cho phép những người tị nạn Syria đã đăng ký tình trạng bảo vệ tạm thời được đến các trung tâm y tế dành cho gia đình và người di cư để khám bệnh mà không phải trả tiền. Nhưng ở Hatay, gần tâm chấn của trận động đất, nhiều dịch vụ không có và một vài dịch vụ khác có nguy cơ ‘vỡ trận’ do nhu cầu tăng quá cao.

May mắn thay, Duha đã được Bác sĩ Eda Gülüm điều trị. Cô là Bác sĩ của Hiệp hội Chuyên gia Y tế Công cộng Thổ Nhĩ Kỳ - HASUDER. Các thành viên của hiệp hội thường xuyên đến thăm khám cho phụ nữ và trẻ em gái ở những khu vực bị ảnh hưởng bởi trận động đất.

Với sự hỗ trợ của UNFPA, các đội khám lưu động của HASUDER tư vấn cho các bà mẹ trước và sau khi sinh, tư vấn kế hoạch hóa gia đình và điều trị một số bệnh trạng thông thường như viêm bàng quang, viêm âm đạo và nhiễm trùng đường tiết niệu. Họ cũng tổ chức các buổi truyền thông nhóm để nâng cao nhận thức về ung thư vú, vệ sinh cá nhân, kế hoạch hóa gia đình và ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Gülüm nói: “Chúng tôi đã khám bụng và kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của thai nhi cho cô ấy. Chúng tôi cũng nhắc nhở cô ấy không bỏ những lần khám thai định kỳ và tặng cô ấy một ‘bộ đồ dùng thiết yếu dành cho bà bầu’, gồm có quần áo trẻ em, chăn và đồ vệ sinh cá nhân”.

Duha bắt đầu giúp những người phụ nữ khác đến gặp các Bác sĩ để

được chăm sóc. Bác sĩ Gülüm nói: “Duha thông thạo tiếng Thổ Nhĩ Kỳ và rất nhiệt tình hỗ trợ nhân viên y tế giao tiếp với nhiều phụ nữ hơn, liên hệ với các Bác sĩ và chuyên gia phụ khoa mỗi khi một phụ nữ trong khu cô sống cần đến họ”.

Trên toàn cầu, quyền được chăm sóc sức khỏe của con người được nêu rõ trong nhiều hiệp ước quốc tế. Nhưng trong bối cảnh chạy tị nạn, xung đột và các hình thức khủng hoảng khác, quyền này thường bị đe dọa hoặc vi phạm. Các hệ thống y tế hiện hành có thể bị ảnh hưởng, bệnh nhân có thể bị phải rời đi và các biện pháp ứng phó khẩn cấp có thể không dành ưu tiên cho các dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS - mà hậu quả thường rơi vào phụ nữ và trẻ em gái.

Bác sĩ Gülüm và hiệp hội HASUDER đang cố gắng thu hẹp những khoảng cách này. Bác sĩ Gülüm thông thạo tiếng Ả Rập, tiếng Anh và tiếng Thổ Nhĩ Kỳ. Từ tháng 8 năm 2023 tới nay, cô tham gia hỗ trợ các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi trận động đất và thường thăm khám từ 10 đến 30 phụ nữ mỗi ngày. Khi đi cùng đội lưu động, cô ấy có thể thăm khám tới 80 người.

Cô giải thích: “Đến bệnh viện gần nhất phải mất khoảng 20 phút đi ô tô. Vì xung quanh không có phương tiện công cộng nên đội lưu động cũng hỗ trợ một số bệnh nhân cấp cứu.”

Đây là câu chuyện của Rama, 22 tuổi (tên đã thay đổi), đến từ Cộng hòa Ả Rập Syria. Cô ấy cũng đang sống trong một căn lều kể từ sau trận động đất. Cô đã liên hệ với HASUDER khi phát hiện ra mình sảy thai trong giai đoạn đầu thai kì và có nguy cơ bị nhiễm trùng máu, đe dọa tính mạng. Đội lưu động đã giúp đưa cô đến bệnh viện công để điều trị. Vài ngày sau đó, cô gọi đến đội lưu động: “Tôi chỉ muốn báo với các Bác sĩ rằng tôi đã qua cơn nguy hiểm,” cô nói.

Đối với những người không có ý định mang thai, việc phải di dời và không có khả năng tiếp cận các cơ sở y tế cơ bản cũng gây ra những rủi ro nghiêm trọng. Theo Ceylan Güzey, một điều dưỡng viên và giảng viên của Hiệp hội Tiếp cận Sức khỏe Thanh niên (Y-Peer Thổ Nhĩ Kỳ) do UNFPA hỗ trợ ở Hatay: “Những bệnh phổ biến nhất mà tôi gặp là bệnh nhiễm trùng lây lan qua đường tình dục, nhiễm trùng đường tiết niệu và mang thai ngoài ý muốn. Tôi cũng tập huấn và tuyên truyền nâng cao nhận thức về những vấn đề này và về kế hoạch hóa gia đình.”

Từ tháng 5 năm 2023, cô Güzey chủ yếu thăm khám cho những người phải di dời sau thảm họa; cô giải thích rằng nhóm của cô thường phát hiện ra nhiều vấn đề cơ bản khác.

Ví dụ, trong khi phân phát bộ đồ dùng thiết yếu dành cho bà bầu, nhân viên



Điều dưỡng viên Ceylan Güzey cho biết tỷ lệ mang thai ở trẻ em và mang thai ngoài ý muốn đã gia tăng kể từ trận động đất năm 2023, cũng như trong các báo cáo về lạm dụng tình dục, cưỡng ép và buôn bán người. © UNFPA Thổ Nhĩ Kỳ

của nhóm có thể phát hiện các bệnh viêm nhiễm lây lan qua đường tình dục chưa được điều trị, hay tình trạng bị bạo lực hoặc cưỡng ép.

“Chúng tôi đã chứng kiến sự gia tăng số lượng trẻ em và phụ nữ mang thai ngoài ý muốn kể từ sau cuộc khủng hoảng. Các báo cáo về lạm dụng tình dục, cưỡng ép và buôn bán người... cũng cho thấy sự gia tăng rất rõ rệt.”

Để giải quyết tình trạng mang thai ngoài ý muốn, cô Güzey liên hệ và trao đổi với nam giới nhiều hơn trước. “Tôi chủ yếu làm việc với phụ nữ, nhưng gần đây chúng tôi thấy có nhiều cặp đôi vợ chồng cùng đến gặp chúng tôi để

xin tư vấn – điều này thật không bình thường, đàn ông thường không muốn đến để hỏi về các biện pháp tránh thai”.

Mặc dù việc gián đoạn cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dẫn đến những hậu quả có hại, nhưng cô Güzey đã nhận thấy lợi ích đáng ngạc nhiên của việc hỗ trợ trực tiếp cho những người phải di dời. “Trước động đất, việc chăm sóc SKTD&SKSS vẫn còn phải thực hiện âm thầm, nó giống như một bí mật – giờ đây nam giới đã hiểu biết hơn về những vấn đề này. Họ đã từng nghĩ các biện pháp tránh thai có thể bằng cách nào đó chống lại họ, và giờ thì các biện pháp tránh thai không còn là điều lo ngại nữa.”

Ngôn ngữ của bất bình đẳng

Ngôn ngữ mà chúng ta sử dụng để nói về bất bình đẳng là rất quan trọng. Chúng ta cần tránh không mô tả bất kỳ một cá nhân hay một cộng đồng nào là bất lực hay thứ yếu. Trong khi có xu hướng mô tả chung các nhóm yếu thế hay bị áp bức, thì ngày càng có nhiều nỗ lực nêu rõ các điều kiện cụ thể gây cản trở việc tiếp cận các quyền và lựa chọn. Vì những lý do này, UNFPA đã chuyển từ tập trung từ các nhóm bị bỏ lại xa nhất sang các yếu tố gây tụt hậu nhất. Một số chuyên gia và tổ chức ngày nay sử dụng khái niệm “bị đẩy ra sau” (Kharas và cộng sự, 2019) thay vì “bị bỏ lại phía sau”, tránh hàm ý rằng việc bị lề hóa là hệ quả của những thất bại hoặc bất cập của chính cộng đồng đó. Nhiều người sử dụng các cụm từ “không để ai bị bỏ lại phía sau” và “tiếp cận người ở phía xa nhất trước”; cả hai nguyên tắc đều là trọng tâm của Chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững (UNFPA, 2021a). Báo cáo này sử dụng nhiều thuật ngữ đó, không phải để phản ánh sự ưu tiên dành cho cái này hay cái khác mà để tuân thủ tài liệu nguồn và/hoặc để tập hợp các nghiên cứu lại thành một văn bản gắn kết và dễ hiểu. Các tác giả nhận thấy rằng về tổng thể, ngôn ngữ của sự bất bình đẳng luôn thay đổi. Chúng ta phải cam kết liên tục lắng nghe và học hỏi từ tất cả các thành viên trong xã hội.

Báo cáo này sử dụng các thuật ngữ và định nghĩa sau:

Không để ai bị bỏ lại phía sau – từ Chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững (Liên Hợp Quốc, 2015). Không để ai bị bỏ lại phía sau thể hiện cam kết của tất cả các Quốc gia Thành viên Liên Hợp Quốc nhằm xóa đói giảm nghèo dưới mọi hình thức, giảm bất bình đẳng và chấm dứt mọi hình thức phân biệt đối xử và loại trừ xã hội.

Bị bỏ lại/đẩy ra phía sau – những cá nhân, do sự bất bình đẳng mang tính hệ thống, phải đối mặt với những rào cản khi tiếp cận các quyền và lựa chọn của mình. Cả hai cụm từ “bị bỏ lại phía sau” và “bị đẩy ra phía sau” đều được sử dụng trong báo cáo này.

Bị bỏ lại sau cùng – những cá nhân bị loại trừ nhiều nhất trong việc tiếp cận các quyền và lựa chọn của họ. Những người bị bỏ lại sau cùng vấp phải tất cả các bất lợi đan xen cùng góp lại tạo ra muôn vàn khó khăn hoặc bị xa lánh. Quan trọng là điều này phụ thuộc vào từng bối cảnh cụ thể; việc cá nhân tụt lại phía sau phần nhiều là do các yếu tố xã hội, chính trị và văn hóa và những yếu tố này có thể khác nhau đáng kể giữa nơi này với nơi khác.

Bình đẳng – trạng thái bình đẳng, đặc biệt là về giá trị, địa vị, quyền lợi hoặc sự đối xử theo pháp luật.

Công bằng – thuật ngữ “công bằng” thường được sử dụng để nhấn mạnh rằng việc phân bổ đồng đều các nguồn lực hoặc cơ hội vẫn có thể dẫn đến những kết quả bất công hoặc không công bằng do những đặc quyền và bất lợi hiện có.

Bất bình đẳng – tình trạng thiếu bình đẳng, đặc biệt là về địa vị, quyền lợi hoặc sự đối xử theo pháp luật.

Không công bằng – tình trạng thiếu công bằng.

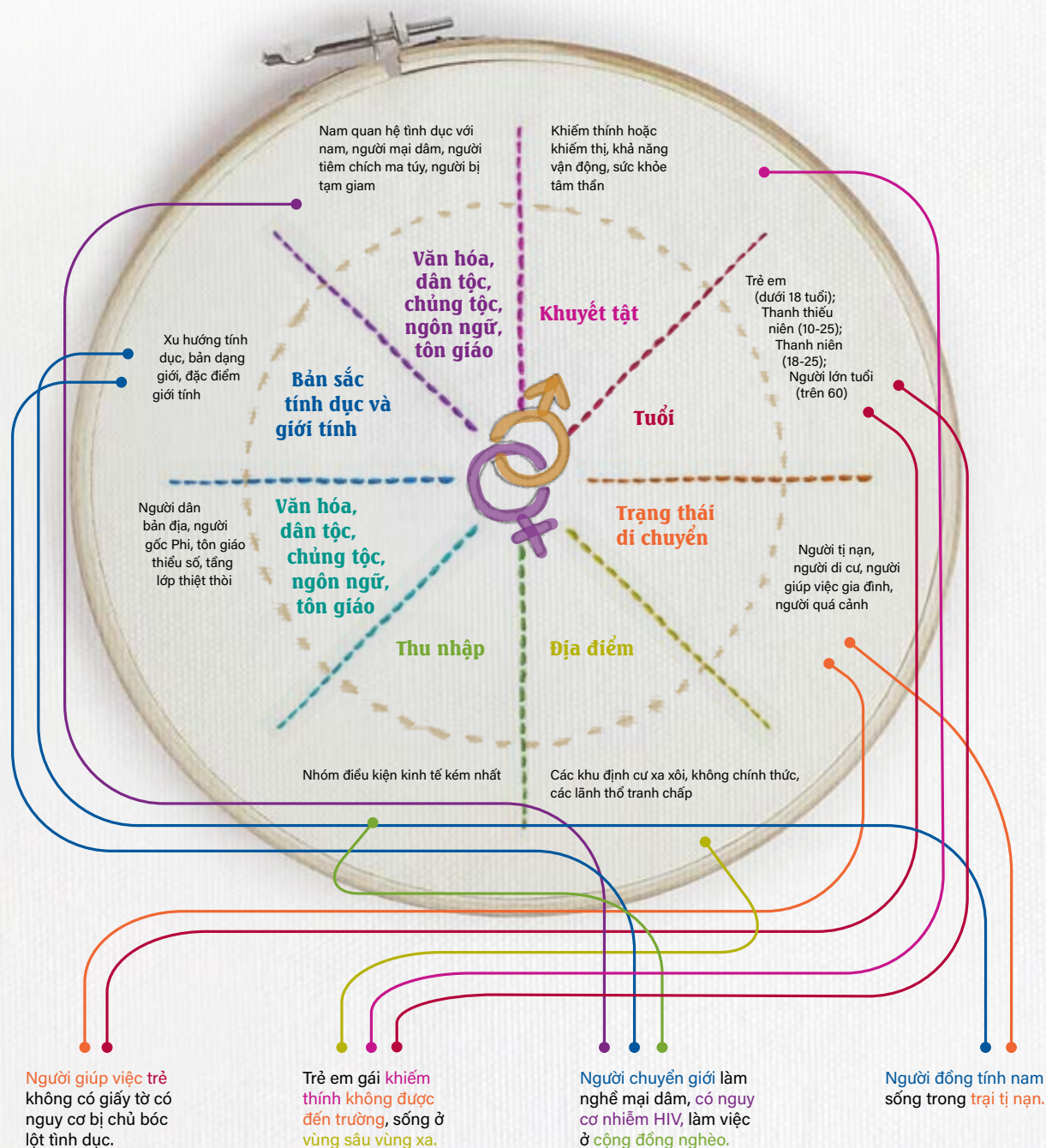
Bị gạt ra ngoài lề/lề hóa – một người hoặc một nhóm người bị coi là không quan trọng, kém cỏi hoặc là người thiếu số vì bản sắc của họ. Một người có thể bị lề hóa vì bản dạng giới tính, chủng tộc, bản sắc dân tộc, bản sắc tôn giáo, giai cấp, đẳng cấp, trình độ học vấn hoặc tình trạng kinh tế, hoặc tình trạng khuyết tật, cùng những lý do khác.

Dễ bị tổn thương – dễ bị lợi dụng, lạm dụng hoặc các hình thức gây tổn hại khác. Thuật ngữ này được sử dụng rộng rãi nhưng có thể gây vấn đề nếu các yếu tố dẫn đến tình trạng dễ bị tổn thương, ví dụ như việc từ chối các cơ hội hoặc rào cản tiếp cận dịch vụ, vẫn không được thừa nhận.

HÌNH 1

Các yếu tố đẩy con người tụt lại phía sau ngoài yếu tố giới

Nhiều yếu tố tương tác với yếu tố giới đẩy con người và cộng đồng ra ngoài lề. Các yếu tố này bao gồm, nhưng không giới hạn, dân tộc, chủng tộc, đẳng cấp, ngôn ngữ và tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tình trạng HIV/AIDS, tình trạng di cư, xu hướng tính dục và bản dạng giới. Yếu tố giới (ở giữa hình minh họa) và các yếu tố lề hóa (vòng giữa) có thể có nhiều hình thức biểu hiện khác nhau (ví dụ được đưa ra ở vòng ngoài). Trong thực tế, mỗi cá nhân có thể có nhiều bản dạng và trải qua nhiều hoàn cảnh đan xen (phía dưới hình minh họa), tác động tiêu cực đến SKTD&SKSS và các quyền.



Source : Trích từ UNFPA, 2021a.

Chúng ta biết nhiều hơn bao giờ hết về đòn bẩy của sự thay đổi

Điều đáng khích lệ nữa là chúng ta ngày càng rõ hơn những nhóm người nào đang bị tụt lại phía sau, nguyên nhân tại sao cũng như phải làm gì để cải thiện tình trạng đó. Nghèo đói dần trở thành nguyên nhân duy nhất gây ra bất bình đẳng. Sự tiến bộ cũng có sự khác biệt đáng kể (Ghebreyesus và cộng sự, 2020) khi xem xét các yếu tố cản trở dịch vụ y tế, dẫn đến sức khỏe cộng đồng kém hơn hoặc hạn chế việc thực hiện SKTD&SKSS và các quyền. Những yếu tố này có cả yếu tố giới, tuổi tác; văn hóa, sắc tộc, chủng tộc, ngôn ngữ và tôn giáo; tình trạng khuyết tật; tình trạng HIV/AIDS; nơi cư trú; tình trạng di cư, tị nạn và di dời; xu hướng tính dục và bản dạng giới. Danh sách này vẫn còn kéo dài tiếp – và ngay cả trong số những người cùng có hoàn cảnh khó khăn, phức tạp và đa dạng, họ cũng có thể bị tước bỏ quyền được chăm sóc SKTD&SKSS theo nhiều cách khác nhau (UNFPA, 2021a). Trong mọi trường hợp, nguyên tắc cốt lõi của quyền con người vẫn là: Dù có phát sinh sự phân biệt đối xử, thiên vị, dễ bị tổn thương và bất bình đẳng ở đâu và như thế nào đi nữa, luôn có hành động khắc phục tình trạng đó.

Từ năm 1994, các hiệp ước quốc tế lớn đã xác định rõ ràng trách nhiệm và nghĩa vụ nhằm thu hẹp chênh lệch về SKTD&SKSS và các quyền. Quyền của người khuyết tật và người dân bản địa đã được hệ thống hóa, bổ sung vào các công ước hiện có về quyền phụ nữ và xóa bỏ phân biệt chủng tộc. Các hiệp định khu vực hướng tới tương lai, trong đó có Đồng thuận Montevideo về Dân số và Phát triển, với cam kết thúc đẩy và bảo vệ SKTD&SKSS và các quyền là điều cần thiết cho công bằng xã hội và phát triển bền vững. Nghị

định thư Hiến chương châu Phi về quyền con người và quyền của các dân tộc đối với quyền của phụ nữ ở châu Phi, hay còn được gọi là Nghị định thư Maputo, một văn kiện mang tính đột phá, đã giúp loại bỏ quy định hạn chế phá thai ở nhiều quốc gia, bao gồm cả các lệnh cấm từ thời thuộc địa liên quan trực tiếp đến tử vong mẹ cao (xem trang 60 về lịch sử thuộc địa) (McGovern và cộng sự, 2022).

Việc hiểu và đồng ý giải quyết các yếu tố đẩy người dân và cộng đồng tụt lại phía sau có thể thúc đẩy những lựa chọn mới – và nếu lựa chọn đúng đắn, chúng ta có thể tiếp cận tất cả mọi người với tốc độ và quy mô cần thiết. Nhiều đòn bẩy thay đổi đã được biết đến và chứng minh rõ ràng. Những điều này bắt đầu bằng việc khắc phục sự mất cân bằng quyền lực gắn liền với xã hội, luật pháp, kinh tế và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bởi vì sẽ rất khó nếu không muốn nói là không thể đạt được sự hòa nhập về bản chất trong các hệ thống còn tính phân biệt đối xử. Ví dụ, cần phải tái cân bằng có chủ ý các mối quan hệ quyền lực theo giới ở tất cả các cấp, từ gia đình đến quốc hội, bên cạnh những nỗ lực mở rộng và cải thiện chất lượng dịch vụ cũng như thay đổi các chuẩn mực và hành vi (George và cộng sự, 2020; Herten-Crabb và Davies, 2020). Các khái niệm như công bằng về SKTD&SKSS đã được xây dựng để tăng cường nhận thức và hành động chống lại động lực gây ra phân biệt đối xử và bất công, bao gồm cả việc thông qua lời kêu gọi để mọi người tự xác định xem thế nào là công bằng và để có công bằng thì cần phải làm gì (McGovern và cộng sự, 2022).

Ví dụ về sự thay đổi về mặt cơ cấu có thể xảy ra như thế nào là việc giảm tỷ lệ kết hôn trẻ em ở Nam Á - một kết quả đạt được nhờ tăng cường giáo dục trẻ em gái và nhờ những thay đổi trong nền kinh tế mở ra nhiều lựa chọn việc làm cho

Các cuộc khủng hoảng nhân đạo dẫn đến tình trạng bị lề hóa

Các trường hợp khẩn cấp về nhân đạo ảnh hưởng không nhỏ đến phụ nữ và trẻ em gái, người khuyết tật, người bản địa, người có bản dạng giới và xu hướng tính dục đa dạng, người cao tuổi và thanh thiếu niên. Bất bình đẳng giới và phân biệt đối xử vốn đã tồn tại từ trước đối với các nhóm thiểu số này, trở nên trầm trọng hơn khi xảy ra khủng hoảng. Bạo lực trên cơ sở giới cũng tăng đột biến, tuy nhiên việc ngăn ngừa, giảm thiểu và ứng phó với bạo lực trên cơ sở giới vẫn là một trong những lĩnh vực nhân đạo thiếu kinh phí nhất và ít được ưu tiên nhất (OCHA, n.d.). Việc thiếu kinh phí trong một cuộc khủng hoảng sẽ làm tăng tính dễ bị tổn thương đối với những người có nguy cơ: Chẳng hạn, nạn nhân có thể không được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế quan trọng, hay việc cắt giảm viện trợ lương thực cũng như các hỗ trợ khác có liên quan chặt chẽ với sự gia tăng bạo lực trên cơ sở giới. Ở Chad, khi không thể thành lập hai địa điểm tị nạn mới, nhiều phụ nữ và trẻ em gái di cư phải sống trong các trại tập trung quá đông đúc và không được bảo vệ đầy đủ để tránh bị bạo lực (OCHA, 2023).

Nguồn lực ít ỏi cũng hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân ở những khu vực khó tiếp cận. Ở Ethiopia, điều này có nghĩa là các đội y tế lưu động chỉ có thể tiếp cận 36% đối tượng mục tiêu và nhiều cộng đồng ở vùng sâu, vùng xa không được chăm sóc y tế đầy đủ. Còn ở Afghanistan, khoảng 170 cơ sở y tế cố định và lưu động đã phải ngừng hoạt động, hạn chế việc chăm sóc sức khỏe ban đầu cho 1 triệu người, bao gồm cả phụ nữ mang thai, trẻ em và người khuyết tật (OCHA, 2023).

Tuy nhiên, tính dễ bị tổn thương chỉ là một phần câu chuyện. Phụ nữ địa phương và các tổ chức do phụ nữ lãnh đạo ở tuyến đầu trong các trường hợp khẩn cấp là những tác nhân chính đảm bảo đáp ứng nhu cầu của các cộng đồng bị thiệt thòi. Sự tham gia đầy đủ, bình đẳng và đúng nghĩa của họ phải được đảm bảo và năng lực lãnh đạo của họ phải được tăng cường. Mặc dù các tổ chức này tiếp tục thiếu kinh phí và thiếu sự đại diện, nhưng hoạt động của họ vẫn có những tiến bộ. Năm 2023, 10 nhóm nhân đạo quốc gia thì có ít nhất một thành viên là tổ chức địa phương do phụ nữ lãnh đạo. Tại Yemen, nhóm nhân đạo quốc gia gồm có hai tổ chức địa phương do phụ nữ lãnh đạo và một tổ chức địa phương dành cho người khuyết tật. 13 trong số 19 ban cố vấn cho các quỹ tổng hợp cấp quốc gia, phân bổ kinh phí cho các tổ chức nhân đạo, có đại diện của ít nhất một tổ chức địa phương do phụ nữ lãnh đạo. Đây là những bước tiến đầy hứa hẹn, nhưng vẫn cần cải thiện nhiều hơn nữa.

Văn bản này được đóng góp bởi Văn phòng Điều phối các vấn đề nhân đạo của Liên Hợp Quốc

CHUYÊN MỤC

Nữ công nhân may tổ chức chống bạo lực trên cơ sở giới

Thivya Rakini nói: “Công nhân may mặc có thể lên tiếng chống lại bạo lực tại nơi làm việc mà không sợ bị đe dọa trả thù”.

Bà Rakini, chủ tịch Liên đoàn Lao động và Dệt may Tamil Nadu (TTCU) giải thích: Điều này thể hiện sự thay đổi lớn đối với hàng nghìn lao động nữ, chủ yếu là phụ nữ trẻ trong ngành may mặc. Với hơn 2.000 nhà máy và 280.000 công nhân, Tamil Nadu là đơn vị sản xuất sợi bông lớn nhất Ấn Độ, phục vụ cả thị trường trong nước và quốc tế, trong đó có các thương hiệu thời trang nổi tiếng. Hầu hết những nhân viên của công ty đều là phụ nữ trẻ, trong khi quản lý và giám sát chủ yếu là nam giới. Sự phân chia quyền lực không đồng đều này càng trở nên trầm trọng hơn do địa vị và tình trạng di cư của công nhân may mặc, đồng thời cũng do doanh nghiệp tìm cách trốn tránh trách nhiệm giải trình về những hành vi sai trái.

Các công đoàn tỏ ra miễn cưỡng khi giải quyết các vấn đề như quấy rối và bạo lực trên cơ sở giới. Nadita Shivakumar, cố vấn của TTCU nói: “Ở Tamil Nadu, ngành may mặc bị chi

phối bởi các công đoàn do nam giới lãnh đạo, ban quản lý và lãnh đạo cấp cao cũng là nam giới. Các vấn đề của phụ nữ chưa bao giờ thực sự có chỗ đứng. Điều mà các nữ công nhân mong muốn là phong trào lao động đảm bảo các vấn đề liên quan đến giới là một phần trong chương trình cốt lõi chứ không chỉ là về tiền lương.”

Bà Rakini giải thích: “Lực lượng lao động có tới 80% là phụ nữ, 60% trong số họ đến từ cộng đồng Dalit” - một tầng lớp yếu thế ở Ấn Độ. “Nhưng quản lý và những người lãnh đạo trực tiếp đều là những người thuộc tầng lớp trên. Không dễ để họ lắng nghe khi một công nhân Dalit muốn nói: ‘Ông đang làm sai.’ Đó là điều thực sự khó khăn với họ.”

Quá thất vọng, các nữ công nhân may quyết định bắt đầu tự tổ chức, và TTCU ra đời. Đây là một trong những liên đoàn lao động đầu tiên do phụ nữ lãnh đạo ở Tamil Nadu và cũng do người Dalit lãnh đạo. Số thành viên tăng lên nhanh chóng. Giờ đây, họ đại diện cho hơn 11.000 công nhân. Sự tin tưởng giữa ban lãnh đạo và các thành viên đã giúp

công đoàn hành động quyết liệt khi thảm kịch xảy ra: Vào tháng 1 năm 2021, Jeyasre Kathiravel, một phụ nữ Dalit, thành viên của TTCU, đã bị người giám sát của cô sát hại tại xưởng may mặc Dindigul thuộc sở hữu của Eastman Exports sau nhiều tháng bị quấy rối tình dục. Cái chết của cô là giọt nước tràn ly; các chị em đồng nghiệp không chỉ muốn công bằng cho Kathiravel mà còn muốn thay đổi cả hệ thống để bảo vệ tất cả nữ công nhân may mặc.

Bà Shivakumar nói: “Điều khác biệt trong trường hợp của Jeyasre là ở chỗ bị kịch xảy ra tại một ngôi làng nơi TTCU có sự hiện diện rất mạnh mẽ. Nhiều phụ nữ đã tham gia công đoàn này trong một thời gian rất dài. Mẹ của Jeyasre và Jeyasre cũng là thành viên. Vì đó là một ngôi làng nhỏ, câu chuyện bị kịch như vậy đã khiến mọi người đoàn kết bền chặt, không ai có xu hướng quay lại tự trách mình[...]. Giống như là dù có chuyện gì xảy ra, chúng tôi cũng không quan tâm, chúng tôi sẽ tiếp tục đấu tranh. Bạn biết đấy, đó là khoảnh khắc của phong trào ‘Tôi cũng vậy’ (Me Too) dành cho các công nhân nhà máy.”

Sự đau buồn và thất vọng của họ đã thúc đẩy một chiến dịch toàn cầu mang tên “Công lý cho Jeyasre”. Đỉnh điểm là việc ký kết Thỏa thuận Dindigul nhằm chấm dứt bạo lực và quấy rối trên cơ sở giới vào tháng 4 năm 2022, một thỏa thuận mang tính lịch sử bao gồm nhiều lớp bảo vệ tại nơi làm việc, thông qua một loạt các thỏa thuận với chuỗi cung ứng, bao gồm hệ thống kiểm soát và cân bằng nhằm đảm bảo trách nhiệm giải trình đối với hành vi bạo lực và quấy rối trên cơ sở giới ở mọi cấp độ. Nếu ban quản lý không tôn trọng các quy định của thỏa thuận này, các bên ký kết thỏa thuận có quyền yêu cầu áp dụng các biện pháp trừng phạt kinh doanh đối với Eastman Exports để đảm bảo tuân thủ. Các bên tham gia ký kết bao gồm nhà cung cấp, TTCU và các đồng minh của công đoàn, trong đó có Liên minh mức lương sàn châu Á và Diễn đàn Quyền lao động Quốc tế - Tổ chức Global Labor Justice. Thỏa thuận cũng được ký kết bởi các thương hiệu thời trang quốc tế mua hàng may mặc từ các nhà máy, trong đó có cả tập đoàn H&M Group và Gap Inc.

Bà Shivakumar giải thích: “Có nữ lãnh đạo trong mỗi dây chuyền sản xuất, họ đóng vai trò giám sát phân xưởng sản xuất. Họ có quyền nêu vấn đề và họ sẽ không phải đối mặt với sự trả thù.”

Và các tác động của phong trào này còn vượt ra ngoài phạm vi nơi làm việc. Nhiều công nhân may mặc ở Tamil Nadu là di dân họ sống trong các khu trọ của nhà máy và sử dụng xe buýt do nhà máy sắp xếp; cả hai đều là những nơi xảy ra hành vi bóc lột. Bà Shivakumar cho biết: “Các tài xế quấy rối phụ nữ và nói rằng ‘Nếu cô cho tôi quan hệ tình dục, ngay cả khi cô đến



Các thành viên của TTCU chúc mừng việc ký Thỏa thuận Dinigul. @TTCU

muộn, tôi cũng sẽ đợi thêm năm phút.” Các chủ doanh nghiệp thường rủ bỏ mọi trách nhiệm. “Họ thường nói, ‘Đây là dịch vụ theo hợp đồng. Đó không phải là trách nhiệm của chúng tôi.’” Thỏa thuận Dindigul đã giải quyết vấn đề này. “Chúng tôi đã cố gắng đảm bảo an toàn không chỉ nơi làm việc mà còn cả trên xe buýt chở công nhân và ở khu trọ, vì rất nhiều vấn đề xảy ra trên xe buýt... Giờ đây chúng tôi đã có màn hình giám sát trên xe buýt.”

Một năm trôi qua, kết quả của thỏa thuận đã vượt trên sự mong đợi của cả những người sáng lập. 98% tổng số khiếu nại đã được giải quyết (Liên minh Mức lương sàn châu Á và cộng sự, 2023), bao gồm 100% khiếu nại liên quan đến bạo lực và quấy rối trên cơ sở giới. Hơn 2.000 công nhân đã được đào tạo về cách xác định và ngăn chặn hành vi lạm dụng, trong đó có quản lý cấp cao, nhân viên hỗ trợ và các nhà thầu bên ngoài. Thỏa thuận này cũng mang lại kết quả tích cực cho đơn vị sản xuất. Vào tháng 9 năm 2022, xưởng may Dindigul được

gạch tên khỏi danh sách các đơn vị sản xuất bị Hoa Kỳ cấm vì nghi ngờ lao động cưỡng bức; quyết định đó đưa ra là nhờ Thỏa thuận Dindigul.

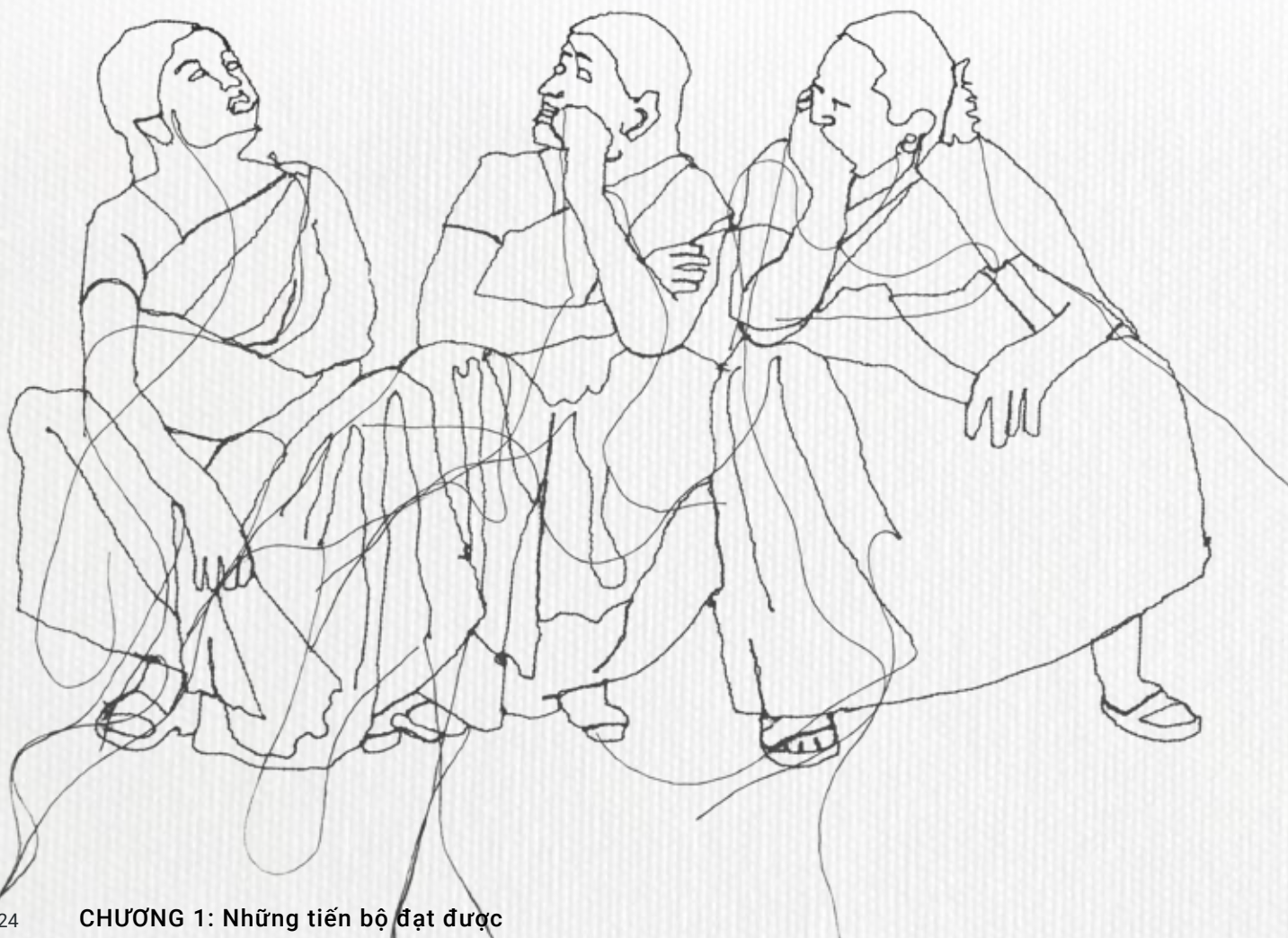
Cô Rakini nói: “Trong một năm, chúng tôi đã làm cho người lao động hiểu rằng chúng tôi ủng hộ họ. Bây giờ, cả lãnh đạo cấp cao cũng hiểu rằng chúng tôi không chỉ vì công nhân, chỉ chăm chăm chống đối quản lý. Chúng tôi cũng vì bản thân doanh nghiệp.”

Hiện tại, TTCU đang đàm phán để mở rộng các biện pháp bảo vệ này sang các nhà cung cấp khác – nhưng chắc chắn mỗi thỏa thuận mới phải được điều chỉnh phù hợp với nhu cầu của người lao động mà TTCU bảo vệ. “Dù đi đến đâu, thỏa thuận cần đề cập đến các vấn đề của lao động nữ ở địa phương. Đó là bài học mà chúng tôi đã học được,” bà Shivakumar nói. “Bây giờ điều chúng tôi cần là mở rộng thỏa thuận đến nhiều nơi hơn để những biện pháp bảo vệ này có mặt ở mọi nhà máy và trở thành một tiêu chuẩn. Đó là điều chúng tôi cần phải làm.”

phụ nữ (Herten-Crabb và Davies, 2020). Cam kết gần đây nhằm chấm dứt tình trạng kết hôn trẻ em ở bốn quốc gia, nơi có một phần năm tổng số cô dâu trẻ em trên thế giới, được đưa ra dựa trên bằng chứng mới về một gói giải pháp tổng hợp bao gồm trợ giúp xã hội mang tính đáp ứng giới, chính sách thị trường lao động hòa nhập và phổ cập giáo dục trung học, cùng nhiều biện pháp khác (Indira và cộng sự, 2023).

Dữ liệu được thu thập kể từ sau Hội nghị ICPD cũng đầy đủ và tin cậy hơn, giúp định hướng các chương trình và khoản đầu tư mới. Chẳng hạn, vào năm 1994, chúng ta biết rất ít về quy mô tử vong mẹ; dữ liệu thường không đáng tin cậy hoặc

không được thu thập. Ngày nay, các số liệu phân lớn được đưa ra ở mức độ tổng hợp. Hơn nữa, dữ liệu về dân số và sức khỏe do các tổ chức quốc tế và chính phủ quốc gia thu thập hiện nay thường được phân tách theo giới tính, thu nhập, nơi ở và độ tuổi. Dữ liệu về tình trạng khuyết tật cũng gia tăng nhanh chóng. Vẫn còn nhiều việc phải làm để có được bức tranh toàn diện về mọi hình thức bị gạt ra ngoài lề xã hội. Dữ liệu về dân tộc, chủng tộc, ngôn ngữ, tôn giáo, bản địa, tình trạng di cư và bản dạng LGBTQIA+ vẫn còn khan hiếm. Chúng ta có thể làm được nhiều hơn nữa với những cam kết đúng đắn, trong đó có cả việc tiếp tục khai thác công nghệ mới.



Chúng ta ngày càng biết nhiều mới hơn về cách thức dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể giúp xóa bỏ phân biệt đối xử và các rào cản về mặt cơ cấu đối với những người bị đẩy ra phía sau. Các nữ hộ sinh đã thể hiện một vai trò đầy tiềm năng trong chăm sóc y tế và nâng quyền cho phụ nữ ở các cộng đồng yếu thế. Ngày càng có nhiều bằng chứng rõ ràng hơn cho thấy các biện pháp can thiệp SKTD tích cực về giới tính có thể làm giảm sự kỳ thị; thu hút những người yếu thế sử dụng các dịch vụ y tế, bao gồm cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV; tăng cường sử dụng các biện pháp tránh thai (Ford và cộng sự, 2022;

Zaneva và cộng sự, 2022; Starrs và cộng sự, 2018). Các nhóm phụ nữ tự giúp nhau ở các cộng đồng nghèo đã chứng tỏ hiệu quả hoạt động qua việc cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe và tài chính vi mô, đáp ứng nhu cầu kinh tế, mang lại những cải thiện đáng kể về các chỉ số liên quan đến khám thai và kế hoạch hóa gia đình. Một yếu tố quan trọng của các nhóm này là thành viên nữ tự xác định điều kiện hoạt động của mình ở cấp địa phương - một bài học cần được nhân rộng, đảm bảo việc tham gia vào quá trình ra quyết định về tương lai của một người là chuẩn mực chứ không phải là ngoại lệ.

Dữ liệu về dân số và sức khỏe do các tổ chức quốc tế và chính phủ các nước thu thập hiện nay thường được phân tách theo giới tính, thu nhập, địa chỉ và độ tuổi.

Quá khứ, hiện tại, tương lai của chúng ta

Không ai muốn sống trong một thế giới mà một nửa số ca mang thai là ngoài ý muốn, nơi mà phụ nữ bị đánh đập trong nhà hay chết vì những nguyên nhân có thể phòng ngừa được khi sinh con. Tất cả chúng ta đều mong muốn một tương lai trong đó các trẻ em gái và phụ nữ biết rằng họ có thể hoàn thành việc học ở trường, theo đuổi công việc tử tế, lập gia đình nếu họ muốn, trở thành một phần của xã hội và đóng góp một cách có ý nghĩa cho sự thịnh vượng, lành mạnh của xã hội đó. Đây là sự phát triển lấy con người làm trung tâm - mạnh mẽ, công bằng và có khả năng chống chịu trước khủng hoảng.

Nghiên cứu ban đầu trong báo cáo này (trang 28) sẽ nhấn mạnh các rào cản đối với việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã giảm nhanh hơn như thế nào đối với những phụ nữ có nhiều đặc quyền về kinh tế xã hội hơn và đối với những người thuộc các dân tộc vốn có ít rào cản hơn. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng chênh lệch trong mỗi quốc gia lớn hơn sự chênh lệch giữa các quốc gia với nhau - nghĩa là mọi xã hội đều tồn tại bất công và phải khắc phục ở mọi cấp độ.

Chương 2 của báo cáo nhấn mạnh nguyên nhân dẫn tới kết luận này. Tuy đã đạt được sự đồng thuận trong 30 năm về việc giải phóng SKTD&SKSS, các hệ thống chăm sóc sức khỏe vẫn còn tồn tại tàn dư ăn sâu về bất bình đẳng giới, phân biệt chủng tộc và thông tin sai lệch. Tuy nhiên, quá trình vạch trần những bất công này mang lại cơ hội phát triển hệ thống và thông lệ bắt nguồn từ phẩm giá chung của tất cả mọi người.

Chương 3 trình bày về cuộc cách mạng dữ liệu của thế giới - ở góc độ nào đó có thể nói là do chính Hội nghị ICPD thúc đẩy - kêu gọi dữ liệu cần được

phân tách để xác định nhu cầu SKTD&SKSS chưa được đáp ứng nhiều nhất là ở đâu và với nhóm người nào. Hướng đi này hầu như chưa được thực thi. Nếu thế giới muốn thực hiện phổ cập SKTD&SKSS và các quyền, thì yếu tố dữ liệu để cập trong Hội nghị ICPD không thể tiếp tục bị bỏ qua.

Chương 4 trình bày về những lợi ích xã hội, sức khỏe và năng suất vẫn cần được cải thiện và cần có các khoản đầu tư để có thể nâng cao quy mô lợi ích. Các biện pháp tránh thai, đến thời điểm này, không còn là vấn đề phải bàn cãi. Các nhà kinh tế học và những vận động cho các biện pháp tránh thai và ngay bản thân những người phụ nữ đã chứng minh rằng sự phát triển nguồn nhân lực được tăng tốc đáng kể khi các cá nhân có thể chủ động thực hiện kế hoạch hóa gia đình của mình. Nhưng chỉ đầu tư vào các biện pháp tránh thai là chưa đủ. Chương này trình bày chi tiết hơn về những lợi ích mà quyền tự chủ sinh sản mang lại.

Chương cuối cùng nhìn về tương lai, sử dụng những phân tích từ một nhóm chuyên gia và các nhà lãnh đạo tư tưởng trong các lĩnh vực nhân khẩu học, biến đổi khí hậu, y tế và công nghệ, từ đó dự đoán một số thách thức lớn nhất đối với chương trình nghị sự của Hội nghị ICPD và thế giới nói chung. Chương này cho thấy rằng, thậm chí trước những đám mây báo hiệu cơn bão sắp xảy ra của chủ nghĩa dân túy, của những thông tin sai lệch, thảm họa khí hậu và di cư trên diện rộng, thì các dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS phổ cập, bao trùm và các quyền sẽ vẫn đóng vai trò quan trọng, thậm chí còn thực sự trở nên quan trọng hơn, nếu chúng ta muốn đảm bảo một tương lai bền vững và dựa trên quyền cho tất cả mọi người.

Mỗi chương bắt đầu với những tiến bộ đạt được trong 30 năm qua như một lời nhắc nhở rằng, tuy có những thách thức trong hiện tại và tương lai, định hướng tổng thể vẫn là hướng tới việc thực hiện quyền con

người và bình đẳng giới. Sau đó, nội dung các chương sẽ hướng đến thiết lập cơ sở hiểu biết chung về tầm quan trọng của việc giải quyết vấn đề phân biệt đối xử trước khi chỉ ra định hướng tương lai.

Cuộc đấu tranh vì sức khỏe là cuộc đấu tranh vì sự bình đẳng và quyền tự chủ về cơ thể (Ghebreyesus và cộng sự, 2020), vì công bằng và vì sự phát triển lấy con người làm trung tâm. Cuộc đấu tranh này phải nâng tầm con người và xã hội, chứ không phải đẩy họ lại phía sau, thông qua những lựa chọn mà tất cả mọi người đều xứng đáng có được về cơ thể và cuộc sống của mình. Để làm được điều này, chúng ta phải đấu tranh thật quyết liệt trước những vấn đề phức tạp.

Chúng ta sẽ phải vượt ra ngoài phạm vi đánh giá trải nghiệm của con người theo những con số ở mức trung bình tổng thể, những con số làm lu mờ những trải nghiệm của các nhóm yếu thế. Và chúng ta sẽ phải vượt qua phương thức tính toán tổng bằng không, trong đó có một số người luôn thắng còn những người khác luôn thua thiệt. Chúng ta có thể coi hình ảnh dệt vải là nguồn cảm hứng cho một tầm nhìn khác về tiềm năng của con người. Trong nghề dệt - một nghề vốn có trong mọi nền văn hóa và mọi cộng đồng - sức mạnh của mỗi sợi chỉ đều được nhân lên gấp bội khi đan dệt với những sợi khác. Tương tự như vậy, giáo dục, quyền tự chủ, sức khỏe và tiềm năng của mỗi cá nhân đều mong manh khi đứng riêng lẻ nhưng sẽ rất mạnh mẽ khi được đan xem với quyền, sức khỏe và hạnh phúc của người khác. Thật vậy, cách đây 30 năm, Chương trình Hành động của ICPD đã khẳng định bằng sự đồng thuận rằng SKTD&SKSS và các quyền sinh sản gắn liền và không thể tách rời với các mục tiêu lớn của phát triển bền vững. Đây vừa là cách hiểu vừa mới vừa truyền thống về thể giới của chúng ta, trong đó các sợi tơ đa dạng kết hợp với nhau thành một tấm vải lớn, ở đó mỗi cuộc sống đều bổ sung vào bức tranh nhân loại, làm cho tổng thể đẹp hơn, bền chắc hơn.



Boruca là một người bản địa sống ở Costa Rica. Họ thu thập hạt giống, hoa, vỏ cây, ốc biển và các vật phẩm khác từ thế giới tự nhiên để tạo ra thuốc nhuộm vải, nhưng trước khi làm điều đó, họ phải xin phép Mẹ Thiên nhiên để đảm bảo rằng các tập tục và truyền thống của họ được duy trì bền vững. © Christian Moon/UNFPA Costa Rica

Các vấn đề từ báo cáo khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo thời gian, theo tình trạng kinh tế xã hội và dân tộc

Những năm gần đây, chúng ta đã có nhiều cách thức để theo dõi và đo lường tiến bộ hướng tới việc phổ cập toàn cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe dễ tiếp cận và với chi phí hợp lý (WHO và cộng sự, 2023). Đáng chú ý là, báo cáo về mục tiêu phát triển bền vững SDG 3.8.1, về mức độ bao phủ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu, đã cung cấp thông tin chi tiết và quan trọng về tỷ lệ mỗi cá nhân được nhận chăm sóc cơ bản, số lượng cơ sở y tế và nhân viên theo bình quân đầu người và các chỉ số đo lường có thể so sánh theo chuẩn quốc tế khác. Tuy nhiên, như báo cáo này cho thấy, điều quan trọng nhất là phải để người dân tự nói về những khó khăn của họ. Phân tích ban đầu đề cập ở đây cho thấy phụ nữ với hoàn cảnh kinh tế xã hội khác nhau đã tự chia sẻ trải nghiệm của họ về thay đổi trong việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe.

Tại 69 quốc gia trên thế giới, các cuộc Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe đã thực hiện chính xác theo hướng đó. Các cuộc điều tra yêu cầu phụ nữ cho biết liệu bản thân họ có gặp những khó khăn gì khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mỗi khi họ bị ốm. Trong danh sách dài những khó khăn khác nhau mà phụ nữ thường gặp phải, có bốn khó khăn đặc biệt được đặt ra trong bối cảnh của tất cả các quốc gia, đó là khó khăn về: (1) khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế; (2) có đủ tiền để điều trị; (3) không muốn đi một mình; hoặc (4) có

được phép đi đến cơ sở y tế. Chỉ có 25 trong số 69 quốc gia – chiếm khoảng một phần ba tổng số – đã đặt các câu hỏi này trong nhiều cuộc điều tra cùng đồng thời với câu hỏi về sắc tộc của người phụ nữ được hỏi. Bộ dữ liệu này là cơ sở để đánh giá những khó khăn do phụ nữ tự nêu liên quan đến tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo thời gian, theo các yếu tố kinh tế xã hội (điều kiện kinh tế, trình độ học vấn và nơi cư trú ở thành thị hoặc nông thôn) và theo sắc tộc. Tổng hợp lại, 25 quốc gia này đại diện cho khoảng một phần ba dân số nữ toàn cầu và gần 300 dân tộc khác nhau.

Điều cần nhấn mạnh là những câu tự trả lời này liên quan đến tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tế rất khác so với kết quả đánh giá về độ bao phủ y tế toàn dân (WHO và cộng sự, 2023a), và quan trọng nhất, là mức độ và xu hướng của trong hai cách báo cáo này đôi khi hoàn toàn trái ngược với nhau. Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe là một trong số nhiều nghiên cứu và khảo sát đang được sử dụng để đánh giá khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, một trong các yếu tố mang lại góc nhìn khác cho chủ đề quan trọng này.

Cải thiện về tổng thể nhưng tốc độ không đồng đều

Các kết quả cho thấy xu hướng khả quan chung là những khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức

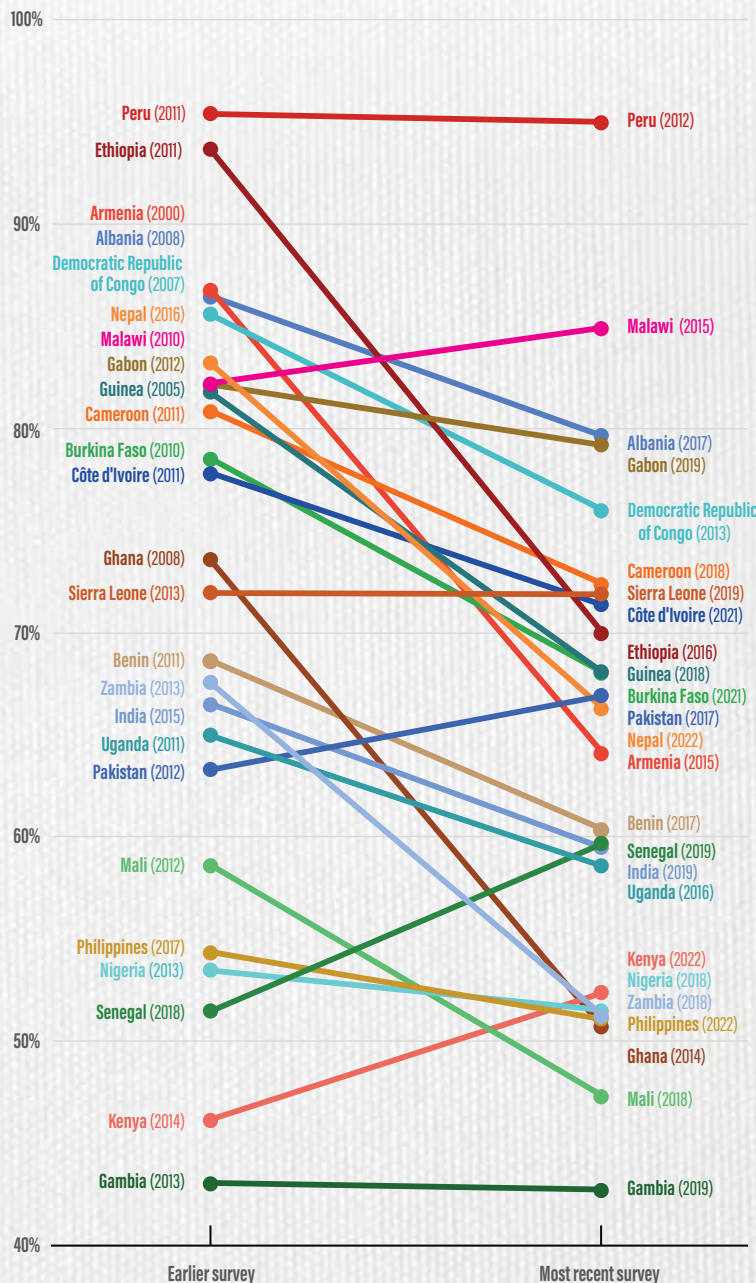
khỏe có giảm bớt. Theo các cuộc khảo sát gần đây nhất (diễn ra trong khoảng thời gian từ năm 2012 đến năm 2022, tùy theo mỗi quốc gia), 61% phụ nữ cho biết họ gặp phải một hoặc nhiều vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân khi họ bị ốm – đã có tiến bộ so với giai đoạn khảo sát đầu tiên (từ năm 2000 đến năm 2018), khi 67% phụ nữ cho biết có gặp phải những vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tuy nhiên, phân tích cũng phát hiện sự bất bình đẳng đáng kể giữa các quốc gia. Ví dụ, trong giai đoạn khảo sát gần đây nhất, 43% phụ nữ ở Gambia gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong khi đó tỷ lệ này ở Peru là 95% phụ nữ. Và mặc dù ở nhiều quốc gia phụ nữ đã cho biết việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã được cải thiện trong khoảng thời gian giữa cuộc khảo sát thứ nhất và thứ hai, nhưng một số quốc gia lại có ít thay đổi (như Gabon, Gambia, Malawi, Nigeria, Peru và Sierra Leone) hoặc có bằng chứng về sự thoái lui (như Kenya, Pakistan và Senegal).

Hơn nữa, bất bình đẳng tại mỗi quốc gia thường lớn hơn sự khác biệt giữa các quốc gia. Nghĩa là, sự khác biệt xuất hiện giữa các nhóm kinh tế xã hội và các nhóm dân tộc trong cùng một quốc gia thường cao hơn mức trung bình giữa các quốc gia (tức là so sánh

HÌNH 2

Hình 2. Tỷ lệ phụ nữ gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân khi ốm đau, theo quốc gia



Nguồn: Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe

Ghi chú: Nhìn chung có xu hướng tích cực – những khó khăn khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có xu hướng giảm. (Riêng trường hợp của Malawi có ít thay đổi theo thời gian, biên độ sai số khá lớn nên kết quả này không đáng tin cậy.)

giữa Gambia với Peru). Ví dụ, năm 2017 ở Albania, 91% phụ nữ Roma có địa vị kinh tế xã hội yếu thế nhất - phụ nữ thành thị không được đi học và thuộc nhóm nghèo nhất - gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong khi chỉ có 5% phụ nữ dân tộc Albania với địa vị kinh tế xã hội tốt nhất – phụ nữ nông thôn có trình độ học vấn cao hơn và thuộc nhóm giàu nhất – gặp phải những vấn đề nghiêm trọng. Tương tự như vậy, trong khi chỉ có 18% phụ nữ Senoufo sống ở thành thị, có trình độ học vấn cao hơn và thuộc nhóm giàu nhất gặp khó khăn nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở Burkina Faso vào năm 2021, thì 95% phụ nữ Touareg/ Bella sống ở nông thôn, không được đi học và thuộc nhóm nghèo nhất gặp phải những khó khăn này.

Sự giàu có, học vấn và nơi cư trú góp phần gia tăng khoảng cách

Những phụ nữ với tình trạng kinh tế xã hội thấp nhất, đã từng tham gia đợt khảo sát đầu tiên với tỷ lệ cao hơn liên quan đến việc gặp phải các vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhìn chung nhận thấy rất ít thay đổi theo thời gian. Những người với tình trạng kinh tế xã hội tốt hơn có tỷ lệ gặp phải những vấn đề nghiêm trọng thấp nhất, thường nhận thấy sự cải thiện nhiều nhất theo thời gian, một kết luận gợi nhớ lại một nghiên cứu y tế khác có kết quả tương tự về công bằng ngược (Victora và cộng sự, 2018). Đặc điểm của tình trạng kinh tế xã hội – có xem xét đến mức độ giàu nghèo, trình độ học vấn và nơi cư trú - đều khác nhau ở từng quốc gia. Chẳng hạn, với một số quốc gia người dân sống ở nông thôn có nhiều lợi thế hơn, trong khi với những quốc gia khác thì người dân sống ở thành thị lại có nhiều lợi thế hơn (xem ghi chú kỹ thuật 154).

Tính trung bình so sánh giữa cuộc khảo sát trước và sau, các nhóm kinh tế xã hội

yếu thế nhất có tỷ lệ phụ nữ gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe giảm 5 điểm phần trăm. Ngược lại, ở nhóm ít yếu thế hơn về mặt kinh tế xã hội, tỷ lệ phụ nữ gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe lại giảm tới 8 điểm phần trăm.

Yếu tố sắc tộc luôn là nhân tố gây bất bình đẳng

Sự chênh lệch về chăm sóc sức khỏe có thể thấy ở nhiều khía cạnh, bao gồm cả khía cạnh sắc tộc. Nghiên cứu này tìm hiểu tình hình các nhóm dân tộc khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo thời gian; các nhóm phụ nữ có tỷ lệ gặp nhiều vấn đề nghiêm trọng cao hơn được coi là bị thiệt thòi nhiều hơn, và những nhóm phụ nữ có tỷ lệ gặp vấn đề tiếp cận thấp hơn được coi là ít bị thiệt thòi hơn. Sự khác biệt theo sắc tộc vẫn tồn tại thậm chí sau khi đã xem xét đến trình độ học vấn, mức sống và địa bàn cư trú ở thành thị/nông thôn. Nói một cách dễ hiểu, những phụ nữ có cùng trình độ học vấn, cùng điều kiện kinh tế và nơi cư trú, nhưng khác nhau dân tộc, thường có trải nghiệm rất khác nhau khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Ở tất cả các quốc gia, chỉ có 43% phụ nữ có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn nhất và thuộc nhóm dân tộc ít bị thiệt thòi nhất ở đất nước họ phải đối mặt với những vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe; còn đối với phụ nữ thuộc nhóm có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn nhất và nhóm dân tộc bị thiệt thòi nhất, tỷ lệ này là 83% - 40 điểm phần trăm cách biệt giữa các nhóm phụ nữ với những khó khăn về kinh tế xã hội như nhau và chỉ khác nhau về nhóm dân tộc.

Hơn nữa, mặc dù hầu hết các quốc gia đều nhận thấy tiến bộ chung về khả

năng tiếp cận, nhưng hơn một nửa số quốc gia được phân tích trong nghiên cứu này cho thấy chênh lệch giữa các dân tộc đang ngày càng gia tăng trong khoảng thời gian giữa hai đợt khảo sát. Tại 14 quốc gia có khoảng cách giữa các nhóm dân tộc ngày càng gia tăng, các cuộc khảo sát trước cho thấy khoảng cách giữa phụ nữ thuộc nhóm dân tộc thiệt thòi nhất và nhóm ít thiệt thòi hơn nhưng cùng có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn là 41 phần trăm, trong khi đó các cuộc khảo sát gần đây cho thấy khoảng cách này đã tăng lên 48 phần trăm.

Xu hướng giữa tất cả các nhóm dân tộc được xác định trên 25 quốc gia rất đa dạng, nhưng xu hướng tổng thể rất rõ ràng: Sự chênh lệch giữa các dân tộc liên quan đến các vấn đề do phụ nữ tự nêu lên khi họ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tồn tại ở hầu hết mọi quốc gia và xã hội có dữ liệu được phân tách theo các nhóm dân tộc. Nghĩa là, khi chúng ta nghe thông tin do chính phụ nữ nêu lên liên quan đến các vấn đề khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe lúc họ đau ốm – thông qua các cuộc khảo sát đại diện cho một phần ba dân số nữ trên hành tinh - chúng ta thấy rằng sự chênh lệch giữa các dân tộc trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là phổ biến và trong một số trường hợp, sự chênh lệch này có xu hướng ngày càng lớn.

Thu hẹp khoảng cách là có thể

Tuy nhiên, tin tốt là sự khác biệt giữa các dân tộc không cực đoan ở mọi nơi và có những dấu hiệu khả quan cho thấy thu hẹp khoảng cách này là điều có thể. Ở Guinea, phụ nữ Guerzé ở vùng nông thôn nghèo nhất và không được đi học có tỷ lệ gặp vấn đề khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cao nhất so

với bất kỳ dân tộc nào, chiếm 96% theo cuộc khảo sát trước đó, và giảm xuống còn 72% trong cuộc khảo sát gần đây nhất – tốt hơn nhiều so với phụ nữ nông thôn thuộc tất cả các nhóm dân tộc khác có mức nghèo và trình độ học vấn tương tự. Trong cuộc khảo sát trước đó ở Nigeria, trong số những phụ nữ nông thôn nghèo nhất không được học hành, 87% phụ nữ Ekei cho biết họ gặp phải những vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Theo cuộc khảo sát gần đây nhất, con số đó đã giảm xuống còn 64%, gần bằng với phụ nữ nghèo ở nông thôn Hausa, nhóm dân tộc được cho là có khả năng tiếp cận tốt nhất. (Tuy nhiên, những cải thiện này không phổ biến ở tất cả các nhóm dân tộc ở những quốc gia này.)

Một điểm sáng đặc biệt là Ghana, nơi tỷ lệ khác biệt chỉ có 3 điểm phần trăm giữa phụ nữ Akan có hoàn cảnh kinh tế xã hội bị thiệt thòi nhất phải đối mặt với những vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phụ nữ dân tộc Ga và Dangme, trong khi ở cuộc khảo sát trước đó, tỷ lệ khác biệt này là 16 điểm phần trăm. Trên thực tế, bất bình đẳng giữa một số dân tộc và nhóm kinh tế xã hội khác ở Ghana cũng giảm dần giữa các cuộc khảo sát trước và sau, một dấu hiệu cho thấy không chỉ khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà cả công bằng đều đã được cải thiện.

Tại sao Ghana đã thu hẹp thành công khoảng cách công bằng so với các nước khác? Câu giải thích có thể liên quan đến việc mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở Ghana trong khoảng thời gian giữa các cuộc khảo sát này, bao gồm việc ban hành chính sách chăm sóc sức khỏe bà mẹ miễn phí và tiếp tục triển khai

chương trình bảo hiểm y tế toàn quốc (Aikins và Koram, 2017; Blanchet và cộng sự, 2012). Nhiều quốc gia khác cũng đã áp dụng các chương trình bảo hiểm y tế toàn quốc, nhưng ở Ghana, công bằng dường như là một nguyên tắc có chủ ý trong các nỗ lực tăng cường tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe - không chỉ ở cách thiết kế các sáng kiến mà còn ở việc ưu tiên đánh giá và cải cách dựa trên bằng chứng (Phillips và cộng sự, 2020). Ví dụ, trong khi chương trình bảo hiểm y tế toàn quốc ở các nước khác còn phụ thuộc nhiều vào tiền tự chi, thì Ghana đã gia tăng đáng kể tài chính y tế từ công quỹ (Odeyemi và Nixon, 2013).

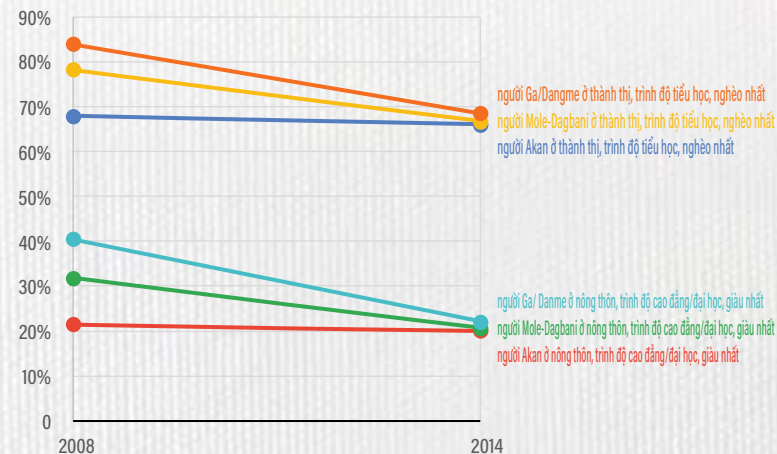
Quyết tâm thúc đẩy tiến bộ cho tất cả mọi người

Nhìn chung, phân tích từ 25 quốc gia này đã rút ra những bài học quan trọng cho tất cả các quốc gia và các cộng đồng. Cụ thể, tiến bộ toàn cầu trong việc cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là không đồng đều, và theo nhiều thước đo khác nhau, những người bị bỏ lại xa nhất vẫn là những người cuối cùng được tiếp cận.

Hơn nữa, sự chênh lệch khi xét theo yếu tố dân tộc không phải chỉ hạn chế ở một số quốc gia nhất định mà là ở

HÌNH 3

Ghana. Tỷ lệ phụ nữ gặp một hoặc nhiều vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo tình trạng kinh tế xã hội, theo dân tộc

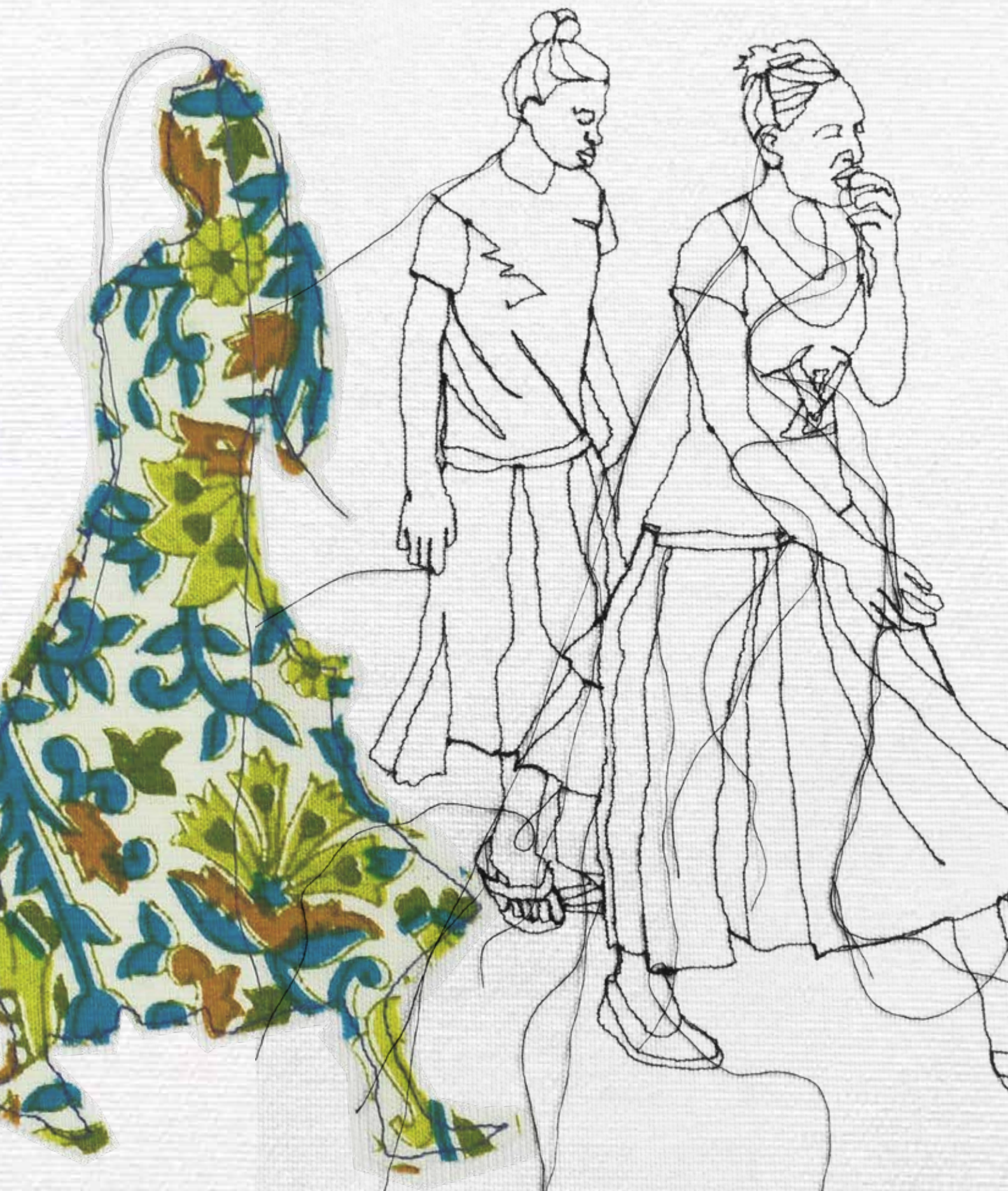


Nguồn: UNFPA

Ghi chú: Chỉ có hai dân tộc (Ga/Dangme và Mole-Dagbani) được ghi nhận có những thay đổi trong khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác với nhóm dân tộc lớn nhất (Akan). Đối với cả hai nhóm này, phụ nữ cho biết khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cải thiện theo thời gian, điều này xóa bỏ những khác biệt đã ghi nhận trong cuộc khảo sát trước đó.

mọi nơi có đầy đủ dữ liệu về dân tộc. Do đó, việc nhấn mạnh sự tồn tại của khác biệt theo sắc tộc và điều kiện kinh tế xã hội trong khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe không nên coi là một cáo buộc về sự thiên vị hay một lời kêu gọi chính trị. Mà đúng hơn, khác biệt khi xét theo yếu tố dân tộc và điều kiện kinh tế xã hội dường

như rất phổ biến - trong khi không có một tiến bộ nào hướng tới xóa bỏ những khác biệt này. Tuy vậy, đạt được tiến bộ là điều nằm trong tầm tay. Và bắt đầu bằng việc tạo cơ hội cho mọi người tự trải nghiệm sự bất bình đẳng ngay từ đầu.



THÁO GỖ BẤT BÌNH ĐẲNG



Chương trình hành động của ICPD ra đời sau Chiến tranh lạnh, một thời kỳ đầy biến động và bất ổn. Năm đó (1994) đã chứng kiến sự kết thúc của chế độ phân biệt chủng tộc ở Nam Phi, nơi tổ chức cuộc bầu cử dân chủ đa chủng tộc đầu tiên vào tháng 4, cũng như sự bùng nổ của nạn diệt chủng ở Rwanda cùng tháng đó. Thụy Điển đã hợp pháp hóa quan hệ giữa những người đồng giới - khiến nước này trở thành quốc gia thứ ba thực hiện điều đó - khi tỷ lệ nhiễm mới HIV trên

toàn cầu đang đạt mức cao nhất từ trước đến nay (UNAIDS, n.d.). Cam kết về hành động tập thể và nguy cơ tiềm tàng nếu không thực hiện hành động đó đã để lại ấn tượng mạnh mẽ trong tâm trí những người tham dự ICPD ở Cairo.

Và quả thực, thành tựu trọng tâm của Hội nghị ICPD, sự thay đổi mới trong nhận thức của thế giới về các vấn đề dân số và phát triển, là kết quả từ nỗ lực chung của các quốc gia thành viên và các phong trào ở cấp cơ sở. Chương trình Hành

Các phong trào nữ quyền và phụ nữ quốc tế đã tiên phong trong việc đưa các quyền của phụ nữ vào **các chương trình nghị sự phát triển toàn cầu**, bắt đầu trước khi tổ chức Hội nghị ICPD năm 1994 và đẩy nhanh tiến độ sau đó. Dòng thời gian này sẽ mô tả Hội nghị ICPD đã làm như thế nào để **kết hợp chương trình nghị sự về dân số và phát triển và các phong trào nữ quyền** nhằm củng cố sự hỗ trợ cho SKTD&SKSS và các quyền trên toàn cầu.

HỘI NGHỊ DÂN SỐ THẾ GIỚI ĐẦU TIÊN, ROME

Hội nghị hàn lâm này tập trung vào vấn đề nhân khẩu học ở các nước đang phát triển; các cuộc đối thoại vào thời điểm đó chủ yếu xoay quanh nỗi lo ngại về gia tăng dân số và khan hiếm tài nguyên.

1954

HỘI NGHỊ DÂN SỐ THẾ GIỚI LẦN THỨ BA, BUCHAREST

Sau một thập kỷ tăng trưởng kinh tế, dân số dần được coi là "vấn đề" ít nghiêm trọng hơn. Tại đây, các Chính phủ đã nhất trí về sự cần thiết của một mô hình mới về dân số và phát triển.

1974

Các nhà nghiên cứu nữ quyền đã sử dụng khung quyền con người để tạo dựng vai trò cho chính họ.



1975

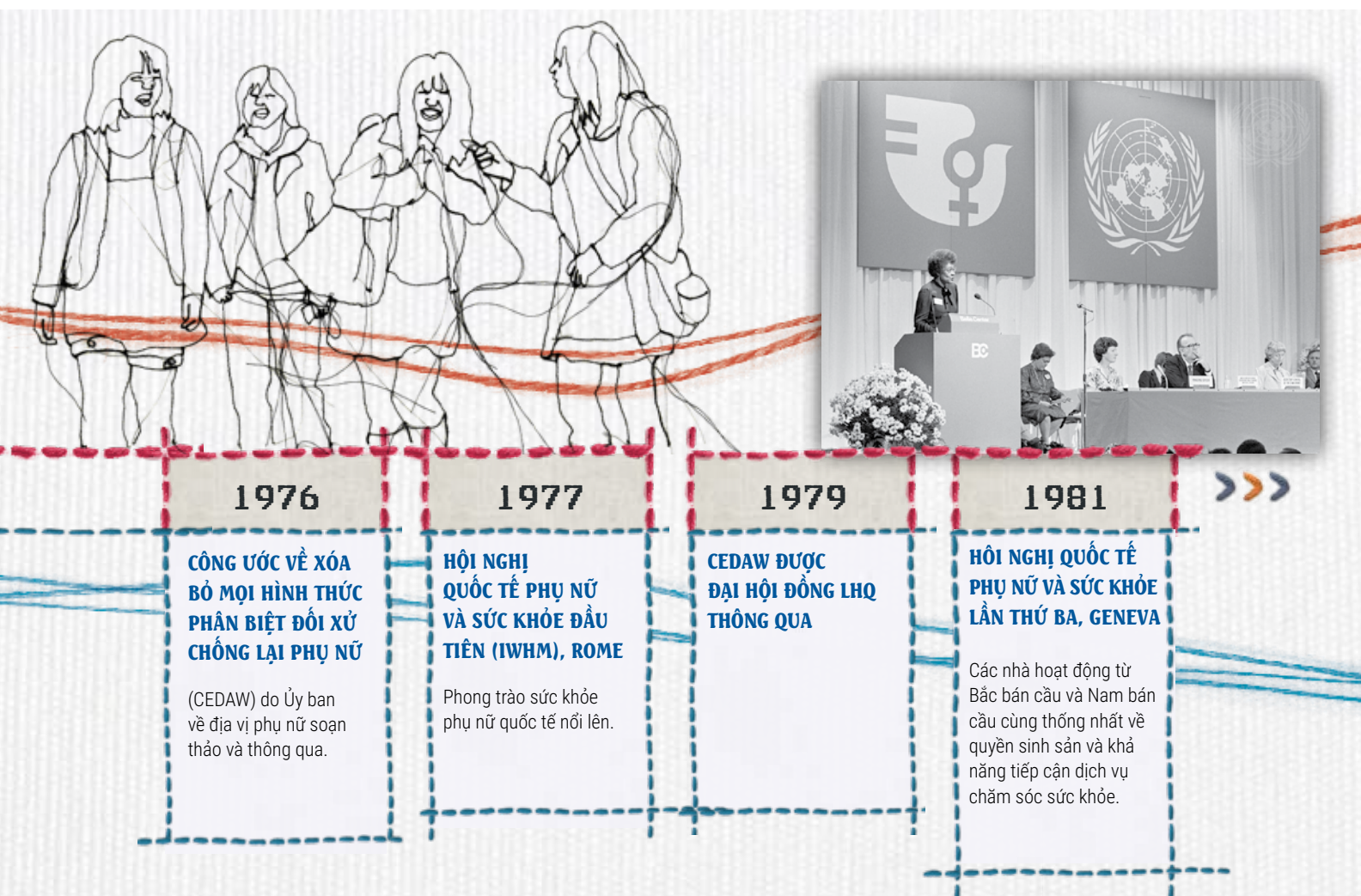
BẮT ĐẦU THẬP KỶ VỀ PHỤ NỮ CỦA LIÊN HỢP QUỐC

Các phong trào phụ nữ quốc tế ngày càng phát triển và hoạt động linh hoạt xung quanh các vấn đề xã hội, kinh tế và chính trị.

động đã phổ biến khái niệm về sức khỏe sinh sản và quyền sinh sản - cả hai thuật ngữ này đã được sử dụng trong phong trào phụ nữ và những người ủng hộ sức khỏe cộng đồng - tới cộng đồng quốc tế (Berro Pizzarossa, 2018), và đặt những khái niệm này trong “các quyền con người đã được công nhận trong luật pháp quốc gia, các tài liệu nhân quyền quốc tế và các tài liệu đồng thuận khác” (UNFPA, 1994). Bằng cách kêu gọi sự sáng suốt từ những người ủng hộ ở cấp quần chúng và dựa trên quyền

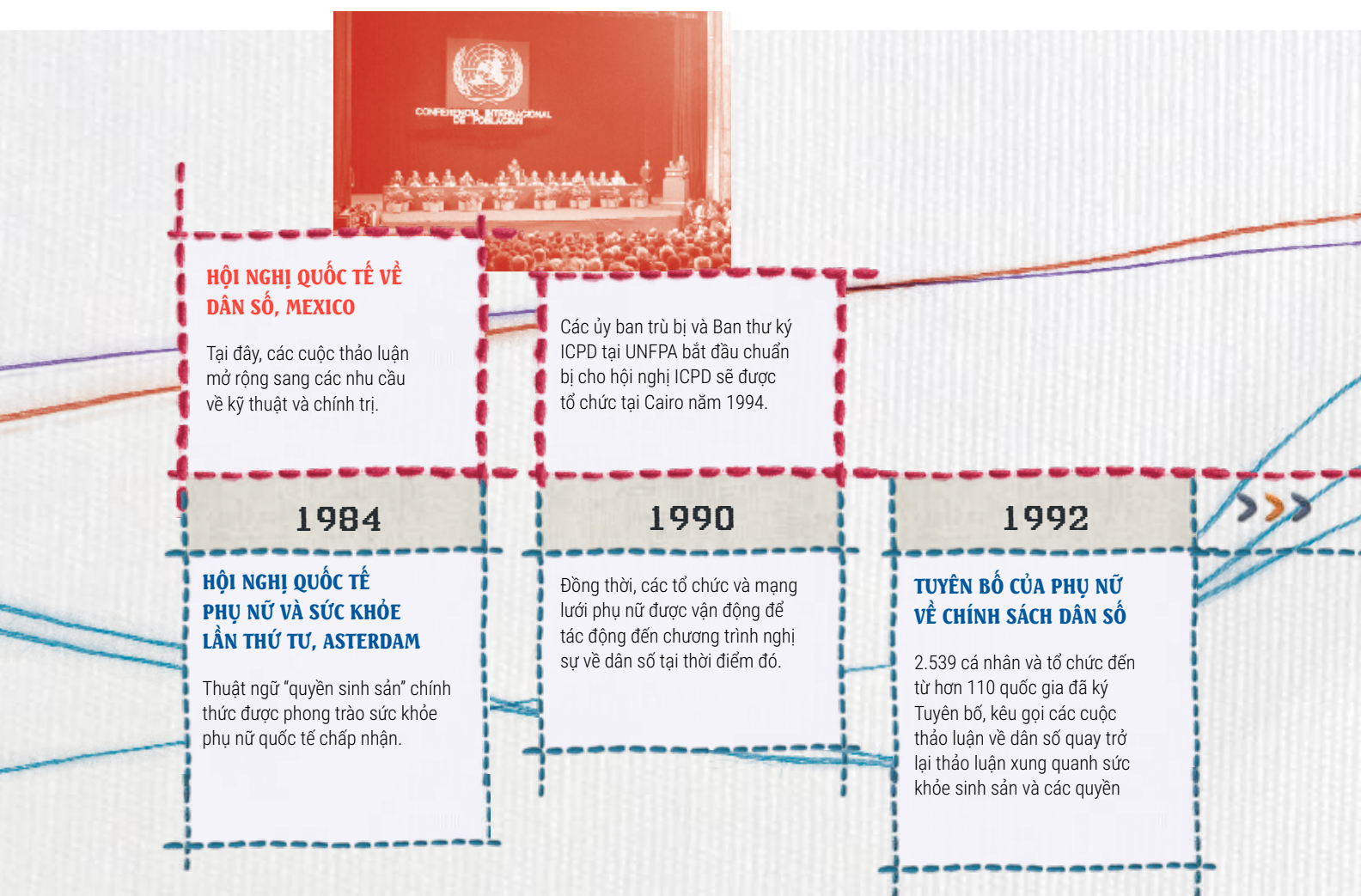
con người hiện có về sức khỏe, Chương trình Hành động đã công nhận, bằng sự đồng thuận, rằng các quốc gia và hệ thống y tế có nghĩa vụ duy trì SKTD&SKSS cũng như các quyền sinh sản và hạnh phúc của tất cả mọi người.

Vai trò của các hệ thống y tế với tư cách là yếu tố tạo điều kiện cho quyền con người - không chỉ là quyền về tiêu chuẩn sức khỏe cao nhất có thể đạt được mà còn một loạt các quyền khác - cho đến thời điểm này đã được hiểu rõ. Nhưng đối với



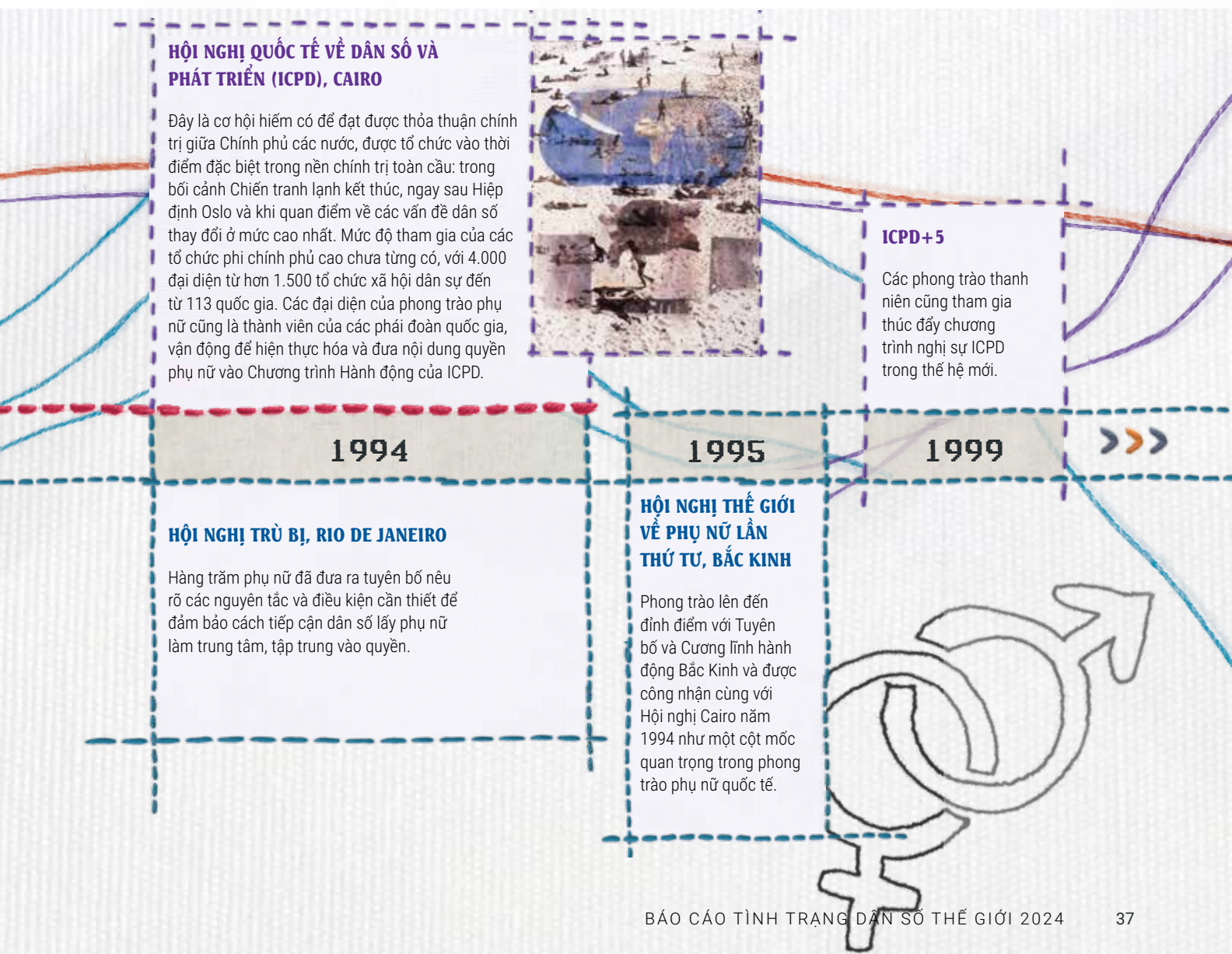
lĩnh vực SKTD&SKSS còn nhiều tranh cãi, sự công nhận này mang tính đột phá. Chương trình Hành động thậm chí còn đạt được sự đồng thuận về vấn đề phá thai, một vấn đề còn đang tranh cãi, khẳng định rằng “trong những trường hợp khi phá thai không vi phạm pháp luật thì việc phá thai phải an toàn” và rằng “trong mọi trường hợp, phụ nữ phải được tiếp cận các dịch vụ có chất lượng để kiểm soát các biến chứng do phá thai”. Nội dung cuối cho thấy “sức khỏe và sự phát triển

cá nhân của phụ nữ phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng dịch vụ y tế mà họ được cung cấp cũng như các lựa chọn sẵn có”, như Giám đốc Điều hành UNFPA lúc bấy giờ, Nafis Sadik, đã mô tả một năm sau tại Bắc Kinh, trong Hội nghị Thế giới về Phụ nữ lần thứ tư, nhấn mạnh vai trò của hệ thống y tế, Bác sỹ, biện pháp tránh thai và thông tin trong việc “giải phóng phụ nữ khỏi một hệ thống giá trị vốn cho rằng sinh sản là chức năng duy nhất của phụ nữ”.



Và trong 30 năm kể từ sau hội nghị Cairo, các hệ thống y tế, hệ thống giáo dục và các Chính phủ – cũng như các nhóm xã hội dân sự với trách nhiệm giải trình của mình – đã làm được điều này. Khi luật pháp được đánh giá bằng việc liệu những luật pháp đó có đảm bảo đầy đủ khả năng tiếp cận toàn diện và bình đẳng với dịch vụ y tế, thông tin và giáo dục SKTD&SKSS hay không - bao gồm chăm sóc thai sản, phá thai, tránh thai, giáo dục tình dục và giới tính toàn diện, tiêm chủng ngừa

HPV và xét nghiệm, tư vấn và điều trị HIV - 76% các bộ luật, đạo luật như vậy đã được ban hành ở 115 quốc gia, và được đánh giá bằng chỉ tiêu SDG 5.6.2 (UNFPA, 2024b). Ngoài ra, kể từ năm 1994, quyền phá thai đã được công nhận cho hàng triệu người trên toàn thế giới, vì hơn 60 quốc gia đã sửa đổi luật phá thai và loại bỏ các hạn chế (Trung tâm Quyền Sinh sản, n.d.), so với chỉ 4 quốc gia đã hủy bỏ tính hợp pháp của việc phá thai.

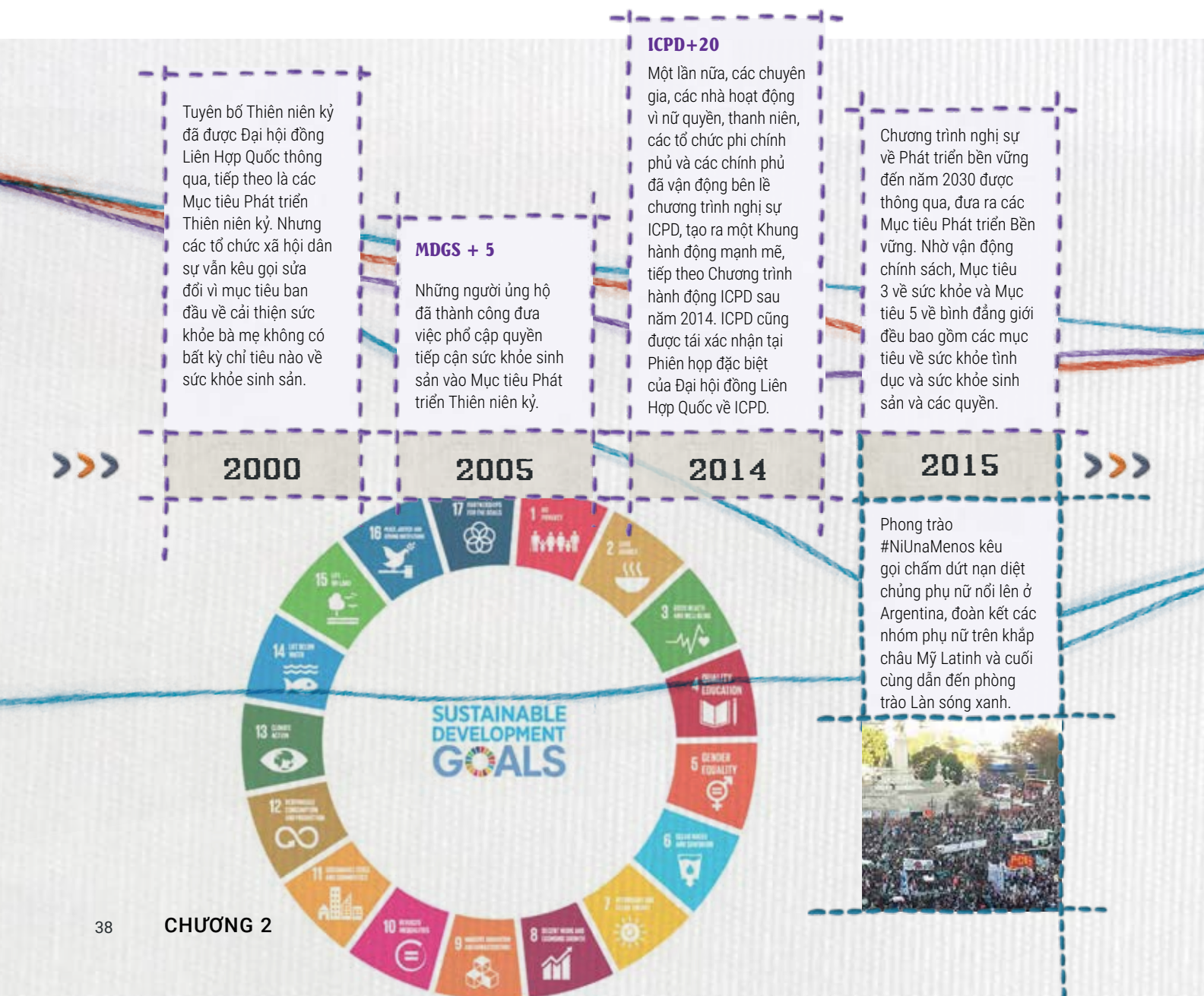


Hội nghị ICPD cũng kêu gọi thanh thiếu niên được tiếp cận và tham gia vào việc phát triển “các hoạt động và dịch vụ thông tin, giáo dục và truyền thông liên quan đến SKTD&SKSS” - thừa nhận rằng thông tin này sẽ giúp nâng quyền cho các thể hệ hiện tại và tương lai, giúp phát huy hết tiềm năng của thể hệ tiếp nối. Kể từ đó, các tiêu chuẩn quốc tế đã được phát triển và ngày nay, hai phần ba số quốc gia báo cáo cho biết hơn 76% các trường học đã tổ chức một số hình thức giáo dục tình dục và giới tính (UNESCO và cộng sự, 2021). Các

công nghệ hỗ trợ sinh sản đã trở nên gần như phổ biến, giúp nhiều người thực hiện được nguyện vọng sinh con của mình và mở rộng cơ hội cho nhiều gia đình hơn.

Nhưng vẫn còn nhiều việc phải làm.

Quyền tự chủ về thân thể đã là hiện thực nhưng chỉ là đối với một số rất ít phụ nữ trên toàn cầu. Ngày nay, chỉ hơn một nửa (56%) phụ nữ trên thế giới có thể tự đưa ra quyết định với thông tin đầy đủ về tình dục và sinh sản - cụ thể là quyền tự do



lựa chọn về chăm sóc sức khỏe và sử dụng các biện pháp tránh thai cũng như quyền từ chối quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn tình, thông tin này được thu thập trong báo cáo của các quốc gia theo chỉ tiêu SDG 5.6.1 (UNFPA, 2024a). Và mặc dù dữ liệu còn hạn chế (được trình bày sâu hơn ở Chương 3), ngày càng có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng quyền tự chủ về thân thể và sức khỏe sinh sản thường xuyên bị suy giảm và nghiêm trọng hơn với những người phải đối mặt với một hoặc nhiều hình thức áp bức, chẳng hạn như những người bị phân

biệt chủng tộc hoặc sắc tộc, ngược đãi về tình trạng khuyết tật hoặc HIV, hoặc phân biệt đối xử do xu hướng tính dục hoặc bản dạng giới của họ. Ngày càng có nhiều người thừa nhận rằng năng lực quyết định tương lai sinh sản của một người - bao gồm khả năng tiếp cận các biện pháp tránh thai hiện đại, phá thai an toàn ở những nơi hợp pháp, chăm sóc y tế trước sinh và chăm sóc trẻ em - được phân bổ không đồng đều giữa các sắc tộc, xu hướng tính dục, bản dạng giới, đặc điểm giới tính, giai cấp và tình trạng kinh tế xã hội.

BÌNH ĐẲNG THẾ HỆ

Do đại dịch COVID-19 trên toàn cầu, hội nghị được tổ chức muộn một năm. Các diễn đàn Bình đẳng Thế hệ đã chứng kiến phong trào phụ nữ quốc tế mạnh mẽ và đã khơi dậy sự ủng hộ từ các chính phủ và đối tác; điều này bao gồm việc thành lập một liên minh hành động vì quyền tự chủ về thân thể cũng như SKTD&SKSS và các quyền.

ICPD30

Kỷ niệm 30 năm khai mạc hội nghị Cairo. Các phong trào nữ quyền và đấu tranh cho quyền sức khỏe sinh sản đã phát triển về cả số lượng, tầm ảnh hưởng, cũng như đạt được nhiều kết quả - nhưng chúng ta vẫn còn nhiều việc phải làm. Các tổ chức và thành viên mới được huy động vào các vấn đề đan xen như địa vị xã hội, tình trạng khuyết tật, bản địa, xu hướng tính dục và bản dạng giới. Những điều này tạo ra không gian để lắng nghe ý kiến và để các bên có liên quan tham gia nhiều hơn, đồng thời các mạng xã hội cũng đang thu hút được nhiều người và nhiều quan điểm hơn ủng hộ phong trào.

HỘI NGHỊ THƯỢNG ĐỈNH NAIROBI VỀ ICPD25

Các tổ chức xã hội dân sự, các nhà lãnh đạo thanh niên và đại diện chính phủ đã hiện diện để đấu tranh cho SKTD&SKSS và các quyền. Hội nghị thượng đỉnh đã đưa ra gần 1.300 cam kết và Tuyên bố Nairobi hướng tới tương lai.

2017

Phong trào SheDecides (Phụ nữ Quyết định) được phát động nhằm ủng hộ trợ sức khỏe sinh sản và các quyền. Phong trào #MeToo (Tôi cũng vậy) cũng nổi lên, làm sống lại chiến dịch năm 2006, hướng ứng việc hàng triệu phụ nữ lên án hành vi lạm dụng và quấy rối tình dục.

2019

2021

2024

Sức mạnh của phong trào phụ nữ quốc tế nằm ở khả năng tưởng tượng và tái tưởng tượng, khả năng xây dựng và xây dựng lại, khả năng bảo tồn và duy trì, khả năng đưa ra những cách thức tư duy và tổ chức mới cho những thế hệ mới, những cộng đồng mới. Cho đến khi nào cuộc đấu tranh để giải phóng thân thể, tiếng nói và bản thân mỗi chúng ta chiến thắng, chúng ta vẫn sẽ kiên trì.

Văn bản này được đóng góp bởi Trung tâm Nghiên cứu & Nguồn lực Châu Á-Thái Bình Dương dành cho Phụ nữ (ARROW).

Trên thực tế, thế giới chỉ mới bắt đầu vật lộn khắc phục tàn dư của nhiều hình thức phân biệt đối xử trong hệ thống được và y tế. Khi những tàn dư này được phát hiện ra, nhiều câu hỏi được đặt ra về những người bị gạt ra ngoài lề xã hội, cơ chế của việc bị gạt ra ngoài lề xã hội và những hậu quả dai dẳng. Các chuyên gia hướng sự chú ý đến các cấu trúc duy trì tình trạng phân biệt đối xử, đôi khi là vô hình – trái ngược với những nỗ lực trước đó nhằm hướng tập trung vào hành vi cá

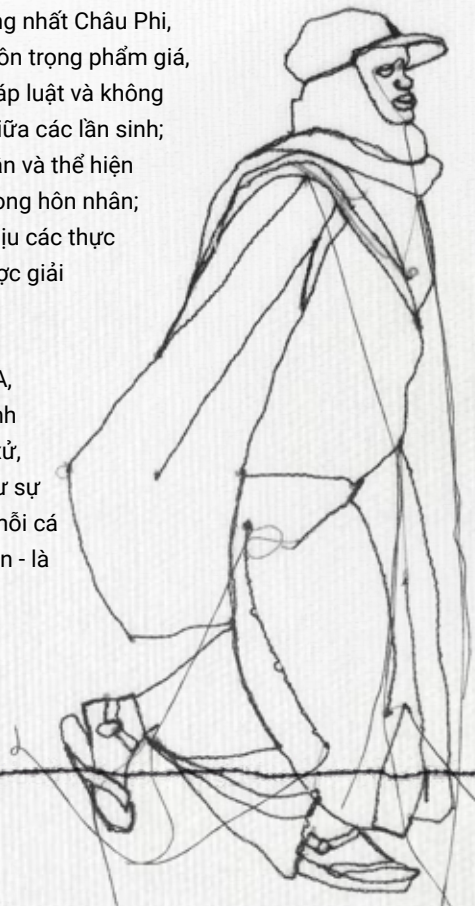
nhân (OHCHR, 2021). Kết quả là, sự phân biệt đối xử ngày càng được xác định thông qua các kết quả bất bình đẳng thay vì yêu cầu đưa ra bằng chứng chứng minh rằng những kết quả này được thúc đẩy bởi sự thù địch cá nhân.

Quan điểm này nổi bật nhất trong các hệ thống tư pháp. Ví dụ, phong trào Ni Una Menos ở Mỹ Latinh đã nêu bật sự thụ động của chính quyền trong các trường hợp giết hại phụ nữ và các hình thức bạo lực trên cơ sở giới khác. Phong trào

Quyền con người đối với sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản

SKTD&SKSS và các quyền hiện đã được hiểu rộng rãi và được công nhận trong một số khuôn khổ quyền con người (Tổ chức Thống nhất Châu Phi, 1981; OHCHR, 1966), dựa trên quyền được sống, được tôn trọng phẩm giá, được giáo dục và tiếp cận thông tin, bình đẳng trước pháp luật và không phân biệt đối xử; quyền quyết định số con và thời gian giữa các lần sinh; quyền riêng tư; quyền về sức khỏe; quyền tự do ngôn luận và thể hiện quan điểm; quyền đồng ý kết hôn và quyền bình đẳng trong hôn nhân; và quyền không bị bạo lực trên cơ sở giới, không phải chịu các thực hành có hại, tra tấn và đối xử tệ bạc cũng như quyền được giải quyết hiệu quả các hành vi vi phạm các quyền cơ bản.

Người ta cũng chấp nhận rộng rãi (OHCHR, 2019; UNFPA, 2019; Shalev, 1998) rằng các nguyên tắc chính hình thành nên quyền con người – đặc biệt là không phân biệt đối xử, bình đẳng và riêng tư, quyền tiếp cận thông tin, cũng như sự toàn vẹn, tự chủ, tôn trọng phẩm giá và hạnh phúc của mỗi cá nhân, đặc biệt là liên quan đến SKTD&SKSS và các quyền - là không thể thiếu trong việc thực hiện quyền về sức khỏe.



Black Lives Matter (Cuộc sống của Người Da đen là quan trọng) thu hút sự chú ý của công chúng đến tình trạng cảnh sát có nhiều hành vi bạo lực đối với Người da đen trên toàn cầu (OHCHR, 2023). Các lĩnh vực khác cũng bị ảnh hưởng: Trong lĩnh vực giáo dục, phong trào phản kháng Rhodes Must Fall (Phải kéo tượng của Rhodes xuống) đã thu hút sự chú ý đến sự bất bình đẳng trong giáo dục cao đẳng/đại học, đầu tiên là ở Nam Phi và sau đó là trên toàn thế giới (Knudsen và Andersen, 2019).

Điều này cũng phù hợp với các hệ thống y tế, một thực tại được nhấn mạnh sâu sắc trong đại dịch COVID-19. Ở nhiều nơi trên thế giới, các biện pháp khẩn cấp trong đại dịch không phù hợp với luật nhân quyền (OHCHR, 2020). Những nhóm dân cư vốn đã bị gạt ra ngoài lề xã hội có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến đại dịch COVID-19 cao hơn cũng như gặp sự gián đoạn lớn hơn khi tiếp cận dịch vụ y tế khác, bao gồm cả SKTD&SKSS (WHO, 2020). Diễn ngôn đương thời xung quanh các phong trào đấu tranh vì giới, công bằng xã hội và chủng tộc có thể cho rằng đó là những vấn đề còn gây tranh cãi hoặc mang tính chính trị, nhưng sẽ là sai lầm nếu chỉ nhìn quá trình này qua lăng kính chính trị. Chúng ta có thể thừa nhận rằng lịch sử SKSS có cả những bi kịch và sai lầm đáng tiếc nhưng không hề làm giảm đi nhiều tiến bộ đã đạt được trong khoa học và công nghệ. Đúng hơn, nó giúp chúng ta rút kinh nghiệm từ quá khứ, tạo cơ hội tiếp thu kiến thức và tiến bộ – cho tất cả mọi người.

Hệ thống y tế phải là yếu tố thúc đẩy quyền con người

Các hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản không phải lúc nào cũng đảm bảo sức khỏe và quyền cho mọi người. Ít nhất là không phải cho tất cả phụ

nữ. Các chuyên gia nhận xét: “Một thiếu sót lớn trong chăm sóc sức khỏe sinh sản trong hệ thống y tế là triết lý cung cấp dịch vụ. Phụ nữ được coi là phương tiện trong quá trình sinh sản, là mục tiêu trong quá trình kiểm soát sinh sản. Phụ nữ không được coi là đối tượng cần chăm sóc trong dịch vụ y tế. Phụ nữ được hưởng lợi từ quá trình này nhưng không phải là trung tâm của nó. Họ là đối tượng nhưng không phải chủ thể” (Cook và cộng sự, 2003).

Các hệ thống và cơ cấu để kiểm soát tình dục, đặc biệt (nhưng không chỉ riêng) tình dục của phụ nữ, đều mang tính phổ biến, thâm nhập vào mọi xã hội trên toàn cầu. Thân thể của phụ nữ, trẻ em gái và những người đa dạng giới thường bị phân biệt đối xử, chịu các thực hành có hại, bị kiểm soát, bóc lột, bạo lực và áp bức – những hành vi vi phạm quyền con người mà trong lịch sử đã được một số hệ thống y tế cổ xúy (OHCHR, 2021a). Và những vấn đề này vẫn tồn tại dai dẳng đến nay. Nhiều trở ngại tiếp tục hiện hữu giữa mỗi cá nhân và việc họ được hưởng chăm sóc SKTD&SKSS và quyền ở các cấp độ khác nhau: trong chăm sóc lâm sàng, ở quy mô hệ thống y tế và liên quan đến các yếu tố căn nguyên về sức khỏe. Và những trở ngại này gây tác động khác nhau đến những nhóm người bị gạt ra ngoài lề xã hội bởi nhiều hình thức khác nhau.

Nhân viên y tế ngày nay là một trong những người có vị thế tốt nhất để xác định giá trị mang tính chuyển đổi của SKTD&SKSS và các quyền, vì họ là người tận mắt chứng kiến kết quả của kế hoạch hóa gia đình, bảo vệ khỏi bạo lực, an toàn khỏi bệnh tật, và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, giúp gia đình và cộng đồng được khỏe mạnh hơn, được học hành tốt hơn như thế nào. Nhiều nhân viên chăm sóc SKSS ngày nay hiểu được vai trò của mình trong việc bảo vệ quyền của bệnh nhân (và thực tế, chủ đề về quyền của

bệnh nhân là một nội dung chính trong chương trình đào tạo các chuyên gia y tế trên toàn cầu [Rostami-Moez và cộng sự, 2021; Karakuş và cộng sự, 2015; Lewkonja, 2011]). Thông qua việc cung cấp các biện pháp tránh thai, thông tin và dịch vụ y tế, những người hành nghề chăm sóc SKSS thường là tuyến đầu trong nỗ lực đảm bảo quyền tự chủ thân thể của các cá nhân (xem phần Chuyên mục ở trang 16) (Kalra và cộng sự, 2021). Tuy nhiên, họ có thể bị lạm dụng vì hoạt động đó. Nghiên cứu mới cho thấy, “khi người hoạt động [vì SKTD&SKSS và các quyền] tìm cách thực hiện quyền con người của người khác, thì quyền con người của chính họ cũng gặp nguy hiểm”, khi họ phải đối mặt với “sự tẩy chay và quấy rối tại nơi làm việc”, “đe dọa bằng lời nói và bạo lực thể chất” cũng như sự thù địch trong cuộc sống cá nhân (Boydell và cộng sự, 2023).

Các phần sau đây minh họa tác động của phân biệt giới tính, phân biệt chủng tộc và sắc tộc cũng như thông tin sai lệch tiếp tục tác động đến các dịch vụ và thông tin y tế ngày nay như thế nào, khiến cho cả quyền con người và y tế cộng đồng cần phải hòa hợp với xu thế này. Để các nhân viên y tế trở thành những người thực thi quyền con người, các hệ thống y tế – vốn trước đây tiếp tay cho hành vi bóc lột và lạm dụng, và ngày nay khiến nhiều nhân viên chăm sóc SKTD&SKSS dễ gặp nguy cơ bị ngược đãi – có thể và cần được cải cách để thực hiện mục đích nguyên thủy và cao cả của họ đối với các cá nhân, chuyên gia y tế và xã hội nói chung: chữa bệnh cứu người.

Nhân viên y tế là đại sứ đầu tranh cho quyền tự chủ thân thể

Có một mối quan hệ tương hỗ tồn tại giữa việc nhận dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS có chất lượng, đảm bảo phẩm giá và trải nghiệm được nâng quyền kinh tế, xã hội, và cá nhân. Đặc biệt, các nhân viên y tế thấy rõ nhất tác động của tự chủ về SKSS - khả năng đưa ra quyết định có nên quan hệ tình dục hoặc mang thai hay không và nếu có thì khi nào và với ai, khả năng có cuộc sống không có bạo lực và không bị các bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể phòng ngừa được, v.v. – sẽ tạo điều kiện cho mỗi cá nhân tiếp tục theo đuổi con đường học vấn, tri hoàn hay lập gia đình, xây dựng sự nghiệp và/hoặc đóng góp cho cộng đồng. Và họ là người tận mắt chứng kiến những cá nhân được nâng quyền - những người có thể tiếp tục đi học, theo đuổi sự nghiệp và/hoặc có gia đình - có khả năng tiếp cận dịch vụ SKSS tốt hơn như thế nào. Chu trình phát triển này là một sự thật không thể chối cãi đối với những người chứng kiến nó. Víctor Cazorla, một nhân viên hộ sinh nam làm việc ở vùng núi Andes của Peru, người rất cảm thông với các bệnh nhân chủ yếu là người bản địa của mình cho biết: “Chúng tôi dạy họ kỳ vọng được tôn trọng. Không ai có quyền chạm vào thân thể của họ: không phải tôi, không phải cô, dì, chú hay bác của họ, không phải cha họ, không phải mẹ họ, không phải nhân viên y tế, không phải cảnh sát, không ai cả.”

Tàn dư của phân biệt giới tính trong chăm sóc sức khỏe sinh sản

Hiểu được tàn dư của chủ nghĩa phân biệt giới tính trong chăm sóc SKTD&SKSS thực sự có thể giúp xác định được giải pháp - bao gồm các giải pháp hiệu quả về mặt chi phí và dễ dàng thực hiện - cho các vấn đề dai dẳng này.

Một ví dụ quan trọng là lịch sử chăm sóc sản khoa, trong nhiều thế kỷ, phần lớn được coi là lĩnh vực của phụ nữ. Các nữ hộ sinh quản lý việc sinh nở trong khi các Bác sĩ, nghề được coi là chỉ dành cho nam giới, thường tránh né việc đó. Sinh con từ lâu đã được coi là bí ẩn của nữ giới và chỉ phụ nữ mới có kiến thức và hiểu biết đặc biệt về vấn đề này, bao gồm cả việc sử dụng thảo dược làm thuốc. Theo thời gian, các Bác sĩ nam cũng bắt đầu hỗ trợ sinh nở cho phụ nữ, ban đầu chỉ trong những ca sinh nở phức tạp và có nguy cơ cao (Litoff, 1982).

Cuối cùng, các Bác sĩ và các tổ chức khác có nhiều thành viên là nam giới đã được phép làm công việc hộ sinh. Ví dụ như ở Indonesia thời tiền thuộc địa, phụ nữ dựa vào các nữ hộ sinh truyền thống, còn gọi là cô đỡ hay dukun, người cung cấp các biện pháp tránh thai, chăm sóc sinh nở và phá thai. Khi Indonesia trở thành thuộc địa vào những năm 1800, chính quyền đã tìm cách thay thế dukun bằng các nữ hộ sinh được đào tạo bởi cơ quan y tế Hà Lan do nam giới lãnh đạo (Adnani và cộng sự, 2023). Cùng thời gian đó, các Bác sĩ nam ở Ấn Độ đề xuất đào tạo chính thức cho các nữ hộ sinh truyền thống - gọi là dai, cuối cùng dẫn đến việc các dai được thay thế bởi các nữ hộ sinh và Bác sĩ được đào tạo và đang làm việc trong các cơ sở y tế (Samanta, 2016).

Các nữ hộ sinh cũng thuộc thẩm quyền của các nhà lãnh đạo nam ở Châu Âu vào thế kỷ 16 và 17, khi họ được cấp phép bởi chính quyền nhà thờ do nam giới thống trị, và trong một số trường hợp, bị buộc phải làm nhân chứng chuyên môn khi “giết trẻ sơ sinh, tranh cãi về trình tiết, phá thai và vô sinh” (Sprecher và Karras, 2011). Chính trong thời kỳ này, “accoucheurs” (nam hộ sinh) đã trở thành xu hướng mới ở Pháp, cạnh tranh với nữ hộ sinh được gọi là “những nhà đỡ đẻ theo phương pháp tự nhiên” và phổ biến việc sử dụng các dụng cụ như kẹp thai. Giới và địa vị của nam giới khẳng định quyền lực của họ trong lĩnh vực này mặc dù họ có ít hoặc không có kinh nghiệm thực tế (Martucci, 2017). Vào thời điểm đó, nam giới được đào tạo để trở thành Bác sĩ phần lớn bị ảnh hưởng bởi các bài viết về sinh nở, do những Bác sĩ có thể chưa từng chứng kiến quá trình chuyển dạ hoặc sinh con (Hobby, 1999) thay vì kiến thức thực tế (Thomas, 2016).

Khái niệm “khoa học tự nhiên” mới nổi lên thời điểm đó đã dẫn đến quan điểm coi y học là khách quan, là một phần của hệ thống kiến thức phổ quát, một hệ thống mà hầu hết các nữ hộ sinh bị loại trừ (Shiva, 1996). Không giống như các Bác sĩ nam, họ không được đào tạo bài bản cũng như không tham gia vào các phương pháp nghiên cứu khoa học thực nghiệm nghiên cứu điều tra. Đến thế kỷ 18, ngành y chủ yếu là nam giới, còn các nữ hộ sinh bị buộc tội sử dụng các phương pháp cổ hủ, nguy hiểm và lỗi thời. Ví dụ, nghiên cứu về Nam Phi thời thuộc địa cho thấy kinh nghiệm và kiến thức thực tế của các nữ hộ sinh - đặc biệt là các nữ hộ sinh Da đen - phần lớn đã bị lược bỏ khỏi hồ sơ lưu trữ (Deacon, 1998). Ngược lại, những đóng góp của nam giới trong lĩnh vực này được lưu trữ đầy đủ hơn, làm cho quan điểm của nam giới về sinh con chiếm ưu thế. Các lý thuyết mới về sinh con đã ví thân thể như một cỗ máy và

việc sinh con là một quy trình cơ học, một quan điểm làm cho các nữ hộ sinh trở nên xa lạ với việc đỡ đẻ, vì phụ nữ bị coi là thiếu kiến thức và không có khả năng hiểu cơ chế sinh nở (Murphy-Lawless, 1998). Thân thể khi sinh nở ngày càng bị coi là khó kiểm soát, khó kiểm chế, không bị ràng buộc, ngang ngược, lỏng lẻo và ương ngạnh (Carter, 2010). Năm 1915, Bác sỹ Joseph DeLee, tác giả cuốn giáo trình sản khoa quan trọng nhất thời kỳ đó, đã mô tả sinh con là một quá trình bệnh lý gây tổn hại cho cả mẹ và con. Ông viết: “Nếu chuyên khoa (sản khoa) nhận ra rằng việc sinh nở, dưới lăng kính hiện đại, không còn là một chức năng bình thường nữa... thì thậm chí cô đỡ còn không thể được nhắc đến” (DeLee, 1915). Bác sỹ DeLee sau đó đề xuất các biện pháp can thiệp, bao gồm việc sử dụng thường xuyên thuốc an thần, ê te, cắt tầng sinh môn và kẹp thai - tất cả những biện pháp mà ngày nay đã được biết là có hại nếu sử dụng thường xuyên - để cứu phụ nữ khỏi “quỷ dữ” vốn là điều tự nhiên khi chuyển dạ (Leavitt, 1988).

Việc các nữ hộ sinh bị gạt ra khỏi hoạt động sản khoa là một hiện tượng toàn cầu, nhưng ngày nay, hậu quả nghiêm trọng của nó dễ thấy nhất ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. WHO đã xác định châu Phi và Đông Nam Á là những khu vực có ít quốc gia công nhận hộ sinh là một nghề riêng biệt nhất. Những người đào tạo về hộ sinh ở những khu vực này liên tục báo cáo về việc thiếu khả năng tiếp cận với nhà vệ sinh, và ở khu vực nói tiếng Pháp của Tây Phi, ít nhất ba phần tư số người đào tạo về hộ sinh đôi khi không được tiếp cận với nước sạch. Hơn nữa, khu vực châu Phi của WHO chiếm 56% tình trạng thiếu hụt toàn cầu về chuyên gia y tế chuyên cung cấp dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và vị thành niên (UNFPA và cộng sự, 2021).

Và mặc dù hộ sinh ngày nay được hiểu rộng rãi là một ngành nghề hiện đại, yêu cầu chuyên môn, được quản lý chặt chẽ và được tích hợp trong cơ sở hạ tầng chăm sóc sức khỏe, nhưng ở hầu hết các nơi, người hộ sinh vẫn chủ yếu là nữ. Nghiên cứu cho thấy lực lượng hộ sinh phải chịu sự phân biệt nghề nghiệp nghiêm trọng, chênh lệch lương theo giới, thiếu cơ hội lãnh đạo cũng như nhiều hình thức phân biệt đối xử và quấy rối khác, bao gồm cả quấy rối tình dục (UNFPA và cộng sự, 2021). Một báo cáo của WHO năm 2019 cho thấy khoảng cách lương theo giới trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe lớn hơn so với các lĩnh vực khác, với nhân viên y tế nữ có thu nhập trung bình thấp hơn 28% so với nhân viên y tế nam – và khoảng cách lương giới 11% vẫn tồn tại giữa các y tá và nữ hộ sinh ngay cả sau khi điều chỉnh sự phân chia nghề nghiệp (Boniol và cộng sự, 2019).

Việc đánh giá thấp nghề hộ sinh “dẫn đến việc hạn chế lựa chọn và cơ hội việc làm cho nữ hộ sinh, đồng thời củng cố các cơ cấu quyền lực bất bình đẳng trong xã hội”, bao gồm cả việc thiếu quyền tự chủ về chuyên môn (UNFPA và cộng sự, 2021), điều mà chính các nữ hộ sinh coi là rào cản trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao (Liên đoàn Nữ hộ sinh Quốc tế và cộng sự, 2016). Báo cáo Tình trạng Hộ sinh Thế giới năm 2021 lưu ý rằng, ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, nhiều nữ hộ sinh gặp khó khăn hoặc không được các chương trình bảo hiểm chính phủ hoàn trả, khiến họ phải chịu tổn thất tài chính hoặc ưu tiên chăm sóc những bệnh nhân có điều kiện kinh tế hơn.

Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu từ lâu cũng đã lưu ý rằng đầu tư vào đào tạo và chăm sóc hộ sinh sẽ mang lại lợi ích đáng kể về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, với chi phí thấp hơn và kết quả tốt hơn so với các mô hình chăm sóc theo hướng y khoa (UNFPA

và cộng sự, 2021). Một nghiên cứu về Y tế Toàn cầu của Lancet năm 2021, do UNFPA hỗ trợ, cho thấy rằng việc tăng cường đáng kể phạm vi can thiệp do nữ hộ sinh thực hiện có thể ngăn chặn 41% ca tử vong bà mẹ, 39% ca tử vong sơ sinh và 26% ca thai chết lưu – tương đương với 2,2 triệu ca tử vong được ngăn chặn hàng năm tính đến năm 2035, và hầu hết trong số đó là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (Nove và cộng sự, 2021).

Xét đến tình trạng phụ nữ từng bị gạt ra bên lề trong ngành sản khoa và hộ sinh, cần xem xét vai trò của phân biệt đối xử về giới trong bối cảnh đầu tư cho ngành hộ sinh trên thế giới vẫn còn hạn chế. Cũng cần xem xét hậu quả của hệ thống phân cấp giới trong y khoa, điều này không chỉ ảnh hưởng đến những người làm trong ngành y tế mà còn ảnh hưởng đến những người tiếp nhận dịch vụ y tế (và trong trường hợp bị bỏ mặc và bị loại trừ, là những người không nhận được dịch vụ chăm sóc đó).

Bạo lực trong sản khoa và phụ khoa, được mô tả theo nghĩa rộng là sự ngược đãi và bạo lực xảy ra

trong quá trình chăm sóc sức khỏe sinh sản, kể cả trong khi sinh nở, là vấn đề ngày càng được cộng đồng quốc tế quan tâm (OHCHR, 2019a). Khái niệm này rất rộng, bao gồm lạm dụng bằng lời nói và thể chất – ví dụ như chế nhạo, đe dọa, đấm, đá, bịt miệng và khống chế cơ thể (Downe và cộng sự, 2023) – cũng như can thiệp quá mức như cắt tầng sinh môn khi chưa cần về mặt y khoa, thiếu sự đồng ý có hiểu biết từ bệnh nhân, từ chối cho thuốc giảm đau (UNFPA, 2019a) và cưỡng bức triệt sản. Nghiên cứu nhấn mạnh rằng những hình thức ngược đãi này thường xảy ra trong “bối cảnh mà các người cung cấp dịch vụ, chủ yếu là nữ hộ sinh, cảm thấy không được hỗ trợ hoặc thậm chí là nạn nhân trong hệ thống phân cấp nghề nghiệp của họ” (Schaaf và cộng sự, 2023). Ngược đãi trong môi trường chăm sóc SKSS góp phần đáng kể vào tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và tạo ra rào cản đối với các dịch vụ y tế dành cho phụ nữ và trẻ em gái bị thiệt thòi (UNFPA và cộng sự, 2023).



CHUYÊN MỤC

Sinh nở an toàn, phù hợp với văn hóa và nâng quyền cho phụ nữ gốc Phi ở Colombia

Hơn 2 thập kỷ trước, Shirrley Maturana Obregón, 18 tuổi đã đến một bệnh viện ở Chocó, vùng Thái Bình Dương của Colombia, để khám viêm dạ dày. Mặc dù lúc đó đang mang thai 9 tháng nhưng Maturana Obregón chưa bao giờ cân nhắc việc ở lại và sinh con ở đó.

“Đó không phải là môi trường tôi mong muốn,” Maturana Obregón nói với UNFPA. “Tôi muốn mẹ tôi ở đó, và điều tôi nghe được [ở bệnh viện] là tôi sẽ phải ở một mình.”

Vì vậy, cô trở về nhà và chuyển dạ ngay. Mẹ và các chị gái của cô đã ở bên để hỗ trợ cô trong suốt quá trình sinh nở - và cả một partera, cô đỡ truyền thống và là người thực hành kiến thức tổ tiên truyền lại của cộng đồng Afrodescendent ở Colombia. “Đó là một trải nghiệm thật đẹp và khó quên,” cô nói.

Đối với Maturana Obregón, quyết định sinh con nhờ sự giúp đỡ của partera thể hiện cô ấy ưu tiên vấn đề cá nhân và truyền thống văn hóa. Nhưng việc sinh con tại nhà cũng thường cho thấy sự thiếu các lựa chọn khác. Người dân Chocó - trong đó 80%

được xác định là hậu duệ của người gốc Phi - có hoàn cảnh sống rất khó khăn và phần lớn vẫn chưa được kết nối với hệ thống chăm sóc sức khỏe chính thống của Colombia. Để đến gặp Bác sĩ, người dân có thể phải di chuyển qua những địa hình nguy hiểm, bị ảnh hưởng bởi xung đột hoặc có thể đơn giản là quá tốn kém.

Việc sinh con không an toàn có thể dẫn đến hậu quả là tử vong, đặc biệt đối với phụ nữ và trẻ em gái gốc Phi. Ở Colombia, họ có nguy cơ tử vong do mang thai và sinh con cao hơn gấp đôi so với những người không thuộc nhóm người dân gốc Phi. Tuy nhiên, khi tìm cách cải thiện tình hình sức khỏe bà mẹ, hệ thống y tế Colombia đôi khi đã bỏ qua các partera và những giá trị văn hóa mà họ đại diện.

Các partera bị coi thường như là phù thủy và lang băm, hoặc bị miêu tả là mất vệ sinh và thiếu chuyên nghiệp. Trước đây, luật pháp Colombia yêu cầu bất kỳ ai tham gia đỡ đẻ đều phải được cơ quan y tế cấp phép chính thức, các quy tắc này dẫn đến việc xóa bỏ công việc mà các partera đang thực hiện, cô lập họ khỏi các cơ sở y tế. Tuy

nhiên, dọc theo bờ Thái Bình Dương ở Colombia, các partera thường là người cung cấp dịch vụ y tế duy nhất tại địa phương. Ở một thị trấn ở Chocó vào năm 2021, số liệu thống kê quốc gia cho thấy mọi ca sinh đều được hỗ trợ bởi một bà đỡ truyền thống (DANE và UNFPA, 2023).

Theo lời của partera Francisca Córdoba, hay còn gọi là Pacha Pasmó: “Các Bác sĩ đối xử với chúng tôi như thể mọi thứ [chúng tôi làm] đều bẩn thỉu. Tôi đã nói với một số Bác sĩ, các anh có thể có 5 năm kinh nghiệm, nhưng anh không có kinh nghiệm như tôi - tôi đã bắt đầu đỡ đẻ từ trước khi anh được sinh ra.”

Nhưng một sáng kiến mới đang gần kết các nhân viên y tế và các partera với nhau. Vào năm 2020, dự án Partera Vital đã khởi động với mục đích xác nhận công việc thường bị coi là vô hình của các partera khi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mang tính kế thừa truyền thống văn hóa cho phụ nữ khi mang thai và sau sinh, đồng thời cung cấp cho partera các công cụ và kỹ năng để cung cấp dịch vụ an toàn hơn và kết nối với hệ thống y tế chính thống.



Dự án Partera Vital của UNFPA tìm cách nâng quyền cho các bà đỡ truyền thống như Shirley Maturana Obregon (trái) và Pacha Pasmó (phải) để hỗ trợ phụ nữ mang thai trên khắp Chocó, Colombia. © UNFPA Colombia/Sara Chavarriaga

Thông qua dự án Partera Vital, cơ quan thống kê quốc gia Colombia đã phối hợp với UNFPA và các hiệp hội partera địa phương để sửa đổi quy định cấm bà đỡ truyền thống đăng ký khai sinh. Các partera được sử dụng một ứng dụng di động cho phép họ đăng ký khai sinh trên hệ thống đăng ký khai sinh quốc gia; họ cũng cùng nhau tham gia các buổi tập huấn nâng cao khả năng nhận biết rủi ro trong quá trình mang thai và khi sinh con.

Dự án lần đầu tiên được triển khai cho 30 bà đỡ truyền thống ở Chocó. Các partera cũng được tặng cân để đo cân nặng trẻ sơ sinh, bộ dụng cụ đỡ đẻ an toàn với các vật dụng như khăn trải giường và găng tay sạch cũng như máy đo huyết áp, các công cụ giúp họ xác định các biến chứng thai kỳ gây nguy hiểm đến tính mạng. Bà Pacha nói: “Nếu một partera thấy

huyết áp của thai phụ cao, họ sẽ chuyển cô ấy đến bệnh viện.”

Dự án ngay lập tức trở nên nổi bật trong đại dịch COVID-19 năm 2020, khi số liệu thống kê cho thấy 34% ca sinh ở Chocó được các partera hỗ trợ – cao hơn gần 50% so với số liệu ghi nhận trong năm trước. Các partera kiến nghị chính phủ công nhận họ là lao động thiết yếu trong bối cảnh khủng hoảng, một sự thay đổi giúp cho partera được nhận các nguồn lực và thiết bị để chăm sóc cho cộng đồng. Gần đây nhất, UNESCO - Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa của Liên Hợp Quốc, đã liệt kê nghề hộ sinh truyền thống ở Colombia và các quốc gia khác là một phần không thể thiếu trong di sản văn hóa phi vật thể của nhân loại.

Việc triển khai dự án Partera Vital ở Chocó cũng kéo theo một tiến bộ lớn

về y tế trong khu vực: giảm tử vong mẹ. Cố vấn SKTD&SKSS của UNFPA tại Colombia, Jose Luis Wilches Gutiérrez, cho biết: “Chúng tôi vẫn chưa biết việc nâng quyền cho các partera đã góp phần đến đâu vào nỗ lực giảm tử vong mẹ ở Chocó, nhưng năm 2023, số ca tử vong mẹ đã giảm gần 40%”.

Kể từ khi sinh con với trợ giúp của partera, bản thân chị Maturana Obregon cũng trở thành một partera. Chị nói: “Những người mà chúng tôi phục vụ - họ muốn trải nghiệm việc sinh con với hỗ trợ của partera, bởi partera để họ chọn tư thế mà họ muốn sinh con. Chúng tôi luôn có mặt và biến giấc mơ của những người phụ nữ đó thành hiện thực.”

Tàn dư của phân biệt chủng tộc và dân tộc

Một trong những hệ quả của đại dịch COVID-19 là nhận thức mới về sự khác biệt chủng tộc vẫn tiếp tục tồn tại trong hệ thống y tế, và nỗ lực hơn để tìm hiểu những khác biệt này trong bối cảnh bất bình đẳng trước đây. Trong khi nhiều cuộc đối thoại xoay quanh vấn đề bất bình đẳng chủng tộc còn gây tranh cãi, thì những bước tiến về bình đẳng và công bằng trong y tế trong nhiều trường hợp đã mang lại những giải pháp có giá trị, có bằng chứng khoa học cho những vấn đề này. Nói tóm lại, việc hiểu được tàn dư của nạn phân biệt chủng tộc cũng như vai trò của chủ nghĩa thực dân trong việc nhân rộng hệ thống phân cấp chủng tộc ở các quốc gia khác sẽ tiết lộ nhiều cơ hội đạt được công bằng và công lý trong ngành y.

Trước đây, nhiều chính phủ nhìn nhận quá trình sinh sản chủ yếu dưới góc độ là công cụ. Việc sinh con được khuyến khích khi nó được cho là có giá trị đối với các mục tiêu kinh tế hoặc chính trị (Juan Bautista Alberdi người Argentina có câu nói nổi tiếng: “Quản trị chính là tạo dựng dân số”), và không được khuyến khích (thường có tính chọn lọc, trong số các nhóm được coi là “thấp kém”) khi không mong muốn. Trong chế độ thuộc địa, đặc biệt là trong hoạt động buôn bán nô lệ xuyên Đại Tây Dương, việc sinh con được coi theo cả nghĩa đen và nghĩa bóng như một hình thức sản xuất tài sản (UNFPA, 2023b). Ở Châu Phi và Caribe vào đầu thế kỷ 20, các chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ chủ yếu được thúc đẩy do thiếu hụt lao động cần thiết trong các đồn điền và trong các ngành xuất khẩu (De Barros, 2014; Thomas, 2003). Quan điểm

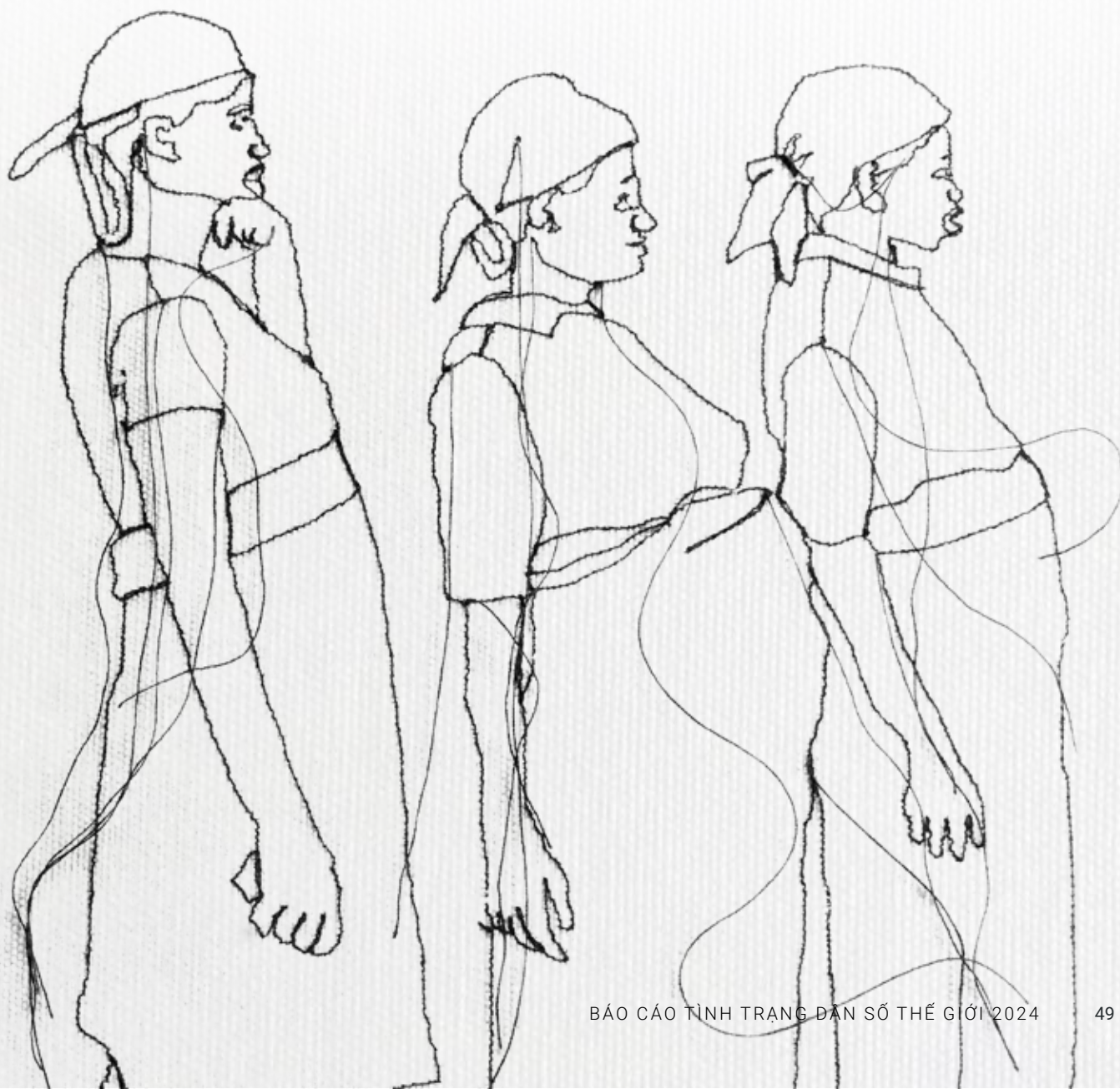
chuyển dịch sang thúc đẩy kế hoạch hóa gia đình vào giữa thế kỷ 20, khi các gia đình quy mô nhỏ hơn được coi là có lợi hơn cho sự phát triển kinh tế quốc gia và an ninh toàn cầu, cũng như khi các nhà lãnh đạo và các tổ chức quốc tế phản ứng trước những lo ngại về “bùng nổ dân số” sắp xảy ra ở các nước đang phát triển (UNFPA, 2023b; Bourbonnais, 2016; Solinger và Nakachi, 2016; Ahluwalia, 2008; Connelly, 2008; Klausen, 2004; Briggs, 2003; Hartmann, 1995). Đáng chú ý, những lời hoa mỹ xung quanh việc sinh con theo chủ nghĩa công cụ vẫn tồn tại cho đến ngày nay, do lo ngại về tình trạng “quá tải dân số” trong bối cảnh biến đổi khí hậu, một quan điểm cho rằng tỷ lệ sinh của người dân ở Nam bán cầu là một nguyên nhân góp phần tàn phá môi trường, và do cả lo ngại về “thiếu hụt dân số” khi nói đến vấn đề già hóa xã hội (UNFPA, 2023b).

Vì những lý do này, lĩnh vực SKSS mang những vết sẹo đặc biệt sâu sắc từ lịch sử thuộc địa phân biệt chủng tộc trên thế giới. Chế độ nô lệ đã thể chế hóa việc phụ nữ Da đen mất quyền tự chủ thân thể và sinh sản, đồng thời khuyến khích kiểm soát khả năng sinh sản của những người bị bắt làm nô lệ (Johnson và cộng sự, 1999). Đối với nhiều phụ nữ Da đen, sinh sản là một lĩnh vực bị kiểm soát và bóc lột, bao gồm hành vi hiếp dâm, cưỡng bức triệt sản, thử nghiệm y tế cũng như nghiên cứu, đào tạo y tế khi không có sự đồng thuận. Một trong những ví dụ nổi tiếng nhất là trường hợp của J. Marion Sims, một Bác sĩ phụ khoa đã thực hiện các ca phẫu thuật thử nghiệm trên phụ nữ Da đen bị bắt làm nô lệ mà không gây mê hoặc không có sự đồng ý của họ (Owens, 2017) - nhưng trên thực tế, đây không phải là trường hợp cá biệt. Các

bệnh viện nô lệ trong thời kì đó chủ yếu tạo điều kiện thuận lợi cho việc tạo ra kiến thức y sinh về Người da đen và bình thường hóa ý tưởng rằng thân thể Người da đen khác biệt về mặt sinh lý, thấp kém và không bị đau đớn (Hogarth, 2017).

Theo cách này, những tiến bộ trong y học sản phụ khoa đã chứa đựng một mâu thuẫn cố hữu đối với một số các nhóm phụ nữ và trẻ em gái bị thiệt thòi nhất - lĩnh vực y học này một mặt cung cấp

kiến thức và công nghệ để cứu mạng và giảm bớt đau đớn, nhưng mặt khác lại tạo ra và thậm chí kéo dài những tác hại đáng kể đến sức khỏe. Tính hai mặt này cũng diễn ra trong sự ra đời của biện pháp tránh thai hiện đại, biện pháp mang tính cách mạng đối với quyền tự chủ về thân thể và sinh sản của phụ nữ nhưng cũng chính là một công cụ để áp dụng các lý thuyết ưu sinh. Việc kiểm soát sinh sản hiện đại đã được cả những người đồng tình sớm nhất coi như một phương tiện để hạn chế sự sinh



sản của các nhóm dân số “không mong muốn”, đặc biệt là phụ nữ nghèo, phụ nữ khuyết tật, phụ nữ Da đen, phụ nữ thuộc các dân tộc bị thiệt thòi ở miền Nam bán cầu và người bản địa Bắc bán cầu (Ross và Solinger, 2017; Ginsburg và Rapp, 1995). Việc sử dụng biện pháp tránh thai như một công cụ kiểm soát sinh sản đã tồn tại trong nhiều thập kỷ. Ví dụ, ở Nam Phi thời kỳ phân biệt chủng tộc, phụ nữ Da đen thường phải tuân theo các chương trình tránh thai gay gắt, được thực hiện dưới chiêu bài kiểm soát dân số (Klugman, 1993).

Phụ nữ Da đen dưới chế độ phân biệt chủng tộc ở Nam Phi cũng có nhiều nguy cơ phải chịu bạo lực sản khoa và ngược đãi trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Chăm sóc y tế không có sự đồng ý và bạo lực sản khoa đặc biệt được ghi nhận ở các bệnh viện công, nơi chủ yếu phục vụ các cộng đồng có thu nhập thấp, nơi có nhiều yếu tố lệ hóa – như vấn đề

giới, nghèo đói, chủng tộc – kết hợp lại với nhau. Những nhóm dân cư này phải chịu đựng tình trạng đồng ý khi chưa có hiểu biết đầy đủ, thiếu nhận thức về quyền của bệnh nhân và những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được đào tạo về cách lấy sự đồng thuận có hiểu biết và cung cấp dịch vụ chăm sóc tôn trọng bệnh nhân (Jewkes và cộng sự, 2015).

Việc đối xử không công bằng với Người da đen và những người có hoàn cảnh khó khăn khác trong lĩnh vực y tế vẫn còn tồn tại cho đến ngày nay (UNFPA và cộng sự, 2023). Ví dụ, các cơ quan nhân quyền quốc tế đã nhiều lần bày tỏ quan ngại về tình trạng phân biệt đối xử và vi phạm nhân quyền dai dẳng mà phụ nữ Roma phải đối mặt, đặc biệt là trong chăm sóc SKSS (Ủy ban về Xóa bỏ Phân biệt chủng tộc, 2017; Ủy ban Nhân quyền, 2016; Ủy ban Xóa bỏ Phân biệt đối xử với phụ nữ, 2015). Theo một báo cáo năm 2020 của Trung tâm Quyền của người Roma Châu Âu về quyền sinh sản của phụ nữ Roma, nhiều người tham gia phỏng vấn cho biết họ đã bị làm cho bất động trong khi sinh con, bị lạm dụng thể chất và bị từ chối gây mê (ERRC, 2020). Tàn dư này cũng được thể hiện qua sự chênh lệch về sức khỏe đang tồn tại ở phụ nữ Da đen và phụ nữ dân tộc thiểu số ở Vương quốc Anh (MBRRACE-UK, 2020) và Hoa Kỳ (Hoyert, 2023), ở những người di cư và thành viên của một số giai cấp nhất định ở Ấn Độ (Allard và cộng sự, 2022) cũng như các nước Nam Á khác (Kapilashrami và John, 2023).

Nhưng có thể nhận thấy sự phát triển tích cực khi ngày càng có nhiều quan tâm và nhiều bằng chứng về sự phân biệt đối xử và hành vi có hại trong bối cảnh SKTD&SKSS (Downe và cộng sự, 2023). Những phát hiện này cho thấy rằng vấn đề phân biệt đối xử có liên quan đến việc bình thường hóa hành vi có hại và thông thường thì những nhân viên y tế, các hệ thống y tế và thậm chí cả chính



bệnh nhân cũng không nhận thấy. Các nhà nghiên cứu lưu ý: “Nơi bạo lực xảy ra hàng ngày và thậm chí trở nên bình thường, là ‘một phần của cuộc sống’... nó trở thành điều được mong đợi, không ai chú ý và do đó, bám sâu một cách có cấu trúc. Hơn nữa, những nỗ lực giảm thiểu hoặc chấm dứt bạo lực không hiệu quả khi không giải quyết được vấn đề phân biệt đối xử và kỳ thị (Bohren và cộng sự, 2022), một quan sát cũng có thể được coi là lời kêu gọi hành động để loại bỏ tận gốc sự thiên lệch tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe.

Những phát hiện này có thể và nên rõ ràng là phải được áp dụng trong các hệ thống y tế, nơi mà bất bình đẳng trong chăm sóc là do phân biệt chủng tộc hoặc có thể do dân tộc, do khác biệt về văn hóa, tình trạng di cư hoặc các hình thức bị gạt ra ngoài lề xã hội. Ví dụ, để giải quyết vấn đề đối xử thiếu tôn trọng và lạm dụng đối với phụ nữ khi sinh con, WHO đã kêu gọi hành động - bao gồm thực hiện nghiên cứu, liên kết nhân quyền và kêu gọi sự tham gia nhiều hơn của phụ nữ thuộc các cộng đồng bị ảnh hưởng - phải được thực hiện bởi các chính phủ, người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hiệp hội nghề nghiệp và tổ chức giáo dục (WHO, 2015).

Cưỡng bức triệt sản - một hành vi vi phạm vẫn đang tiếp diễn

Trong khi chăm sóc SKTD&SKSS có chất lượng góp phần và được hỗ trợ bởi việc nâng quyền cho mỗi cá nhân, thì điều ngược lại cũng đúng. Chăm sóc SKTD&SKSS không đạt chuẩn hoặc kém phù hợp, từ chối chăm sóc và vi phạm quyền sinh sản có thể dẫn đến một chuỗi hành vi có hại đến cuộc sống của một người và những điều kiện bất lợi cũng làm tăng tính dễ tổn thương và nguy cơ chăm sóc không đạt chuẩn, bị từ chối chăm sóc và vi phạm quyền con người. Có lẽ điều này rõ ràng nhất là ở trường hợp cưỡng bức triệt sản, một trong những hình thức kiểm soát cực đoan nhất đối với quyền tự chủ sinh sản của một người. Bằng cách phủ định vĩnh viễn quyền sinh con của phụ nữ, việc triệt sản không có sự đồng thuận cổ xúy cho quan điểm rằng một số phụ nữ không xứng đáng được làm mẹ. Phụ nữ Da đen, phụ nữ bản địa, phụ nữ thuộc các nhóm tôn giáo thiểu số, phụ nữ khuyết tật, phụ nữ được đưa vào cơ sở chăm sóc, phụ nữ di cư và phụ nữ nghèo khó ở vùng nông thôn đều là đối tượng bị lạm dụng triệt sản (Roberts, 1991), cả trong quá khứ lẫn hiện tại. Ví dụ, năm 2015, một đơn khiếu nại đã được gửi tới Ủy ban Bình đẳng giới thay mặt cho 48 phụ nữ Nam Phi từng bị cưỡng bức hoặc cưỡng ép triệt sản tại các bệnh viện công. Tất cả đều là phụ nữ Da đen đang mang thai và hầu hết đều dương tính với HIV. Họ mô tả việc bị ép buộc phải ký vào giấy đồng ý cho phép triệt sản trong khi họ đang vô cùng đau đớn hoặc đang chuyển dạ. Ủy ban nhận thấy rằng các quyền của người khiếu nại về sự bình đẳng, không bị phân biệt đối xử, tôn trọng phẩm giá, toàn vẹn thân thể, tự do và an ninh đối với thân thể cũng như các tiêu chuẩn cao nhất có thể đạt được về sức khỏe, bao gồm các quyền và SKTD&SKSS, đã bị vi phạm (Ủy ban Bình đẳng giới, 2020). Trong một ví dụ khác, một báo cáo năm 2022 gửi Hội đồng Nhân quyền nhấn mạnh rằng cưỡng bức triệt sản là một thông lệ phổ biến trên toàn cầu (Đại hội đồng Liên Hợp Quốc, 2022).

CHUYÊN MỤC

Các nhà hoạt động cấp cơ sở nâng cao sự hiện hữu của phụ nữ bản địa bị mất tích và sát hại

Mặc dù mẹ của Carolyn DeFord đã mất tích từ năm 1999, nhưng phải đến năm 2011, chị mới biết được thuật ngữ mô tả nỗi đau buồn phức tạp mà chị đã cảm thấy kể từ ngày đó: sự mất mát mơ hồ.

DeFord, một người thuộc bộ lạc Puyallup ở bang Washington và là thành viên Hội đồng Quản trị của Hội Phụ nữ bản địa bị mất tích và bị sát hại tại Hoa Kỳ (MMIWUSA) cho biết: “Bạn bị mắc kẹt ở đó, không thể tiếp tục và luôn có điều thắc mắc trong lòng. Tôi đã tưởng tượng mọi thứ có thể xảy ra với mẹ tôi, theo mọi cách, hết lần này đến lần khác.”

Hàng nghìn người bản địa trên khắp Hoa Kỳ có người thân được thông báo mất tích hàng năm đều gặp tình trạng này. Tỷ lệ giết người với nạn nhân là phụ nữ bản địa châu Mỹ sống trong các khu vực dành riêng cho họ có thể cao gấp 10 lần mức trung bình cả nước (Viện Y tế Người da đỏ Đô thị, 2018), khiến giết người trở thành nguyên nhân gây tử vong cao thứ ba ở phụ nữ bản địa. Mặc dù số liệu thống kê rất rõ ràng nhưng vẫn có những khoảng trống lớn về dữ liệu, có nghĩa là số người bị ảnh hưởng có thể được ghi nhận thấp

hơn thực tế. Năm 2016, Trung tâm Thông tin Tội phạm Quốc gia báo cáo 5.712 trường hợp phụ nữ và trẻ em gái người Mỹ thổ dân và bản địa Alaska mất tích; trong cùng năm đó, Bộ Tư pháp Hoa Kỳ chỉ ghi nhận 116 trường hợp trong cơ sở dữ liệu về người mất tích.

Việc báo cáo không đầy đủ các trường hợp, phân loại sai về chủng tộc và sự phối hợp lỏng lẻo giữa cơ quan thực thi pháp luật và cộng đồng bản địa đều góp phần dẫn đến việc thiếu dữ liệu đáng tin cậy (Viện Y tế Người da đỏ Đô thị, 2018). Một trang web tư pháp đã làm vấn đề trở nên trầm trọng thêm. Năm 1978, Tòa án Tối cao Hoa Kỳ ra phán quyết rằng các bộ lạc không còn được phép truy tố những người phi bản địa nhưng phạm tội đối lại người bản địa trên vùng đất của bộ lạc đó. Do đó, khi một người bản địa bị bạo lực, danh tính bản địa hay không phải bản địa của nạn nhân và (những) thủ phạm, địa điểm gây án ở trong hay ngoài khu vực dành riêng cũng như tính chất và mức độ nghiêm trọng của hành vi, đều phải được xác định rõ trước khi quyết định cơ quan nào sẽ xử lý vụ việc. Nhiều người tin rằng thủ phạm có thể lợi dụng sự hỗn

loạn để nhắm vào phụ nữ và trẻ em gái bản địa. “Chúng tôi cần có quyền tài phán đối với những tội ác xảy ra trên lãnh thổ của chúng tôi. Chúng tôi là những quốc gia nhỏ trong một quốc gia lớn, các quốc gia có chủ quyền trong một quốc gia chung và chúng tôi hầu như không có khả năng bảo vệ người dân của mình,” chị DeFord nói.

Gia đình của những người mất tích và những người ủng hộ người bản địa cho biết ngay cả khi các cuộc điều tra được tiến hành, họ vẫn không có được sự nghiêm túc mà họ xứng đáng được nhận. Chị DeFord nói: “Có cảm giác như mọi người đang tìm cách đùn đẩy trách nhiệm để không ai phải nhúng tay vào. Có thể thực tế không phải vậy, nhưng nó khiến chúng tôi cảm thấy như vậy.”

Năm 2013, việc tái thông qua Đạo luật Chống bạo lực đối với phụ nữ (VAWA) đã khôi phục quyền tài phán hình sự của các bộ lạc đối với những cá nhân không phải là người bản địa phạm tội bạo lực gia đình trên đất của bộ lạc. Lần tái phê duyệt gần đây nhất, vào năm 2022, đã mở rộng danh sách các tội danh bị truy tố bao gồm bạo lực tình dục, buôn bán

tình dục và rình rập, cùng những tội danh khác. Luhui Whitebear, giáo sư Nghiên cứu Bản địa tại Đại học Bang Oregon, đồng thời là thành viên Hội đồng Quản trị của MMIWUSA, cho biết các bộ lạc hiện có quyền tiếp cận một loạt công cụ mới để bảo vệ cộng đồng của họ khỏi bị tổn hại. Tuy nhiên, bà nói, cải cách pháp lý mới chỉ tiến xa được đến đây. “Mọi người sẽ nghĩ ‘Tuyệt, chúng ta đã làm được rồi!’. Nhưng không phải lúc nào câu chuyện cũng kết thúc ở đó.”

GS. Whitebear chỉ ra rằng việc tái thông qua đạo luật VAWA năm 2022 không bao phủ tất cả các quốc gia bộ lạc mà chỉ dành cho những bộ lạc được liên bang công nhận. Điều này có nghĩa là các quốc gia như bộ lạc của GS. Whitebear, Bộ lạc ven biển của Quốc gia Chumash, không nằm trong phạm vi điều chỉnh của đạo luật này. Ngoài ra còn có vấn đề về nguồn lực, trong đó các bộ lạc hiếm khi được tiếp cận đủ nguồn tài chính hoặc được tập huấn, đào tạo để có thể tiến hành các cuộc điều tra kỹ lưỡng.

Các tổ chức cấp cơ sở như MMIWUSA đang vào cuộc để giúp đỡ. Thông thường, những gì các gia đình cần nhất khi người thân mất tích là những thứ cơ bản – vé máy bay, nhân lực tại chỗ để tìm kiếm người thân, hay tiền để thuê người trông những đứa trẻ có cha mẹ đã mất tích. “Tôi thực sự biết ơn vì có những người đang dành rất nhiều thời gian để tìm kiếm người mất tích, và làm tờ rơi tìm người mất tích, bởi vì đôi khi các gia đình có người mất tích phải lựa chọn ‘Nên ăn tối hay đi tìm người



Carolyn DeFord, có mẹ bị mất tích năm 1999, đang cùng với MMIWUSA vận động cho quyền và phúc lợi của phụ nữ và trẻ em gái bản địa ở Hoa Kỳ. Hình ảnh: Carolyn DeFord cung cấp.

thân mất tích? Bởi vì tôi không được hỗ trợ khi tìm người thân.’ Và vì vậy, việc các tổ chức có thể hỗ trợ nguồn lực cho những cuộc tìm kiếm là rất quan trọng,” Giáo sư Whitebear nói.

Một việc thiết yếu khác là chấm dứt định kiến với người bản địa và cộng đồng bản địa. GS. Whitebear cho biết: “Việc loại bỏ hành vi khai thác thân thể con người, không coi chúng tôi như đồ bỏ đi sẽ giúp ích rất nhiều. Tôi muốn nói rằng nếu muốn chấm dứt bạo lực đối với phụ nữ bản địa thì phải coi đây là vấn đề không chỉ của riêng bản địa. Đây là vấn đề của tất cả mọi người.”

Đối với DeFord, trong những năm sau khi mẹ cô mất tích, cô đã học cách chấp nhận nỗi đau buồn của mình và biến nó thành động lực giúp đỡ những gia đình đang gặp khó khăn khác đi tìm câu trả lời: “Tôi có cảm

giác được chữa lành khi chia sẻ câu chuyện của mình, dùng kinh nghiệm của mình để giúp đỡ những người khác, giống như những người ủng hộ khác đang giúp đỡ tôi,” cô nói. “Có thể thực hiện một số công việc để các gia đình có thể tự chăm sóc bản thân và ở nơi mà họ cảm thấy mình hữu dụng nhất - điều đó rất hữu ích, thực sự có thể cảm nhận sự đau thương, khủng khiếp này không phải là vô nghĩa. Nếu tôi có thể dùng nó để giúp đỡ người khác, tôi cảm thấy ít nhất nó cũng có ý nghĩa.”

Những người ủng hộ tại địa phương cũng đang giúp xây dựng lại luật pháp. DeFord nói: “Một số đạo luật đầu tiên trong nước đã được thông qua ở đây, và đó là nhờ tiếng nói của người dân, nhờ các gia đình đến làm chứng và chia sẻ câu chuyện, những nỗi thất vọng cũng như những gì họ cần.”

Tàn dư của thông tin sai lệch

Tuy đã có những tiến bộ trong y học và trong các hiệp định quốc tế về quyền con người, nhưng những thông tin sai lệch và giả định sai lầm vẫn còn phổ biến, ăn sâu không chỉ vào các chuẩn mực xã hội và luật pháp quốc gia, mà còn cả trong hệ thống y tế và giáo dục. Kết quả là, những quan niệm sai lầm này tiếp tục gây hại. Nhiều quan niệm sai lầm trong số này dựa trên hiểu biết quá đơn giản về sự phát triển giới tính của con người. Khi sự phát triển giới tính, các đặc điểm và bản dạng giới được cho là phải theo một lộ trình tiêu chuẩn duy nhất, đa dạng tự nhiên trong trải nghiệm của con người có thể bị coi là sai hay rối loạn, và những người không tuân theo kỳ vọng có thể bị bỏ rơi hoặc thậm chí bị tổn hại bởi các chính sách và các thông lệ.

Lấy một ví dụ, kỳ kinh nguyệt đầu tiên - thời điểm bắt đầu hành kinh - từng được nhiều người cho là một dấu hiệu sinh học không thể chối cãi về việc một cô gái đã sẵn sàng mang thai. Khả năng có kinh nguyệt được coi là đại diện cho khả năng sinh sản và sinh con. Khả năng kết hôn của một cô gái có thể được xác định về mặt xã hội hoặc pháp lý thông qua việc cô ấy có kinh nguyệt hay không. Gần đây nhất là vào những năm 1970, một cuốn giáo trình về phụ khoa được sử dụng rộng rãi trên thế giới đã dạy rằng kinh nguyệt là “tiếng khóc của một tử cung bị thất vọng” (Jeffcoate, 1975), ngụ ý rằng kinh nguyệt báo hiệu người phụ nữ đó chưa có mang.

Các quan điểm về kinh nguyệt phát triển theo thời gian và các quan điểm đương đại công nhận hiểu biết toàn diện hơn về sự trưởng thành về thể chất và cảm xúc. Ngày nay, chúng ta biết rằng nhiều trường hợp có kinh nguyệt sớm không đi kèm với việc rụng trứng và do đó, kinh nguyệt

không nhất thiết là dấu hiệu cho thấy có thể mang thai (Carlson và Shaw, 2019). Tuổi có kinh cũng thay đổi dựa trên các yếu tố như di truyền, tình trạng dinh dưỡng và mức độ tiếp xúc với các chất ô nhiễm môi trường (Forman và cộng sự, 2013), và sự trưởng thành về tinh thần và tâm lý diễn ra trong nhiều năm - thậm chí là một thập kỷ - sau độ tuổi có kinh nguyệt trung bình (Arain và cộng sự, 2013). Chúng ta đã biết mang thai và làm mẹ ở giai đoạn đầu của tuổi vị thành niên gây ra những rủi ro về sức khỏe tâm thần và sinh lý, có thể đe dọa tính mạng.

Tuy nhiên, thay vì dạy rằng kinh nguyệt là một trong nhiều yếu tố trong quá trình phát triển khả năng sinh sản, người ta tiếp tục dạy rằng đó là một dấu hiệu cho thấy thân thể của người đó đã “sẵn sàng” cho việc mang thai. Sự đơn giản hóa quá mức này có thể cổ xúy những niềm tin không đúng đắn, chẳng hạn như quan niệm cho rằng thanh thiếu niên nhỏ tuổi không cần phải học về kinh nguyệt hoặc rằng thanh thiếu niên đang mang thai đều đã sẵn sàng về mặt sinh lý để sinh con.

Một sự đơn giản hóa quá mức khác liên quan đến chủ nghĩa bản chất giới - quan niệm lỗi thời cho rằng nam giới và phụ nữ khác biệt về mặt sinh học, sinh lý và năng lực bẩm sinh, và rằng những khác biệt này là không thể thay đổi (Meyer và Gelman, 2016). Các nhà nghiên cứu ở nhiều lĩnh vực khác nhau đã bác bỏ quan điểm này: “Bằng chứng bao gồm các phát hiện về khoa học thần kinh bác bỏ tính lưỡng hình giới tính”, tức là sự tồn tại của hai phạm trù giới tính riêng biệt và cố định, “gợi ý rằng xu hướng xem giới/giới tính là một phạm trù nhị nguyên có ý nghĩa là do văn hóa quyết định và có thể thay đổi được” (Hyde và cộng sự, 2019).

Thực tế phức tạp hơn nhiều, về cả giới tính và giới, những thuật ngữ thường được gộp chung

nhưng lại mang những ý nghĩa khác nhau. Giới tính đề cập đến các đặc điểm sinh học và sinh lý của nam và nữ, chẳng hạn như nhiễm sắc thể, hormone và cơ quan sinh sản, thường được coi là chỉ có hai loại. Tuy nhiên, các nghiên cứu ước tính rằng khoảng 2% số người thực sự có các biến thể liên giới tính (với một vài số liệu cao tới 4% [Jones, 2018]), nghĩa là họ có đặc điểm giải phẫu, nhiễm sắc thể, hormone hoặc các đặc điểm thể chất khác không hoàn toàn nằm trong phạm vi chỉ có nam hoặc nữ đó. Mặt khác, giới là những đặc điểm được xã hội xây dựng về phụ

nữ, nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai, và quá trình tuân thủ những kỳ vọng xã hội này thông qua các chuẩn mực, hành vi, vai trò và các phương tiện khác (WHO, n.d.). Giới cũng thách thức quan điểm cho rằng thế giới chỉ có nam và nữ - các cộng đồng từ nhiều quốc gia trên toàn cầu (bao gồm Argentina, Úc, Bangladesh, Canada, Fiji, Ấn Độ, Mexico, Nepal, New Zealand, Pakistan, Philippines, Samoa, Thái Lan, Tonga và Hoa Kỳ) công nhận các bản dạng giới không tương ứng với cách phân loại nam/nữ (OHCHR, 2023a).

Khí kỳ vọng về giới tính là mục tiêu luôn thay đổi

Trong khi nhiều người sinh ra với các đặc điểm giới tính không thuộc một trong hai giới, bị hệ thống pháp lý, xã hội và y tế ép buộc phải tuân theo một trong hai giới tính, thì ngay cả những người thực sự thuộc về một trong hai giới tính cũng bị đối mặt với sự soi mói, kỳ thị và loại trừ vì không thể hiện đủ các chuẩn mực của giới tính đó.

Vận động viên ưu tú người Nam Phi, Caster Semenya, được xác định là nữ khi lúc được sinh ra và sau đó liên tục được xác định là nữ, nhưng tính nữ của cô đã nhiều lần bị các đối thủ và tổ chức thể thao nghi ngờ - đây là một tình huống phổ biến đối với các vận động viên nữ được cho là quá nam tính. Cô Semenya bị ép phải thực hiện các phương pháp điều trị bằng hormone để “chỉnh sửa” cơ thể tự nhiên của mình. Cô đã tiếp tục giành chiến thắng trong các cuộc đua trong khi điều trị bằng hormone, nhưng thực sự cảm thấy mệt mỏi, chán chường vì vậy, cô đã phải thốt lên: “Tôi đã chạy trong một thân thể không phải của mình” (Semenya, 2023). Cô cũng đã nhiều lần bị xâm phạm kiểm tra giới tính, đây chính là hình thức vi phạm một loạt các quyền cơ bản được quốc tế bảo vệ. Tòa án Nhân quyền Châu Âu gần đây đã ra phán quyết rằng quyền không bị phân biệt đối xử và đời sống riêng tư của cô đã bị vi phạm (Tòa án Nhân quyền Châu Âu, 2023), tuy nhiên, cô vẫn bị cơ quan quản lý Điền kinh Thế giới cấm tham gia các sự kiện thể thao (Reid và Worden, 2023). Và cô ấy chỉ là một trong số những nữ vận động viên chạy bộ đẳng cấp thế giới (nhiều người đến từ các nước đang phát triển) bị cấm thi đấu, bị áp lực phải phẫu thuật và/hoặc bị kiểm tra bộ phận sinh dục, chỉ vì những đặc điểm giới tính tự nhiên của họ bị các nhà chức trách giới thể thao cho là không thể chấp nhận được (Longman, 2024).

Việc thừa nhận sự tồn tại của đa dạng giới, hoặc ghi nhận sự phổ biến của các đặc điểm giới tính không phân dạng không hề mang tính chính trị hay ý thức hệ. Sự phức tạp này không đòi hỏi phải xóa bỏ các danh mục “nam” và “nữ”. Thật vậy, để thế giới cùng nhau đạt được mục tiêu bình đẳng giới, cần phải xác định những tác hại chủ yếu liên quan đến nam giới và trẻ em trai hoặc phụ nữ và trẻ em gái. Bên cạnh đó, tác hại đối với những người không thuộc giới tính nam hay nữ cũng cần phải được xác định một cách rõ ràng, nếu không những tác hại này sẽ tiếp tục tồn tại - và chúng rất nghiêm trọng. Văn phòng Cao ủy Nhân quyền lưu ý rằng những người liên giới tính có thể là nạn nhân của việc giết hại trẻ sơ sinh; can thiệp y tế cưỡng bức và ép buộc; bị phân biệt đối xử trong giáo dục, thể thao, việc làm và các dịch vụ khác; và thiếu khả năng tiếp cận công lý và sự công nhận của pháp luật (OHCHR, n.d.a). Những người có xu hướng tính dục và biểu hiện giới đa dạng, bao gồm người đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính và chuyển giới, cũng phải đối mặt với sự phân biệt đối xử và bạo lực, trong đó có cả bạo lực được các quốc gia hợp pháp hóa và thực thi (OHCHR, n.d.b). Việc không công nhận đa dạng giới tính - như phủ nhận sự tồn tại của đa dạng giới tính và từ chối thu thập dữ liệu về các nhóm tính dục thiểu số - sẽ không và không thể xóa bỏ hiện thực tàn khốc này đối với nhóm đối tượng bị loại trừ.

Thông tin sai lệch về sự khác biệt trong giải phẫu dựa trên yếu tố chủng tộc cũng vẫn bám rễ sâu trong các hệ thống giáo dục, bao gồm cả hệ thống giáo dục y tế. Ví dụ, nhiều giáo trình về hệ sinh và sản khoa hiện đại tiếp tục sử dụng cách phân loại hình dạng khung chậu do W.E. Caldwell và H.C. Moloy đề xuất vào năm 1938, những Bác sĩ này cho rằng một số hình dạng khung chậu là chỉ “siêu nhân” mới có - tiêu chuẩn được công nhận cho sự phát triển của con người - trong khi những hình

dạng khác đại diện cho “sự ngừng tiến hóa từ dạng vượt”. Ngày nay, các nhà nghiên cứu cho rằng: “Có bằng chứng rõ ràng cho thấy hình dạng của đường sinh sản rất khác nhau và sự khác nhau tồn tại giữa các nhóm người và trong nội tại mỗi nhóm người; việc sử dụng một hình dạng làm hình mẫu cho tất cả phụ nữ là không có cơ sở thực nghiệm, không chính xác với thực tế và có khả năng gây nguy hiểm, đặc biệt là đối với phụ nữ có nguồn gốc không phải người châu Âu” (Betti, 2021).

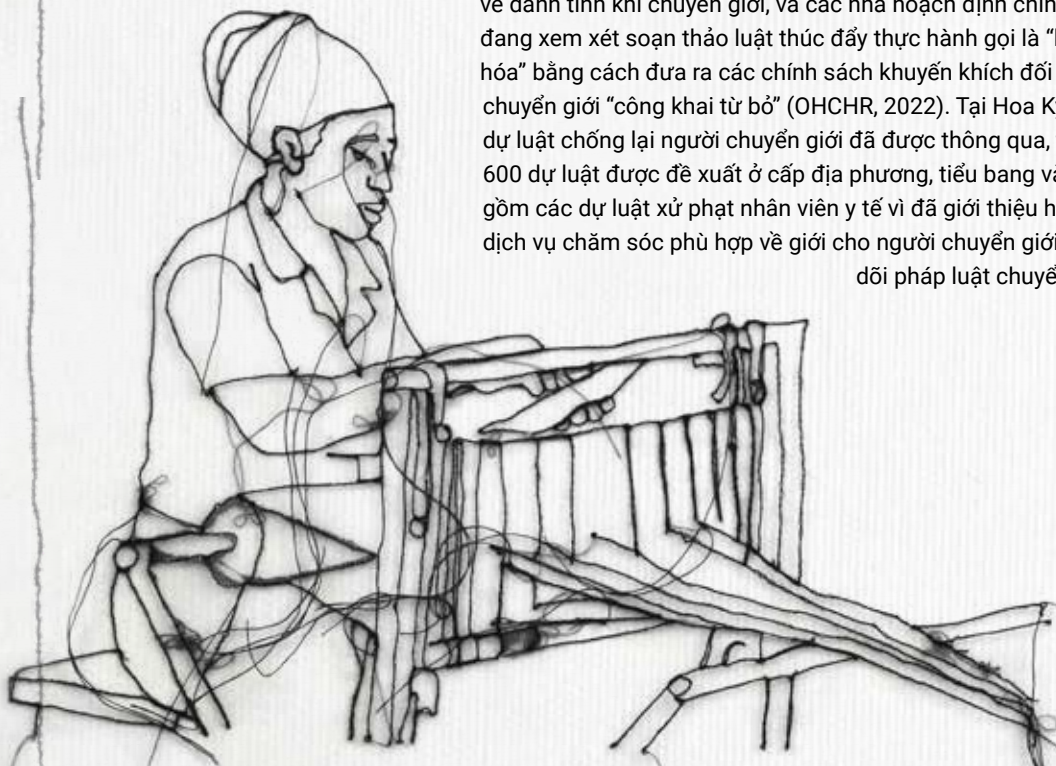
Những quan niệm sai lầm tương tự ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thuốc giảm đau và các dịch vụ chăm sóc khác. Một nghiên cứu từ năm 2016 tại Hoa Kỳ cho thấy khoảng một nửa số sinh viên y khoa và Bác sĩ nội trú tham gia khảo sát tán thành ít nhất một quan niệm sai lầm về sự khác biệt sinh học giữa Người da đen và người da trắng, chẳng hạn như Người da đen có đầu dây thần kinh ít nhạy cảm hơn, da dày hơn hoặc khả năng sinh sản cao hơn (Hoffman và cộng sự, 2016).

Một ví dụ cuối cùng nữa là sự lan tràn những quan niệm sai lầm về lịch sử, gây ra những hậu quả liên tục đối với việc tiếp cận các dịch vụ có thể thúc đẩy quyền tự chủ thân thể cũng như SKTD&SKSS. Ví dụ, nhiều câu chuyện phổ biến cho rằng việc thúc đẩy quyền tình dục và quyền phá thai trên phạm vi toàn cầu là do ảnh hưởng của phương Tây (OHCHR, 2023a). Trên thực tế, rất nhiều bằng chứng chỉ ra rằng chế độ thuộc địa đã ban hành và thực thi các chuẩn mực, luật pháp kỳ thị người đồng tính cũng như hạn chế quyền tự chủ về thân thể của phụ nữ (xem trang 60). Thông thường, những chuẩn mực và luật lệ này vẫn có hiệu lực sau khi các quốc gia giành được độc lập, thoát khỏi sự kiểm soát của thực dân, ngay cả trong trường hợp các nền văn hóa thời tiền thuộc địa tương đối cởi mở với sự đa dạng trong biểu hiện giới và xu hướng tính dục.

Những hiểu biết mới được đưa vào hệ thống y tế

Các chuyên gia y tế hiện nay nói chung đã thừa nhận rằng việc lần đầu có kinh nguyệt không phải là dấu hiệu xác định nữ giới, và những giả định mang tính phân biệt chủng tộc về cơn đau và xương chậu có thể gây tổn hại. Hệ thống y tế cũng ngày càng thừa nhận sự đa dạng về bản dạng giới, xu hướng tính dục và đặc điểm giới tính trong phạm vi phát triển bình thường của con người. Ví dụ, trong ba thập kỷ qua, nhiều đặc tính của các nhóm tính dục thiểu số từng được cho là bệnh lý đã được phân loại lại thành không phải bệnh lý hoặc cách khác là đã được đưa ra khỏi mã chẩn đoán. Đây không chỉ đơn thuần là nỗ lực nhằm thực hiện tốt hơn quyền con người; mà còn phản ánh “bằng chứng kém chất lượng và các cơ sở xã hội biện minh cho” những chẩn đoán ban đầu (Carpenter, 2018). Động thái này cũng phù hợp với những nỗ lực toàn cầu nhằm cải thiện sức khỏe cộng đồng nói chung thông qua việc xóa bỏ định kiến (UNAIDS, 2021) và thông qua nhận thức ngày càng tăng rằng các dịch vụ y tế phải được điều chỉnh cho phù hợp với các nhóm dân cư đa dạng hơn so với những gì đã được thừa nhận trước đây.

Tuy nhiên, một số quốc gia hiện vẫn đang xem xét các biện pháp quy định bệnh lý và can thiệp vào việc chăm sóc sức khỏe theo hướng khẳng định quyền. Năm 2021 ở Guatemala, một dự thảo luật, dù cuối cùng không được thông qua, đã tìm cách bảo vệ trẻ em khỏi “rối loạn” và “tổn thương” về danh tính khi chuyển giới, và các nhà hoạch định chính sách ở Ghana đang xem xét soạn thảo luật thúc đẩy thực hành gọi là “liệu pháp biến hóa” bằng cách đưa ra các chính sách khuyến khích đối với những người chuyển giới “công khai từ bỏ” (OHCHR, 2022). Tại Hoa Kỳ, năm 2023, 87 dự luật chống lại người chuyển giới đã được thông qua, trong số khoảng 600 dự luật được đề xuất ở cấp địa phương, tiểu bang và liên bang, bao gồm các dự luật xử phạt nhân viên y tế vì đã giới thiệu hoặc cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp về giới cho người chuyển giới (Công cụ theo dõi pháp luật chuyển giới, n.d.).



Cầu nối cho một tương lai tốt đẹp hơn

Việc dung hòa hệ thống y tế hiện đại với những tàn dư từ trước không nhất thiết phải gây đau đớn hay mang tính trừng phạt. Như lịch sử của Hội nghị ICPD cho thấy, chúng ta đã xây dựng một chương trình nghị sự chung được thống nhất trên toàn cầu nhằm đảm bảo bình đẳng giới, SKTD&SKSS và các quyền cho tất cả mọi người. Lợi ích của chương trình nghị sự này đối với mỗi cá nhân đó là việc thực hiện quyền con người, và đối với mỗi cộng đồng, xã hội, quốc gia và khu vực đó là các chuẩn mực cao hơn về sức khỏe và tiềm năng của con người được mở rộng. Để đạt được những mục tiêu đã thống nhất, rất cần phải có nỗ lực đồng bộ và có nguồn tài trợ đầy đủ, không phải để hạ bệ những người đã hưởng những tiến bộ mà để nâng đỡ những người chưa tiếp cận được thành quả đó.

Không cần phải bàn cãi khi nói rằng các tiến bộ y tế và xã hội đã được tạo ra nhờ vãn nạn ngược đãi trước đây từng có trong hệ thống y tế, từ việc phát minh ra các công cụ như mô vệt Sims cho đến động cơ ưu sinh mà cuối cùng đã góp phần mở rộng khả năng tiếp cận các biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Và không thể tranh cãi khi thừa nhận rằng thế hệ sau của những người đã bị ngược đãi lại tiếp tục bị hạn chế tiếp cận với các dịch vụ, công nghệ và quyền.

Quả thực, điều cấp bách là chúng ta phải rút kinh nghiệm từ những sai lầm trong quá khứ. Các công nghệ chăm sóc SKSS tiếp tục phát triển nhanh chóng, tạo cơ hội tăng cường lợi ích cho cá nhân nhưng cũng đồng thời kéo dài tình trạng lạm dụng (UNFPA, 2024b). Ví dụ, các công cụ chẩn đoán có giá trị như xét nghiệm tiền sản thường bị sử dụng sai mục đích để lựa chọn giới tính trên cơ sở định

kiến giới. Người sử dụng các công nghệ số mới đã làm cho những dữ liệu có tính chất rất riêng tư bị truy cập mà thường không hay biết. Và tương lai sẽ có các phương pháp chẩn đoán được hỗ trợ bằng trí tuệ nhân tạo, chuyển giao tế bào chất có thể tạo ra phôi với ba bố mẹ, quá trình tạo giao tử trong ống nghiệm có thể tạo ra tế bào tinh trùng hoặc trứng từ các tế bào phi sinh sản – những đối mới có thể làm thay đổi bản chất của sinh sản, cấu trúc giới tính và gia đình – cùng nhiều tiến bộ khác. Khả năng gây tổn hại nghiêm trọng, bao gồm các vấn đề về an toàn và quyền riêng tư của bệnh nhân cũng như “những lo ngại về đạo đức và quyền con người đối với việc thương mại hóa quá trình sinh sản của con người”, luôn tồn tại bên cạnh những lợi ích tích cực đáng kể (UNFPA, 2024). Mặc dù những công nghệ này có thể bị khai thác để ngược đãi hoặc loại trừ các nhóm đối tượng chịu thiệt thòi, nhưng chúng cũng có thể là công cụ để hòa nhập và nâng quyền, chẳng hạn như bằng cách mở rộng các dịch vụ SKTD&SKSS có chất lượng cho những người hiện không thể tiếp cận được và thông qua tạo điều kiện cho những người đa dạng giới và những người không được tiếp cận dịch vụ điều trị vô sinh (Perritt và Eugene, 2022) giúp tạo dựng gia đình mà họ mong muốn.

Các phong trào trên khắp thế giới đang giúp chúng ta giải quyết những vãn nạn trong quá khứ, những nỗ lực có thể - và nên làm- giúp chúng ta có tầm nhìn về tương lai. Các nhà tài trợ trên toàn cầu đang hướng tới một số cộng đồng bị bỏ rơi nghiêm trọng nhất để đầu tư vào các sáng kiến hộ sinh, bình đẳng giới và giáo dục giới tính toàn diện (xem trang 108). Tăng cường tính hòa nhập, bao trùm trong y học và nghiên cứu đang nâng cao chất lượng kiến thức của con người. Ngày nay, chúng ta hiểu rõ hơn nhiều về sự đa dạng trong biểu hiện giới, các chuẩn mực giới khác nhau trong từng quốc gia và giữa các quốc gia, cũng như tính phức tạp và đa dạng đối với các đặc điểm giới. Chúng ta hiểu

rõ hơn nhiều về việc phụ nữ da màu, phụ nữ bản địa và phụ nữ ở miền Nam bán cầu đã bị gạt ra khỏi phần lớn những tiến bộ đạt được về SKTD&SKSS và các quyền như thế nào.

Nội dung của báo cáo về các rào cản đối với việc chăm sóc sức khỏe - do chính phụ nữ chia sẻ (như ở trang 28), cho thấy tiến bộ thực sự có thể đạt được, mặc dù nhìn chung, những người đối mặt với nhiều rào cản trong chăm sóc sức khỏe là những người được hưởng lợi ít nhất, nhưng chí ít, họ cũng đã được hưởng thành

quả tiến bộ. Ở một số quốc gia, những cải thiện đáng kể việc tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là ở các nhóm dân tộc – là những người trước đây đã phải trải qua những rào cản ở mức xấu nhất khi họ tự báo cáo về các rào cản chăm sóc – những dấu hiệu đáng khích lệ này cho thấy rằng tiến bộ thực sự có thể được đẩy mạnh. Và mặc dù cần nhiều bằng chứng hơn để thiết kế chính sách và chương trình có thể tiếp cận được tất cả mọi người (xem Chương 3), nhu cầu hiểu biết rõ ràng về bất bình đẳng và khả năng đạt được công lý một cách thực thụ giờ đây lớn hơn bao giờ hết.



Bilums là túi có quai đeo được sử dụng ở Papua New Guinea. Người ta sử dụng chúng như những chiếc địu em bé - "bilum" dịch là "tử cung" trong ngôn ngữ Tok Pisin - và để vận chuyển hàng hóa ra chợ cũng như dùng trong các nghi thức tang lễ của những thành viên có tiếng trong cộng đồng. Bằng cách này, bilum đã đồng hành cùng nhiều người dân Papua New Guinea trong suốt cuộc đời. Mẫu này được thiết kế hình da lợn, thể hiện cuộc đấu tranh của phụ nữ để được nhìn thấy, được lắng nghe và được tôn trọng.
© UNFPA Papua New Guinea/ PidginProductions

Phí thực dân hóa các chuẩn mực về giới và giới tính

Tháng 7 năm 2023, Tổng thư ký Liên Hợp Quốc đã công bố một báo cáo thu hút sự chú ý của công chúng đến vai trò của chủ nghĩa thực dân trong việc duy trì bạo lực và phân biệt đối xử đối với những nhóm dân cư đa dạng giới tính (OHCHR, 2023a). Báo cáo của Chuyên gia độc lập về bảo vệ khỏi bạo lực và phân biệt đối xử dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới được xây dựng trên cơ sở hàng trăm cuộc gặp gỡ, chuyển thăm và trao đổi với các tổ chức Nhà nước và ngoài Nhà nước trên khắp thế giới. Bằng chứng tổng hợp cho thấy các chiến lược cụ thể nhằm kiểm soát người dân thuộc địa - được sử dụng bởi các thế lực thực dân khác nhau - đã dẫn đến sự kỳ thị, hình sự hóa và bệnh lý hóa sự hấp dẫn đồng giới, danh tính người chuyển giới và các hình thức thể hiện giới đa dạng khác.

Sự đa dạng thời tiền thuộc địa

Từ người bảo vệ tinh thần - “*babaylan*” trong cộng đồng bản địa Philippines, đến những *ogbanje* ở Nigeria, sự đa dạng về xu hướng tính dục và bản dạng giới đã tồn tại ở khắp mọi nơi trong suốt chiều dài lịch sử. Những cá nhân thể hiện bản sắc giới đa dạng được yêu mến và tôn trọng ở nhiều xã hội, chẳng hạn như “những người có hai linh hồn” ở Bắc Mỹ, *bonju* ở châu Âu, *muxes* ở Mexico, *hijra* ở Ấn Độ và Bangladesh, *takatāpui* ở New Zealand và các “chị em” trong nhóm người thổ dân và cư dân đảo Torres Strait ở Australia.

Quả thực, ý nghĩa xã hội gắn liền với đặc điểm giới tính cũng đa dạng như các nền văn hóa trên thế giới. Các cấu trúc xã hội gia trưởng và chuẩn mực dị tính chắc chắn đã tồn tại ở nhiều xã hội thời tiền thuộc địa, nhưng cũng có nhiều bằng chứng về sự khác biệt giới tính được bình thường hóa ở những xã hội khác. Một số cộng đồng thậm chí còn dành vai trò riêng cho những người có đặc điểm giới và giới tính đa dạng, bao gồm các vị trí như cố vấn, chỉ huy quân sự, thành viên triều đình/hoàng gia, thầy lang và người gìn giữ các tập quán truyền thống.

Chiến lược kiểm soát thuộc địa

Mặc dù các dự án liên quan đến thuộc địa gần đây không đưa thêm chuẩn mực giới khác, nhưng vẫn áp đặt một cách có hệ thống quan điểm chỉ có hai giới thông qua luật pháp và thực tiễn, gây ảnh hưởng đến người dân thuộc địa qua nhiều thế kỷ chịu sự kiểm soát. Các chiến lược cai trị thuộc địa bao gồm việc đưa người dân thuộc địa vào các tổ chức tôn giáo, hình sự hóa việc không tuân theo nguyên tắc về giới tính và giới, cũng như việc thực thi các hệ thống phân cấp xã hội cứng nhắc.

Những lời biện minh cả về tôn giáo lẫn thể tục đều được đưa ra cho các quy tắc đạo đức được thực thi bởi các cường quốc thực dân. Ví dụ như “*pecado nefando*”, hay tội “tội lỗi bất chính”, được áp dụng bởi các tòa án

xét xử Bồ Đào Nha và Tây Ban Nha; Luật pháp của Pháp hình sự hóa “các hành vi dâm dục hoặc trái tự nhiên”, nhằm mục đích rèn luyện đạo đức Cơ đốc cho những người thuộc địa; và luật thuộc địa của Anh trừng phạt “hành vi không đứng đắn” giữa hai người đàn ông. Các luật khác bao gồm “sự gian dâm”, “sự gian dối”, “kiến thức xác thịt đi ngược lại trật tự tự nhiên”, cũng như các hành vi phạm tội như “không đứng đắn nơi công cộng” và “khuyến khích hành vi đồi trụy”. Ngoài ra còn có “luật sống lang thang” không trực tiếp hạn chế hành vi tình dục hoặc phân biệt giới tính, nhưng có tác động đáng kể đến những người sống trong cảnh nghèo đói, nhóm giới tính và giới thiểu số cũng như những người khuyết tật.

Đáng chú ý là các luật giống hoặc gần giống như vậy đã được áp dụng trong xã hội của các cường quốc thuộc địa. Chẳng hạn, những khoảnh khắc “hoảng loạn tình dục” hay “hoảng loạn đạo đức” đã diễn ra ở các nước châu Âu, trong đó chính phủ, cơ quan y tế và các phương tiện truyền thông chính thống xác định những nhóm không tuân theo các thực hành tình dục “đúng đắn” là những kẻ lệch lạc; việc thực thi các luật này trong các thuộc địa có liên quan đến nhận thức của các nhà hoạch định chính sách - thường dựa trên báo cáo của các nhà thám hiểm - rằng quan hệ đồng giới đã lan rộng khắp thế giới thuộc địa (HRW, 2008).

Mặc dù luật pháp là phương tiện thực thi chính nhưng nó cũng tạo cơ sở cho các hệ thống xã hội hóa phức tạp bao gồm cảnh sát, y tế, văn học và giáo dục. Ví dụ, hành vi tình dục của Người da đen được coi là “trần lan và vô độ, do đó cần có quy định kiểm soát” (Westman, 2023). Thật vậy, trong môi trường thuộc địa, khả năng phát triển phụ thuộc rất nhiều vào năng lực hòa nhập của một người vào các phong tục của người da trắng, cũng như tập tục gia trưởng và dị tính.

Tác động lâu dài

Luật pháp và chuẩn mực thuộc địa đã có tác động vượt xa các thuộc địa hiện tại và trước đây. Năm 1908, Thái Lan – nơi chưa bao giờ là thuộc địa của châu Âu – đã áp dụng ngôn ngữ từ bộ luật hình sự của Ấn Độ để cấm các hành vi “đi ngược lại bản chất con người”. Trong một số trường hợp, động lực từ thuộc địa ảnh hưởng đến quá trình cải cách luật pháp và chính sách ngay cả trong bối cảnh hậu thuộc địa. Ví dụ, Cameroon và Senegal đều là thuộc địa cũ của Pháp, đều đã hình sự hóa quan hệ đồng giới sau khi giành được độc lập vào năm 1960.

Ngày nay, 64 quốc gia vẫn hình sự hóa các hành vi đồng giới có sự đồng thuận đôi bên, trong đó thường đề cập rõ ràng đến sự thân mật tình dục giữa nam giới; 41 quốc gia hình sự hóa quan hệ tình dục đồng giới nữ; và 20 quốc gia hình sự hóa và/hoặc ngược đãi người chuyển giới một cách rõ ràng thông qua các luật nhằm vào việc “mặc quần áo khác giới”, “mạo danh” và “ngụy trang”. Và mặc dù nhiều khung pháp lý chống lại LGBTQIA+ trên thế giới đều

bắt nguồn từ luật và các tập tục xã hội thuộc địa, ngày nay, việc ủng hộ quyền con người của những người LGBTQIA+ lại thường được miêu tả là thực dân hoặc như một chương trình của phương Tây (OHCHR, 2023a).

Một bước quan trọng để hiện thực hóa quyền của tất cả mọi người, với mọi sự đa dạng, là bác bỏ quan điểm cho rằng phương Tây hay các nước Bắc bán cầu là hình mẫu của sự tiến bộ tất yếu, đồng thời coi phương Đông hay các nước Nam bán cầu là lạc hậu. Chính sự tồn tại dai dẳng của các khuôn khổ pháp lý và chuẩn mực xã hội từ thời thuộc địa, kế thừa từ phương Tây và Bắc bán cầu, đã tiếp tục hạn chế quyền con người - đã được quốc tế công nhận - của những người LGBTQIA+, đặc biệt là những người sống ở phương Đông hay Nam bán cầu.

Định hướng nghiên cứu tiếp theo

Bản tóm tắt Báo cáo của Chuyên gia Độc lập ở trên nhất thiết phải loại trừ tác động của luật pháp và chuẩn mực thuộc địa đối với các khía cạnh SKTD&SKSS ra ngoài sự đa dạng về giới tính và giới. Tuy nhiên, những phát hiện này đặt ra câu hỏi quan trọng liên quan đến tàn dư của chủ nghĩa thực dân đối với bình đẳng giới cũng như SKTD&SKSS và các quyền.

Ví dụ, có bằng chứng cho thấy việc phá thai đã được thực hiện ở nhiều cộng đồng thời tiền thuộc địa, nhưng bị luật pháp thời thuộc địa nghiêm cấm (OHCHR, 2021b; Malvern và Macleod, 2018). Trên thực tế, các cường quốc thực dân châu Âu được coi là “nguồn quan trọng nhất” sản sinh ra luật hạn

chế phá thai; những luật này đã được thông qua ở hầu hết mọi quốc gia trên thế giới vào cuối thế kỷ 19 (Berer, 2017). Tương tự, các luật về khiêu dâm, hành vi trụy lạc và không đứng đắn - đa phần xuất hiện từ thời thuộc địa châu Âu - đã được áp dụng rộng rãi để cấm truyền bá thông tin về kế hoạch hóa gia đình trong khoảng thời gian từ đầu đến giữa thế kỷ 20 (Stepan và Kellogg, 1974). Những hệ quả này cùng những hậu quả khác của chủ nghĩa thực dân đối với SKSS và các quyền của phụ nữ đáng được nghiên cứu sâu hơn, đặc biệt là trong bối cảnh tình trạng vi phạm SKSS và các quyền vẫn tồn tại trên khắp thế giới.

Văn bản này được đóng góp bởi Victor Madrigal-Borloz, nguyên Chuyên gia Độc lập của Liên Hợp Quốc từ năm 2018 đến năm 2023 về bảo vệ khỏi bạo lực và phân biệt đối xử trên cơ sở xu hướng tính dục và bản dạng giới.



ĐẾM TỪNG MỖI KHÂU



Hội nghị ICPD năm 1994 và Chương trình Hành động sau đó không chỉ thể hiện thời điểm đạt được sự đồng thuận cao về giá trị của phổ cập SKSS&TD và các quyền sinh sản (Brown và cộng sự, 2019; Sen và cộng sự, 2019; Corrêa và cộng sự, 2015), mà còn là lời kêu gọi mạnh mẽ về việc thu thập dữ liệu tốt hơn và minh bạch hơn – đóng góp cho các tiêu chuẩn toàn cầu hiếm khi được công nhận. Trên thực tế, toàn bộ một chương trong Chương trình Hành động, Chương XII (UNFPA, 1994), được dành để nói về nhu cầu đối với “dữ liệu có giá trị, đáng tin cậy, kịp thời, phù hợp về mặt văn hóa, có thể so sánh được trên phạm vi quốc tế”, trong đó bao gồm cả “thông tin cụ thể về giới và dân tộc”. Chương trình Hành động cũng kêu gọi việc nghiên cứu quan điểm của những nhóm người ít được trao quyền và những người ở các môi trường văn hóa khác nhau.

Lời kêu gọi thu thập dữ liệu này diễn ra vào thời điểm mà người ta thực sự biết rất ít về SKTD&SKSS của nam và nữ cũng như việc thực hiện các quyền của họ. Ví dụ, dữ liệu đáng tin cậy về tử vong mẹ – và trong hầu hết các trường hợp là bất kỳ dữ liệu nào – ở đại đa số các quốc gia đều không tồn tại trong những năm 1990 (WHO và cộng sự, 2001). Vào thời điểm tổ chức Hội nghị ICPD, các ước tính về tử vong mẹ cập nhật nhất của WHO (được thực hiện từ hơn nửa thập kỷ trước) còn rất sơ sài do nhiều dữ liệu cấp quốc gia quá khó xử lý với các mẫu không mang tính đại diện và các vấn đề về không ghi nhận đủ thông tin (WHO, 1991). Ngay cả khi không có ước tính tử vong mẹ được thống nhất toàn cầu cho năm 1990, Chương trình Hành động của ICPD đã kêu gọi hướng tới mức giảm tử vong mẹ 75% cho toàn giai đoạn từ năm 1990 đến năm 2015 và cam kết thu hẹp chênh lệch về tử vong mẹ “trong nội bộ các quốc gia, giữa các khu vực địa lý, nhóm kinh tế - xã hội và giữa các dân tộc” (UNFPA, 1994).

Những mục tiêu này dẫn đến một quá trình tiếp theo trong đó có sự hợp tác thường xuyên giữa các bộ trưởng dân số và y tế, các nhà nhân khẩu học, nhà thống kê, nhà dịch tễ học và chuyên gia nhân quyền, đồng thời có sự thiết lập các chỉ số về quyền và sức khỏe có thể đo lường được cũng như thu thập dữ liệu nghiêm ngặt để theo dõi quá trình tiến triển hướng tới các mục tiêu của Chương trình Hành động (Snow và cộng sự, 2015; Liên Hợp Quốc, 2014; UNFPA, 1998). Kể từ năm 1994, chất lượng và số lượng dữ liệu về tử vong mẹ đã được cải thiện rất nhiều, cũng như các phương pháp thống kê được sử dụng để ước tính những dữ liệu này. Việc thiếu dữ liệu vốn được coi là bình thường thì đến năm 2014 đã trở thành trường hợp hãn hữu, ngay cả tiêu chuẩn cấu thành dữ liệu đáng tin cậy cũng đã được nâng lên.

Ba mươi năm sau Hội nghị ICPD, thế giới đang tiến đến một bước ngoặt khác, đòi hỏi thiết lập một mục tiêu tương tự, một lần nữa thừa nhận những nhu cầu lớn nhưng chưa được giải quyết một cách thỏa đáng, ngay cả khi chúng ta thiếu dữ liệu để xác định chính xác phạm vi của vấn đề: Tham vọng đáp ứng nhu cầu SKTD&SKSS và các quyền của những cá nhân bị bỏ lại và bị đẩy ra phía sau, không chỉ bởi những tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe và sự mở rộng cơ sở hạ tầng y tế, mà còn bởi chính bản thân cuộc cách mạng dữ liệu.

Chương này tìm hiểu kỹ hơn về vấn đề tử vong mẹ, một vấn đề vẫn còn rất nhiều câu hỏi chưa được giải đáp về mức độ và xu hướng trên toàn cầu, trong khu vực, tại quốc gia và địa phương, bất chấp những bước tiến ổn định về năng lực thống kê và tính sẵn có của dữ liệu. Nhưng số liệu về tình trạng tử vong mẹ chỉ là điểm khởi đầu; ngoài vấn đề này vẫn còn rất nhiều câu hỏi khác chưa được trả lời về sức khỏe và quyền của phụ nữ và trẻ em gái, những người vẫn chưa được hưởng lợi nhiều từ sự tiến bộ như những người ở nhóm được đặc quyền hơn.

Một bước ngoặt mới

Một phần của câu chuyện và cũng là một thực tế đã rõ ràng từ lâu, đó là sự bất bình đẳng trên diện rộng và - trong nhiều trường hợp - ngày càng tăng về SKTD&SKSS và các quyền. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy một số cá nhân bị đẩy ra ngoài lề xã hội và hệ thống y tế - những người phải đối mặt với sự phân biệt đối xử trong hệ thống y tế, những người gặp rào cản ngôn ngữ trong môi trường lâm sàng, những người bị kỳ thị vì tình trạng HIV hoặc không thể tiếp cận được dịch vụ y tế vì họ thiếu đặc quyền công dân, đây chỉ là một vài trong số rất nhiều ví dụ có thể kể ra.

Dữ liệu hiện có chỉ rõ rằng các cá nhân này đang đau khổ và đang chết dần chết mòn - họ chiếm tỷ lệ lớn hơn nhiều so với hình dung trước đây (Khalil và cộng sự, 2023; Geller và cộng sự, 2018; Gon và cộng sự, 2018). Tuy nhiên, cái chết của họ – cũng như những bệnh tật và sự đối xử không tử tế trước những cái chết này – phần lớn bị coi như vô hình (Creanga và cộng sự, 2014). Tại sao? Số ca tử vong và thương tật vẫn chưa được thống kê do thiếu hệ thống dữ liệu, khảo sát không thường xuyên và các nghiên cứu bị hạn chế về phạm vi hoặc khả năng đối sánh. Khi tính đến số ca tử vong và thương tật, những sự bất bình đẳng ẩn sau đó thường không được nhìn thấy vì rất ít nỗ lực được thực hiện để phân tách dữ liệu theo các đặc điểm khiến họ bị loại trừ. Trải nghiệm không cân xứng về thương tật và tử vong chìm vào con số thống kê trung bình quá phổ quát.

Khi bức màn này được vén lên, chúng ta thấy sự bất bình đẳng ngày càng lớn giữa các quốc gia và trong mỗi quốc gia. Một lời giải thích chung thường thấy về sức khỏe cộng đồng là giả thuyết công bằng nghịch đảo, trong đó các biện pháp can thiệp sức khỏe được áp dụng sớm nhất bởi những nhóm người dân giàu có hơn, cũng là những người ít có nhu cầu này nhất (Victora và cộng sự, 2018).



Tác phẩm Phụ nữ khóc của Bayombe Endani, Cộng hòa Dân chủ Congo, 2010. Tác phẩm nghệ thuật này do Dự án Vận động chính sách đóng góp nhằm giúp các cộng đồng bị thiệt thòi sử dụng tranh thêu như một công cụ trị liệu và vận động.

Do đó, những tiến bộ về y tế ban đầu có thể cải thiện tình trạng bất bình đẳng tổng thể, nhưng bất bình đẳng giảm dần khi và chỉ khi những tiến bộ đó đến được với những người có nhu cầu cấp thiết hơn. Tuy nhiên, xét theo một số khía cạnh, bất bình đẳng giữa các quốc gia và trong từng quốc gia đang tăng lên.

Ví dụ, năm 1990, một bé gái 15 tuổi có trung bình 1/12 nguy cơ bị tử vong khi mang thai hoặc khi sinh con ở 10% các quốc gia có nguy cơ cao nhất; trong khi một bé gái 15 tuổi ở 10% các quốc gia có mức rủi ro thấp nhất đối mặt với xác suất chỉ 1 trên gần 7.000 (xem ghi chú kỹ thuật). Đến năm 2020, bé gái ở những quốc gia có nguy cơ cao nhất có 1/34 nguy cơ tử vong, trong khi tỷ lệ này với bé gái ở những quốc gia có nguy cơ thấp nhất là 1 trên gần 23.000. Đây là mức thay đổi gấp 2,8 lần ở các quốc gia có nguy cơ cao nhất, trong khi mức thay đổi ở các quốc gia có nguy cơ thấp nhất là 3,3 lần – nghĩa là bất bình đẳng đang ngày càng gia tăng. Nói cách khác, nhìn từ góc độ toàn cầu, tiến bộ đạt được sẽ lớn hơn ở những nơi mà tử vong mẹ là thấp nhất, còn bị hạn chế hơn nếu tiến bộ đạt được ở những nơi tử vong mẹ cao nhất.

Nguyên nhân của sự bất bình đẳng giữa các quốc gia này thường được cho là do chênh lệch về nguồn lực - nhưng cách giải thích này không phù hợp nếu xét đến bất bình đẳng ở nội tại mỗi quốc gia. Những khác biệt tồn tại ở mỗi quốc gia cho thấy rõ ràng rằng bên cạnh sự hạn chế về nguồn lực, các hình thức phân biệt đối xử và loại trừ - cô lập đang tồn tại, đóng vai trò quan trọng trong bức tranh bất bình đẳng toàn cầu về SKTD&SKSS và quyền mà chúng ta thấy ngày nay (UNSDG, n.d.).

Điều này đúng ở cả những quốc gia có tử vong mẹ ở mức cao (Patel và cộng sự, 2018; Acharya và Patra, 2017) (xem ghi chú kỹ thuật ở trang 155) và cả những quốc gia có thu nhập cao nơi tử vong

mẹ thấp hơn rất nhiều. Lấy Hoa Kỳ và Vương quốc Anh làm ví dụ. Đây là 2 trong số 19 quốc gia duy nhất được ước tính có tử vong mẹ vào năm 2020 cao hơn so với năm 1990. Ở cả hai quốc gia này, tử vong mẹ ở phụ nữ Da đen cao gấp nhiều lần so với phụ nữ da trắng. Ước tính mới nhất của Liên Hợp Quốc, hơi khác so với ước tính của mỗi nước, cho thấy Hoa Kỳ có tử vong mẹ là 21 trên 100.000 ca sinh sống vào năm 2020 (WHO và cộng sự, 2023). Theo thống kê quốc gia chính thức của Hoa Kỳ, năm 2021, phụ nữ Da đen đối mặt với tình trạng tử vong mẹ cao hơn gấp đôi mức trung bình toàn quốc (Hoyert, 2023). Nguy cơ tử vong mẹ cũng cao hơn mức trung bình quốc gia đối với phụ nữ gốc Tây Ban Nha trên toàn quốc (Hoyert, 2023).

Tuy nhiên, những xu hướng này ở Hoa Kỳ là một phần của sự gia tăng tình trạng tử vong mẹ ở quy mô rộng hơn - có nghĩa là nó đang gia tăng đối với hầu hết các nhóm phụ nữ trong nước, bao gồm các tầng lớp có điều kiện kinh tế xã hội cao, trung bình và thấp; phụ nữ ở mọi lứa tuổi; và phụ nữ thuộc mọi chủng tộc (Hoyert, 2023; Singh, 2021) (xem ghi chú kỹ thuật ở trang 154). Ngược lại, ở Vương quốc Anh, nơi Liên Hợp Quốc ước tính tử vong mẹ ở mức 9,8 ca tử vong trên 100.000 ca sinh sống vào năm 2020 (WHO và cộng sự, 2023), các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng tình trạng tử vong mẹ tăng chủ yếu là do tỷ lệ tử vong tăng ở một số nhóm dân tộc thiểu số và các tầng lớp kinh tế xã hội khác. Tử vong mẹ cao nhất và mức tăng cao nhất là ở phụ nữ Da đen cũng như những phụ nữ có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn nhất (Knight và cộng sự, 2022).

Có thể quá dễ dàng để bác bỏ những phát hiện này vì đây chỉ là kết quả độc lập của hai quốc gia. Tuy nhiên, đây là hai trong số rất ít các quốc gia trên toàn cầu có hệ thống dữ liệu đủ để xác định những khác biệt đó (Small và cộng sự, 2017) – có nghĩa

là họ nằm trong những nước duy nhất trên thế giới thể hiện rõ ràng tình trạng chênh lệch này. Trên thực tế, những nỗ lực của Hoa Kỳ nhằm xác định tác động từ bất lợi về chủng tộc trong tình trạng tử vong mẹ bắt nguồn từ các bảng biểu số liệu ban đầu của WHO, trong đó, Hoa Kỳ là quốc gia duy nhất có tất cả các hình thức phân tách chủng tộc hoặc sắc tộc (WHO, 1991). Vương quốc Anh có hệ thống giám sát tình hình tử vong mẹ rất tốt, áp dụng từ năm 1952 (lâu đời nhất thế giới), nhưng nước này chỉ bắt đầu xác định các dân tộc vào năm 1995 (Small và cộng sự, 2017).

Một báo cáo của UNFPA công bố năm 2023, lần đầu tiên điều tra các chỉ số về sức khỏe bà mẹ ở phụ nữ và trẻ em gái gốc Phi cũng như những người kế thừa khác ở một số ít quốc gia châu Mỹ - nơi có thể thực hiện được việc thu thập các dữ liệu này. Chỉ 4 trong 35 quốc gia xác định chủng tộc hoặc dân tộc của phụ nữ tử vong khi sinh con và chỉ 11 quốc gia

thu thập dữ liệu sức khỏe bà mẹ khác có dữ liệu phân tách theo chủng tộc (UNFPA và cộng sự, 2023). Ví dụ: Canada cũng trở thành một trong số ít quốc gia giống như Hoa Kỳ và Vương quốc Anh, có tử vong mẹ năm 2020 cao hơn so với năm 1990 (11 trên 100.000 ca sinh sống so với 6,9) (WHO và cộng sự, 2023). Nhưng quốc gia này không thu thập dữ liệu chủng tộc trong giám sát tình trạng bà mẹ, mặc dù có bằng chứng về các rào cản trên cơ sở chủng tộc đối với việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ. Do đó, không thể biết liệu sự gia tăng tử vong mẹ ở đất nước này theo thời gian là tình trạng của toàn dân hay chỉ tập trung ở một số nhóm chọn lọc (Dayo và cộng sự, 2022).

Ở những nơi có thể thu thập dữ liệu, chúng ta có thể thấy rõ sự bất bình đẳng dai dẳng mà các nhóm bị thiệt thòi phải đối mặt, không chỉ ở Người da đen và người gốc Phi mà còn ở những người bản địa (Paradies, 2016). Một nghiên cứu năm 2018



của UNFPA, UNICEF và UN Women đã xem xét những dữ liệu sẵn có tuy ít ỏi về sức khỏe bà mẹ của phụ nữ và trẻ em gái bản địa. Trong số 80 quốc gia được khảo sát, 16 quốc gia có dữ liệu được thu thập, đây đều là những nước có thu nhập thấp và trung bình. Và ở 16 quốc gia này (Belize, Costa Rica, Ethiopia, Gambia, Guyana, Indonesia, Kenya, Lào, Mexico, Namibia, Nepal, Pakistan, Senegal, Sierra Leone, Suriname và Việt Nam), phụ nữ thuộc các dân tộc bản địa ít được hưởng lợi từ chăm sóc tiền sản, ít có khả năng sinh con dưới sự chăm sóc của người đỡ đẻ có tay nghề cao, có tỷ lệ sinh con ở tuổi vị thành

niên cao hơn, và có nhiều khả năng tử vong do các nguyên nhân liên quan đến mang thai và sinh con hơn (UNFPA và cộng sự, 2018). Nghiên cứu từ các quốc gia khác – quan sát phụ nữ bản địa ở Australia (Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d.), Ấn Độ (Chính phủ Ấn Độ, Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình, 2016), Guatemala (ENSMI, 2015), Panama và Nga (Anderson và cộng sự, 2016) – cũng cho thấy sự chênh lệch tương tự.

Sự bất bình đẳng nghiêm trọng cũng thể hiện rõ ở

Đương đầu với yếu tố gây nhiễu

Bằng chứng của bất bình đẳng về tình hình sức khỏe theo chủng tộc thường bị chất vấn về các yếu tố gây nhiễu có thể có: Liệu những chênh lệch này có phải là kết quả của khác biệt về trình độ học vấn không? Hay do chênh lệch trong thu nhập? Còn các yếu tố như việc làm hoặc khuynh hướng bệnh di truyền thì sao? Nghiên cứu hiện có về phụ nữ bản địa và phụ nữ gốc Phi cho thấy, mặc dù tác động của những đặc điểm này đến tình trạng sức khỏe của họ là có ý nghĩa, nhưng chúng không giải thích được tất cả những khác biệt được ghi nhận, nghĩa là một số hoặc rất nhiều trong số những khác biệt này thực sự có liên quan đến yếu tố sắc tộc (Viện Y tế và Phúc lợi Úc, 2023). Phân tích gần đây của UNFPA cho thấy: “Tình trạng tử vong mẹ vẫn tồn tại bất kể thu nhập và trình độ học vấn ra sao, với tử vong mẹ ở những người Mỹ gốc Phi tốt nghiệp đại học cao hơn 1,6 lần so với phụ nữ da trắng có trình độ dưới trung học” (UNFPA và cộng sự, 2023). Thật vậy, ngày càng nhiều nghiên cứu cố gắng tìm hiểu xem việc tiếp xúc thường xuyên với sự bất công mang tính hệ thống có liên quan như thế nào đến sự suy giảm nhanh chóng về sức khỏe thể chất - thường được gọi là “sự bào mòn” - cho thấy nhiều khác biệt chủng tộc ẩn sau chênh lệch về sức khỏe bà mẹ (Geronimus, 2023; Forde và cộng sự, 2019). Phân tích trong báo cáo này (trang 28) cũng ủng hộ quan điểm trên: Mặc dù có những yếu tố kinh tế xã hội quan trọng góp phần tạo ra sự chênh lệch trong báo cáo về khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhưng cũng có sự khác biệt đáng kể về mặt sắc tộc trong tỷ lệ phụ nữ gặp vấn đề nghiêm trọng khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc ốm đau, ngay cả khi các yếu tố như điều kiện kinh tế, thu nhập và nơi cư trú ở thành thị hay nông thôn đã được kiểm soát.

nhóm người khuyết tật. Phụ nữ khuyết tật có nguy cơ bị bạo lực trên cơ sở giới cao gấp 10 lần, bao gồm cả bạo lực tình dục. Và mặc dù những người trẻ khuyết tật cũng có khả năng hoạt động tình dục như những người không khuyết tật, nhưng nhóm đối tượng này vẫn phải đối mặt với những rào cản lớn trong việc tiếp cận thông tin và dịch vụ về SKTD&SKSS, bao gồm việc thiếu các dịch vụ hỗ trợ và thái độ phân biệt đối xử của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (UNFPA, 2018). Tuy nhiên, việc thu thập dữ liệu về nhu cầu của cộng đồng này cũng bị cản trở bởi sự kỳ thị gắn liền với tình trạng khuyết tật và bởi thiếu các định nghĩa thống nhất khi xác định người khuyết tật và đánh giá nhu cầu của họ.

Những vấn đề này đặc biệt rắc rối khi ước tính có khoảng một tỷ người, tương đương 15% dân số toàn cầu, bị khuyết tật trong đời. Nhưng những tiến bộ quan trọng vẫn đang diễn ra. Năm 2021, UNFPA nhận thấy rằng tỷ lệ các quốc gia áp dụng các câu hỏi điều tra dân số chuẩn từ Nhóm thống kê người khuyết tật quốc tế Washington “đã tăng từ 33% vào năm 2018 lên 73% vào năm 2020” (UNFPA, 2021b).

Tương tự, các nhóm thiểu số về giới và giới tính cũng phải đối mặt với sự chênh lệch nghiêm trọng về sức khỏe, không chỉ là khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ mà còn về cả tình hình sức khỏe tâm lý và thể chất (Tabaac và cộng sự, 2020; Matsick và cộng sự, 2020; Caceres và cộng sự, 2019; Gibson và cộng sự, 2018; Müller, 2016), tuy nhiên, dữ liệu vẫn còn hạn chế. Có những dấu hiệu tích cực cho thấy việc thu thập dữ liệu các nhóm thiểu số về giới và giới tính đang mở rộng, nhưng ở những nơi thu thập được dữ liệu, phần lớn vẫn là thành quả của những nỗ lực đặc biệt hơn là nhờ các hệ thống dữ liệu quốc gia được chuẩn hóa và thực hiện thường xuyên như các cuộc điều tra dân số

hoặc khảo sát xã hội quy mô lớn (Ủy ban Châu Âu, Tổng cục Tư pháp và Người tiêu dùng, 2017). Hơn nữa, việc thu thập dữ liệu bị cản trở không chỉ bởi sự kỳ thị, mà còn bởi việc hình sự hóa hoạt động tình dục đồng giới và bản dạng và biểu hiện của người chuyển giới ở hàng chục quốc gia trên thế giới (Human Dignity Trust, n.d.). Cuối cùng, sự kết hợp của các yếu tố loại trừ, ví dụ như tuổi tác, có thể tạo ra tình trạng bị gạt ra ngoài lề xã hội một cách cực đoan. Ví dụ, một nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng các luật lệ và thái độ xã hội mang tính thù địch - bao gồm cả những điều cấm kỵ đối với tình dục ở tuổi vị thành niên - có nghĩa là các dịch vụ và thông tin về SKTD&SKSS (bao gồm cả từ các tổ chức LGBTQIA+) hoàn toàn không đến được với thanh thiếu niên thuộc nhóm thiểu số về giới và giới tính ở các nước miền nam châu Phi (Müller và cộng sự, 2018).



Phụ nữ khuyết tật ở Turkmenistan đòi quyền lợi của mình

Nhiều năm trước, tại văn phòng một Bác sĩ phụ khoa ở Ashgabat, Turkmenistan, Alia (tên đã thay đổi) và chồng được khuyên rằng họ “không nên ao ước” có con vì cả hai đều bị mù. “Anh chị chăm sóc một đứa trẻ làm sao được? Anh chị sẽ nuôi con như thế nào, trông con ra sao?” cô nhớ lại những câu Bác sĩ đã hỏi.

Alia nói với UNFPA: “Họ nghĩ rằng chúng tôi sẽ không thể đảm đương nổi và đề nghị phá thai. Nhưng tôi không đồng ý. Mẹ tôi cũng bị mù và bà đã nuôi cả bảy anh chị em chúng tôi.”

Câu chuyện của Alia là một câu chuyện quen thuộc đáng buồn, bởi cứ năm phụ nữ trên toàn cầu thì có một người bị khuyết tật. Mặc dù các hiệp định quốc tế đảm bảo mọi người đều có quyền tự do lựa chọn sinh sản mà không bị phân biệt đối xử hay ép buộc, nhưng phụ nữ khuyết tật thường phải đối mặt với một thực tế khác, trong đó những định kiến khiến các chuyên gia y tế, bạn tình và cộng đồng đặt câu hỏi về khả năng của họ trong việc đưa ra quyết định về tình dục và sinh sản.

Nghiên cứu cho thấy phụ nữ và trẻ em gái khuyết tật thường xuyên phải đối mặt với sự phân biệt đối xử liên quan đến lựa chọn sinh sản, gặp cản trở khi tiếp cận các dịch vụ y tế và không được giáo dục giới tính toàn diện, đặc biệt là trong môi trường giáo dục đặc biệt. Và đối với một số người, sự phân biệt đối xử đó thậm chí có thể dẫn đến hành vi cưỡng ép triệt sản.

Giống như Alia, nhiều người bị đánh giá là không được trang bị đầy đủ để mang thai và làm cha mẹ.

Nghiên cứu của UNFPA năm 2021 cho thấy nhiều người khuyết tật ở Turkmenistan không thể tiếp cận thông tin và dịch vụ SKTD&SKSS. Để đáp ứng nhu cầu của họ, UNFPA và Hiệp hội Người mù và Điếc Turkmenistan đã làm các video về SKTD&SKSS kèm theo phiên dịch ngôn ngữ ký hiệu. Các video được đăng tải trực tuyến hoặc cung cấp qua ổ đĩa flash, bao gồm các chủ đề như tuổi dậy thì, kế hoạch hóa gia đình và làm mẹ an toàn. Kế hoạch phát triển một ứng dụng di động cũng đang được thực hiện.

Những người phụ nữ đã cho biết những thông tin đã dạy cho họ biết là có thể nhận các biện pháp tránh thai và chăm sóc thai sản miễn phí. Họ cũng đánh giá cao việc các tài liệu hỗ trợ có bao gồm thông tin liên hệ của các phòng khám và đơn vị cung cấp dịch vụ khác nhau. Những hoạt động này cùng nhiều nỗ lực khác đang làm cho đất nước họ trở thành một nơi hòa nhập hơn và công bằng hơn cho phụ nữ khuyết tật mang thai.

Tuy nhiên, Alia cho biết vẫn còn nhiều việc phải làm: “Cần nâng cao kiến thức của nhân viên y tế để chúng tôi được chấp nhận và được đối xử như những người khác”.

Trong khi đó, cô cũng sẵn sàng với vai trò làm mẹ khiếm thị, giống như mẹ cô trước đây. “Tôi biết tôi có thể làm được,” cô nói.

Áp dụng lăng kính bình đẳng

Một trong những bước phát triển lớn trong vòng 30 năm qua là sự đồng thuận ngày càng tăng rằng các yếu tố như giới, chủng tộc, dân tộc, tình trạng khuyết tật, xu hướng tính dục và tình trạng di cư không phải là những đặc quyền hay hình phạt có thể tính bằng điểm số đơn giản. Đúng hơn, chúng là những yếu tố năng động trong một mạng lưới phức tạp gồm nhiều ưu điểm và nhược điểm.

Chỉ riêng 15 năm qua đã chứng kiến sự thay đổi đáng kể trong hiểu biết của thế giới về việc các rào cản mang tính cấu trúc và đan xen đang ngăn cản một nhóm người thực hiện quyền và đảm bảo sức khỏe của mình. Ví dụ, trong khi nghiên cứu trước đây có thể chỉ tập trung vào các hành vi cá nhân - chẳng hạn như trì hoãn việc tìm cách điều trị một căn bệnh - có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, thì các nhà nghiên cứu ngày nay dễ dàng thừa nhận rằng những hành vi này được định hình bởi các chuẩn mực, hệ thống và thể chế rộng hơn cũng như sự giao thoa của nhiều yếu tố có thể làm gia tăng những thách thức mà các cá nhân phải đối mặt.

Một nghiên cứu mang tính đột phá từ năm 2009 đã so sánh hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ nghèo, phụ nữ không nghèo, nam giới nghèo và nam giới không nghèo ở Ấn Độ. Nghiên cứu cho thấy các phương pháp nghiên cứu truyền thống sẽ kết luận một cách sai lầm rằng nam giới nghèo và phụ nữ nghèo đều khó khăn như nhau, trong khi một phương pháp được thiết kế đặc biệt để xác định ảnh hưởng tổng hợp của các yếu tố bất lợi đan xen nhau cho thấy rằng nam giới nghèo thực sự có tình hình tốt hơn tất cả phụ nữ - cả người nghèo và không nghèo. Về bản chất, cả yếu tố giới và tầng lớp đều tác động đến tình

trạng sức khỏe, nhưng ít nhất trong trường hợp này, nam giới có thể tận dụng lợi thế về giới của mình đến mức ngay cả nam giới nghèo cũng thực sự có tình hình tốt hơn phụ nữ không nghèo (Sen và Iyer, 2012; Sen và cộng sự, 2009).

Sự tương tác giữa các hình thức có lợi và bất lợi làm cho việc thiết kế các biện pháp ứng phó hiệu quả trở nên phức tạp hơn rất nhiều. Một cách tiếp cận đại trà trong hoạch định chính sách sẽ không có tác dụng. 30 năm qua đã chứng kiến những tiến bộ đáng chú ý, một phần nhờ vào các chính sách và biện pháp can thiệp đã nâng cao phúc lợi cho những người dân dễ tiếp cận nhất, những người gặp bất lợi nhất ít phức tạp nhất, những người có điều kiện hưởng lợi tốt nhất. Tiếp cận những người có nhu cầu, những người có nhiều đặc điểm dễ tổn thương đan xen, chắc chắn sẽ khó khăn hơn và cần những biện pháp can thiệp chu đáo hơn. Việc nhanh chóng tiếp tục các phương pháp tiếp cận hiện tại sẽ gây ra những rủi ro không chỉ hiệu quả kém mà còn lãng phí và có hại. Thông tin được truyền bá bằng các ngôn ngữ mà nhóm đối tượng mục tiêu không hiểu, các chiến dịch không tính đến yêu cầu về văn hóa hoặc tôn giáo của đối tượng mục tiêu hoặc người khuyết tật khó tiếp cận các phòng khám, đó chỉ là một vài ví dụ mà thôi. Kết quả là không còn đầu tư, tiếp tục tình trạng bị loại trừ và suy giảm niềm tin giữa các nhà cung cấp dịch vụ y tế với người dân mà hệ thống này vốn sinh ra để phục vụ.

Nhưng những phát hiện này không gây ra sự tuyệt vọng. Góc nhìn mới này là điều đáng ghi nhận, ngay cả khi nó làm chúng ta phải nghĩ đến những sự thật mất lòng về đặc quyền và định kiến. Thông qua góc nhìn này, chúng ta thấy rõ hơn những nỗ lực và nguồn lực cần có để đạt được các mục tiêu toàn cầu.

Bất bình đẳng giữa và trong quốc gia: Trường hợp của Ấn Độ và Nigeria

Từ khi có các chỉ số đánh giá, Ấn Độ và Nigeria là hai quốc gia có con số tử vong mẹ tuyệt đối cao nhất. Cả năm 1990 và năm 2020, hai quốc gia này cộng lại chiếm hơn một phần ba tổng số ca tử vong mẹ toàn cầu. Ấn Độ dẫn đầu với nhiều ca tử vong hơn, chiếm 26% tổng số ca tử vong mẹ vào năm 1990, còn Nigeria chiếm 10%. Nhưng đến năm 2020, hai quốc gia đã đổi chỗ cho nhau, trong đó Nigeria chiếm 29% tổng số ca tử vong mẹ toàn cầu ước tính, trong khi số ca tử vong ở Ấn Độ đã giảm đáng kể - chiếm 8% tổng số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới (WHO, n.d.a).

Trong khi tốc độ tăng trưởng dân số đóng một vai trò không nhỏ trong những xu hướng này (dân số Nigeria tăng hơn gấp đôi từ năm 1990 đến năm 2020, trong khi Ấn Độ tăng với hệ số 1,6), vấn đề cốt lõi là tình trạng tử vong mẹ đã giảm mạnh ở Ấn Độ, nhưng giảm ít hơn ở Nigeria. Thành công của Ấn Độ thường là nhờ vào việc cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ chất lượng tốt, giá cả hợp lý (Hình mẫu về Sức khỏe Toàn cầu, 2023; Singh, 2018), cũng như những nỗ lực giải quyết tác động của phân biệt đối xử trên cơ sở giới đến sức khỏe. Ví dụ, một nghiên cứu cho thấy các chính sách nhằm giải quyết vấn đề bình đẳng giới - như tăng số lượng Bác sĩ nữ, tăng cường hỗ trợ và tôn trọng y tá, thúc đẩy tập thể nâng quyền cho phụ nữ - có liên quan đến tình trạng sức khỏe tốt hơn và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ (Hay và cộng sự, 2019). Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng việc tăng tỷ lệ phụ nữ tham gia chính trị có liên quan như thế nào đến việc tăng số lượng các trung tâm y tế ban đầu và y tế cộng đồng, trạm xá và bệnh viện của chính phủ (Heymann và cộng sự, 2019). Các chương trình hiệu quả khác đã thúc đẩy sự chăm sóc tôn trọng trước, trong và sau khi sinh đồng thời cung cấp dịch vụ chăm sóc tiền sản miễn phí.

Nhưng nghiên cứu điển hình này - về việc làm gia tăng sự bất bình đẳng sức khỏe bà mẹ giữa hai quốc gia -

trở nên phức tạp hơn nhiều khi xem xét sự bất bình đẳng trong nội tại từng quốc gia. Ở cả hai nước, một số nhóm phụ nữ nhất định nhận được sự chăm sóc mà họ cần trong khi những nhóm khác thì không. Ví dụ, sự khác biệt đáng kể về tử vong mẹ có liên quan đến địa bàn nơi người dân sống ở Nigeria, với tỷ lệ tử vong của phụ nữ sống ở các khu ổ chuột thành thị và nông thôn cao hơn đáng kể, tử vong mẹ ở miền bắc cao hơn so với miền nam (Babajide và cộng sự, 2021; Gulumbe và cộng sự, 2018; Anastasi và cộng sự, 2017). Khi các đặc điểm dễ tổn thương có liên quan, như tình trạng kết hôn trẻ em và cô đỡ có tay nghề, được xem xét theo yếu tố sắc tộc, địa bàn sinh sống và thu nhập, thì bất bình đẳng càng xuất hiện nhiều hơn (UN Women, 2018). Ấn Độ cũng tiếp tục chứng kiến sự bất bình đẳng nghiêm trọng về nguy cơ tử vong mẹ. Nghiên cứu gần đây tại 640 quận/huyện của Ấn Độ cho thấy: Trong khi gần một phần ba số quận/huyện đã đạt được các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) là giảm tử vong mẹ xuống dưới 70/100.000 ca sinh sống, thì 114 quận/huyện vẫn có tỷ lệ tử vong từ 210/100.000 ca sinh sống (Goli và cộng sự, 2022). Mức cao nhất - 1.671/100.000 ca sinh sống - được ghi nhận ở huyện Tirap của Arunachal Pradesh, một vùng nông thôn có tỷ lệ người bản địa cao. Mặc dù rất khó để phân tách các số liệu này theo nhóm kinh tế xã hội, dân tộc, địa vị hoặc tôn giáo, nhưng những yếu tố này rõ ràng có ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe. Ví dụ, mặc dù tất cả phụ nữ đều có quyền được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ miễn phí (Beckingham và cộng sự, 2022), nhưng phụ nữ thuộc các tầng lớp và nhóm dân bản địa có hoàn cảnh khó khăn nhất được chăm sóc trước, sau sinh và chăm sóc sản khoa ít hơn, thậm chí không được chăm sóc gì cả (Raghavendra, 2020; Yadav và Jena, 2020; Saroha và cộng sự, 2008). Bài học trọng tâm rút ra từ các nghiên cứu điển hình này là mọi bất bình đẳng - bao gồm cả bất bình đẳng giữa các quốc gia và trong từng quốc gia - đều cần được quan tâm cấp thiết và chưa có một xã hội hay vùng nào đạt được các mục tiêu mà chúng ta cùng đang hướng đến.

Cần phải đẩy nhanh tiến độ

Với việc sử dụng những dữ liệu và thực hành tốt nhất hiện có, các ước tính gần đây nhất năm 2023 cho thấy tử vong mẹ toàn cầu, tính đến năm 2020, đã thay đổi rất ít trong 5 năm qua – và còn cách rất xa so với mục tiêu đặt ra vào năm 1994 (UNFPA, 1994). Các nhà phê bình cho rằng điều này đồng nghĩa với việc không thể đạt được các mục tiêu đã đề ra năm 1994. Tuy nhiên, dựa trên bằng chứng từ một số quốc gia hiện nay cho thấy mục tiêu tử vong mẹ là 1 hoặc 2 ca tử vong trên 100.000 ca sinh sống thực tế là có thể đạt được (WHO và cộng sự, 2023). Điều này có ý nghĩa như thế nào đối với tình trạng tử vong mẹ ngày nay? Thật không may là hiện tại không thể có cái nhìn thực tế về tiến trình giảm tử vong mẹ - một phần là do dữ liệu hạn chế, và một phần là do dữ liệu được cập nhật chậm hơn so với thực tế, thường là sau vài năm. Do đó, chúng ta không thể chắc chắn về tình hình hiện tại, đặc biệt là sau đại dịch COVID-19 trên toàn thế giới. Các ước tính gần đây nhất chỉ bao gồm dữ liệu của năm đầu tiên xảy ra đại dịch, đây là thời điểm mà các chuyên gia gặp khó khăn trong việc tìm hiểu tỷ lệ tử vong sản khoa gián tiếp trong tổng số ca tử vong do COVID-19 (WHO và cộng sự, 2023). Hiện tại, chúng ta vẫn chưa biết rõ quy mô đầy đủ về ảnh hưởng của đại dịch đối với các biến chứng ở mẹ.

Tuy nhiên, vẫn có những dấu hiệu cho thấy sự gia tăng đáng lo ngại về tử vong mẹ ở một số khu vực châu Âu, Bắc Mỹ, châu Mỹ Latinh và Caribe. Sự gia tăng này khá lớn, khiến cho việc giảm tử vong mẹ ở một số khu vực khác cũng không đủ để bù đắp cho sự gia tăng này, dẫn đến sự trì trệ trong việc giảm tử vong mẹ trên toàn cầu kể từ năm 2016. Nếu không có dữ liệu cập nhật hơn, chúng ta sẽ không rõ liệu tử vong mẹ sẽ tăng thêm do tác động của đại dịch hay

mức độ gia tăng gần đây đã giảm (WHO và cộng sự, 2023).

Mặc dù đối mặt với những khó khăn nói trên, chúng ta vẫn có thể hy vọng vào những thành quả đã đạt được. Thứ nhất, tổng số ca tử vong mẹ hàng năm đã giảm đáng kể từ năm 1994 – với dấu hiệu đáng mừng là dân số toàn cầu đã tăng rõ rệt từ 5,7 tỷ năm 1994 lên 8,1 tỷ vào năm 2024 (UN DESA, 2022a). Và thứ hai, bản thân dữ liệu cũng là dấu hiệu cho thấy sự tiến bộ, với từng bước cải thiện trong việc thu thập và phân tích dữ liệu sẽ cho ra một giải pháp – và đôi khi ở những nơi không thể ngờ tới.

Ví dụ, một số ước tính cho thấy khoảng một phần ba tổng mức giảm tử vong mẹ là do giảm mức sinh, với việc sử dụng biện pháp tránh thai nhiều hơn dẫn đến mang thai ít hơn và khoảng cách giữa các lần mang thai an toàn hơn (Snow và cộng sự, 2015). Một nghiên cứu khác cho thấy việc đáp ứng các nhu cầu tránh thai có thể ngăn ngừa hơn một nửa số ca tử vong mẹ do giúp làm giảm tỷ lệ mang thai khi lớn tuổi hoặc còn quá trẻ - thời điểm có nguy cơ cao hơn, tăng khoảng cách giữa các lần sinh và giảm tỷ lệ phá thai không an toàn (Utomo và cộng sự, 2021; Chola và cộng sự, 2015; Ahmed và cộng sự, 2012). Trong khi đó, sự bất bình đẳng giữa nhiều yếu tố, bao gồm tuổi tác, tình trạng kinh tế xã hội, chủng tộc và sắc tộc đang ảnh hưởng đến tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn và nhu cầu tránh thai không được đáp ứng (Anik và cộng sự, 2022; Sully và cộng sự, 2020; Kim và cộng sự, 2016), hướng tới những cộng đồng cần được quan tâm nhiều hơn.

Dữ liệu qua nhiều thập kỷ cũng nhấn mạnh mức độ ảnh hưởng của phá thai không an toàn đối với tử vong mẹ. Mối liên hệ này đã có từ năm 1987, khi Hội nghị Làm mẹ an toàn nêu bật một phát hiện từ một nghiên cứu ở Ethiopia, nơi hơn một nửa số ca tử vong mẹ ở Addis Ababa là do nhiễm trùng sau phá thai không an toàn (Cohen, 1987).

Đánh giá tình trạng phân biệt đối xử

Với các Mục tiêu Phát triển Bền vững, cộng đồng quốc tế đã nỗ lực đo lường tỷ lệ người bị phân biệt đối xử hoặc quấy rối trong 12 tháng qua, có xét đến các hình thức phân biệt đối xử bị nghiêm cấm theo luật quốc tế về quyền con người. Những dữ liệu thu được cho thấy gần như cứ sáu người thì có một người bị phân biệt đối xử – và ở một số trường hợp nhất định, con số này lên tới một phần ba. Tỷ lệ phân biệt đối xử trên toàn cầu đối với phụ nữ, và trong một số bối cảnh xã hội nhất định, phụ nữ cho biết họ bị phân biệt đối xử nhiều hơn gấp ba lần so với nam giới. Tương tự, những người khuyết tật bị phân biệt đối xử nhiều gấp đôi so với những người không khuyết tật, và trong một số bối cảnh nhất định, tỷ lệ này có thể lên tới 6:1.

Các hình thức phân biệt đối xử

Phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc*, bắt nguồn từ các yếu tố như dân tộc, màu da hoặc ngôn ngữ, là hình thức phân biệt đối xử hoặc quấy rối được báo cáo nhiều nhất, với trung bình 6% dân số toàn cầu cho biết bị phân biệt đối xử vì lý do này trong năm qua. Trong những trường hợp đặc biệt, tỷ lệ này có thể lên tới gần 24%.

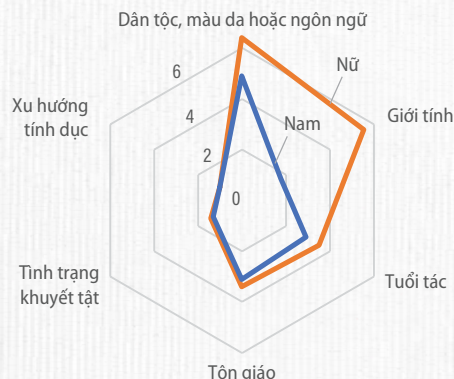
Phân biệt đối xử có tính chất đan xen khiến các đối tượng dễ bị tổn thương, đặc biệt là phụ nữ và người khuyết tật, phải đối mặt với nhiều thách thức hơn, đồng thời họ cũng cho biết sự phân biệt đối xử dựa trên nguồn gốc dân tộc, màu da và ngôn ngữ của họ đang ngày càng gia tăng. Ở một số quốc gia, số phụ nữ bị phân biệt đối xử nhiều gấp bốn lần so với nam giới, và số người khuyết tật bị phân biệt đối xử nhiều gấp sáu lần so với những người không khuyết tật.

Sự phân biệt đối xử dựa trên tuổi tác và giới tính ảnh hưởng đến trung bình 4% dân số toàn cầu. Ở một số khu vực nhất định, sự phân biệt đối xử dựa trên giới tính tác động đến gần 19% dân số, tạo ra sự chênh lệch đáng kể giữa nam và nữ. Cứ một người đàn ông bị phân biệt đối xử trên cơ sở giới tính thì có bốn phụ nữ bị ảnh hưởng và ở một số quốc gia cụ thể, tỷ lệ này có thể tăng cao lên đến 1:20.

* Việc sử dụng thuật ngữ “chủng tộc” ở đây là phù hợp với các hiến chương về nhân quyền quốc tế. Không ám chỉ việc chấp nhận các lý thuyết đang cố gắng quyết định sự tồn tại của các chủng người khác nhau.

HÌNH 4

Tỷ lệ người bị phân biệt đối xử dựa trên một số yếu tố, 2015-2023 (%)



Nguồn: UN Human Rights, 2024

Sự phân biệt đối xử liên quan đến tuổi tác thể hiện sự khác biệt cao nhất giữa các quốc gia, với tỷ lệ đạt trên 34% ở một số nơi. Một số ít bằng chứng cho thấy nhóm dân số trẻ hơn báo cáo nhiều trường hợp bị phân biệt đối xử liên quan đến tuổi tác hơn, với tỷ lệ đáng kể.

Tiến bộ và các vấn đề cần cải thiện

Từ năm 2023, số lượng các quốc gia thực hiện đánh giá tình hình phân biệt đối xử đã tăng 25% – đây là một thành tựu đáng khích lệ. Tuy nhiên, chúng ta vẫn cần phải cải thiện một số vấn đề như: Chưa đến một nửa số quốc gia thu thập và báo cáo một cách có hệ thống ý kiến của những người chịu thiệt thòi do bị phân biệt đối xử. Thực tiễn thu thập dữ liệu hiện tại cũng thiếu độ chi tiết cần thiết để có phân tích toàn diện và phân tách về hành vi phân biệt đối xử.

Để giải quyết thách thức này, Tập đoàn Praia đang nỗ lực phát triển số liệu thống kê quản trị, bao gồm số liệu thống kê về việc không phân biệt đối xử và bình đẳng, đồng thời thúc đẩy phương pháp tiếp cận dữ liệu dựa trên quyền con người.

Nội dung này được đóng góp bởi Hội đồng Nhân quyền Liên Hợp Quốc.

Hiện nay, mối liên hệ này được xác định một cách rõ ràng: Phá thai không an toàn vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong mẹ, ước tính chiếm khoảng 1/13 tổng số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới (Say và cộng sự, 2014). Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy những hạn chế về mặt pháp lý không làm giảm tỷ lệ phá thai, đồng thời việc tiếp cận hợp pháp tới các dịch vụ phá thai an toàn quả thực đã làm giảm tử vong mẹ (Bearak và cộng sự, 2020; Latt và cộng sự, 2019; Haddad & Nour, 2009). Các bằng chứng cũng cho thấy những hạn chế trong việc tiếp cận dịch vụ

phá thai có thể làm sâu sắc thêm sự bất bình đẳng hiện có về SKTD&SKSS và các quyền (Fuentes, 2023; Harned & Fuentes, 2023). Hệ quả là hơn 60 quốc gia đã xóa bỏ các quy định hạn chế khỏi luật phá thai của họ trong 30 năm qua. Tuy nhiên, hiện nay, khoảng một phần tư phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đang sống ở những khu vực mà phá thai bị cấm hoàn toàn hoặc chỉ được phép phá thai để cứu mạng người mẹ hoặc trong những trường hợp cụ thể như mang thai do bị hiếp dâm (Trung tâm quyền sinh sản, n.d.).

Hiến chương Dữ liệu Toàn diện

Năm 2018, UNFPA đã tham gia mạng lưới toàn cầu gồm các chính phủ, doanh nghiệp, các nhà hảo tâm và tổ chức phi chính phủ để triển khai Hiến chương Dữ liệu Toàn diện, cam kết cải thiện chất lượng, số lượng, tài chính và tính sẵn có của dữ liệu toàn diện và phân tích. Hiến chương được định hướng bởi năm nguyên tắc (Hiến chương Dữ liệu Toàn diện và Quan hệ đối tác toàn cầu về Dữ liệu phát triển bền vững, 2018):

Tất cả các nhóm dân cư đều phải được đưa vào dữ liệu. Chúng ta chỉ có thể đạt được mục tiêu “không ai bị bỏ lại phía sau” bằng cách nâng quyền cho những người bị bỏ lại sau cùng, đồng nghĩa với việc chúng ta phải lắng nghe và thể hiện trải nghiệm của họ thông qua dữ liệu và phân tích dữ liệu.

Nếu có thể, phải phân tách tất cả dữ liệu để mô tả chính xác các nhóm dân cư. Dữ liệu phải được phân tách theo giới tính, độ tuổi, vị trí địa lý, tình trạng khuyết tật, và nếu có thể, phân tách theo thu nhập, chủng tộc, sắc tộc, tình trạng di cư và các đặc điểm liên quan khác.

Dữ liệu phải được lấy từ tất cả các nguồn sẵn có. Có thể truy cập dữ liệu kịp thời và có chất lượng từ các nguồn chính thức và không chính thức, đồng thời phải bao gồm các nguồn dữ liệu mới, phù hợp với các tiêu chuẩn thống kê được quốc tế chấp nhận.

Những người chịu trách nhiệm thu thập dữ liệu và sản xuất thông tin thống kê phải có trách nhiệm giải trình. Phải cân bằng các nguyên tắc minh bạch, bảo mật và quyền riêng tư để đảm bảo dữ liệu cá nhân không bị lạm dụng hoặc sử dụng sai mục đích, phù hợp với luật pháp quốc gia và Nguyên tắc cơ bản của thống kê chính thức (Cục Thống kê Liên Hợp Quốc, 2014).

Cần phải cải thiện năng lực con người và kỹ thuật để thu thập, phân tích và sử dụng dữ liệu phân tách, bao gồm thông qua nguồn tài chính đầy đủ và bền vững. Việc thu thập và phân tích dữ liệu phân tách đòi hỏi cần có những kỹ năng và hỗ trợ cụ thể.

Các cuộc điều tra dân số ở Châu Phi cố gắng đến từng người

Sau khi bắt đầu làm giáo viên ở Cộng hòa Thống nhất Tanzania, Jonas Lubago đến ngân hàng địa phương để mở tài khoản nhưng đã bị từ chối với lý do: Ông bị mù. Ngân hàng có chính sách yêu cầu bất kỳ người nào bị mù hoặc suy giảm thị lực phải đi cùng với người được ủy quyền để ký kết các giao dịch, ngay cả với những giao dịch cơ bản nhất. Ông Lubago cho rằng điều đó là không thực tế và không công bằng.

Trở thành giáo viên là lựa chọn thứ hai của ông. Ông vào đại học với ý định học luật, nhưng cố vấn học tập của ông không khuyến khích ông học ngành luật do không có chữ nổi cho chương trình đọc bắt buộc. Ông Lubago cho biết: "Thầy ấy nói với tôi rằng tôi sẽ thất bại".

Đó là câu chuyện của hai thập kỷ trước. Mặc dù tình hình đã được cải thiện trong những năm gần đây, nhưng những người khuyết tật ở Cộng hòa Thống nhất Tanzania vẫn phải đối mặt với nhiều trở ngại trong sinh hoạt hàng ngày hoặc khi cần đến các dịch vụ công như chăm sóc sức khỏe và giáo dục. Phòng khám

có thể ở ngay gần nhà một người ngồi xe lăn, nhưng nếu phòng khám chỉ có thể tiếp cận bằng cầu thang bộ hoặc nếu phòng khám quá nhỏ và không thể đóng cửa để đảm bảo sự riêng tư, hoặc nếu nhà vệ sinh không được trang bị phù hợp cho người ngồi xe lăn, thì phòng khám này cũng nằm ngoài tầm với của họ. Ông Lubago, hiện là Tổng thư ký của Liên đoàn Các tổ chức người khuyết tật Tanzania, cho biết: "Đó là sự phân biệt đối xử".

Năm 2012, cả nước bắt đầu định danh cho người khuyết tật trong cuộc điều tra dân số. Tuy nhiên, cuộc điều tra này không xét đến nhiều loại khuyết tật khác nhau cũng như không xem xét đến mức độ nghiêm trọng của từng loại khuyết tật. Seif Kuchengo, Chuyên viên thống kê chính và Điều phối viên Điều tra dân số quốc gia, cho biết: "Cả cộng đồng người khuyết tật và Chính phủ đều mong muốn có một nguồn dữ liệu tốt hơn".

Các thông tin thu thập được qua cuộc điều tra dân số là cực kỳ quan trọng. Với tư cách là một Quốc gia

Thành viên của Công ước về Quyền của người khuyết tật, Cộng hòa Thống nhất Tanzania cam kết đảm bảo và thúc đẩy "việc thực hiện đầy đủ tất cả các quyền con người và quyền tự do cơ bản cho tất cả người khuyết tật". Tuy nhiên, yêu cầu đặt ra là phải đảm bảo có dữ liệu để đảm bảo khả năng cung cấp và tiếp cận các dịch vụ.

Ông Kuchengo cho biết đại diện từ cộng đồng người khuyết tật đã sớm tham gia việc thiết kế cuộc điều tra dân số gần đây nhất, bao gồm cả việc lập kế hoạch và đào tạo các điều tra viên. Ông Lubago đã bỏ công việc giảng dạy và hợp tác với các cơ quan chính phủ nhằm giúp cuộc điều tra dân số áp dụng một bộ các câu hỏi về khuyết tật theo tiêu chuẩn quốc tế, phổ quát và đa dạng hơn. Tổng cộng có khoảng 400 người khuyết tật và bị suy giảm năng lực đã tham gia. Khoảng 17 loại khuyết tật hoặc suy giảm năng lực khác nhau đã được đưa vào cuộc điều tra, đồng thời cũng xác định rõ mức độ nghiêm trọng của từng loại khuyết tật.

Theo Ông Kuchengo, những phát hiện sơ bộ từ cuộc điều tra dân số quốc gia năm 2022 cho thấy khoảng 11% dân số có ít nhất một loại khuyết tật hoặc suy giảm về thể chất hoặc phát triển, cao hơn khoảng 2 điểm phần trăm so với năm 2012; tuy nhiên, mức tăng này là kết quả của cách tiếp cận toàn diện hơn trong công tác thống kê số người khuyết tật trong cuộc điều tra dân số gần đây. Ông Lubago hy vọng dữ liệu điều tra dân số mới sẽ cho thấy ý nghĩa và tầm quan trọng to lớn của cộng đồng người khuyết tật, cũng như giúp họ được tham gia vào quá trình ra quyết định của địa phương và quốc gia.

Ngoài việc tạo ra dữ liệu tốt hơn về người khuyết tật, cuộc điều tra dân số năm 2022 còn cung cấp phương thức thống kê số lượng người di cư một cách đầy đủ và sáng tạo hơn. Do những cộng đồng này thường xuyên di chuyển để tìm kiếm lương thực, chính phủ phải liên hệ trước với họ để đảm bảo họ vẫn ở một nơi trong khi đang tiến hành cuộc điều tra dân số. Điều này đồng nghĩa với việc phải đảm bảo cho các gia đình có đủ thực phẩm để mang theo trong suốt cuộc điều tra dân số toàn quốc kéo dài hai ngày.

Cộng hòa Thống nhất Tanzania không phải là quốc gia duy nhất xây dựng được dữ liệu tốt hơn về người khuyết tật. Ví dụ, cuộc điều tra dân số năm 2018 của Malawi đã đưa bệnh bạch tạng vào dữ liệu người khuyết tật của đất nước này. Những người mắc bệnh bạch tạng phải chịu nhiều hình thức phân biệt đối xử và thường xuyên phải đối mặt với nguy



Anastazia Gerald, 23 tuổi, người Kahama, Cộng hòa Thống nhất Tanzania, là một người khuyết tật được đào tạo để trở thành Đại sứ chương trình My Choice My Rights (Sự lựa chọn của tôi Quyền của tôi), do Chính phủ Phần Lan tài trợ. Chương trình nhằm mục đích thúc đẩy việc thực hiện các quyền của phụ nữ và trẻ em gái, đặc biệt là những người khuyết tật, đồng thời góp phần chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới, hủ tục cắt bỏ bộ phận sinh dục nữ và kết hôn trẻ em. Ảnh © UNFPA Tanzania/Ayubu Lulesu

cơ bị bạo lực hoặc tử vong. Kể từ năm 2006, Chuyên gia độc lập của Liên Hợp Quốc, phụ trách thực hiện nhân quyền của những người mắc bệnh bạch tạng, đã nhận được gần 800 báo cáo từ 28 quốc gia về các cuộc tấn công mang tính nghi lễ và cáo buộc phù thủy đối với những người mắc bệnh thiếu melanin do di truyền ở tóc, da hoặc mắt (OHCHR, n.d.c).

Phó Giám đốc Cục Thống kê xã hội và nhân khẩu học Malawi, ông Isaac

Chirwa, cho biết: “Nhiều người gặp khó khăn khi đi lại trong cộng đồng hoặc thậm chí khi đến trường do lo sợ bị tấn công”. Ông Chirwa giải thích, trước cuộc điều tra dân số năm 2018, có rất ít dữ liệu về số lượng người mắc bệnh bạch tạng hoặc dữ liệu về nơi họ sinh sống, và nếu không có những thông tin như thế này, các nhà hoạch định chính sách khó có thể hành động để đảm bảo an toàn cho cuộc sống của người dân cũng như việc thực hiện quyền của họ.

Được tiếp cận dữ liệu cũng là một quyền con người

Dữ liệu không chỉ dành cho chính phủ, để làm chính sách hay ngân sách, mà dữ liệu là dành cho tất cả chúng ta, ở mọi nơi, nhằm hỗ trợ việc tìm hiểu, tham gia, đưa ra lựa chọn và khẳng định quyền của chúng ta. Tuy nhiên, có thể tiếp cận các dữ liệu này hay không lại tùy thuộc vào sự may mắn theo nhiều cách. Sự tồn tại của dữ

liệu chúng ta cần phụ thuộc vào nơi chúng ta sống. Trong khi một số yếu tố – như giới, điều kiện kinh tế hoặc thu nhập, vị trí địa lý và tuổi tác – thường được xem xét trong các cuộc khảo sát và phân tích dữ liệu, thì việc phân tách theo yếu tố sắc tộc, chủng tộc, ngôn ngữ, tôn giáo hoặc bản địa vẫn còn khá hiếm. Dữ liệu về khả năng tiếp cận dịch vụ phân tách theo tình trạng nhiễm HIV, tình trạng di cư hoặc bản dạng LGBTQIA+ thậm chí còn hiếm hơn.



Trước đây, tình trạng khuyết tật hiếm khi được đề cập trong dữ liệu, tuy nhiên, nguồn dữ liệu này đang ngày một gia tăng nhanh chóng. Nhưng đồng thời, vẫn còn tồn tại những khoảng trống, ví dụ như các khuyết tật có thể quan sát thấy bằng mắt thường sẽ được xem xét trước các khuyết tật về giác quan, và các khuyết tật về giác quan sẽ lại được xem xét trước các khuyết tật về tâm thần và trí tuệ.

Ngoài ra, cũng có những cá nhân mà Liên Hợp Quốc và các hệ thống khu vực lớn hầu như không bao giờ có dữ liệu về họ, chẳng hạn như những người có nguy cơ bị mất quốc tịch, những người phải di tản trong nước và những người đang ở trong tù. Đôi khi, việc không đưa những cá nhân này vào trong dữ liệu được nêu cụ thể (ví dụ, lưu ý, một cuộc điều tra dân số có thể không bao gồm những người bị buộc phải di dời và sống trong các trại tị nạn hoặc những người bị giam giữ trong nhà tù); nhưng hầu hết là việc không đưa những đối tượng này vào các cuộc điều tra vẫn thường là không ai nhận thấy hay không được nêu rõ.

Được tiếp cận thông tin công khai là một quyền của con người, được quy định rõ ràng theo luật

pháp quốc tế và nhiều hệ thống khu vực như Liên minh Châu Phi, Hội đồng Châu Âu và Tổ chức Các quốc gia châu Mỹ (Điều 19, 2012). Đây được coi là một quyền cho phép việc thực hiện các quyền con người khác. Ngoài ra, quyền được tiếp cận thông tin là điều cần thiết để bảo vệ quyền bình đẳng và quyền sống mà không bị phân biệt đối xử. Mặc dù một số hành vi có thể được xác định là vi phạm quyền con người thông qua một điểm dữ liệu duy nhất – ví dụ, đối với quyền không bị tra tấn, chỉ cần xác định rõ một trường hợp bị tra tấn là đã có thể chứng minh quyền này đã bị vi phạm – tuy nhiên, việc xác định hành vi phân biệt đối xử có hệ thống đòi hỏi phải thu thập và sử dụng dữ liệu mang tính đại diện và phân tách. Nếu không có những dữ liệu này, chúng ta không thể xác định liệu luật pháp, chính sách và các chương trình, dù bên ngoài có vẻ trung lập, có dẫn đến sự phân biệt đối xử hay không.

Chương này tập trung vào tình trạng thiếu dữ liệu về tử vong mẹ, nhưng không đồng nghĩa với việc đây là nhu cầu hay trọng tâm duy nhất. Đúng hơn, đây là một trong rất nhiều – vô cùng nhiều – những trường hợp trong đó việc thiếu

Dữ liệu dành cho tất cả mọi người, ở mọi nơi, nhằm hỗ trợ việc tìm hiểu, tham gia, đưa ra lựa chọn và khẳng định quyền của chúng ta.

Tại sao không thu thập dữ liệu phân tách?

Trong lịch sử, nhiều quốc gia đã tuyên bố một số nhóm dân cư không tồn tại trong biên giới của họ - và một trong những lý do cho tuyên bố này là do sự kỳ thị và phân biệt đối xử thường buộc mọi người phải che giấu danh tính của mình, khiến việc thu thập dữ liệu trở nên vô cùng khó khăn. Ngoài ra, còn có những lý do khác dẫn đến việc không thu thập và công bố dữ liệu phân tách. Những khó khăn bao gồm chi phí (Avendano và cộng sự, 2018), năng lực, cũng như sự nhạy cảm và rủi ro chính trị (Backman và cộng sự, 2008).

Quả thực, việc phân tách dữ liệu thường đi kèm với chi phí khá lớn. Ví dụ, để đạt được cỡ mẫu thích hợp có thể khá tốn kém. Một cuộc khảo sát cung cấp dữ liệu phân tách theo nhiều đặc điểm có thể rất lớn hoặc chứa các yếu tố kém tin cậy về mặt thống kê. Tuy nhiên, cũng có nhiều cách để giảm thiểu chi phí. Ví dụ, Chương trình Khảo sát Cụm nhiều Chỉ số Toàn Cầu (MICS) thường được thực hiện trên cả nước, tuy nhiên cũng có các cuộc điều tra đặc biệt được thực hiện riêng cho cộng đồng người Roma ở một loạt quốc gia châu Âu (ví dụ: Bắc Macedonia và Serbia). Các cuộc điều tra đặc biệt như vậy có thể nêu bật lên tình trạng bất bình đẳng. Ví dụ, một cuộc điều tra MICS ở quận Turkana của Kenya cho thấy chỉ có khoảng 26% phụ nữ Turkana sinh con được hỗ trợ bởi nữ hộ sinh có tay nghề, trong khi đó 84% phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc khác nhận được nữ hộ sinh có tay nghề hỗ trợ (Cục Thống kê Quốc gia Kenya, Viện Nghiên cứu và dân số học & UNICEF, 2016).

Phải thừa nhận rằng một số dạng thu thập dữ liệu có thể dẫn đến hành vi lạm dụng và sử dụng sai mục đích. Ví dụ, dữ liệu theo dõi cộng đồng Do Thái và Roma đã tạo điều kiện cho nạn diệt chủng ở nhiều nước châu Âu trong Thế chiến thứ hai, và kết quả là ngày nay, nhiều quốc gia trong số này tránh nhận dạng và xác định dân tộc (Al-Zubaidi, 2022). Tương tự, sau nạn diệt chủng ở Rwanda, quốc gia này đã không xác định dân tộc trong các điều tra về nhân khẩu học và sức khỏe, mặc dù có những lo ngại về việc cư dân bản địa sống trong rừng liên tục bị gạt ra ngoài lề (Ndikubwimana và cộng sự, 2023; Collins và cộng sự,

2021). Trong những năm gần đây, việc sử dụng thông tin tôn giáo và dân tộc trên giấy tờ tùy thân có liên quan đến sự phân biệt đối xử. Để giải quyết những lo ngại này, Văn phòng Cao ủy Nhân quyền đã xuất bản hướng dẫn về cách tiếp cận dựa trên quyền con người trong việc thu thập và phân tích dữ liệu (OHCHR, 2018), khuyến khích sự tham gia tích cực của các nhóm bị thiệt thòi trong việc thu thập dữ liệu; phân tách dữ liệu để hiểu sự khác biệt giữa các nhóm; các thành viên trong nhóm được phép tự nhận dạng; quy trình thu thập dữ liệu phải minh bạch; những người phụ trách phải có trách nhiệm giải trình; và tất cả dữ liệu đều phải được bảo mật, với sự tôn trọng quyền riêng tư cá nhân.

Một số chính phủ và tổ chức tránh việc phân tách dữ liệu vì lo ngại rằng dữ liệu sẽ tạo ra hoặc làm trầm trọng thêm căng thẳng chính trị và xã hội, và dữ liệu có thể bị lợi dụng bởi các đối thủ chính trị hoặc những người chỉ trích chính quyền hiện tại. Tuy nhiên, việc tránh thu thập dữ liệu không làm giảm sự bất bình đẳng trong cuộc sống của những người bị gạt ra ngoài lề xã hội. Trên thực tế, sự tránh né này đã đặt lợi thế chính trị lên trên sự phát triển lâu dài và hòa nhập của các nhóm bị thiệt thòi.

Không phải tất cả trường hợp đều xuất hiện rủi ro và mọi rủi ro cũng như chi phí cần được cân nhắc cẩn thận so với lợi ích có thể thu được trong từng trường hợp. Lựa chọn không thu thập dữ liệu có thể phản ánh sự thiếu cam kết trong việc tìm hiểu và tiếp cận những người yếu thế, cô lập nhất hoặc có thể cho thấy rằng các nhà lãnh đạo đang đặt lợi thế chính trị ngắn hạn lên trên sự phát triển và hòa nhập lâu dài. Như Nhóm Quyền lợi người thiểu số đã khẳng định: “Không có dữ liệu cũng là dữ liệu” (Thomas, 2023).

dữ liệu đồng nghĩa với việc kéo dài những bất bình đẳng đáng quan ngại. Ví dụ, các hiệp ước của Liên Hợp Quốc, kể từ những năm 1990, đã thừa nhận việc thiếu dữ liệu nghiêm trọng về bạo lực trên cơ sở giới cũng như các biện pháp đã được thống nhất về bạo lực trên cơ sở giới, từ đó dẫn đến việc không thể tiến hành đánh giá và giám sát được tình trạng này. Mãi đến năm 2013, WHO lần đầu tiên công bố các ước tính toàn cầu và khu vực về bạo lực do bạn tình và bạo lực tình dục không phải do bạn tình gây ra đối với phụ nữ. Vào thời điểm đó, 79 quốc gia đã có dữ liệu. Đến năm 2019, số quốc gia này đã tăng lên 153 quốc gia (García-Moreno và Amin, 2019).

Ngoài ra, nhiều trường hợp vẫn chưa có dữ liệu, hoặc dữ liệu chỉ tồn tại ở dạng thô. Chỉ tiêu SDG 5.6.1 theo dõi tỷ lệ phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi tự đưa ra quyết định về chăm sóc SKSS, sử dụng biện pháp tránh thai và quan hệ tình dục. Chỉ tiêu này có vai trò cực kỳ quan trọng – đây là nỗ lực toàn cầu đầu tiên nhằm đo lường và giám sát quyền tự chủ đối với cơ thể – nhưng chỉ có khoảng một phần ba quốc gia có dữ liệu SDG chính thức. Các phân tích khác, dựa trên dữ liệu từ 69 quốc gia từ năm 2007 đến năm 2022, cho thấy chỉ hơn một nửa (56%) phụ nữ đã kết hôn hoặc chung sống như vợ chồng từ 15 đến 49 tuổi tự đưa ra quyết định về SKTD&SKSS và các quyền (UNFPA, 2024a). Chỉ số này cho thấy những hạn chế đối với quyền tự chủ của phụ nữ sẽ gây ra hậu quả đáng lo ngại cho toàn xã hội (Menendez và cộng sự, 2023; UN Women, 2018). Tuy nhiên, thế giới vẫn cần nỗ lực nhiều hơn nữa và các chuyên gia đang kêu gọi việc tiếp tục thực hiện các biện pháp nhằm hiểu rõ hơn trải nghiệm của phụ nữ về quyền tự chủ sinh sản.

Tuy vậy, cũng có những tiến bộ to lớn được ghi nhận trong 30 năm qua. Chương trình Hành động của ICPD kêu gọi các chính phủ và tổ chức “tăng

cường hệ thống dữ liệu quốc gia” (UNFPA, 1994), hệ thống này rất cần thiết để tạo ra dữ liệu phân tách và chất lượng cao nhằm nhận diện và xác định đối tượng dễ bị tổn thương, để can thiệp nhằm hỗ trợ sự phát triển của họ, cũng như để theo dõi tiến triển của các chỉ số liên quan hàng năm. Kể từ năm 1994, đã có những chuyển đổi đáng chú ý trong hệ thống dữ liệu dân số - đặc biệt là việc số hóa thông tin của thế giới. Hệ thống dữ liệu về điều tra và khảo sát dân số, đăng ký và thống kê hộ tịch cũng như dữ liệu thông thường của ngành y tế đã đẩy nhanh tốc độ xử lý dữ liệu, mở rộng các loại dữ liệu có sẵn và mang lại cơ hội cắt giảm chi phí. Thông tin không gian địa lý và hình ảnh vệ tinh đã mang lại những cơ hội quý giá cho việc xác định mục tiêu chi tiết hơn. Mặc dù vậy, tình trạng kém phát triển và việc thiếu nguồn tài chính đồng nghĩa với việc nhiều hệ thống dữ liệu quốc gia vẫn còn thiếu sót (UNFPA, 2024c). Ngoài ra, trong khi các hệ thống dữ liệu mới sắp ra mắt và các hệ thống hiện có vẫn tiếp tục được đổi mới, cần phải áp dụng các biện pháp bảo vệ chống lại những rủi ro đối với quyền con người ở lĩnh vực công nghệ và kỹ thuật số, hai lĩnh vực mới trên thế giới (UNFPA, 2024b).

Ba mươi năm sau khi khởi xướng, Chương trình Hành động của Hội nghị ICPD vẫn là một lộ trình thuyết phục hướng tới một thế giới tốt đẹp hơn. Con đường dẫn tới sự tiến bộ là không thể dự đoán trước và cũng không hề dễ dàng. Bất chấp những khủng hoảng và thụt lùi trong những thập kỷ gần đây, chúng ta vẫn có lý do để hy vọng. Chúng ta có thể tạo ra một thế giới nơi việc mang thai được mong muốn, mọi ca sinh nở đều an toàn và tiềm năng của mỗi người trẻ đều được phát huy. Chúng ta có thể làm được. Chúng ta phải làm được. Và cùng nhau, chúng ta sẽ làm được.

Những ai đủ quan trọng để đo lường? Trường hợp làm mẹ ở tuổi vị thành niên

Trong quá trình hoạch định chính sách và thu thập dữ liệu, người ta thường cho rằng những thứ quan trọng đều được xét đến và đo lường, và những thứ được đo lường đều là những thứ quan trọng. Tuy nhiên, báo cáo này cho thấy, giả định đó không có căn cứ.

Một ví dụ điển hình được tìm thấy trong việc thu thập dữ liệu về mức sinh ở tuổi vị thành niên (tức là mức sinh của trẻ em gái từ 10 đến 14 tuổi và phụ nữ trẻ từ 15 đến 19 tuổi). Mang thai và sinh con ở tuổi vị thành niên xảy ra phổ biến, hàng năm khoảng nửa triệu ca sinh con là từ trẻ em gái trong độ tuổi từ 10 đến 14 và 12,8 triệu ca sinh là từ thanh thiếu niên từ 15 đến 19 tuổi (UN DESA, 2022b). Làm mẹ sớm, đặc biệt đối với những thanh thiếu niên nhỏ tuổi nhất, là “một hình thức bạo lực trên cơ sở giới”. Carmen Barroso, đồng chủ tịch Ủy ban Giải trình độc lập do Tổng Thư ký Liên Hợp Quốc bổ nhiệm, cho biết: “Việc buộc ai đó phải mang thai hoặc làm điều gì đó với cơ thể của cô ấy mà cô ấy không muốn là bạo lực”.

Các biến chứng khi mang thai và sinh con là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em gái vị thành niên và ảnh hưởng đến tình hình kinh tế, xã hội đối với phụ nữ, trẻ em gái cũng như gia đình họ. Tuy nhiên, ở nhiều quốc gia, các chính sách và chương trình cần thiết để giảm tỷ lệ mang thai và sinh con sớm đều dựa trên dữ liệu không đầy đủ, thường thiếu sự phân chia theo độ tuổi và các đặc điểm quan trọng khác.

Tin tốt là ngày càng có nhiều dữ liệu được cung cấp để hiểu rõ hơn về phạm vi và sự phức tạp của việc mang thai và sinh con ở tuổi vị thành niên trên toàn cầu. Điều này đặc biệt đúng theo Chương trình nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững, trong đó kêu gọi báo cáo về tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên như một chỉ số thể hiện sự tiến bộ hướng tới đạt được chăm sóc SKTD&SKSS toàn diện. Tuy nhiên, tiêu chí cơ bản để báo cáo về chỉ tiêu SDG 3.7.2 này, cũng như để ước tính tỷ suất sinh và mức sinh theo độ tuổi trong Báo cáo Triển vọng dân số thế giới của Liên Hợp Quốc (UN DESA,

2022b], là tính sẵn có và chất lượng của dữ liệu từ các nguồn khác nhau - và do đó vẫn còn những khoảng trống trong kiến thức của chúng ta.

Chất lượng dữ liệu không đồng đều giữa các quốc gia

Hình 5 đưa ra đánh giá về tính sẵn có của dữ liệu liên quan đến mức sinh ở tuổi vị thành niên trên toàn thế giới kể từ năm 2015 thể hiện nhiều nguồn dữ liệu có tính đầy đủ và độ tin cậy khác nhau. Đánh giá này cho thấy tình trạng thiếu dữ liệu đáng lo ngại nhất – chỉ có sẵn dữ liệu lẻ tẻ hoặc không có dữ liệu nào – ở 67 quốc gia, nơi sinh sống của 20% trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi. Tất cả 67 quốc gia này đều ở châu Phi cận Sahara, châu Á, vùng Caribe và châu Đại Dương.

Ngược lại, dữ liệu tốt nhất hiện có là ở châu Âu, Bắc Mỹ và một số quốc gia được chọn từ các khu vực khác, đại diện cho 78 quốc gia chiếm 16% tổng số trẻ em gái và phụ nữ trẻ trên toàn thế giới.

Trên phạm vi rộng, chất lượng và tính sẵn có của dữ liệu kém nhất ở những khu vực có tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên cao hơn và ở một số quốc gia có tỷ lệ kết hôn trẻ em cao (Molitoris, 2023). Ngược lại, chất lượng và tính sẵn có của dữ liệu tốt nhất nói chung là ở những quốc gia có tỷ lệ kết hôn

trẻ em và mang thai ở tuổi vị thành niên rất thấp.

Chất lượng dữ liệu không đồng đều trong các quốc gia

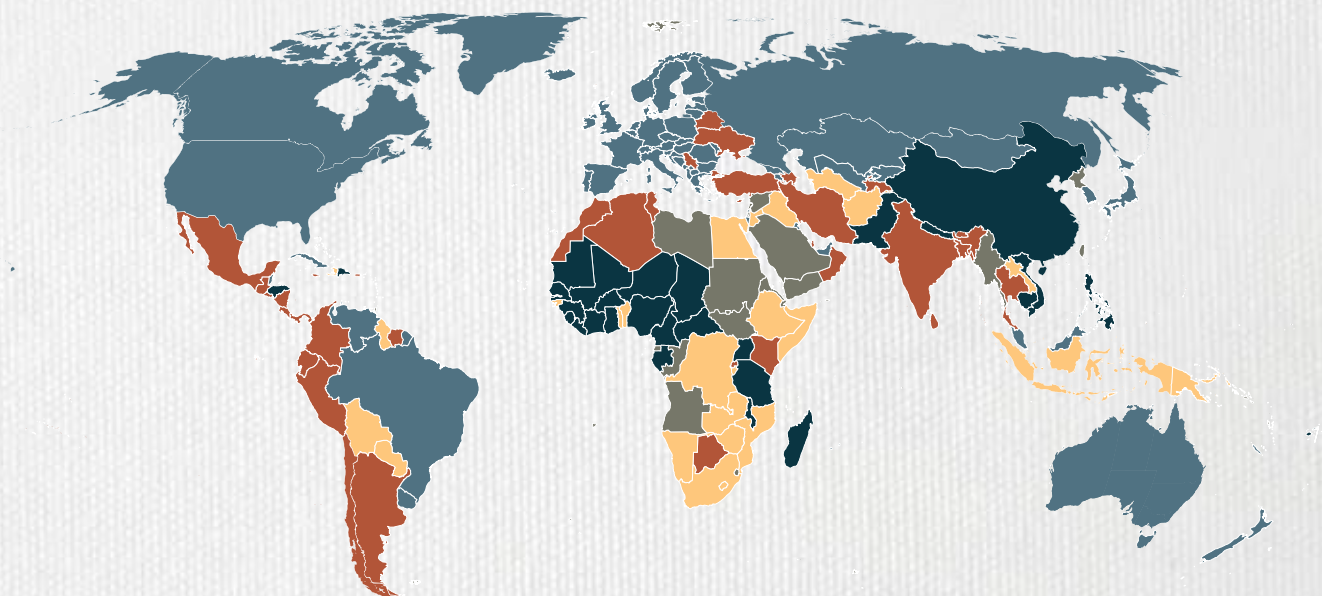
Sự chênh lệch về chất lượng dữ liệu không chỉ tồn tại giữa các quốc gia mà còn tồn tại trong từng quốc gia. Ở Brazil

– một quốc gia thuộc nhóm được coi là có ước tính tốt nhất về tỷ suất sinh theo độ tuổi của người mẹ (xem Hình 6) – đã liên tục cải thiện việc đăng ký khai sinh, tăng từ khoảng 80% trong những năm 1990 lên hơn 96% trong những thập kỷ gần đây (UNICEF, 2023; Hunter và Sugiyama, 2018). Tuy nhiên, nhóm thu

HÌNH 5

Số ca sinh trên 1.000 trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi, dữ liệu từ năm 2015 trở đi

- Dữ liệu đăng ký hộ tịch tốt
- Dữ liệu khảo sát – tính sẵn có cao
- Chỉ có dữ liệu đăng ký hộ tịch (không đầy đủ) hoặc kết hợp dữ liệu đăng ký hộ tịch và khảo sát
- Dữ liệu khảo sát – ít dữ liệu hoặc chỉ điều tra dân số
- Không có dữ liệu



Nguồn: Ban Dân số, Cơ quan Kinh tế và Xã hội của Liên Hợp Quốc (UN DESA), 2024

Lưu ý: Ban Dân số của Cơ quan Kinh tế và Xã hội Liên Hợp Quốc đã thiết lập năm loại dữ liệu sẵn có. Các quốc gia Nhóm 1 có ước tính tốt nhất về tỷ lệ sinh theo độ tuổi của người mẹ được báo cáo trong hệ thống đăng ký, thống kê hộ tịch với phạm vi bao quát đầy đủ. Các quốc gia Nhóm 2 có dữ liệu từ việc đăng ký khai sinh chưa đầy đủ từ hệ thống đăng ký, thống kê hộ tịch hoặc kết hợp giữa dữ liệu đăng ký không đầy đủ và dữ liệu thu được từ các cuộc điều tra mang tính đại diện trên toàn quốc, chẳng hạn như Điều tra về nhân khẩu học và sức khỏe hoặc các chương trình khảo sát cụm nhiều chỉ số (MICS). Các quốc gia Nhóm 3 có dữ liệu đăng ký, thống kê hộ tịch thiếu trầm trọng và sử dụng dữ liệu từ các cuộc điều tra làm nguồn thông tin chính. Nhóm 4 bao gồm các quốc gia chỉ có dữ liệu khảo sát và/hoặc điều tra dân số lẻ tẻ. Nhóm 5 bao gồm các quốc gia không có dữ liệu về mức sinh ở tuổi vị thành niên kể từ năm 2015.

nhập thấp nhất đăng ký khoảng 88% số ca sinh, trong khi nhóm thu nhập cao nhất là trên 98%.

Hình 6 cho thấy, mặc dù có những thách thức và khó khăn, việc ước tính tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên vẫn liên tục được cải thiện về chất lượng.

Ở Bangladesh – một quốc gia có dữ liệu đăng ký hộ tịch không đầy đủ – chỉ có 56% số ca sinh được đăng ký vào năm 2019 (UNICEF, 2023a) và các ước tính về tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên phải

lấy từ các nguồn dữ liệu khác, ví dụ như cuộc điều tra mang tính đại diện trên toàn quốc. Hình 7 cho thấy sự khác biệt đáng kể trong các ước tính tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên từ năm 2000 đến năm 2014. Tuy nhiên, có mối liên kết giữa các nguồn dữ liệu theo thời gian.

Vẫn cần có dữ liệu tốt hơn và dữ liệu được phân tách

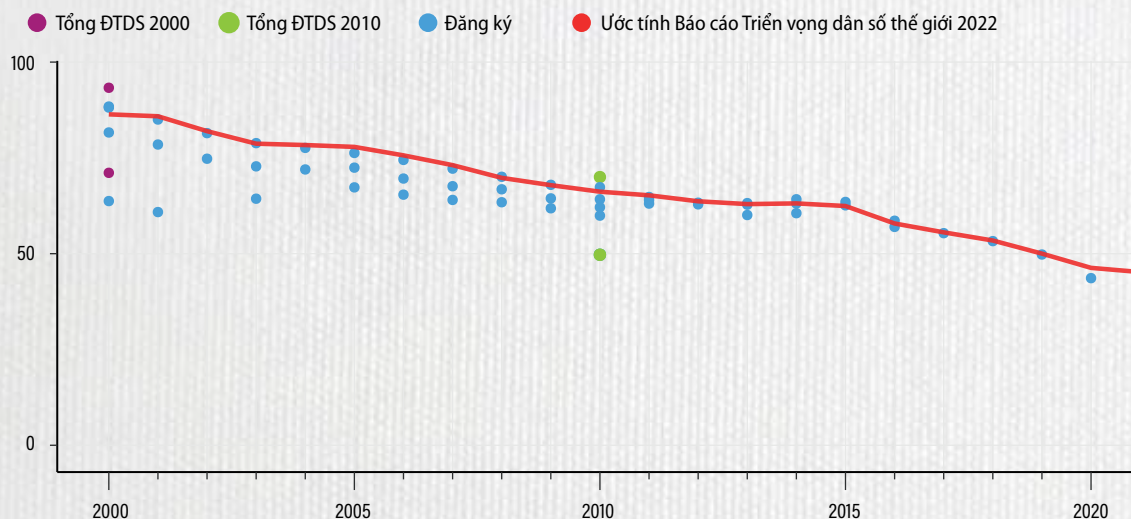
Ngay cả nhóm quốc gia có dữ liệu đăng ký, thống kê hộ tịch đầy đủ, cũng hiếm khi có sẵn thông tin về dân tộc hoặc chủng tộc. Những thông

tin này không được thu thập thường xuyên khi đăng ký khai sinh và do đó phải bổ sung dữ liệu qua các cuộc khảo sát mẫu giữa các nhóm dân cư được chọn.

Một ví dụ điển hình là Slovakia, quốc gia này không thu thập thông tin về dân tộc của người mẹ khi đăng ký khai sinh cho con. Dữ liệu từ các cuộc khảo sát trong cộng đồng người Roma cho thấy tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên luôn cao hơn tỷ suất sinh của người Slovak nói chung. So sánh

HÌNH 6

So sánh tỷ suất sinh của trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi từ các nguồn khác nhau ở Brazil, 2000-2021



Nguồn: Ban Dân số, Cơ quan Kinh tế và Xã hội Liên Hợp Quốc (UN DESA), 2024

Lưu ý: Đường màu đỏ thể hiện ước tính của Báo cáo Triển vọng dân số thế giới năm 2022 về tỷ suất sinh của trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi ở Brazil trong 20 năm qua. Các chấm màu xanh lam biểu thị số ca sinh ở tuổi vị thành niên được xác định trong hệ thống đăng ký, thống kê hộ tịch, còn các chấm màu hồng và xanh lá cây biểu thị số liệu ước tính từ các cuộc tổng điều tra dân số (ĐTDS) năm 2000 và 2010. Nhiều chấm cùng màu trong cùng một năm cho thấy phạm vi rộng của các giá trị được lấy từ các nguồn khác nhau, thu hẹp theo thời gian, cho thấy sự cải thiện chung về chất lượng dữ liệu

dữ liệu điều tra có sẵn từ năm 1996 với dữ liệu đăng ký, thống kê hộ tịch của toàn bộ người Slovak cho thấy mức sinh trung bình của trẻ vị thành niên của người Roma cao hơn bảy lần so với tỷ suất sinh của toàn bộ người dân Slovak. Sự chênh lệch này chỉ được thu hẹp đôi chút khi so sánh với tỷ suất sinh gần đây nhất, từ năm 2016 đến năm 2018, tỷ suất sinh ở tuổi vị thành niên của các cô gái Roma vẫn cao hơn sáu lần so với tỷ suất sinh của thanh thiếu niên Slovak (Nestorová Dická, 2021).

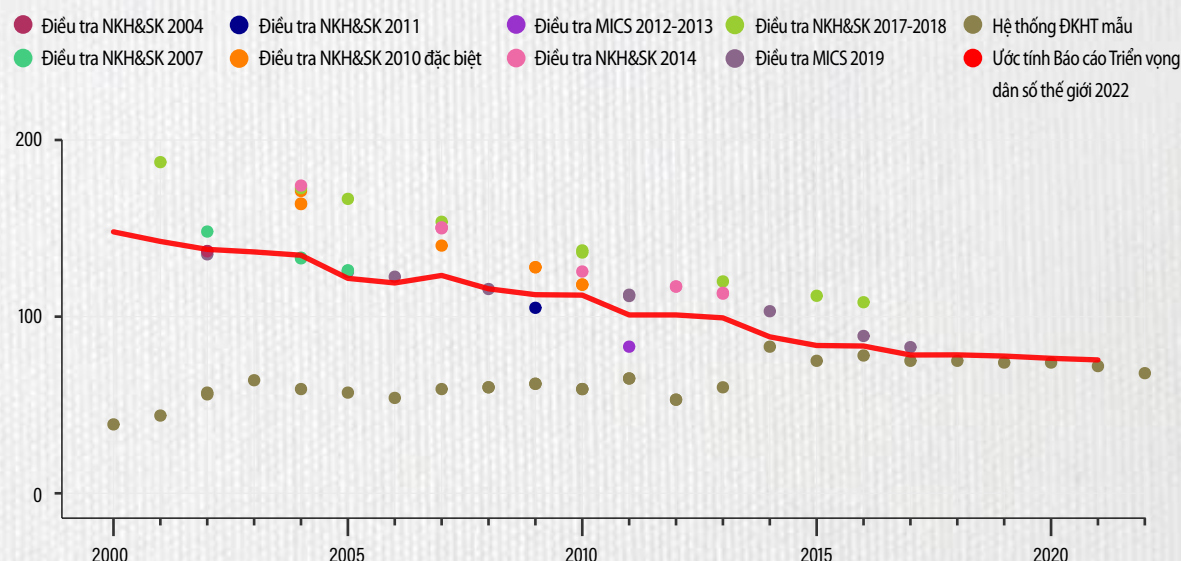
Nhìn chung, những phát hiện này cho thấy sự cải thiện đáng kể kiến thức thực nghiệm về mức sinh ở tuổi vị thành niên trong thập kỷ qua, nhưng đồng thời cũng cho thấy nhiều quốc gia và khu vực vẫn còn thiếu dữ liệu có chất lượng, nhất quán, kịp thời, cần thiết cho việc xây dựng các chính sách và chương trình hỗ trợ trẻ em gái vị thành niên, bà mẹ trẻ, con cái và gia đình của họ. Các phát hiện này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thu thập thông tin bổ sung - ngoài các khía cạnh kinh tế xã hội tiêu chuẩn - phù hợp với bối cảnh

của từng quốc gia. Chỉ khi đó mới có thể thiết kế các giải pháp có ý nghĩa và hiệu quả nhằm bảo vệ sức khỏe và quyền lợi của mọi trẻ em gái.

Mục này được đóng góp bởi Ban Dân số, Cơ quan Kinh tế và Xã hội của Liên Hợp Quốc.

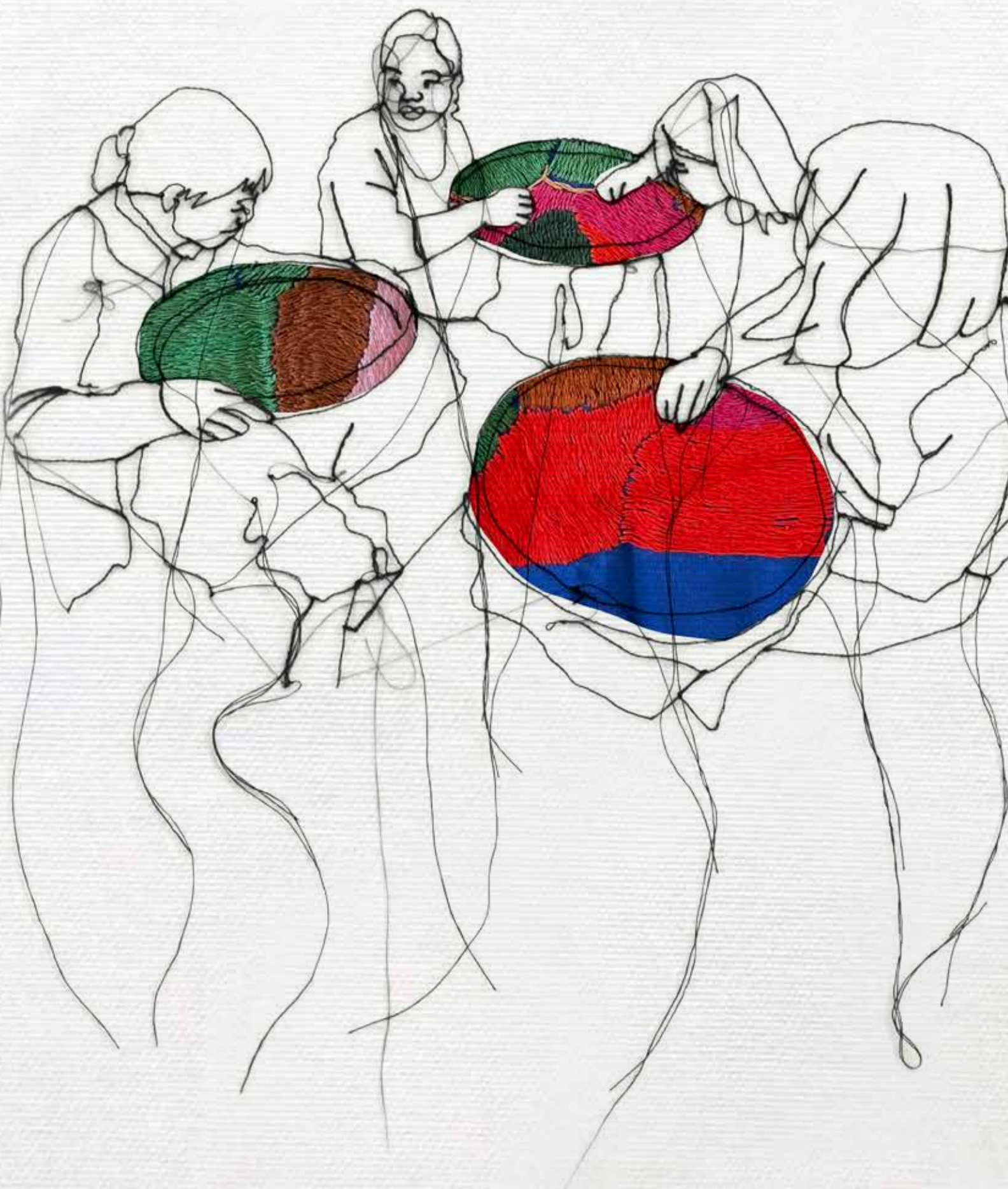
HÌNH 7

So sánh tỷ suất sinh của trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi từ các nguồn khác nhau ở Bangladesh, 2000-2021



Nguồn: Ban Dân số, Cơ quan Kinh tế và Xã hội của Liên Hợp Quốc (UN DESA), 2024

Lưu ý: Đường màu đỏ thể hiện ước tính về tỷ suất sinh của trẻ em gái từ 15 đến 19 tuổi, lấy từ Báo cáo Triển vọng dân số thế giới năm 2022 và nhiều nguồn khác nhau, chẳng hạn như Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe (NKH&SK), Các Chương trình khảo sát cụm nhiều chỉ số (MICS) và các hệ thống đăng ký mẫu. Các dấu chấm thể hiện giá trị từ nhiều nguồn khác nhau, thu hẹp dần theo thời gian (Kisambira và Schmid, 2021). Đặc biệt đáng chú ý là tỷ suất sinh thu được từ hệ thống đăng ký, thống kê hộ tịch (ĐTKHT) mẫu thấp hơn đáng kể so với tỷ suất sinh từ các nguồn khác cho đến năm 2013.



PHỤ NỮ là sợi dây KẾT NỐI



Người Chad có một câu tục ngữ nói rằng phụ nữ là sợi dây giúp gắn kết và tăng cường mối quan hệ gắn bó trong gia đình. Qua việc xây dựng một gia đình êm ấm, phụ nữ có thể từ đó xây dựng một xã hội hòa bình.



Trong một thế giới lý tưởng, các nguyên tắc về quyền con người và công bằng xã hội sẽ thúc đẩy sự tiến bộ về quyền sinh sản của phụ nữ, đồng thời tăng cường khả năng tiếp cận công bằng tới SKTD&SKSS và quyền. Nhưng các bối cảnh chính trị xã hội của thế giới thực thường đòi hỏi những lập luận có thể định lượng được về chi phí và hiệu quả đầu tư trong ngắn hạn và dài hạn vào các chương trình. Điều này hoàn toàn đúng với bối cảnh năm 1994. Mặc dù Chương trình Hành động ICPD đã cho thấy một sự chuyển hướng quan trọng, đó là ngừng các chính sách kiểm soát dân số, thay vào đó hướng tới ưu tiên quyền của tất cả các cá nhân, tuy nhiên, các lý do về kinh tế vẫn đóng một vai trò hết sức quan trọng khi giải trình quyết định đầu tư vào các quyền này.

Trên thực tế, những lợi ích kinh tế và xã hội liên quan đến – SKTD&SKSS và quyền sinh sản – là mục tiêu đầu tiên của Chương trình Hành động của ICPD: “Trong số các mục tiêu và mục đích này là: tăng trưởng kinh tế bền vững trong bối cảnh phát triển bền vững; giáo dục, đặc biệt là đối với trẻ em gái; công bằng và bình đẳng giới; giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em và trẻ sơ sinh; và đảm

bảo mọi người tiếp cận được các dịch vụ SKSS, bao gồm cả kế hoạch hóa gia đình và SKTD” (UNFPA, 1994).

Khẳng định rằng SKTD&SKSS và quyền là những yếu tố cần thiết cho việc giải phóng phụ nữ và trẻ em gái trên quy mô lớn như là những chủ thể kinh tế được trao quyền - đã được xác nhận nhiều lần trong nghiên cứu và tính toán trong 30 năm qua. Việc đầu tư vào các chương trình SKTD&SKSS sẽ mang lại những lợi ích kinh tế và xã hội đáng kể ở cấp độ cá nhân, xã hội và quốc gia.

Nhưng chúng ta vẫn cần đầu tư vào nhiều lĩnh vực khác nữa. Chắc chắn là các chi phí liên quan đến mang thai ngoài ý muốn, tử vong và khuyết tật ở bà mẹ (UNFPA, 2022a), các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Owusu-Edusei và cộng sự, 2013), cũng như bất bình đẳng giới đã được nghiên cứu một cách kỹ lưỡng (Wodon và de la Briere, 2018). Nhưng điều mà người ta ít biết đến hơn đó chính là quy mô lợi ích kinh tế mà các chương trình tăng cường SKTD&SKSS và quyền có thể mang lại. Việc nghiên cứu lợi ích kinh tế

Những lợi ích kinh tế và xã hội liên quan đến SKTD&SKSS và quyền được liệt kê là mục tiêu đầu tiên của Chương trình Hành động ICPD.

mang lại từ các đầu tư này đã gặp không ít khó khăn. Với một chương trình SKTD&SKSS toàn diện và quyền đã được đề cập - bao hàm nhiều vấn đề (Starrs và cộng sự, 2018): dịch vụ tránh thai; tiếp cận phá thai an toàn ở những nước được coi là hợp pháp; chăm sóc sau phá thai; chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh; dự phòng, điều trị HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác; giáo dục tính dục toàn diện; phòng ngừa, tư vấn và điều trị bạo lực trên cơ sở giới; phòng ngừa, phát hiện và điều trị các bệnh ung thư hệ sinh sản; thông tin, tư vấn và các dịch vụ về hiếm muộn và vô sinh; thông tin, tư vấn và các dịch vụ SKTD và sự viên mãn trong cuộc sống tình dục; và nhiều vấn đề khác nữa.

Một thách thức nữa để đánh giá lợi ích đầu tư là khi đầu tư vào một lĩnh vực nào đó có thể tiết kiệm chi phí cho các lĩnh vực và chương trình khác; ví dụ việc đầu tư vào dịch vụ tránh thai có thể làm giảm nhu cầu các dịch vụ chăm sóc sau phá thai và sức khỏe bà mẹ (Sully và cộng sự, 2020). Do vậy, để hiểu đầy đủ về lợi ích đầu tư trên tất cả các cấu phần của SKTD&SKSS và quyền, đòi hỏi cần phải có số lượng nghiên cứu rất lớn. Ngoài ra, việc đo lường lợi ích đầu tư còn trở nên phức tạp hơn do mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố cấu thành có thể diễn ra theo cả hai hướng. Ví dụ, việc thực hiện các chương trình SKTD&SKSS và quyền có thể dẫn đến việc trao quyền kinh tế cho phụ nữ, và việc trao quyền kinh tế cho phụ nữ cũng có thể dẫn đến việc thực hiện các chương trình SKTD&SKSS và quyền.

Tuy nhiên, một thách thức khác là việc đo lường số tiền đầu tư là bao nhiêu được thực hiện ngay từ đầu. Đầu tư cùng lúc vào nhiều can thiệp khác nhau có thể được xem là các khoản hỗ trợ SKTD&SKSS và quyền, tuy nhiên vẫn chưa có các tính toán toàn diện về chi phí cho những can thiệp này. Thông qua các khoản hỗ trợ phát triển



Thiết kế túi bilum của Papua New Guinea được lấy cảm hứng từ hình dạng buồng trứng và ống dẫn trứng của phụ nữ.
© Papua New Guinea

chính thức và đóng góp của khu vực tư nhân trong ba thập kỷ qua cho ta hiểu rõ hơn các xu hướng đầu tư. Báo cáo của Liên Hợp Quốc cho thấy, từ năm 1990 đến năm 1999, các khoản đóng góp hỗ trợ phát triển chính thức và của khu vực tư nhân cho các vấn đề dân số ở mức dưới 2 tỷ USD mỗi năm, tuy nhiên, những đóng góp này tăng lên rõ rệt khi bắt đầu thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Ngân sách viện trợ hàng năm tăng đều đặn từ năm 2000 đến năm 2011, đạt 12,3 tỷ USD. Kể từ năm 2011, ngân sách đóng góp dao động từ 9 tỷ đến 13 tỷ USD mỗi năm và viện trợ chi cho các vấn đề về dân số đã giảm tính theo phần trăm của tổng ngân sách hỗ trợ toàn cầu. Đáng chú ý, phần lớn ngân sách này dành cho SKSS-SKTD, trong khi đó, chi tiêu cho việc thu thập dữ liệu dân số và phân tích chính sách chiếm tỷ trọng ngày càng giảm (UN ECOSOC,

2024). Tuy vậy, những con số này thể hiện một cái nhìn hạn chế về đầu tư toàn cầu nói chung vào SKTD&SKSS và các lĩnh vực khác, bởi vì chúng không bao gồm các khoản chi tiêu trong nước.

Tuy vậy đã có những tiến bộ trong việc tính toán các lợi ích đầu tư. Đặc biệt, đã có những nỗ lực xem xét chi phí và lợi nhuận liên quan đến việc đầu tư vào các cấu phần cụ thể của SKTD&SKSS và quyền. Năm 2022, UNFPA, cùng với Avenir Health, Đại học Johns Hopkins và các tổ chức khác, đã công bố ước tính về lợi ích thu được khi đầu tư vào việc giải quyết nhu cầu kế hoạch hóa gia đình chưa được đáp ứng và chấm dứt tử vong mẹ khi có thể ngăn ngừa được (UNFPA, 2022). Các ước tính này của UNFPA cho thấy việc chi thêm 79 tỷ USD để tăng cường độ bao phủ của 29 biện pháp can thiệp thiết yếu về kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe bà mẹ trước năm 2030 sẽ mang lại 660 tỷ USD lợi ích kinh tế cho giai đoạn từ năm 2022 đến năm 2050. Khoản chi tiêu này ước tính sẽ ngăn ngừa được 400 triệu ca mang thai ngoài ý muốn, 1 triệu ca tử vong mẹ, 6 triệu ca thai lưu và 4 triệu ca tử vong trẻ sơ sinh, đồng thời mang lại lợi ích kinh tế tổng thể như tăng số năm sống, tăng tỷ lệ tham gia lực lượng lao động và năng suất lao động và còn nhiều nữa. (UNFPA, 2022).

Viện Guttmacher cũng định lượng tác động tương tự của việc đầu tư vào các dịch vụ SKSS-SKTD, tập trung vào hơn 100 can thiệp cốt lõi bao gồm các dịch vụ tránh thai, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh, dịch vụ phá thai và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục chính và có thể chữa khỏi được ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình (Sully và cộng sự, 2020). Những ước tính này có xét đến lợi ích chéo mà việc đầu tư vào một số dịch vụ cụ thể có thể mang lại cho các kết quả sức khỏe khác.

Theo những ước tính này, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc này sẽ tiêu tốn 68,8 tỷ USD hàng năm, tương đương thêm 31,2 tỷ USD so với các khoản đầu tư hiện tại – thì chỉ làm tăng 4,80 USD bình quân đầu người mỗi năm so với các khoản chi tiêu hiện tại. Đối lại, tỷ lệ mang thai ngoài kế hoạch dự đoán sẽ giảm 68%, tỷ lệ phá thai không an toàn sẽ giảm 72% và tử vong mẹ sẽ giảm 62%. Ngoài ra, tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh sẽ giảm 69% và tỷ lệ nhiễm HIV mới ở trẻ từ 6 tuần tuổi trở xuống sẽ giảm 88%.

Viện Guttmacher cũng chỉ ra các khoản chi cần thiết để đáp ứng tất cả các nhu cầu chưa được đáp ứng về biện pháp tránh thai hiện đại và chi phí này sẽ rất khiêm tốn: Để nâng mức sử dụng biện pháp tránh thai hiện tại lên mức có thể giải quyết tất cả các nhu cầu chưa được đáp ứng về biện pháp tránh thai hiện đại ở các nước thu nhập thấp và trung bình, chi phí sẽ tăng từ 1,10 USD lên 1,94 USD bình quân đầu người. Những lợi ích ngắn hạn của việc đầu tư vào các dịch vụ tránh thai sẽ nhiều hơn các chi phí đầu tư: cứ 1 USD chi bổ sung cho các dịch vụ tránh thai sẽ làm giảm 3 USD chi phí chăm sóc thai sản và trẻ sơ sinh. Đặc biệt, mỗi đồng đô la trên mức chi hiện tại cho các dịch vụ tránh thai cho trẻ vị thành niên cùng với các khoản đầu tư vào chăm sóc trẻ sơ sinh và liên quan đến thai kỳ, ước tính sẽ giảm khoảng 3,70 USD chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh và liên quan đến thai kỳ.

Trong quá trình thực hiện các đo lường, đánh giá các phương pháp thực hiện có sự khác biệt đáng kể về – mô hình, phạm vi ước tính, mốc thời gian và các giả định ban đầu – nhưng các phát hiện đều nhất quán rằng có thể đạt được giá trị to lớn về mặt lợi ích kinh tế khi tăng cường đầu tư vào SKSS-SKTD.

Những đối tượng bị bỏ lại phía sau theo ước tính

Các ước tính chứng minh rõ ràng rằng các khoản đầu tư là cần thiết ở các quốc gia và khu vực bị bỏ lại phía sau bởi sự tiến bộ trong tăng trưởng kinh tế và phát triển. Ví dụ, nhu cầu chưa được đáp ứng cao nhất ở các nước có thu nhập thấp, với gần một nửa (46%) phụ nữ có nhu cầu tránh thai không sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại. Theo Viện Guttmacher, khu vực châu Phi cận Sahara và Nam Á chiếm hơn ba phần tư tổng mức tăng đầu tư cần thiết để cung cấp trọn gói các dịch vụ SKSS, bao gồm cả biện pháp tránh thai cũng như các dịch vụ phòng ngừa bệnh tật và sức khỏe bà mẹ cho tất cả những người có nhu cầu. Nhiều quốc gia có tỷ lệ nhu cầu chưa được đáp ứng cao nhất cũng nằm trong số những quốc gia có tỷ lệ phụ nữ báo cáo rằng họ không thể tự quyết định về việc sử dụng biện pháp tránh thai và cũng nằm trong số những quốc gia có tỷ suất sinh cao nhất (Sully và cộng sự, 2020).

Không ngạc nhiên và cũng chẳng vui khi biết rằng các ước tính về lợi ích đầu tư không thể tính đến chi phí và lợi ích của việc tiếp cận những người bị thiệt thòi nhất trong các quốc gia và cộng đồng. Các yếu tố đẩy con người và cộng đồng ra ngoài lề xã hội là rất nhiều và chồng chéo lên nhau, cũng như những rào cản quá cao khiến các chương trình SKTD&SKSS thường phải được điều chỉnh cho phù hợp và có mục tiêu cụ thể. Một đánh giá có hệ thống về tình trạng mang thai ở tuổi vị thành niên đã cho thấy, trong số các yếu tố khác, “việc thuộc nhóm dân tộc và tôn giáo thiểu số cũng làm tăng nguy cơ” mang thai ở tuổi vị thành niên, với lưu ý:

“không chắc rằng các chiến lược nhằm giảm tỷ lệ mang thai ở phụ nữ dưới 20 tuổi sẽ có hiệu quả” trừ khi có thể giải quyết trực tiếp các nguy cơ trong bối cảnh cụ thể (Pradhan và cộng sự, 2015). Trong các hoàn cảnh tốt nhất, để đảm bảo khả năng tiếp cận và chấp nhận, có thể hoặc thậm chí nên hợp tác với cộng đồng để cùng xây dựng các thông điệp và can thiệp.

Những nỗ lực như vậy có thể yêu cầu thêm chi phí hoặc cần các can thiệp với chi phí thấp hơn – đơn giản là không có sẵn dữ liệu để biết chính xác. Tuy nhiên, thường có sự phản đối trong việc đầu tư các nguồn lực cần thiết để tiếp cận những người bị thiệt thòi nhất. Sự phản đối này có thể là do không có đủ dữ liệu để hỗ trợ việc ra quyết định và hành động, nhưng cũng có thể là do định kiến, lơ là và phân biệt đối xử.

Tất cả điều này giúp giải thích tại sao bằng chứng cho thấy phần lớn những thành tựu đạt được trong 30 năm qua chủ yếu đến với những người đã và đang nằm trong tầm tiếp cận của các chương trình SKTD&SKSS có quy mô lớn. Như giả thuyết công bằng nghịch khẳng định (trang 65), để đạt được sự tiến bộ, chúng ta thường phải trả giá bằng việc làm gia tăng sự bất bình đẳng đối với những người bị thiệt thòi nhất, ít nhất là ở giai đoạn đầu. Tuy nhiên, nếu tiếp tục thực hiện chỉ để đạt được “những mục tiêu dễ dàng” có thể sẽ làm trầm trọng thêm những bất bình đẳng này và khiến các mục tiêu cuối cùng của chương trình ICPD không thể hoàn thành. Ngoài ra, mặc dù chi phí ban đầu có thể cao, nhưng dựa theo mức độ nhu cầu to lớn của những cá nhân và cộng đồng bị bỏ lại phía sau, có thể thấy các khoản đầu tư hiệu quả mang lại lợi ích lớn hơn đáng kể so với những gì có thể đạt được từ các chương trình nhắm đến “mục tiêu dễ đạt được”.

CHUYÊN MỤC

Bệnh giang mai, mối đe dọa đối với sức khỏe và quyền con người: Sự kỳ thị

Bác sĩ Adel Botros, chuyên gia về da liễu và các bệnh hoa liễu ở Ai Cập, cho biết bệnh giang mai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác là những “căn bệnh thầm kín”, ông nói khi nhớ lại một cuộc điện thoại mà ông nhận được hơn 10 năm trước. Một bệnh viện đã liên hệ để báo cáo một trường hợp giang mai bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Bác sĩ Botros vội vã đến bệnh viện và xin phép người cha được gặp bệnh nhân - và sẽ không phải trả phí. Thay vì đồng ý, người cha đã rời khỏi phòng; và Bác sĩ Botros không bao giờ gặp lại anh ta nữa.

Sự kỳ thị xung quanh các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục đã từ lâu được sử dụng để chia rẽ trong cộng đồng và củng cố các hệ thống cấp bậc trong xã hội – nó thậm chí còn khiến mọi người tránh xa các dịch vụ y tế, làm cho bệnh tình càng dai dẳng thêm. Điển hình nhất có lẽ là bệnh giang mai, được mô tả bằng nhiều cái tên khác nhau như “căn bệnh của người Pháp”, “bệnh Neapolitan”, “bệnh Ba Lan”, “bệnh Đức”, “bệnh Tây Ban Nha” và “bệnh Cơ đốc”, cùng nhiều cái tên khác, được cộng đồng sử dụng để tìm cách đổ lỗi cho người ngoài hoặc kẻ

thù đã gây ra căn bệnh này (Tampa và cộng sự, 2014).

Ngày nay, bệnh giang mai - một bệnh nhiễm khuẩn mà các quan chức y tế từ lâu đã hy vọng sẽ bị loại trừ bằng thuốc kháng sinh - đang ngày một gia tăng trên khắp thế giới, với số ca mắc bệnh tăng từ 8,8 triệu năm 1990 lên 14 triệu vào năm 2019 và tỷ lệ mắc bệnh tăng từ 160 lên 178 trên 100.000 người trong cùng kỳ (Tao và cộng sự, 2023).

Tuy nhiên, dữ liệu hiện có cho thấy Bắc Phi và Trung Đông đã đi ngược lại xu hướng này. Ví dụ, trong khi tỷ lệ trẻ sinh ra mắc bệnh giang mai bẩm sinh đã tăng hơn gấp ba lần ở Hoa Kỳ kể từ năm 2016, thì tỷ lệ mắc bệnh giang mai bẩm sinh ở Maroc đã giảm mạnh (WHO, n.d.b). Năm 2022, Tổ chức Y tế Thế giới thông báo rằng Oman đã loại trừ được sự lây truyền của bệnh giang mai từ mẹ sang con (WHO, 2022).

Ellen Amster, giáo sư y tế công đồng tại Đại học McMaster ở Canada, cho biết những dữ liệu này đưa ra bằng chứng ngược với những định kiến lâu đời về bệnh giang mai ở khu vực các

quốc gia Ả Rập, một lịch sử chứa đựng những bài học quan trọng về bệnh tật, giới và quyền lực cho thế giới hiện đại.

Bà giải thích: “Bệnh giang mai thực sự quan trọng trong thuyết ưu sinh. Nó từng được coi là một trong những thứ suy đồi và có thể hủy diệt một cộng đồng.” Các chính quyền thuộc địa phương Tây đã mô tả người Ả Rập là những người vốn dễ bị tổn thương trước căn bệnh này. Nghiên cứu của Giáo sư Amster đã chỉ ra rằng họ thậm chí còn phát minh ra một thuật ngữ mới - “Bọn Ả Rập mắc bệnh giang mai” bệnh hoạn và suy đồi” - để bôi xấu và hạ thấp người Hồi giáo và người Ả Rập (Amster, 2016).

Bà chia sẻ với UNFPA: “Bệnh giang mai từng gắn liền với việc tước đi quyền lực giới, sự hổ thẹn về tính dục và tình dục - điều luôn trở thành nỗi xấu hổ về giới. Để bảo vệ quân đội khỏi những người phụ nữ bán địa mắc ‘giang mai’ này, người Pháp - ở Maroc và tòa đế chế - đã tạo ra những nhà thổ khép kín mà về bản chất đó là nhà tù dành cho những người phụ nữ trẻ.”

Giáo sư Amster cho biết các nỗ lực bảo vệ này được thúc đẩy bởi “những tuyên bố trong suốt thời kỳ bảo hộ [Ma-rốc] rằng tỷ lệ mắc bệnh giang mai là 80%, 100%, và đó là kết quả của các xét nghiệm dương tính giả và chẩn đoán nhầm của bệnh lao, sốt rét và các bệnh khác. “Họ đã phát hiện ra rằng nếu họ làm xét nghiệm cho phụ nữ một cách có hệ thống, tỷ lệ mắc bệnh giang mai là 0,5% hoặc ít hơn.”

Xã hội hiện đại vẫn chưa rũ bỏ được sự xấu hổ - và biến động quyền lực - gắn liền với căn bệnh truyền nhiễm. Năm 2022, khi các cơ quan y tế toàn cầu nỗ lực ngăn chặn sự lây lan của bệnh Mpox (còn được gọi là bệnh đậu mùa khỉ), họ đã phải đồng thời cố gắng ngăn chặn sự kỳ thị xung quanh căn bệnh này. Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) đã cảnh báo rằng báo cáo về bệnh Mpox “đã sử dụng ngôn ngữ và hình ảnh, đặc biệt là miêu tả về cộng đồng LGBTI và người châu Phi, điều này càng củng cố những thành kiến ghê sợ người đồng tính và phân biệt chủng tộc, đồng thời làm trầm trọng thêm sự kỳ thị” (UNAIDS, 2022). Và không nên có cái nhìn không khoan dung với bệnh lây truyền qua đường tình dục trong xã hội; đại dịch COVID-19 đã chứng kiến làn sóng bài ngoại chống người châu Á bùng phát trên khắp thế giới (HRW, 2020).

Khi thiết kế các chương trình nhằm giải quyết bệnh truyền nhiễm, cần phải xem xét kỹ các vấn đề về quyền lực và thành kiến. Bất chấp những bài học trong lịch sử, điều này vẫn đúng với bệnh giang mai, căn bệnh



Bousibir là một nhà thờ có tường bao quanh ở Casablanca, được chính quyền thuộc địa tạo ra như một biện pháp ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Bức ảnh lịch sử thuộc phạm vi công cộng.

được cho là ảnh hưởng không nhỏ đến nam giới có quan hệ tình dục đồng giới (WHO, n.d.c.). Các chuyên gia cho rằng thay vì kỳ thị những cộng đồng bị ảnh hưởng bởi căn bệnh giang mai, chúng ta nên khuyến khích họ tham gia vào việc xây dựng và thiết kế các chương trình nhằm giải quyết căn bệnh này.

Ngay cả ở khu vực các quốc gia Ả Rập, là nơi mà ngày nay tỷ lệ mắc bệnh giang mai tương đối thấp, vẫn cần phải cảnh giác, chống lại căn bệnh này cũng như chống lại sự

phân biệt đối xử. Trên thực tế, Bác sĩ Botros ở Ai Cập cho biết, không thể biết chính xác tỷ lệ mắc thực sự của các bệnh lây truyền qua đường tình dục như bệnh giang mai do nỗi sợ hãi và xấu hổ - từng được dùng như một vũ khí rất hiệu quả để chống lại thế giới Ả Rập - vẫn tồn tại cho đến tận bây giờ.

Bác sĩ Botros cho biết: “Đôi khi chúng tôi tình cờ phát hiện ra một trường hợp mắc bệnh. Một số bệnh nhân cũng không đi khám trừ khi họ

Phân tích trong chương này xem xét đến các lợi ích xã hội và đặc biệt là lợi ích kinh tế lâu dài của việc đầu tư vào SKTD&SKSS và quyền cũng như quyền tự chủ sinh sản của phụ nữ. Do lợi ích đầu tư trên các cấu phần của SKTD&SKSS và quyền quá lớn để có thể tóm tắt nên chương này tập trung vào ba yếu tố chính: quyền tự chủ sinh sản (ở đây được thể hiện bằng việc sử dụng biện pháp tránh thai ở những phụ nữ muốn tránh thai, với lưu ý rằng cần có các biện pháp đo lường bổ sung), phòng ngừa bạo lực trên cơ sở giới, và cung cấp giáo dục giới tính và tình dục toàn diện. Mỗi yếu tố giúp nâng cao khả năng nhận thức về các khía cạnh khác của SKTD&SKSS và quyền. Cuối cùng, chương này xem xét lợi ích đầu tư mang lại từ việc thúc đẩy bình đẳng giới một yếu tố thuận lợi quan trọng cho phép thực hiện nhiều quyền và lựa chọn. Tuy nhiên, khi xem xét lợi ích đầu tư mà từng cấu phần có thể mang lại, điều quan trọng cần lưu ý là những ước tính đầu tư này là những công cụ không sắc bén khi xem xét tác động rộng rãi đối với các nhóm dân số lớn. Các chương trình mục tiêu hiệu quả có thể có chi phí khác nhau và có thể có tác động lớn hơn nhiều dưới hình thức phát triển nguồn nhân lực đối với các cộng đồng cho đến nay vẫn nằm ngoài tầm với của tiến bộ toàn cầu.

Thế giới mới chỉ bắt đầu đánh giá quyền tự chủ sinh sản.

Giá trị lâu dài của quyền tự chủ sinh sản

Thế giới chỉ mới bắt đầu đo lường quyền tự chủ sinh sản, một khái niệm cực kỳ quan trọng nhưng vẫn chưa được xác định rõ ràng. Chúng ta có thể thấy được sự đột phá trong các chỉ số của Mục tiêu Phát triển Bền vững về quyền tự chủ thân thể (5.6.1) và môi trường tạo điều kiện (5.6.2) đã cho thấy các quyền cơ bản của rất nhiều người vẫn chưa được thực hiện đầy đủ. Tuy nhiên, chỉ có 115 quốc gia hoặc vùng lãnh thổ cung cấp dữ liệu về chỉ tiêu 5.6.2, và chỉ 69 quốc gia cung cấp dữ liệu cho chỉ tiêu 5.6.1, đồng thời các chỉ tiêu này mới chỉ là điểm khởi đầu. Chúng ta vẫn cần nhiều thông tin hơn nữa để có thể nắm rõ thực trạng quyền tự chủ sinh sản của phụ nữ.

Ngày nay, để ước tính lợi ích từ việc đầu tư cho quyền tự chủ sinh sản, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở những phụ nữ mong muốn tránh thai có lẽ là thước đo tốt nhất, mặc dù còn hạn chế. Tỷ lệ này được xem là thước đo tốt nhất vì phạm vi và tác động của việc mang thai ngoài ý muốn đã được nghiên cứu kỹ lưỡng.

Khoảng một nửa số trường hợp mang thai ở các nước thu nhập thấp và trung bình – 112 triệu trường hợp hàng năm – là mang thai ngoài ý muốn (Bearak và cộng sự, 2020). 77% - tương đương với 218 triệu phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình muốn tránh mang thai nhưng không sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại (Sully và cộng sự, 2020).

Có sự bất bình đẳng đáng kể về mức độ nhu cầu tránh thai không được đáp ứng trong và giữa các quốc gia. Cụ thể, mức độ nhu cầu tránh thai không được đáp ứng cao nhất là ở các nước thu nhập thấp, và có sự chênh lệch về mức độ không được đáp ứng

giữa các nhóm tuổi: Trong số phụ nữ muốn tránh thai, tỷ lệ nhu cầu về biện pháp tránh thai hiện đại không được đáp ứng ở phụ nữ tuổi vị thành niên từ 15 đến 19 tuổi (43%) cao hơn nhiều so với tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (24%) ở các nước thu nhập thấp và trung bình (Sully và cộng sự, 2020). Đồng thời, phụ nữ thuộc các hộ gia đình giàu có nhất, sống ở khu vực thành thị và có trình độ học vấn cao hơn có mức độ nhu cầu không được đáp ứng thấp hơn so với phụ nữ cùng lứa tuổi. Tính đến năm 2015, khoảng một nửa số phụ nữ nói chung, những người có nhu cầu tránh thai và đang sống ở các quốc gia bị ảnh hưởng bởi khủng hoảng nhân đạo không sử dụng bất kỳ hình thức tránh thai nào, dù hiện đại hay truyền thống – một tỷ lệ cao hơn nhiều so với mức trung bình toàn cầu (Loaiza và Liang, 2016) (xem ghi chú kỹ thuật ở trang 155).

Hiệp hội Tác động Kế hoạch hóa gia đình –hợp tác giữa Viện Guttmacher, Viện Chính sách phát triển Châu Phi, Đại học Harvard, Viện Mô hình bệnh tật và Avenir Health – gần đây đã đánh giá và xem xét giá trị của việc đầu tư vào kế hoạch hóa gia đình nhằm giúp phụ nữ có thể quyết định chắc chắn về thời gian, khoảng cách giữa và số lần sinh con của họ (Hiệp hội Tác động Kế hoạch hóa gia đình, 2023). Đánh giá này nhấn mạnh, việc kiểm soát được các yếu tố cốt lõi đó của khả năng sinh sản cho phép phụ nữ đạt được trình độ học vấn cao hơn và mang lại cho họ nhiều lựa chọn nghề nghiệp hơn. Kế hoạch hóa gia đình còn giúp phụ nữ thăng tiến hơn trên con đường sự nghiệp. Những lợi ích về cơ hội giáo dục cũng mang lại nhiều lợi ích khác cho trẻ em gái và phụ nữ: ví dụ, họ có nhiều khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn, hiểu rõ các quyền của bản thân và tự tin để hành động vì những quyền đó.

Trình độ học vấn cao hơn cũng gắn liền với thu nhập cao hơn (Grown và cộng sự, 2005). Phụ nữ

có trình độ tiểu học có thu nhập cao hơn từ 14 đến 19% so với những người không đi học; phụ nữ có trình độ trung học có thu nhập cao gấp đôi so với phụ nữ không đi học; và phụ nữ có trình độ cao đẳng/đại học có thu nhập cao gấp ba lần so với những người không đi học, căn cứ theo dữ liệu từ 96 quốc gia (Wodon và cộng sự, 2018).

Kế hoạch hóa gia đình cũng giúp những phụ nữ muốn làm mẹ có thể xác định ở một mức độ nào đó, khoảng cách giữa những lần sinh con và tổng số con mà họ mong muốn - điều này cho phép phụ nữ có thể lên kế hoạch cho thời gian không đi làm. Khi tham gia lực lượng lao động, chi phí phải bỏ ra khi sinh con bao gồm mất thu nhập do tạm thời không làm việc và giảm giờ làm việc, điều này vừa góp phần làm giảm các kỹ năng, vừa là yếu tố ngăn cản người sử dụng lao động đầu tư vào việc nâng cao các kỹ năng cho người lao động, và sau cùng là ảnh hưởng đến con đường sự nghiệp của họ (Adda và cộng sự, 2017).

Kỳ vọng của phụ nữ trong kiểm soát việc sinh con cũng có thể ảnh hưởng đến những lựa chọn của họ khi bắt đầu làm việc. Theo các bằng chứng từ châu Âu, một phần đáng kể sự nghiệp và thu nhập phải bỏ ra khi sinh con được xác định bởi con đường sự nghiệp mà phụ nữ theo đuổi khi họ gia nhập lực lượng lao động, dựa trên mô hình sinh sản dự kiến (Adda và cộng sự, 2017). Ở Đức, người ta ước tính rằng những lựa chọn nghề nghiệp khi bắt đầu sự nghiệp chiếm 19% số tiền lương bị mất do có con.

Giữa các biện pháp tránh thai và giáo dục có một mối quan hệ qua lại, trong đó nếu phụ nữ được giáo dục nhiều hơn có thể nâng cao kiến thức và quyền tự chủ mà họ cần để tiếp cận và sử dụng các biện pháp tránh thai (Blackstone và cộng sự, 2017). Trên thực tế, các dịch vụ tránh thai mở ra một chu trình nâng cao quyền năng và cơ hội tốt đẹp cho phụ nữ.

Ngoài ra, việc đáp ứng nhu cầu về các dịch vụ tránh thai còn mang đến những lợi ích đa thể hệ và từ đó tạo ra các cơ hội khác cho phụ nữ: Phụ nữ tham gia lực lượng lao động thường mong đợi điều tương tự ở con gái họ (UNFPA, 2023), mở ra nhiều lựa chọn hơn cho trẻ em trong cuộc sống, bao gồm cả việc tạm hoãn kết hôn để hoàn thành việc học ở trường và đạt được những lợi ích lâu dài mà giáo dục mang lại dưới các hình thức nâng quyền về kinh tế, xã hội và cá nhân.

Giáo dục trẻ em gái không chỉ mang lại lợi ích cho các cá nhân, mà người sử dụng lao động cũng ngày càng nhận thức được rằng việc hỗ trợ về SKTD&SKSS và quyền có thể mang lại lợi ích cho lợi nhuận ròng của doanh nghiệp. Ví dụ, các công ty ở châu Á có thể sử dụng công cụ tỷ suất hoàn vốn đầu tư (ROI) do UNFPA phát triển để ước tính lợi ích năng suất của việc hỗ trợ SKSS cho nhân viên (UNFPA Châu Á và Thái Bình Dương, n.d.)

Ngoài ra, quyền tự chủ sinh sản cũng mang lại lợi ích cho các quốc gia do quyền tự chủ sinh sản giúp nâng cao sự đóng góp của phụ nữ cho nền kinh tế quốc gia. Theo một nghiên cứu mô hình hóa ở Kenya, Nigeria và Senegal, thu nhập bình quân đầu người sẽ tăng từ 31 đến 65% từ năm 2005 đến năm 2030 nếu có thể giải quyết tất cả nhu cầu tránh thai hiện đại chưa được đáp ứng ở các quốc gia này (Bloom và cộng sự, 2014). Ở Kenya, nếu giải quyết được hai phần ba nhu cầu tránh thai hiện đại chưa được đáp ứng, quốc gia này sẽ có mức tăng tổng sản phẩm quốc nội (GDP) bình quân đầu người là 51% vào năm 2050, thông qua các tác động lên quy mô tương đối của dân số trong độ tuổi lao động (xem ghi chú kỹ thuật ở trang 155). Mối quan hệ giữa khả năng kiểm soát sinh sản của phụ nữ và lợi ích kinh tế đối với cá nhân, gia đình và xã hội đã được

chứng minh trong một số nghiên cứu ở nhiều bối cảnh khác nhau (Hiệp hội Tác động Kế hoạch hóa gia đình, 2023).

Hiệp hội Tác động Kế hoạch hóa gia đình cũng đưa ra những đánh giá về lợi nhuận đầu tư toàn cầu vào kế hoạch hóa gia đình. Ví dụ: người ta ước tính rằng khoản đầu tư 1 USD vào kế hoạch hóa gia đình sẽ mang lại lợi nhuận từ 60 đến 100 USD theo thời gian dưới hình thức tăng trưởng kinh tế (Kohler và Behrman, 2018). Ngân hàng Thế giới ước tính rằng trên toàn cầu, việc hạn chế các cơ hội giáo dục dành cho trẻ em gái sẽ gây tổn hao năng suất lao động và thu nhập nghề nghiệp từ 15 nghìn tỷ đến 30 nghìn tỷ USD (Wodon và cộng sự, 2018). Người ta cũng ước tính rằng trên toàn cầu, với mỗi phụ nữ từ 25 đến 39 tuổi có thêm một đứa con, thì việc tham gia lực lượng lao động của họ sẽ giảm từ 10 đến 15 điểm phần trăm, hoặc gần hai năm (Grepin và Klugman, 2013; Bloom và cộng sự, 2009).

Cũng cần phải lưu ý rằng, hầu hết các nghiên cứu về lợi ích kinh tế lâu dài của việc giúp phụ nữ kiểm soát sinh sản đều tập trung vào việc giải quyết nhu cầu tránh thai chưa được đáp ứng; tuy nhiên, không có biện pháp tránh thai nào là hoàn hảo và mặc dù việc hạn chế phá thai vẫn tồn tại ở nhiều quốc gia, ước tính hàng năm cứ 10 trường hợp mang thai ngoài ý muốn thì có khoảng 6 trường hợp dẫn đến phá thai (Bearak và cộng sự, 2020). Do đó, nhu cầu phá thai – dù là an toàn hay không an toàn – khó có thể biến mất.

Phá thai không an toàn có liên quan đến một tỷ lệ đáng kể các ca tử vong mẹ cũng như bệnh tật và khuyết tật phổ biến. Người ta ước tính rằng khoảng 5 đến 13% tổng số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới cũng như bệnh tật và khuyết tật phổ biến là do phá thai không an toàn (Say và cộng sự, 2014). Tổng chi phí ước tính cho việc

chăm sóc liên quan đến phá thai ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình là 2,8 tỷ USD hàng năm, trong đó 1 tỷ USD cho các ca phá thai (được cung cấp cả trong điều kiện an toàn và không an toàn) và 1,7 tỷ USD cho chăm sóc hậu phá thai (Sully và cộng sự, 2020). Người ta cũng ước tính rằng, nếu tất cả các ca phá thai không an toàn ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình đều được thực hiện một cách an toàn và nếu tất cả các nhu cầu về biện pháp tránh thai và chăm sóc liên quan đến phá thai được đáp ứng, tổng chi phí chăm sóc liên quan đến phá thai sẽ giảm xuống còn 600 triệu USD.

Giá trị lâu dài của việc chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới

Chúng ta sẽ không thể đảm bảo quyền tự chủ sinh sản của tất cả mọi người nếu không đảm bảo xóa bỏ tình trạng bạo lực trên cơ sở giới, bao gồm cả bạo lực do bạn tình gây ra. Trên toàn thế giới, hơn một phần tư phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi từng trong một mối quan hệ cho biết họ đã từng phải chịu bạo lực trên cơ sở giới trong đời bao gồm cả bạo lực thể chất hoặc bạo lực tình dục bởi bạn tình, và 13% đã từng bị bạn tình bạo hành về thể chất hoặc tình dục vào một thời điểm nào đó trong năm trước (WHO, 2021).

Tỷ lệ bạo lực do bạn tình đặc biệt cao ở Nam Á và châu Phi cận Sahara, nơi ước tính có đến 19 đến 20% phụ nữ đã từng bị bạn tình bạo lực trong 12 tháng qua. Theo đánh giá về bằng chứng từ 46 quốc gia, phụ nữ nghèo hơn, trẻ hơn và những người sống ở khu vực nông thôn có xu hướng đặc biệt dễ bị tổn thương trước bạo lực do bạn tình gây ra (Coll và cộng sự, 2020). Bạo lực đối với phụ nữ cũng thường xảy ra nhiều hơn ở những người bị buộc phải di dời và những người sống ở

nơi bị ảnh hưởng bởi xung đột (Hadush và cộng sự, 2023; Horn và cộng sự, 2021; Delkhosh và cộng sự, 2019). Các điều kiện kể trên với những tác động gây mất ổn định và sự xói mòn của mạng lưới xã hội cũng như các biện pháp bảo vệ xã hội đã góp phần làm tăng nguy cơ bạo lực do bạn tình gây ra ở những môi trường đó. Đồng thời, chúng ta cũng khó có thể thực hiện các biện pháp phòng ngừa và ứng phó ở những môi trường bất ổn này.

Sẽ rất khó để giải quyết mối liên hệ giữa bạo lực và thiếu sự tự chủ sinh sản, không chỉ vì bạo lực tình dục và cưỡng ép quan hệ tình dục trực tiếp làm suy yếu quyền tự chủ về thân thể mà còn vì bản thân việc cưỡng ép sinh sản cũng là một hình thức bạo lực. Tuy nhiên, vẫn có nhiều cách để tìm hiểu một số mối liên hệ nhân quả giữa hai vấn đề này, chẳng hạn như thông qua các nghiên cứu về bạo lực do bạn tình và việc sử dụng biện pháp tránh thai. Các nghiên cứu theo chiều dọc đã chỉ ra rằng những phụ nữ bị bạo lực bởi bạn tình sau đó ít có khả năng sử dụng biện pháp tránh thai hơn, và họ đặc biệt không có khả năng dựa vào các biện pháp tránh thai phụ thuộc vào bạn tình như bao cao su (Maxwell và cộng sự, 2015). Bạo lực do bạn tình cũng có liên quan đến việc gia tăng tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn (WHO, 2013). Khi đó, bạo lực là nguyên nhân gây ra tổn thất cho cá nhân và xã hội liên quan đến việc mất quyền tự chủ sinh sản đã được nêu ở phần trên.

Tuy nhiên, bạo lực cũng gây tổn thất kinh tế đáng kể ở phương diện các hậu quả bất lợi khác đối với SKSS, bao gồm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Bacchus và cộng sự, 2018; WHO, 2013) và việc không nhận được đầy đủ các dịch vụ chăm sóc trước sinh và khi sinh con (Musa và cộng sự, 2019). Các tổn thất kinh tế này có thể ảnh hưởng liên thế hệ, do phụ nữ bị bạo lực khi mang thai có nhiều khả năng bị sẩy thai, thai chết lưu và trẻ

sơ sinh nhẹ cân (Silverman và cộng sự, 2007; Boy và Salihu, 2004). Bạo lực do bạn tình và các hình thức bạo lực trên cơ sở giới khác cũng có thể dẫn đến chấn thương tâm lý và căng thẳng, chấn thương từ nhẹ đến nặng và tử vong (WHO, 2013). Những phụ nữ bị bạo lực tình dục không phải do bạn tình cũng có nguy cơ cao lạm dụng rượu, bia, ma túy và rối loạn sức khỏe tâm thần. Hệ thống y tế cũng phải chịu chi phí trực tiếp đáng kể liên quan đến việc điều trị cho những người bị bạo lực.

Ngoài ra, bạo lực còn các tác động đến lực lượng lao động, năng suất lao động và tiền lương của người lao động. Sự mất dần quyền tự chủ của phụ nữ do bạo lực trên cơ sở giới đã làm tổn hại đến khả năng của phụ nữ trong việc tự đưa ra quyết định, theo đuổi học hành và tham gia đầy đủ vào lực lượng lao động. Bạo lực cũng có thể làm giảm cơ hội việc làm do lo sợ bị quấy rối hoặc bạo lực; lựa chọn nghề nghiệp bị hạn chế khi phụ nữ tìm kiếm các công việc mà họ cho là an toàn hơn hoặc để được kẻ bạo hành chấp nhận hơn; năng suất làm việc thấp hơn do căng thẳng tâm lý và hậu quả về sức khỏe thể chất cũng như sự vắng mặt tại công ty để giải quyết hậu quả do bạo lực trên cơ sở giới (Vyas, 2013). Một báo cáo năm 2016 đã đưa ra một công thức giúp người sử dụng lao động tính toán tác động của bạo lực trên cơ sở giới đối với chi phí vận hành, bao gồm số ngày nghỉ việc, nhân viên nghỉ việc và chi phí tuyển dụng (Walker và Duvvury, 2016).

Vậy, tổng chi phí phải bỏ ra là bao nhiêu? Dù số liệu là khác nhau, nhưng các kết quả đều khá cao: Quỹ Tiền tệ Quốc tế ước tính rằng tỷ lệ phụ nữ bị bạo lực trên cơ sở giới cứ tăng 1 điểm phần trăm thì hoạt động kinh tế sẽ giảm đi 8% ở châu Phi cận Sahara - sự suy giảm chủ yếu là do giảm số lượng lao động nữ (Ouedraogo và Stenzel, 2021).

Nghiên cứu năm 2022 ước tính thiệt hại toàn cầu do bạo lực gây ra bởi bạn tình là 5% GDP toàn cầu và gần 15% GDP ở châu Phi cận Sahara (Yount và cộng sự, 2022). Một đánh giá bằng chứng từ 13 quốc gia cho thấy thiệt hại cho nền kinh tế quốc gia do nạn bạo lực đối với phụ nữ gây ra dao động từ 0,35 đến 6,6% GDP (Ibrahim và cộng sự, 2018). Việc chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới sẽ không chỉ giúp loại bỏ những chi phí này mà còn tạo ra những lợi ích trước mắt và lâu dài cho năng suất và tiềm năng thu nhập của cá nhân với những tác động nối tiếp qua các thế hệ.

Chúng ta có thể đạt được lợi ích kinh tế trước mắt khi giúp phụ nữ thoát khỏi các mối quan hệ bạo lực. Một nghiên cứu nhỏ về phụ nữ ở Hoa Kỳ đã phát hiện ra rằng các dịch vụ trợ giúp pháp lý dân sự cho người bị bạo lực bởi bạn tình mang lại thu nhập ròng trung bình là 5.500 USD trong vòng một năm kể từ khi nhận được hỗ trợ, thu nhập cá nhân là 2,41 USD cho mỗi 1 USD chi cho hỗ trợ pháp lý (Teufel và cộng sự, 2021). Những phụ nữ nhận được các dịch vụ này cũng ít có khả năng rơi vào tình trạng nghèo đói một năm sau đó. Đầu tư vào phòng ngừa bạo lực có thể thu được lợi nhuận cao tương tự.

Lợi ích vẫn tồn tại xuyên suốt các nhóm dân cư và thế hệ. Bằng chứng rõ ràng cho thấy các biện pháp can thiệp phòng ngừa bạo lực trên cơ sở giới giúp cải thiện một cách đáng kể sức khỏe người dân (Ferrari và cộng sự, 2022; Musa và cộng sự, 2019; Bacchus và cộng sự, 2018). Mặc dù có một số chương trình tốn kém hơn những chương trình khác, nhưng nhiều chương trình trong số đó mang lại hiệu quả về mặt chi phí, trong đó tính hiệu quả được đo lường bằng chi phí chương trình trên mỗi năm sống không bạo lực nhờ vào những can thiệp chương trình này mang lại (Ferrari và cộng sự, 2022).

Nghiên cứu lợi ích kinh tế cho sự hòa nhập

Vì nhiều lý do, từ hoàn cảnh địa phương đến các định kiến mang tính phân biệt đối xử, việc tiếp cận những người bị thiệt thòi nhất có thể khá khó khăn và tốn kém hơn. Đồng thời, cách tiếp cận chung dành cho tất cả mọi đối tượng thường có thể gây lãng phí khi áp dụng cho các nhóm đa dạng; việc điều chỉnh sao cho phù hợp với ngôn ngữ, tôn giáo, văn hóa và các yếu tố bối cảnh của phụ nữ và trẻ em gái, chẳng hạn như tình hình xung đột và mức độ cơ sở hạ tầng, có thể tránh lãng phí và tận dụng tốt hơn các nguồn lực sẵn có. Nhu cầu chăm sóc SKTD&SKSS cao hơn để thực hiện quyền tự chủ về thân thể và giảm thiểu tình trạng bị gạt ra ngoài lề xã hội có thể đồng nghĩa với thu được lợi nhuận đầu tư lớn hơn và thúc đẩy phát triển mạnh mẽ hơn. Ngoài ra, việc điều chỉnh sao cho phù hợp cũng giúp hạn chế chi phí dài hạn do sự chia cắt xã hội phát sinh từ sự bất bình đẳng ngày càng trầm trọng khi dịch vụ có thể đem lại lợi ích cho một số người nhưng lại không đến được với những người khác do các rào cản gây ra.

Việc bình thường hóa tình trạng bị cô lập hay loại trừ những nhóm người bị thiệt thòi nhất sẽ đi kèm với những chi phí khá lớn không thể tính toán đầy đủ do mọi người sẽ trở nên vô hình khi không được quan tâm. Tuy nhiên, chúng ta vẫn thấy được những dấu hiệu lợi ích kinh tế tích cực khi xóa bỏ những luật, chính sách và các chuẩn mực mang tính chất loại trừ những đối tượng này. Điều này đã được nêu ra gần đây trong một báo cáo về việc phi hình sự hóa mối quan hệ đồng giới, trong đó cho thấy cả lợi ích kinh tế vi mô và vĩ mô (Phòng Nghiên cứu chính sách HIV và cộng sự, 2023). Ở cấp độ cá nhân, việc xóa bỏ luật mang tính chất kỳ thị và định kiến với người đồng tính sẽ giúp loại bỏ việc chi phí lao động và năng suất lao động bị thiệt hại khi người đồng tính bị bắt giữ, truy tố và giam giữ, cũng như các tổn thương về thể chất và tâm lý liên quan. Ở quy mô lớn hơn, ít nhất một nghiên cứu cho rằng việc kỳ thị người đồng tính khiến thế giới thiệt hại 126 tỷ USD mỗi năm; mặt khác, việc cải thiện môi trường pháp lý cho người thuộc cộng đồng LGBTQIA+ có liên quan đến mức tăng GDP bình quân đầu người là 2.000 USD (Badgett và cộng sự, 2019).

Cần phải xem xét tầm quan trọng của việc điều chỉnh phù hợp với bối cảnh cụ thể của những người có nhu cầu.

Việc điều chỉnh các biện pháp can thiệp đặc biệt quan trọng để tiếp cận những người chịu thiệt thòi, những người trải qua bạo lực trên cơ sở giới một

cách khác nhau do các yếu tố giao thoa như dân tộc, bản dạng giới, xu hướng tính dục, khuyết tật và tình trạng kinh tế. Việc điều chỉnh các biện pháp phòng ngừa để giải quyết nguyên nhân gốc rễ của bạo lực trên cơ sở giới trong các cộng đồng này có thể gia tăng các tác động lan tỏa và lâu dài (Capasso và cộng sự, 2022).

Mặc dù việc điều chỉnh này có thể khá tốn kém nhưng việc đáp ứng được nhu cầu của những đối tượng dễ bị tổn thương có thể giúp tăng hiệu quả và do đó làm tăng giá trị của chi phí đầu tư. Ví dụ, một số người vận động cộng đồng cảnh báo rằng các biện pháp can thiệp giảm bạo lực trên cơ sở giới có thể dẫn đến việc phân bổ nguồn lực ồ ạt cho công tác trị an và giam giữ mà không giải quyết được sự kỳ thị và bất bình đẳng khiến phụ nữ dễ bị tổn thương trước bạo lực ngay từ đầu. Các chuyên gia lưu ý rằng tình trạng đó thậm chí có thể dẫn đến “những hậu quả không lường trước được của việc hình sự hóa đối với phụ nữ, không chỉ bao gồm việc bắt giữ mà còn cả sự can thiệp của hệ thống phúc lợi trẻ em” (Goodmark, 2022) (một hiện tượng còn được gọi là “con đường từ xâm hại đến nhà tù”, trong đó hành vi bạo lực được báo cáo cho cơ quan có thẩm quyền không đáng tin tưởng, hoặc chạy trốn khỏi kẻ bạo hành hoặc bị buôn bán, cuối cùng đều có thể dẫn đến việc bị bắt giữ). Trong những bối cảnh như vậy, đầu tư vào các dịch vụ cộng đồng, hỗ trợ người bị bạo lực và các can thiệp giáo dục có thể tạo ra nhiều giá trị hơn cho chi phí đầu tư.

Cũng cần lưu ý rằng mặc dù các nghiên cứu đã xác định được các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng bị tổn thương trước bạo lực do bạn tình gây ra, nhưng một tỷ lệ lớn những người bị bạo lực không gặp phải các yếu tố nguy cơ này và trên thực tế, “không xác định được nhóm phụ nữ an toàn nào” (Coll và cộng sự, 2021). Ngoài ra, nam giới và trẻ em trai cũng phải chịu bạo lực trên cơ sở giới với tỷ lệ chưa được báo cáo đầy đủ (Wor-man và cộng sự, 2021). Vì vậy, mặc dù mục tiêu của các chương trình can thiệp là giảm bạo lực do bạn tình gây ra, nhưng bản thân cách tiếp cận được điều chỉnh này là chưa đủ. Luật, chính sách và các chuẩn mực xã hội áp dụng toàn dân cũng cần phải được ban hành để hỗ trợ bình đẳng giới,

từ đó hỗ trợ giảm bạo lực và tạo ra những lợi ích tích cực cho phúc lợi cộng đồng cũng như sức khỏe thể chất và tinh thần của tất cả mọi người.

Lợi ích lâu dài từ giáo dục giới tính và tình dục toàn diện

Tương tự như đối với chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới, việc tiếp cận giáo dục giới tính và tình dục toàn diện là điều kiện tiên quyết để đảm bảo quyền tự chủ sinh sản cho tất cả mọi người (Starrs và cộng sự, 2018) – và để đạt được tất cả các lợi ích kinh tế và xã hội đi kèm.

Giáo dục giới tính và tình dục toàn diện trang bị cho mọi người kiến thức và kỹ năng cần thiết để đưa ra những lựa chọn sáng suốt, lành mạnh và có trách nhiệm liên quan đến SKTD&SKSS suốt đời họ. Chương trình bao gồm nhiều chủ đề như biện pháp tránh thai, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, sự đồng thuận và giao tiếp lành mạnh trong các mối quan hệ - mang lại các lợi ích bao gồm sức khỏe cá nhân và cộng đồng, nâng cao quyền năng kinh tế cũng như sức khỏe thể chất và tâm lý. Những người trẻ có khả năng tự bảo vệ mình khỏi bệnh tật, ngăn ngừa việc mang thai ngoài ý muốn và phòng ngừa (hoặc nhận biết và thoát khỏi) bạo lực và có thể có nhiều điều kiện tốt hơn để theo đuổi việc học tập, tham gia và thăng tiến trong lực lượng lao động chính thức.

Mặc dù các chi phí liên quan đến tác động của giáo dục giới tính và tình dục toàn diện vẫn chưa được đánh giá đầy đủ, nhưng đã chứng minh được rằng giáo dục giới tính và tình dục toàn diện có liên quan đến độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu muộn hơn, tăng việc sử dụng các biện pháp tránh thai (Kirby, 2008) và giảm tỷ suất mang thai ở tuổi vị thành niên (Aguirre và Carrión-Yaguana, 2023; Kohler và cộng sự, 2008). Các chương trình

liên kết giáo dục giới tính và tình dục toàn diện với các dịch vụ SKTD&SKSS dễ tiếp cận và thân thiện với thanh niên đã được chứng minh là có tác động đặc biệt trong việc giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn (Mbizvo và cộng sự, 2023). Lợi nhuận đầu tư gắn liền với những kết quả này đã được trình bày chi tiết trong phần quyền tự chủ sinh sản ở trên (xem “Giá trị lâu dài của quyền tự chủ sinh sản” ở trang 94).

Việc lồng ghép các tiêu chuẩn về quyền con người và bình đẳng giới đã được quốc tế thống nhất vào các chương trình giáo dục giới tính và tình dục toàn diện đã mang đến hiệu quả ngắn hạn trong việc nâng cao kiến thức, cải thiện thái độ và tăng cường trao đổi với cha mẹ về tình dục và các mối quan hệ. Nó cũng có tác động tích cực lâu dài đến các kết quả như giao tiếp với bạn tình, kiến thức về sức khỏe tình dục và nhận thức về các dịch vụ (UNESCO, 2016; Constantine và cộng sự, 2015; Rohrbach và cộng sự, 2015). Ngoài ra, đánh giá bằng chứng cũng cho thấy “các chương trình tập trung vào giới có hiệu quả hơn đáng kể so với các chương trình ‘thiếu nhạy cảm giới’ trong việc đạt được các kết quả về sức khỏe như giảm tỷ suất mang thai ngoài ý muốn hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục” (UNFPA, 2018a).

Các khía cạnh văn hóa và xã hội của giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cũng quan trọng như các khía cạnh sức khỏe, mặc dù những khía cạnh này đôi khi bị chế giễu là không cần thiết hoặc mang tính tư tưởng (Liên Hợp Quốc, 2023a). Tuy nhiên, giáo dục giới tính và tình dục toàn diện khi được thực hiện theo tiêu chuẩn quốc tế (UNFPA, 2018a), phải phù hợp với lứa tuổi, phù hợp về mặt văn hóa và bối cảnh. Trên thực tế, việc điều

chỉnh chương trình giảng dạy giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cho phù hợp với nhu cầu địa phương là một yếu tố quan trọng của việc xây dựng chương trình hiệu quả, cũng như đảm bảo sự chấp nhận của các bậc cha mẹ, gia đình và cộng đồng địa phương (bao gồm cả các tổ chức dựa trên đức tin). Điểm này có thể đặc biệt phù hợp khi nói đến các cộng đồng chịu thiệt thòi. Giáo dục hoặc chương trình giảng dạy không đáp ứng nhu cầu của cộng đồng có thể sẽ không giảm thiểu được tác hại và cũng không mang lại kết quả tích cực về sức khỏe. Ví dụ: một số quốc gia đưa ra thông điệp về những rủi ro liên quan đến “sugar daddy” - chỉ những người đàn ông thường đã có tuổi, tìm kiếm mối quan hệ tình cảm với phụ nữ trẻ hoặc những người đàn ông lớn tuổi để nghị





Chiếc khăn tay Suffragette được thêu 66 chữ ký của tất cả phụ nữ bị giam giữ vì tham gia các cuộc biểu tình Suffragette của Liên đoàn Chính trị và Xã hội của phụ nữ vào tháng 3 năm 1912 tại London. Hình ảnh được cung cấp bởi Hội khảo cổ Sussex.

bảo vệ sức khỏe và tham gia tích cực vào xã hội (Haberland và Rogow, 2015). Trên thực tế, các nhà nghiên cứu đã đề xuất giáo dục giới tính và tình dục toàn diện như một phương thức giúp giải quyết và giảm bớt sự gia tăng bạo lực trên cơ sở giới trong đại dịch COVID-19 (Rollston và cộng sự, 2020), điều này cho thấy giáo dục giới tính và tình dục toàn diện có một tiềm năng rộng hơn trong vai trò như một phương thức tác động đến các chuẩn mực và hành vi.

trả học phí cho các trẻ em gái hoặc tặng quà để đổi lấy tình dục, do sự phổ biến của hình thức bóc lột, lợi dụng này. Các quốc gia khác có thể chú trọng hơn vào việc bình thường hóa vấn đề kinh nguyệt do những điều cấm kỵ phổ biến liên quan đến kinh nguyệt (UNFPA, 2018a).

Bên cạnh tác động đến sức khỏe, cơ sở bằng chứng về tác động của giáo dục giới tính và tình dục toàn diện vẫn còn hạn chế - ví dụ như tác động đến thái độ và kỹ năng liên quan đến giới tính và tình dục ở trẻ vị thành niên, tỷ lệ bạo lực trên cơ sở giới và bạo lực do bạn tình, cũng như sự phổ biến của các chuẩn mực công bằng giới và các mối quan hệ bền chặt, lành mạnh. (UNFPA, 2018a). Tuy nhiên, ngày càng nhiều người đồng ý rằng các chương trình giáo dục giới tính và tình dục hướng đến mục tiêu rõ ràng là nâng quyền cho các trẻ em gái và những trẻ em chịu thiệt thòi khác để họ coi mình là thành viên bình đẳng trong các mối quan hệ, và đặc biệt hiệu quả trong việc trang bị cho họ cách

Đáng tiếc là chúng ta vẫn chưa đạt được tác động đầy đủ của giáo dục giới tính và tình dục toàn diện dựa trên quyền, một phần là do những người làm giáo dục thường giảm bớt các nội dung trong chương trình giảng dạy mà họ cảm thấy không thoải mái khi thực hiện (UNFPA, 2018a) và một phần là do việc lồng ghép nội dung về giới và các chuẩn mực xã hội thường không đầy đủ. Ví dụ, một đánh giá về các chương trình giáo dục quốc gia về giới tính và tình dục tại 13 nước ở châu Phi cho thấy nội dung giảng dạy yếu nhất là nội dung liên quan đến giới và các chuẩn mực xã hội (UNESCO, 2016).

Các nghiên cứu dọc về lợi nhuận đầu tư dài hạn đang gặp nhiều thách thức vì sự không nhất quán trong việc áp dụng chương trình, cùng với các yếu tố khác. Tuy nhiên, chúng ta vẫn thấy được sự tăng lên đáng kể của lợi nhuận đầu tư khi giáo dục giới tính và tình dục toàn diện được phổ biến trên quy mô lớn và được duy trì theo thời gian. Một số quốc gia đưa ra ví dụ giải thích tại sao: Một phân tích

về các chương trình giáo dục giới tính và tình dục tại trường học ở 6 quốc gia cho thấy chi phí chương trình dao động từ 7 đến 33 USD cho mỗi học sinh ở các quốc gia có chương trình được mở rộng quy mô hoàn toàn (Estonia, Nigeria và Hà Lan), trong khi chi phí đó là 50 USD và 160 USD cho mỗi học sinh ở các quốc gia nơi các chương trình vẫn đang trong giai đoạn thí điểm (tương ứng là Kenya và Indonesia) (Kivela và cộng sự, 2013). Theo một nghiên cứu chi phí riêng biệt ở Indonesia, vào thời điểm chương trình giáo dục giới tính và tình dục toàn diện trong trường học đã hoạt động được ba năm, chi phí của chương trình đã giảm 90% (El Halabi và Annerstedt, 2021). Ngoài ra, phần lớn nhất của chi phí chương trình là lương giáo viên đã được tính vào chi phí giáo dục; nếu loại trừ phần chi phí này, thì kinh phí dành cho chương trình giáo dục giới tính và tình dục chỉ bằng khoảng 25% tổng chi phí của các chương trình mở rộng quy mô như ước tính ở trên (Kivela và cộng sự, 2013).

Các chuyên gia cũng lưu ý rằng chúng ta thậm chí có thể tiết kiệm được nhiều chi phí hơn và nâng mức lợi nhuận đầu tư cao hơn khi giáo dục giới tính và tình dục toàn diện được tích hợp vào các chương trình đào tạo giáo viên, do điều này giúp làm sáng tỏ và dễ hiểu hơn cho chủ đề này và giúp đội ngũ giáo viên ngày càng thực hiện chương trình giảng dạy hiệu quả hơn. Khoản đầu tư này cũng giúp giảm thiểu chi phí liên quan đến đào tạo giáo viên tại chức (UNFPA, 2018a).

Cuối cùng, chi phí và lợi nhuận của việc giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cho thanh niên ngoài trường học có thể sẽ khá khác so với việc giáo dục giới tính trong trường học. Thanh niên ngoài trường học thường là đối tượng dễ bị tổn thương nhất trước những thông tin sai lệch, bị ép buộc và bóc lột, và họ cũng thường là những đối tượng khó tiếp cận nhất. Lưu ý rằng có khoảng

263 triệu thanh thiếu niên đã nghỉ học tính đến năm 2018. UNFPA và các đối tác đã xây dựng hướng dẫn dựa trên bằng chứng cho giáo dục giới tính và tình dục toàn diện ngoài trường học, đưa ra các khuyến nghị về chương trình giảng dạy phù hợp với lứa tuổi cũng như phù hợp với nhu cầu của từng nhóm đối tượng cụ thể (UNFPA, 2020), chẳng hạn như những người trẻ khuyết tật; trong hoạt động nhân đạo; những người đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính hoặc phi nhị nguyên giới/không theo tiêu chuẩn giới; người sống chung với HIV; người sử dụng ma túy; hoặc bán dâm.

Việc triển khai các chương trình đào tạo ngoài trường học gặp nhiều khó khăn, ví dụ như các vấn đề xung quanh việc hay di chuyển của thanh thiếu niên cũng như thiếu nguồn lực sẵn có để điều chỉnh chương trình cho phù hợp với nhu cầu của các nhóm đối tượng khác nhau (Australian Aid và UNFPA, 2023; Bộ Y tế và Dịch vụ Y tế Fijian và cộng sự, 2023). Những chương trình này không chỉ đòi hỏi đầu tư về mặt tiền bạc mà còn cần những người phù hợp để thiết kế và thực hiện chúng. Mặc dù cơ sở bằng chứng về tác động của các chương trình này còn hạn chế, nhưng các chương trình giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cho thanh thiếu niên ngoài trường học có tiềm năng mang lại lợi nhuận đáng kể nếu xét đến quy mô nhóm dân số này và mức độ dễ bị tổn thương ngày càng tăng mà họ phải đối mặt (Anderson và Pörtner, 2014). Các chương trình này cũng có khả năng tiết kiệm chi phí theo thời gian, đặc biệt khi tính đến những rủi ro cao hơn đối với SKTD&SKSS (Anderson và Pörtner, 2014) và sức khỏe nói chung, liên quan đến trình độ học vấn thấp hơn.

Các nghiên cứu sâu hơn về tác động và khả năng tiết kiệm chi phí dài hạn của các chương trình giáo dục giới tính và tình dục toàn diện trong và ngoài trường học, cũng như các chương trình hướng tới các cộng đồng chịu thiệt thòi sẽ được tiếp tục thực hiện.

Lãnh đạo địa phương tiếp cận những trẻ em gái cần giúp đỡ nhất

Maimouna Déné đã quá quen thuộc với những niềm tin và giả định làm suy giảm sự bình đẳng của phụ nữ và trẻ em gái trong cộng đồng của cô ở Burkina Faso. Tỷ lệ biết chữ và tham gia lực lượng lao động của phụ nữ thấp hơn nam giới, bạo lực trên cơ sở giới và các thực hành có hại cũng khá phổ biến tại cộng đồng này. Tuy nhiên, cô Déné, 43 tuổi, có cái nhìn sâu sắc về một hình thức phân biệt đối xử khác, một hình thức che lấp vấn đề giới: Như cô nói, chính “sự thiếu hiểu biết, gánh nặng xã hội và những quan niệm sai lầm” đã ảnh hưởng đến những người mắc bệnh bạch tạng.

Trên khắp thế giới, những người mắc bệnh bạch tạng phải đối mặt với sự kỳ thị, bị cô lập và bị bạo lực, và trong những trường hợp xấu nhất có thể bị buôn bán, cắt một bộ phận cơ thể và bị giết hại. Nhiều người mắc bệnh bạch tạng gặp những khó khăn về thị lực, khiến họ không phù hợp với môi trường học tập hoặc nơi làm việc, dẫn đến tỷ lệ nghỉ học và nghèo đói cao. Tác động đối với các trẻ em gái mắc bệnh bạch tạng đặc

biệt đáng chú ý: Ở Burkina Faso, một phần ba số bé gái mắc bệnh bạch tạng không học hết tiểu học (Ero và cộng sự, 2021).

Dự án Nâng cao quyền năng cho phụ nữ và cơ hội dân số vàng Sahel (SWEDD) đang cung cấp hàng trăm triệu đô la đầu tư vào các sáng kiến bình đẳng giới trên khắp Tây và Trung Phi. Tuy nhiên, để tạo ra tác động lớn nhất, chương trình cần có sự tham gia chặt chẽ của các lãnh đạo địa phương như cô Déné, những người có khả năng xác định nhu cầu cụ thể của trẻ em gái và phụ nữ cũng như cách giải quyết tốt nhất cho những nhu cầu đặc biệt đó.

Với tư cách là chủ tịch Hiệp hội Phụ nữ mắc bệnh bạch tạng của Burkina Faso, cô đã trở thành đại sứ cho chiến dịch “Stronger Together” (Mạnh hơn khi cùng nhau), một dự án SWEDD thực hiện nhằm tiếp cận cộng đồng ở cấp địa phương. Thông qua những nỗ lực này, cô đã có thể đảm bảo sự hòa nhập xã hội cho các cô gái trẻ và phụ nữ mắc bệnh bạch tạng, trong trường học

và thông qua việc tiếp cận các cơ hội kinh tế và chăm sóc sức khỏe, bao gồm các dịch vụ thông tin và SKTD&SKSS. Hiệp hội của cô đã ký thỏa thuận với Bộ Y tế, các bệnh viện, tổ chức phi chính phủ và các tổ chức xã hội khác, đồng thời cung cấp đào tạo kinh tế để hỗ trợ những người trẻ mắc bệnh bạch tạng và gia đình họ. Kể từ khi được thành lập vào năm 2008, khoảng 450 phụ nữ mắc bệnh bạch tạng và cha mẹ của họ đã được hưởng lợi từ khóa đào tạo này, trong đó có 280 người đã học các kỹ năng làm xà phòng để có được sự độc lập về tài chính và giúp đỡ gia đình họ.

Vai trò lãnh đạo cộng đồng đã giúp cô có thể cung cấp hỗ trợ và hướng dẫn khi cần thiết nhất. Công việc đó nhằm mục đích giúp đỡ không chỉ những người mắc bệnh bạch tạng ngày nay mà còn cả thế hệ tiếp theo. Cô cho biết: “Bệnh bạch tạng là một hiện tượng di truyền, tôi cũng chiến đấu vì con của mình”.

Syrah Sy Savané, ở Bờ Biển Ngà, cũng nhận thức sâu sắc về nhu

cầu trong cộng đồng của mình. Tuy nhiên, bà quan tâm đến một nhóm các trẻ em gái dễ bị tổn thương khác: những người có nguy cơ bị bắt cóc, cưỡng ép kết hôn và bị cắt bỏ bộ phận sinh dục. Bà Savané, 50 tuổi, đã chứng kiến những hậu quả xấu của những hành vi này trong chính gia đình mình: “Tôi được bà nội nuôi dưỡng ở Diokoué, một ngôi làng ở phía tây bắc Bờ Biển Ngà. Tất cả các dì của tôi đều bị ép buộc phải kết hôn sớm. Tôi được giao cho các dì chăm sóc khi họ kết hôn, tôi bầu bạn với họ và thấy họ không hề hạnh phúc. Tôi cũng đã mất đi một người em họ sau khi cô ấy bị cắt bỏ bộ phận sinh dục.”

Bà Savané may mắn có được một đồng minh là cha của mình, người cực lực phản đối việc cắt bỏ bộ phận sinh dục. “Các dì của tôi cũng muốn làm điều đó với tôi, nhưng cha tôi là một giáo viên, và ông không cho phép làm việc này.”

Trải nghiệm cuộc sống đã đưa bà trở thành một cán bộ công tác xã hội, trước khi đảm nhận vị trí với tư cách là một chuyên gia bảo vệ trẻ em trong Bộ Phụ nữ, Gia đình và Trẻ em, bà đã chứng kiến việc các trẻ em gái đã bị lôi ra khỏi trường học để lấy chồng. Vấn đề trở nên rõ ràng và rộng hơn nhiều so với việc tiếp cận từng em gái. “Điều cần thiết là không chỉ tập trung vào học sinh, mà là các bậc cha mẹ đang tìm cách cho



Maïmouna Déné mong muốn các trẻ em gái mắc bệnh bạch tạng tại cộng đồng nơi cô ở sẽ có được những điều họ cần đó là được đi học, được trang bị các kỹ năng và được trao quyền.
Ảnh: Cô Maïmouna Déné cung cấp.

con gái họ kết hôn, cũng như các nhà lãnh đạo cộng đồng và những người đứng đầu tôn giáo.”

Hiện nay, bà đang áp dụng những bài học này vào công việc của mình với dự án SWEDD. Bà cho biết, kế hoạch dự án do các chuyên viên xây dựng, những người làm việc trong chính cộng đồng mà họ đang cố gắng tiếp

cận. Thực tế đã chứng minh điều này là cần thiết nhằm đáp ứng nhu cầu cụ thể của các trẻ em gái và gia đình họ. Bà Savané cho biết, không gian an toàn, câu lạc bộ dành cho những người chồng và những hoạt động can thiệp khác đang thực sự tạo ra sự khác biệt và “chiếu sáng đến những nơi mà các cô gái trẻ nghĩ rằng họ không có quyền”.

Lợi tức của một thế giới bình đẳng giới

Tất cả những yếu tố này của SKTD&SKSS – thúc đẩy quyền và khả năng của các cá nhân trong việc quyết định có con hay không và khi nào có con, chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới và cung cấp giáo dục giới tính và tình dục toàn diện theo tiêu chuẩn quốc tế – đều bắt nguồn từ các ưu tiên về quyền con người, bao gồm cả yêu cầu cấp thiết phải đạt được bình đẳng giới. Bình đẳng giới và SKTD&SKSS có mối quan hệ chặt chẽ, bổ sung lẫn nhau. Tiến bộ song song trên cả hai mặt trận - thúc đẩy bình đẳng giới, SKTD&SKSS và quyền - được kỳ vọng sẽ tối đa hóa lợi ích kinh tế và xã hội cho toàn xã hội.

Có lẽ minh họa tốt nhất cho điều này là vai trò quan trọng của cả SKTD&SKSS và quyền cũng như bình đẳng giới trong lợi tức dân số. Khi phụ nữ sử dụng biện pháp tránh thai để tránh sinh con ngoài kế hoạch, việc này sẽ làm giảm mức sinh và sau cùng là dẫn đến việc giảm tỷ lệ trẻ em phụ thuộc trong dân số so với quy mô dân số trong độ tuổi lao động. Sự thay đổi cơ cấu dân số này có thể dẫn đến lợi tức dân số: tăng năng suất và tăng trưởng kinh tế. Khái niệm lợi tức dân số được lấy cảm hứng từ những quan sát về tăng trưởng kinh tế sau khi mức sinh giảm ở các nước Đông Á từ những năm 1960 đến những năm 1990 (Bloom và cộng sự, 2003).

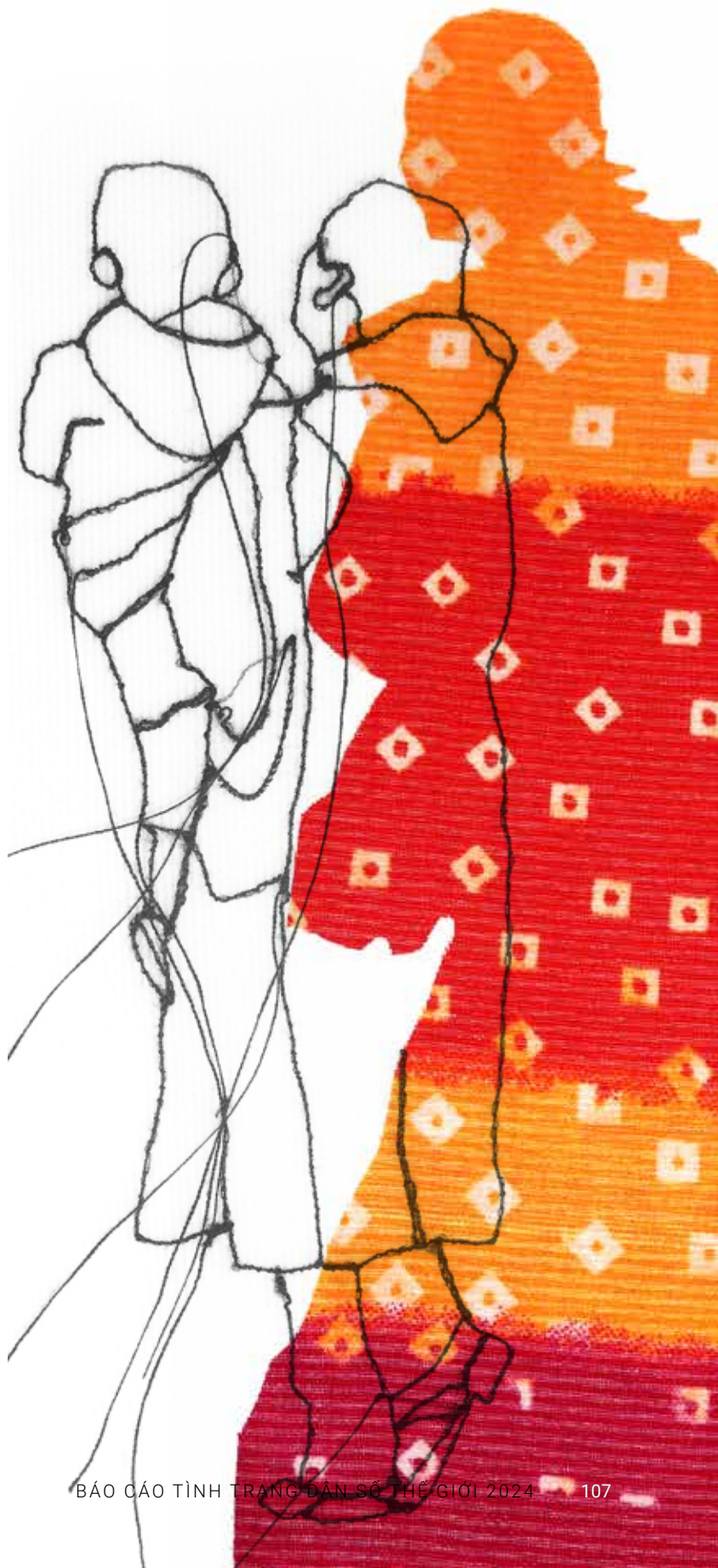
Tuy nhiên, lợi tức dân số không tự động xảy ra sau khi giảm mức sinh. Ở châu Á, tăng trưởng kinh tế trong quá trình chuyển đổi cơ cấu dân số một phần là do sự tham gia của phụ nữ vào lực lượng lao động (Bloom và cộng sự, 2009). Một số bằng chứng và phân tích chính sách đã kết



luận rằng sẽ không thể nhân rộng lợi tức dân số nếu không có một số biện pháp đánh giá bình đẳng giới cùng với mức sinh giảm (Marone, 2016). Thật vậy, một phần ba mức tăng trưởng kinh tế ở châu Á trong những năm có lợi tức dân số là nhờ những cải thiện trong việc nâng quyền và sự tham gia của phụ nữ vào lực lượng lao động cùng với quá trình chuyển đổi mức sinh nhanh chóng (Cardona và cộng sự, 2020).

Để ghi nhận điều này, Liên Hợp Quốc và Nhóm Ngân hàng Thế giới đã khởi động Dự án Nâng cao quyền năng cho phụ nữ và cơ hội dân số vàng Sahel (SWEDD), một sáng kiến khu vực nhằm đồng thời giảm bất bình đẳng giới và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ SKSS, nhằm mang lại lợi ích từ lợi tức dân số ở các quốc gia tham gia dự án – những quốc gia có phụ nữ và trẻ em gái bị bỏ lại phía sau nhiều nhất trên toàn cầu khi xem xét các chỉ số như tỷ suất tử vong mẹ, tỷ lệ tảo hôn và tỷ lệ sinh con ở trẻ vị thành niên.

Cấu trúc Dự án SWEDD gồm ba hợp phần: các biện pháp can thiệp mang tính chuyển đổi về giới nhằm thúc đẩy quyền tự chủ kinh tế và xã hội của trẻ em gái và phụ nữ; các chương trình tăng cường các dịch vụ dinh dưỡng và sức khỏe sinh sản, sức khỏe cho bà mẹ, trẻ sơ sinh, trẻ em và trẻ vị thành niên, bao gồm việc tăng số lượng nhân viên y tế có trình độ ở cấp cộng đồng; và thúc đẩy các cam kết khu vực và quốc gia về bình đẳng giới, thực hiện dự án cũng như năng lực hoạch định chính sách. Kể từ khi bắt đầu vào năm 2015, dự án đã thực hiện ở 9 quốc gia (Benin, Burkina Faso, Cameroon, Chad, Bờ Biển Ngà, Guinea, Mali, Mauritania và Niger), và đã được phê duyệt mở rộng tại 3 quốc gia nữa (Gambia, Senegal và Togo).



Tiếp cận những người bị bỏ lại sau cùng trên toàn cầu

Dự án SWEDD hướng tới những trẻ em gái bị bỏ lại sau cùng trong quá trình tiến bộ toàn cầu, tìm cách tiếp cận các huyện và cộng đồng nơi có tỷ lệ thực hành cắt bỏ bộ phận sinh dục nữ, tảo hôn, nhu cầu tránh thai chưa được đáp ứng, trình độ học vấn thấp và nghèo đói, cũng như các yếu tố như khả năng tiếp cận hạn chế tới phương tiện thông tin đại chúng hoặc điện thoại (Camber, 2020). Một yếu tố quan trọng của Dự án SWEDD là giáo dục kỹ năng sống (thuật ngữ phù hợp về mặt văn hóa để chỉ giáo dục giới tính và tình dục toàn diện) được cung cấp thông qua các không gian an toàn ở cả trường học và trong cộng đồng. Vị trí và thành phần của không gian an toàn được lựa chọn dựa trên các tiêu chí về tính dễ bị tổn thương, đảm bảo tiếp cận được những thanh thiếu niên và phụ nữ trẻ có hoàn cảnh khó khăn nhất, bao gồm cả những người không đi học. Chương trình giảng dạy nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng của trẻ em gái, tập trung cụ thể vào sức khỏe sinh sản, giới tính, quyền con người, cũng như năng lực tài chính và trao quyền kinh tế - sự thừa nhận về mối liên hệ sâu sắc giữa SKTD&SKSS và quyền và phát triển nguồn nhân lực. Điều quan trọng là chương trình giảng dạy kỹ năng sống được phát triển thông qua một quy trình có nhiều bên tham gia, được thiết kế để xem xét thực tế văn hóa xã hội của mỗi quốc gia và được giảng dạy bởi các cố vấn cộng đồng, đảm bảo việc thực hiện phù hợp với địa phương.

Khả năng điều chỉnh chương trình sao cho phù hợp với nhu cầu thực tế tại địa phương là nền tảng tạo nên thành công cho công việc của Senami Mariette Atolou, cố vấn về không gian an toàn ở Bénin. Cô Atolou, người đã mang thai ở tuổi vị thành niên và sau đó đã bị bỏ rơi; giờ đây đang ở tuổi 46, cô có thể chia sẻ những hiểu biết sâu sắc từ cuộc sống của mình với những cô gái đang đối mặt với những khó khăn tương tự: "Mối liên hệ giữa tôi với thanh niên, và trẻ em gái, giúp tôi có thể hướng dẫn họ".

Đúng như tên gọi của Dự án SWEDD, các khoản đầu tư được thiết kế để khai thác lợi tức dân số, nghĩa là

mang lại kết quả về mặt kinh tế và phát triển trên quy mô cả thế hệ. Sáng kiến đa lĩnh vực - không chỉ bao gồm kỹ năng sống mà còn cả đào tạo hộ sinh, nỗ lực chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc tránh thai và các cơ hội phát triển kinh tế - nhằm tạo ra những tác động tích cực góp phần vào sự chuyển đổi lớn hơn của xã hội ở các quốc gia Sahel. Việc đo lường lợi tức đầu tư - khoảng 850 triệu USD - chắc chắn sẽ mất thời gian, dù dữ liệu ban đầu của tất cả các quốc gia đã được thu thập, giúp giám sát kết quả một cách nhất quán và kỹ lưỡng.

Những kết quả ban đầu là rất hứa hẹn. Tính đến tháng 12 năm 2023, hợp phần chương trình nâng cao quyền năng cho phụ nữ và trẻ em gái đã chứng kiến tỷ lệ trẻ em gái vị thành niên không bỏ học ở các trường trung học tham gia dự án là 95%, tăng từ 75% ở thời điểm ban đầu. Ngoài ra, 96% trẻ em gái vị thành niên và phụ nữ tham gia các câu lạc bộ đào tạo kỹ năng sống đã có kiến thức tốt về tác hại của tảo hôn và mang thai sớm cũng như lợi ích của khoảng cách giữa các lần sinh, so với 74% ở thời điểm ban đầu; và 21.087 nạn nhân của bạo lực trên cơ sở giới và các thực hành có hại đã được chuyển gửi đến các dịch vụ y tế, xã hội, pháp lý và bảo vệ an toàn, so với con số ban đầu là 5.415 trường hợp. Số người mới sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là khoảng 903.000, tăng từ mức 24.000 lúc ban đầu; và ước tính đã ngăn ngừa được khoảng 8.790 trường hợp tử vong mẹ, 2.422.000 trường hợp mang thai ngoài ý muốn và 830.000 ca phá thai không an toàn (UNFPA, 2024d; UNFPA, n.d.a).

Các kết quả khác, chẳng hạn như các chiến dịch nâng cao nhận thức trên diện rộng và việc thiết lập mạng lưới các cơ quan theo dõi sát quốc gia để giám sát việc thực hiện các chính sách công nhằm hỗ trợ lợi tức dân số, hứa hẹn sẽ mang đến nhiều thay đổi hơn nữa.

Mấu chốt của những nỗ lực này là sự tham gia và hợp tác một cách toàn diện và thống nhất của các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức phụ nữ và các bên liên quan khác. Ví dụ, hơn 20.000 nhà lãnh đạo cộng đồng và tôn giáo đã tham gia vào việc thúc đẩy giáo dục cho trẻ em gái và SKTD&SKSS cho trẻ vị thành niên, đồng thời chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới trong suốt thời gian thực hiện chương trình (UNFPA, 2024d). Sự tham gia của các nhà lãnh đạo cộng đồng và tôn giáo vừa là dấu hiệu của sự đầu tư ở cấp địa phương, vừa là dấu hiệu mạnh mẽ cho thấy chương trình đang có ảnh hưởng tích cực đến các chuẩn mực xã hội và giới ở cấp cơ sở. Sự tham gia phối hợp của các bên liên quan ở tất cả các cấp cũng có thể là bài học để chia sẻ với các quốc gia, cơ hội hợp tác Nam-Nam hiệu quả và khả năng mở rộng quy mô can thiệp.

Những chương trình như thế này có thể có tác động tích cực, mạnh mẽ đến các quốc gia và thậm chí cả nền kinh tế quốc gia. Người ta ước tính rằng việc thu hẹp khoảng cách giới trên toàn cầu và thúc đẩy bình đẳng của phụ nữ trong các lĩnh vực công, tư và lĩnh vực xã hội, ngay cả khi không có đầu tư thêm vào các chương trình về SKTD&SKSS và quyền, có thể tăng gấp đôi sự đóng góp của phụ nữ vào tăng trưởng GDP toàn cầu, và có thể tăng thêm 12 nghìn tỷ USD vào GDP toàn cầu trong vòng 10 năm (Viện Nghiên cứu toàn cầu McKinsey, 2015).

Như những thành tựu ban đầu của Dự án SWEDD cho thấy, hành động tích hợp nhằm nâng cao quyền năng cho phụ nữ và trẻ em gái thông qua các biện pháp can thiệp bổ trợ lẫn nhau có thể mở ra một chu kỳ phát triển con người bền vững và tốt đẹp – biến lợi tức dân số thành hiện thực đối với những người mà lộ trình tiến bộ vẫn chưa chạm tới được, đồng thời phát huy tiềm năng, nâng cao quyền lợi, sức khỏe và hạnh phúc của mọi trẻ em gái. Những kết quả này mới chỉ là bước khởi đầu - chúng ta sẽ chỉ nhìn thấy tác động đầy đủ khi phụ nữ và trẻ em gái ngày nay hoàn thành chương trình giáo dục, bắt tay vào sự nghiệp và lên kế hoạch cho gia đình mà họ lựa chọn.

Nhìn chung, lợi ích kinh tế khi đầu tư vào các chương trình thúc đẩy quyền tự chủ sinh sản và các khía cạnh khác của SKTD&SKSS là rất lớn - và lợi tức thậm chí còn lớn hơn, có lẽ còn tăng hơn do tác dụng hiệp đồng, khi các chương trình này được thực hiện cùng với những cải thiện về bình đẳng giới. Thế giới có thể và nên nỗ lực hướng tới việc tăng cường triển khai các chương trình có lợi tức đầu tư tốt phục vụ những người bị thiệt thòi và bị bỏ lại sau cùng. Cần có thêm dữ liệu và phân tích để hiểu được đầy đủ lợi tức đầu tư mang lại khi đầu tư hướng tới những người cần được đầu tư nhất. Tuy nhiên, ngay cả với cơ sở bằng chứng mà chúng ta đang có hiện nay – cùng với nhận thức thông thường về điều gì là đúng – thì lợi ích đã rất rõ ràng. Bước tiếp theo phải là hành động.



Dệt nên một **TƯƠNG LAI CHUNG**



“Nếu bạn đến đây để giúp tôi, thì bạn đang lãng phí thời gian. Nhưng nếu bạn đến vì sự giải thoát của bạn gắn liền với sự giải thoát của tôi, thì chúng ta hãy cùng nhau làm việc.” Đây là lời chia sẻ của Lilla Watson, một nhà hoạt động vì người bản địa đến từ Australia, tại Hội nghị Thập kỷ vì Phụ nữ của Liên Hợp Quốc năm 1985 ở Nairobi.

Ngày nay, có lẽ hơn bao giờ hết, quan điểm này đang trên đà phát triển. Những người ủng hộ, các tổ chức tư pháp và các nhà lãnh đạo đang theo đuổi tầm nhìn trong đó việc tăng cường quyền và sức khỏe và hạnh phúc của mỗi cá nhân, củng cố quyền lợi và sức khỏe và hạnh phúc của tập thể và ngược lại (xem các mốc thời gian ở trang 34-39). Chúng ta ngày càng thấy rõ tầm quan trọng của hành động tập thể giúp tạo dựng một con đường duy nhất để tiến lên phía trước, trước những mối quan tâm lớn nhất của thế giới, từ biến đổi khí hậu đến sự đa dạng nhân khẩu học ngày càng tăng, cho đến cuộc cách mạng số. Những nỗ lực tập thể nhằm củng cố quyền cá nhân cũng rất cần thiết khi nói đến SKTD&SKSS. Như được trình bày chi tiết trong chương này, nhân loại sẽ không được trang bị đầy đủ để giải quyết những thách thức phía trước trừ khi chúng ta áp dụng cách tiếp cận dựa trên quyền con người cũng như thực tế khoa học và lịch sử.

" Nếu bạn đến đây để giúp tôi, thì bạn đang lãng phí thời gian. Nhưng nếu bạn đến vì sự giải thoát của bạn gắn liền với sự giải thoát của tôi, thì chúng ta hãy cùng nhau làm việc"

_ Lilla Watson

Ba thập kỷ tiến bộ: Một khởi đầu đầy hứa hẹn

Lịch sử cho chúng ta thấy rằng sự đoàn kết sẽ mang lại hiệu quả. Không nên nghi ngờ sức mạnh của hành động tập thể – của các cá nhân, các nhà vận động, xã hội dân sự, các cơ quan và các Quốc gia Thành viên – nhưng dù sao cũng đáng để chúng ta suy ngẫm về sức mạnh và tiềm năng của những nỗ lực đó đã định hình trong 30 năm qua.

Quả thực, kể từ Hội nghị ICPD, khả năng sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại của phụ nữ đã tăng lên đáng kể: Từ năm 1990 đến năm 2022, tỷ lệ phụ nữ kết hôn hoặc sống chung như vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại đã tăng từ 11,5 lên 33,5%. Ở các nước thu nhập trung bình, tỷ lệ này tăng từ 52,9 lên 61% (UN DESA, 2022c). Trong giai đoạn từ 1990–1994 đến 2015–2019, tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn đã giảm 19% (Bearak và cộng sự, 2018), đây là một thành tựu lớn về khả năng của phụ nữ thực hiện quyền quyết định đối với cơ thể và tương lai của họ. Đồng thời, tỷ suất tử vong mẹ toàn cầu đã giảm hơn một phần ba trong khoảng thời gian từ năm 2000 đến năm 2020 (WHO và cộng sự, 2023). Những tiến bộ trong y học và hệ thống y tế đóng một vai trò đáng kể trong cả hai cột mốc quan trọng này. Công nghệ tránh thai cho phép lựa chọn nhiều phương pháp an toàn, đáng tin cậy. Nhân viên y tế có tay nghề cao, các loại thuốc thiết yếu sẵn có và dịch vụ SKSS chất lượng được cung cấp theo tiêu chuẩn quốc tế cũng đóng góp vào những thành tựu này trong việc nâng cao tỷ lệ sống còn của các bà mẹ.

Không phải ngẫu nhiên mà chúng ta gạt hái được những tiến bộ này sau khi đạt được sự đồng thuận mang tính bước ngoặt tại Hội nghị ICPD ở Cairo. Thỏa thuận cơ bản của Hội nghị ICPD - rằng SKTD&SKSS và quyền không thể tách rời khỏi sự

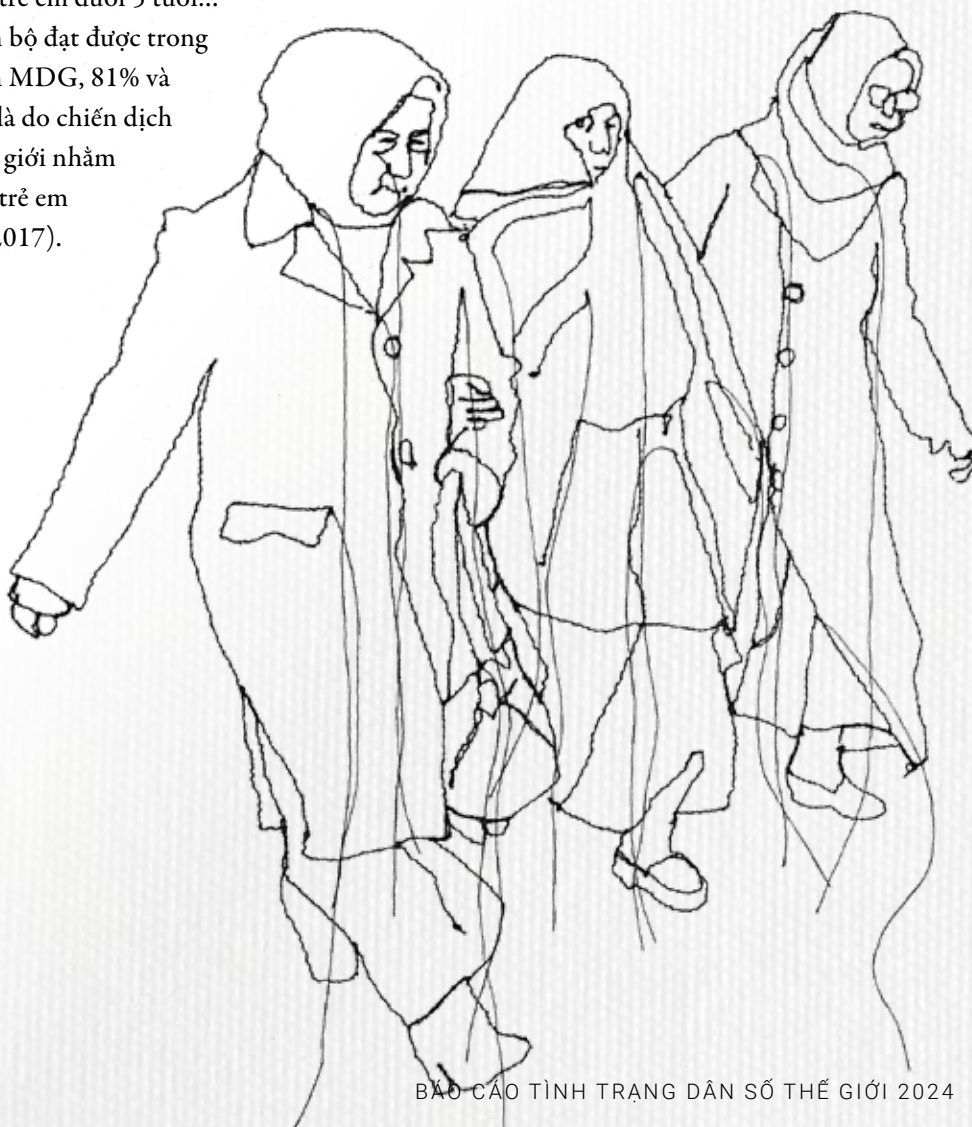
phát triển bền vững nói chung và do đó, cũng không thể tách rời khỏi sức khỏe và hạnh phúc của tất cả mọi người - đã được thực hiện trong nhiều sáng kiến quốc tế, khu vực và toàn cầu kể từ năm 1994.

Một ví dụ quan trọng là các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs), các mục tiêu được thống nhất trên toàn cầu được thúc đẩy từ năm 2000 đến năm 2015, đã chứng kiến những cải thiện đáng kể về sức khỏe và hạnh phúc của con người. Đã có nhiều tranh luận liên quan đến đóng góp của sự đoàn kết và đầu tư toàn cầu để đạt được những kết quả đó, nhưng nghiên cứu gần đây cho thấy châu Phi đã chứng kiến “sự tiến bộ vượt bậc trong việc giảm tử vong mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi...”

Trong số những tiến bộ đạt được trong giai đoạn chiến dịch MDG, 81% và 68% những tiến bộ là do chiến dịch MDG trên toàn thế giới nhằm giảm tử vong mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi” (Cha, 2017).

Các nhà nghiên cứu kêu gọi cần quan tâm nhiều hơn nữa đến những kết quả tích cực này, đồng thời lưu ý rằng “sự bi quan về các quốc gia châu Phi cận Sahara, nơi đã cho thấy thành tích tốt nhất trong số tất cả các khu vực, có thể làm lu mờ thành tích đáng kể của họ”.

Tương tự như đối với thời điểm hiện tại. Năm ngoái, 2023, đánh dấu trung điểm của những nỗ lực toàn cầu nhằm đạt được các mục tiêu phát triển bền vững (SDGs), được xây dựng dựa trên các mục tiêu MDGs. Tiến trình đạt được các mục tiêu SDGs đã bị cản trở rất nhiều bởi đại dịch COVID-19 cũng như các tác động nặng nề của xung đột, biến đổi khí hậu, mất đa dạng sinh học và





ô nhiễm. Dù có những khó khăn này, chúng ta vẫn thấy được những dấu hiệu thành công, bao gồm cả các mục tiêu liên quan đến chương trình nghị sự của ICPD. Ví dụ, tỷ lệ phụ nữ ở hạ viện và quốc hội của các cơ quan lập pháp quốc gia đã tăng 4,2 điểm phần trăm trong giai đoạn từ năm 2015 đến năm 2023. Tỷ lệ phụ nữ được đáp ứng nhu cầu về kế hoạch hóa gia đình hiện đại đã tăng khá khiêm tốn chỉ từ 76,5 lên 77,6%, ngay cả khi dân số toàn cầu tăng lên - và tỷ lệ được đáp ứng cao nhất ở cận Sahara của châu Phi, khu vực có nhu cầu cao nhất. Tỷ lệ sinh con ở tuổi vị thành niên toàn cầu thậm chí còn giảm rõ rệt hơn, từ 47,2 ca sinh trên 1.000 trẻ em gái vào năm 2015 xuống còn 41,3 vào năm 2023 (UN DESA, 2023). Những thành tựu này, đạt được ngay cả trong bối cảnh đại dịch gây gián đoạn nghiêm trọng, chứng minh rằng chúng ta có thể đạt được các mục tiêu SDGs - nếu tin tưởng

vào các bằng chứng và loại bỏ thái độ bi quan vốn dễ làm lu mờ những tiến bộ đạt được.

Thực sự, chúng ta cần phải đẩy nhanh tiến độ. Thành quả đã bị đình trệ về nhiều mặt, đáng chú ý nhất là thất bại trong việc cải thiện tử vong mẹ từ năm 2016 đến năm 2020 (WHO và cộng sự, 2023). Tỷ lệ mang thai ở tuổi vị thành niên vẫn ở mức cao tại các nước đang phát triển, với gần 1 trong 3 phụ nữ trẻ từ 20 đến 24 tuổi sinh con ở tuổi vị thành niên (UNFPA, 2024a). Tỷ lệ phá thai toàn cầu đã ổn định trong nhiều thập kỷ, và chỉ ghi nhận sự sụt giảm ở những quốc gia hợp pháp hóa rộng rãi phá thai (ở đây, tỷ lệ phá thai đã giảm từ 46 trên 1.000 phụ nữ trong giai đoạn 1990–1994 xuống còn 26 trong giai đoạn 2015–2019) (Bearak và cộng sự, 2018). Và lần đầu tiên, thế giới có dữ liệu mô tả xu hướng về khả năng thực hiện quyền tự chủ thân thể của phụ nữ (được đo bằng chỉ số SDG 5.6.1) từ 32 quốc gia. Phân tích sơ bộ về những dữ liệu này cho thấy xu hướng tích cực ở 19 quốc gia và xu hướng tiêu cực ở 13 quốc gia (UNFPA, n.d.).

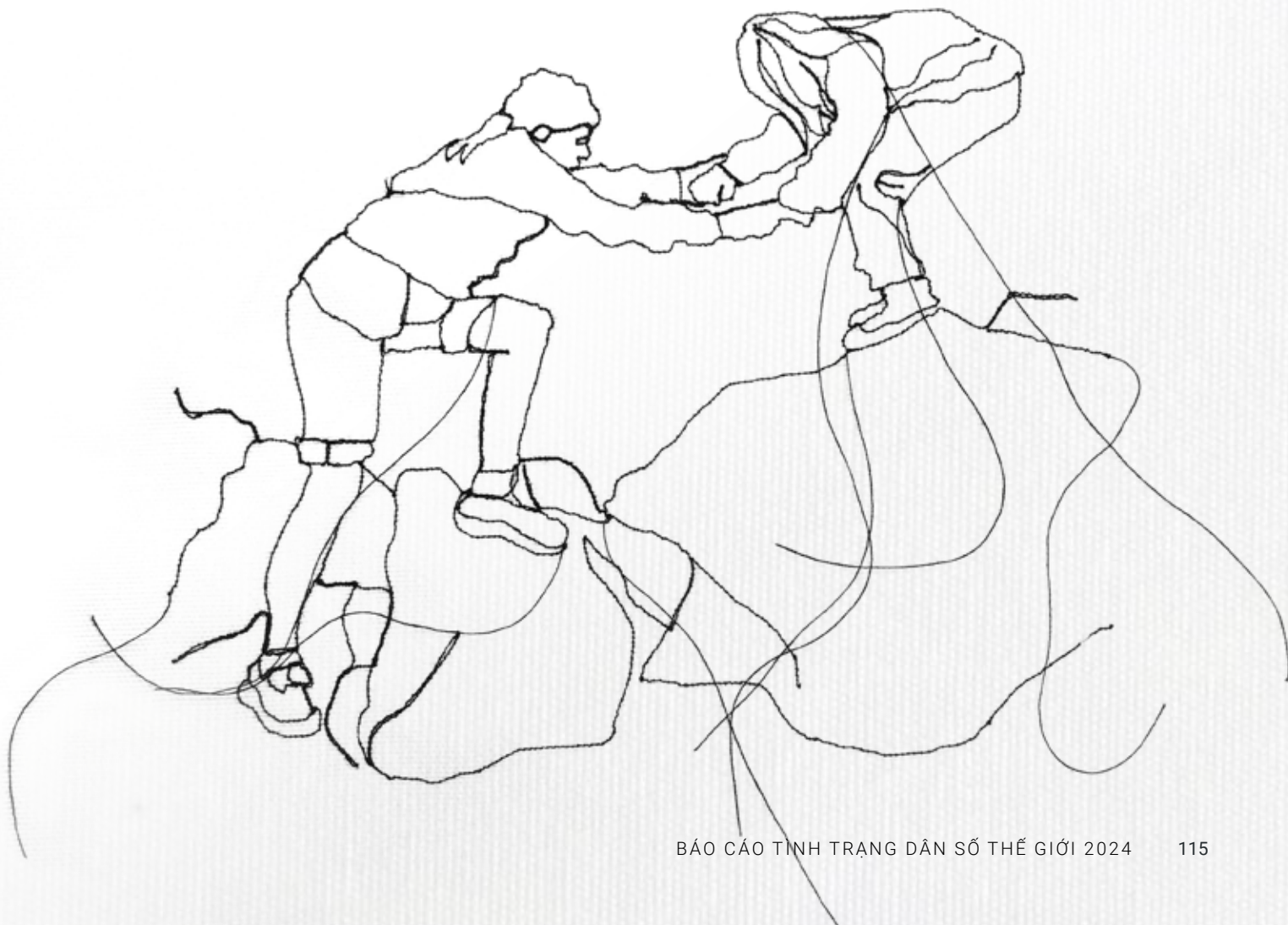
Tuy nhiên, chúng ta cũng phải thừa nhận đang có những đảo ngược bên cạnh những tiến bộ. Tỷ lệ bạo lực trên cơ sở giới tăng vọt ở nhiều quốc gia trong thời gian phong tỏa vì đại dịch COVID-19 và các công nghệ mới đang tạo điều kiện cho hành vi ngược đãi này xảy ra trong môi trường ảo (Đại học Melbourne và UNFPA, 2023). Ở một số quốc gia, trọng tâm của chương trình ICPD – đó là sự đồng thuận về SKSS và bình đẳng giới – đang bị suy yếu, và trở lại trạng thái ban đầu ở những người dễ bị tổn thương nhất. Ở một quốc gia, người di cư bị từ chối chăm sóc sức khỏe (MTI-Hungary Today, 2019); và ở một quốc gia khác, việc ban hành luật hạn chế phá thai có thể làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng về y tế đối với những người mắc bệnh mãn tính, đặc biệt là

những người thuộc chủng tộc thiểu số (Hassan và cộng sự, 2023). Trong một trường hợp khác, với sự tiếp quản của quân đội đồng nghĩa với việc phần lớn phụ nữ sẽ bị giam giữ trong nhà và không được đi học, đi làm (Liên Hợp Quốc, 2023b). Ở những nơi khác, luật phân biệt đối xử đã được mở rộng, kêu gọi áp dụng hình phạt tử hình đối với những người thuộc cộng đồng LGBTQIA+ (Liên Hợp Quốc, 2023c).

Tuy nhiên, chúng ta không thể cho phép những trở ngại này làm chệch hướng đi của quỹ đạo tiến bộ đã được chứng minh. Như báo cáo này cho thấy, thế giới đang ở một bước ngoặt, một khoảnh khắc khi bằng chứng thuyết phục hướng tới các giải pháp toàn diện ngay cả khi những đám mây bão của sự bất ổn, phân cực và thông tin sai lệch đang tụ lại ở chân trời.

Tầm nhìn về thế giới trong tương lai

Những thay đổi trong 30 năm qua là những thay đổi mang tính kiến tạo trong cách thế giới vận hành, trong hệ thống y tế, thể chế chính trị và chuẩn mực xã hội cũng như trong kỳ vọng của chúng ta đối với cơ thể, gia đình và tương lai của chúng ta. Những thay đổi này sẽ chỉ tăng tốc chứ không chậm lại trong những thập kỷ tới. Vào cuối năm 2023, UNFPA đã tập hợp một nhóm gồm các chuyên gia về quyền con người, SKTD&SKSS, nhân khẩu học, bạo lực trên cơ sở giới, công nghệ và biến đổi khí hậu, nhằm tìm cách dự báo những thách thức và cơ hội lớn nhất cho nhân loại trong thời gian tới. Nhiều dự đoán đang đẩy lên những lo ngại, không phải sự bi quan mà đòi hỏi chúng ta cần cảnh giác.



Thảm họa khí hậu đang diễn ra dự kiến sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng toàn cầu. Những nhóm dân cư có thu nhập thấp ít gây ra biến đổi khí hậu nhất lại có nhiều khả năng phải gánh chịu các cơn lốc xoáy, hạn hán, lũ lụt, nắng nóng và các hậu quả khác liên quan đến khí hậu. Ngoài ra, biến đổi khí hậu dự kiến sẽ gây ra sự gia tăng di cư trong nước và quốc tế - như báo cáo này đã nhấn mạnh - là một nguyên nhân quan trọng và ngày càng gia tăng dẫn đến tình trạng bị gạt ra ngoài lề xã hội, với những tác động đặc biệt có hại đến sức khỏe và quyền sinh sản, tình dục. Tình trạng khủng hoảng và sự gián đoạn dịch vụ có thể gây căng thẳng lớn nhất cho các nhóm vốn đã bị gạt ra ngoài lề xã hội, chẳng hạn như dẫn đến tỷ lệ bạo lực trên cơ sở giới và các thực hành có hại như tảo hôn cao hơn. Các mối đe dọa tiềm ẩn đối với sức khỏe sinh sản bao gồm khó thụ thai hơn, nguy cơ sảy thai cao hơn và rủi ro đối với sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh (UNFPA, 2024e).

Các xu hướng nhân khẩu học cũng được dự đoán sẽ thay đổi khá nhiều thế giới mà chúng ta biết, với nhiều quốc gia đang trải qua tình trạng già hóa dân số đáng kể, trong khi các quốc gia khác đang trải qua sự bùng nổ dân số trẻ - sự khác biệt có khả năng phát triển cực đoan hơn theo thời gian. Trong khi rất khó để dự đoán xu hướng di cư, sự chênh lệch về tốc độ tăng dân số cũng như sự phát triển kinh tế không đồng đều và các yếu tố khác có thể làm tăng tốc độ di cư toàn cầu và những lo ngại liên quan đến sức khỏe và quyền của người di cư. Lo lắng về những thay đổi nhân khẩu học, bao gồm mối đe dọa về suy giảm dân số và mức sinh rất thấp ở một số nơi, đang khiến một số nhà hoạch định chính sách phản đối các giá trị của ICPD (UNFPA, 2024f).

Nhiều thành công đã đạt được trong lĩnh vực SKTD&SKSS và quyền có khả năng đứng trên bờ

vực bị biến mất khi thế giới phải vật lộn với những xu hướng này và các xu hướng lớn khác. Để lường trước những thay đổi này, các quốc gia phải tái khẳng định các nguyên tắc cơ bản của ICPD để đảm bảo rằng các quyền và dịch vụ được Chương trình Hành động đảm bảo luôn sẵn có cho tất cả mọi người - bao gồm cả người di cư và người tị nạn.

Để giải quyết những thách thức đang ngày càng gia tăng, chính phủ và xã hội cũng có thể khai thác các công nghệ mới. Ví dụ, các công nghệ này có thể giúp chúng ta tiến tới việc chấm dứt tình trạng nhu cầu tránh thai chưa được đáp ứng trên thế giới và xử lý vấn đề vô sinh đang ngày càng gia tăng. Các hệ thống y tế cũng cần phải được tăng cường và các cơ hội mới xuất hiện như bệnh án và định danh kỹ thuật số, và khả năng tiếp cận các công cụ y tế số ngày càng tăng (UNFPA, 2024). Những công cụ số đó đem lại tiềm năng to lớn chỉ khi chúng ta có thể loại bỏ hoặc giảm đáng kể khoảng cách số - là sự chênh lệch giữa những người được hưởng lợi từ công nghệ thông tin và những người không được hưởng lợi. Mặt trái của cuộc cách mạng số, bao gồm cả sự gia tăng các chiến dịch đưa thông tin sai lệch, cũng cần phải được giải quyết. Các công cụ và thông tin số có thể được sử dụng để chống lại các nhóm dễ bị tổn thương dựa trên sắc tộc, tính dục hoặc giới. Tình trạng bạo lực trên cơ sở giới có sự hỗ trợ của công nghệ đang gây tổn hại đáng kể đến sức khỏe, sự an toàn cũng như phúc lợi chính trị và kinh tế của phụ nữ và trẻ em gái - cũng như của toàn xã hội (UNFPA, 2024b).

Sau cùng, như Chương 3 của báo cáo này nhấn mạnh, để thúc đẩy Chương trình Hành động của ICPD và giải quyết các thách thức mới nổi, các hệ thống dữ liệu phải cung cấp thông tin có chiều sâu về thực tế nhân khẩu học và xã hội, trong khi giúp các nhà hoạch định chính sách dự đoán tác động của các xu hướng lớn. Kể từ năm 1994, các hệ

thống dữ liệu toàn cầu đã phát triển mạnh mẽ hơn nhưng nhiều hệ sinh thái dữ liệu quốc gia vẫn còn thiếu nguồn lực. Không có dữ liệu đáng tin cậy thì chúng ta không thể giải quyết thành công được bất kỳ một thách thức hay khó khăn nào trên thế giới. Đồng thời, chúng ta phải đối mặt với những rủi ro ngày càng tăng liên quan đến quyền riêng tư và lạm dụng dữ liệu đi kèm với những tiến bộ nhanh chóng trong công nghệ dữ liệu. Và lẽ đương nhiên, hệ thống dữ liệu phải tạo ra và phân tích dữ liệu theo nhóm để có thể giải quyết những bất bình đẳng hiện có (UNFPA, 2024c). Như báo cáo này đã chỉ ra, chính phủ các nước cần phải có ý chí và năng lực trong việc thu thập và phân tích những dữ liệu này để giải quyết những bất bình đẳng gây

cản trở việc đạt được đầy đủ chương trình nghị sự ICPD và các mục tiêu SDGs.

Các viễn cảnh tương lai toàn cầu, cả tích cực lẫn tiêu cực, là rất lớn. Quả thực, khi những thách thức và khó khăn toàn cầu đang ngày càng gia tăng thì chúng ta cũng không thể dự đoán trước những kết quả có thể đạt được. Trong thời điểm bất ổn này, có một sự thật không thể tránh khỏi là: Số phận của chúng ta đan xen vào nhau. Giữa những tranh chấp khó giải quyết nhất và những quan ngại hiện hữu, con đường duy nhất phía trước là thông qua sự hợp tác, đoàn kết, chia sẻ các giá trị, thu hẹp sự bất bình đẳng và đảm bảo hy vọng và phẩm giá cho tất cả mọi người.



CHUYÊN MỤC

Vấn đề nổi lên từ bóng tối - sức khỏe tình dục của người cao tuổi

Một số phụ nữ đến một mình. Một số đến cùng bạn bè. Một số người đã khoảng 70 tuổi. Tất cả đều đến “quán cà phê” Tuổi yêu tại một trung tâm cộng đồng ở Northampton, Anh, vào chiều thứ Bảy, tháng 8 năm 2023.

Bên trong, ban tổ chức mở những bản nhạc sôi động trong khi các chị em phụ nữ chờ đợi chương trình trong ngày bắt đầu. Rèm cửa được kéo xuống để đảm bảo sự riêng tư. Một số phụ nữ trò chuyện với bạn bè trong khi những người khác ngồi im lặng.

Audrey Tang, nhà tâm lý học, nhà giáo dục và đồng tổ chức sự kiện, cho biết: “Lúc đầu, mọi người tỏ ra hơi lo lắng vì trong ba giờ tối, các cuộc trò chuyện sẽ xoay quanh vấn đề tình dục và sức khỏe. Nhưng gần như ngay lập tức, mọi người bắt đầu cởi mở và vui vẻ với nhau,” cô Tang cho biết thêm.

Theo giáo sư tâm lý học Sharron Hinchliff của Đại học Sheffield, người đã tạo ra chuỗi hoạt động có tên gọi Tuổi Yêu vào năm 2019, hoạt động này là một trong chuỗi hoạt động giúp Người cao tuổi có cơ hội tìm hiểu trong một môi trường “vui vẻ và riêng tư” về sức khỏe tình dục và nhận được câu trả lời cho các câu hỏi về cơ thể và tình dục khi đã có tuổi.

Bà cho biết những hoạt động này giúp lấp đầy khoảng trống thông tin

mà Người cao tuổi thường gặp phải khi họ muốn tìm hiểu về các vấn đề như mãn kinh, rối loạn cương dương hoặc tác động của bệnh tật và thuốc men đối với ham muốn tình dục.

Giáo sư Hinchliff cho biết: “Chúng tôi liên tục nghe được những lời chia sẻ rằng họ gặp khó khăn trong việc tìm kiếm nguồn thông tin đáng tin cậy. Bà giải thích: một phần là do mọi người thường cho rằng Người cao tuổi không có ham muốn tình dục và do đó không cần thông tin”.

“Nhưng chúng tôi biết rằng nhiều Người cao tuổi vẫn có hoạt động tình dục,” bà cho biết thêm. Nhiều người khác muốn nhưng lại không thực hiện: Một nghiên cứu ở Vương quốc Anh vào năm 2019 cho thấy khoảng 1 trong 4 nam giới và 1 trong 6 phụ nữ trong độ tuổi từ 55 đến 74 có vấn đề về sức khỏe hoặc đang dùng thuốc ảnh hưởng đến đời sống tình dục của họ (Eren và cộng sự, 2019). Theo Viện Tuổi thọ tối đa khỏe mạnh tại Đại học Sheffield, mức ảnh hưởng này còn lớn hơn khi cứ 2 người từ 65 tuổi trở lên, có 1 người lên mắc ít nhất hai bệnh mãn tính.

Giáo sư Hinchliff cho biết: “Có một lượng nhu cầu lớn chưa được đáp ứng” về thông tin và dịch vụ của Người cao tuổi ở Vương quốc Anh. Và nhu cầu đó có thể sẽ tăng lên khi con người ngày càng sống lâu hơn.

Tuổi thọ trung bình ở đất nước này là khoảng 80 tuổi và ngày nay, cứ 4 người thì có khoảng 1 người từ 60 tuổi trở lên (UN DESA, 2022a).

Những Người cao tuổi chia sẻ với Giáo sư Hinchliff rằng những nhu cầu và mối quan tâm về sức khỏe tình dục của họ thường bị Bác sỹ bỏ qua vì tuổi tác của họ. Giáo sư Hinchliff cho biết: “Điều này bao gồm từ việc không được thông báo khi nào là an toàn để tiếp tục quan hệ tình dục trở lại sau khi cắt bỏ tử cung đến việc đưa ra lời khuyên rằng quan hệ tình dục đau đớn là ‘do tuổi tác’ nhưng không đưa ra bất kỳ giải pháp trợ giúp hay lời khuyên nào”.

Cả các bằng chứng giai thoại hay khoa học đều cho thấy quyền tình dục của Người cao tuổi hiếm khi được đáp ứng. Để đáp lại, Giáo sư Hinchliff, cùng với trợ lý nghiên cứu của Đại học Sheffield, Stephanie Ejegi-Memeh và cán bộ phụ trách học tập thân thiện với lứa tuổi của Sheffield, Gilli Cliff, đã đưa ra Hiến chương về quyền tình dục dành cho Người cao tuổi đầu tiên của Vương quốc Anh, nhằm mục đích “đảm bảo rằng mọi người phải được đối xử nhân văn và tôn trọng, không bị phân biệt đối xử khi họ là người già mà lại nói đến vấn đề tình dục”.

Từ chối quyền tình dục của người cao tuổi có thể được thể hiện dưới

nhiều hình thức, từ việc bị ngăn cản hình thành các mối quan hệ thân mật tại các cơ sở chăm sóc cho đến việc bị loại khỏi các chiến dịch truyền thông giáo dục và sức khỏe tình dục, bao gồm cả các chiến dịch nhằm ngăn ngừa và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Năm 2019, Tổ chức Age UK cho thấy từ năm 2014 đến năm 2018, số ca mắc mới các bệnh lây truyền qua đường tình dục đã giảm hơn 7% ở nam giới từ 20 đến 24 tuổi, tuy nhiên tỷ lệ này lại tăng gần 14% ở nam giới từ 45 đến 64 tuổi và 23% ở nam và nữ từ 65 tuổi trở lên trong cùng thời kỳ đó (Age UK, 2019). Giáo sư Hinchliff cho biết xu hướng này phản ánh sự bất bình đẳng liên quan đến tuổi tác trong các dịch vụ và thông tin sức khỏe tình dục ở Vương quốc Anh.

Bà cũng chia sẻ rằng, Người cao tuổi ít có khả năng trình báo các vụ tấn công tình dục hơn những người trẻ tuổi do lo ngại không được tin tưởng vì họ không phù hợp với “hình ảnh nạn nhân bị hiếp dâm”. Họ sẽ trì hoãn hoặc tránh tìm kiếm sự giúp đỡ về vấn đề tình dục khi nhận ra hầu hết mọi người đều cho rằng Người cao tuổi không nên hoặc không có quan hệ tình dục.

Giáo sư Hinchliff cho biết, tất cả những thách thức này càng trở nên phức tạp đối với những người cao tuổi là người đồng tính nam, đồng tính nữ hoặc chuyển giới, người cao tuổi thuộc chủng tộc hoặc dân tộc thiểu số, người cao tuổi sống ở những vùng có nền văn hóa bảo thủ hơn hoặc sống trong hộ gia đình nghèo hơn.

Hiến chương về quyền tình dục nhằm giúp các nhân viên cấp dịch

Tại quán cà phê “Tuổi yêu” ở Northampton, Anh, những người lớn tuổi có thể tìm hiểu về sức khỏe tình dục trong một môi trường an toàn và riêng tư. © Sharron Hinchliff

vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên công tác xã hội, nhóm cộng đồng, lực lượng tình nguyện và các nhà hoạch định chính sách hiểu rõ hơn và đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người lớn tuổi. Hiến chương nhằm mục đích “củng cố” mọi sáng kiến nhằm biến Sheffield thành một nơi tuyệt vời khi con người già đi.

Giáo sư Hinchliff giải thích: “Ý tưởng về Hiến chương ra đời bởi sự thất vọng” khi nhiều vấn đề đúng ra có thể được giải quyết dễ dàng bằng cách hỏi bệnh nhân những câu hỏi đơn giản, như thuốc có thể ảnh hưởng đến đời sống tình dục của họ như thế nào. Các ý tưởng trong Hiến chương hiện đang được chuyển thành hành động: Cùng với các đồng nghiệp tại Đại học Sheffield, Giáo sư Hinchliff đã tạo ra AgeSexandYou.com, một trang web cung cấp thông tin đơn giản về sức khỏe tình dục và bản năng giới cho phụ nữ và nam giới lớn tuổi.

Năm 2018, Tổ chức Y tế thế giới đã chào đón Age-Friendly Sheffield (Sheffield Thân thiện với Người cao tuổi), một quan hệ đối tác giữa các tổ chức với các cá nhân trở thành thành viên của mạng lưới toàn cầu các Cộng đồng và Thành phố thân thiện với người cao tuổi. Là một thành viên của mạng lưới này, Sheffield Thân thiện với Người cao tuổi đang nỗ lực tạo ra một môi trường xã hội và điều kiện vật chất thân thiện với người cao tuổi. Chuỗi hoạt động của quán cà phê Tuổi yêu là một trong những nỗ lực đó. Những hoạt động đầu tiên tập trung đến đối tượng là phụ nữ; tuy nhiên vào tháng 12 năm 2023, hoạt động “Phá vỡ sự im lặng” đã hướng đến các đối tượng là nam giới, tập trung vào sức khỏe tâm thần và sức khỏe và hạnh phúc của họ, bao gồm cả sức khỏe tình dục. Giáo sư Hinchliff chia sẻ: “Nam giới cũng muốn chia sẻ về điều này, nhưng chúng ta thường không cho họ cơ hội hoặc môi trường thích hợp để làm điều đó”.



Cuộc hành trình phía trước

Như báo cáo này thừa nhận, không có một giải pháp nào phù hợp cho mọi hoàn cảnh. Tuy nhiên, vẫn có những cách tiếp cận, bắt nguồn từ nhiều nguồn bằng chứng phong phú và thỏa thuận quốc tế, có thể và sẽ thúc đẩy các mục tiêu chung của chúng ta. Chúng bao gồm việc tăng cường các nỗ lực đã được thống nhất để đáp ứng nhu cầu của những người bị bỏ lại phía sau cùng, đảm bảo tính bao trùm trong việc ra quyết định và lãnh đạo, nâng cao cả tính toàn diện và tính phổ cập trong chăm sóc sức khỏe và tăng khả năng tiếp cận kiến thức về sức khỏe sinh sản có chất lượng, khách quan, chính xác về mặt y khoa cho tất cả mọi người.

Điều chỉnh cho phù hợp với đối tượng

Phải chủ động lồng ghép các nhu cầu và quan điểm của những người bị gạt ra ngoài lề xã hội vào các dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS cũng như nỗ lực đảm bảo quyền sinh sản của họ. Như WHO đã thừa nhận vào năm 2009, “mặc dù các vấn đề nghèo đói và giới ảnh hưởng khá nhiều đến sức khỏe và sự phát triển kinh tế xã hội, nhưng các cán bộ y tế không phải lúc nào cũng được chuẩn bị đầy đủ để giải quyết các vấn đề này trong công việc của họ” (WHO, 2009). Nghiên cứu được tóm tắt trong báo cáo này nhấn mạnh rằng nghèo đói và giới chỉ là hai trong số nhiều yếu tố chống chéo lên nhau góp phần khiến nhiều người không được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc SKSS cũng như việc hiện thực hóa quyền sinh sản của mình. Giải quyết những khoảng trống đó đồng nghĩa với việc phải xem xét đến các vấn đề về sự hòa nhập, điều chỉnh sao cho phù hợp với thực tế và xác định mục tiêu.

Có một vấn đề là nếu nhìn từ bên ngoài, việc điều chỉnh sao cho phù hợp với các nhóm cụ thể dường như mâu thuẫn với các mô hình chăm sóc tích hợp, trong đó thông tin và dịch vụ chăm sóc

SKTD&SKSS được cung cấp thông qua các điểm cung cấp dịch vụ có sẵn. Ví dụ, người ta đã chứng minh được tính hiệu quả của việc tích hợp các dịch vụ SKTD&SKSS trong các dịch vụ HIV, giúp cải thiện khả năng tiếp cận, chất lượng chăm sóc và năng suất làm việc của nhân viên y tế, đồng thời giảm sự kỳ thị (Ford và cộng sự, 2021). Tuy nhiên, việc điều chỉnh cho phù hợp và tích hợp không nhất thiết phải trái ngược với nhau và trên thực tế, chúng có thể bổ sung cho nhau. Ví dụ, các Chương trình quản lý chăm sóc phức hợp được khuyến khích sử dụng dữ liệu và công cụ của hệ thống y tế hiện có (bao gồm phân tích hồ sơ bệnh án và hệ thống phân loại bệnh nhân), đồng thời nhấn mạnh hoàn cảnh cá nhân ảnh hưởng đến việc sử dụng và hiệu quả dịch vụ, các yếu tố như nhà ở bấp bênh, giao thông và điều kiện xã hội (Williams và Fendrick, 2022). Do đó, các phương pháp tiếp cận được điều chỉnh không nhất thiết phải thay thế các hệ thống y tế tích hợp.

Việc điều chỉnh sao cho phù hợp và các phương pháp tiếp cận có mục tiêu có thể có nhiều hình thức, nhưng mấu chốt của việc điều chỉnh và các phương pháp này nằm ở sự tham gia tích cực của các thành viên trong cộng đồng bị ảnh hưởng. Ví dụ, những cộng đồng này có thể xác định các phương pháp tiếp cận đơn giản như dịch vụ dịch thuật hoặc hệ thống cung cấp các dịch vụ tiếp cận cộng đồng có mục tiêu, hoặc họ có thể yêu cầu những phương pháp phức tạp và tốn kém hơn, bao gồm các chương trình đứng độc lập được thiết kế hoặc triển khai đặc biệt. Các chương trình được triển khai đặc biệt này có thể gây ra sự phản kháng, với một số nhà phê bình cho rằng chúng sẽ càng củng cố sự kỳ thị và loại trừ thông qua việc coi một số nhóm dân cư nhất định là “nhóm khác”. Tuy nhiên, bằng chứng cho thấy điều ngược lại, với các thiết kế chương trình được điều chỉnh cho phù hợp thực sự mang lại cho mọi người một không gian đảm bảo phẩm giá và sự an toàn, đồng thời phản

ánh những nhu cầu cụ thể của họ, có thể khác với những nhu cầu khác.

Có lẽ ví dụ nổi bật nhất về điều này là căn bệnh HIV, đã ảnh hưởng nặng nề đến các cộng đồng bị kỳ thị, bao gồm người hành nghề mại dâm, người đồng tính nam và những người đàn ông khác có quan hệ tình dục đồng giới, người chuyển giới, người tiêm chích ma túy, người ở trong tù và các môi trường khép kín khác. Năm 2021, những nhóm dân số này và bạn tình của họ chiếm 70% số ca nhiễm HIV mới và tất cả đều không được tiếp cận công bằng với các dịch vụ an toàn, hiệu quả và chất lượng liên quan đến HIV. Ngoài ra, mối liên hệ giữa các nhóm này và sự lây truyền HIV góp phần tạo ra một loạt các hành vi vi phạm quyền khác, bao gồm phân biệt đối xử, bạo lực và hình sự hóa (USAID, 2022). Một nghiên cứu về các chương trình dự phòng và điều trị HIV thành công ở châu Á đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tham gia tích cực của các nhóm đối tượng đích vào các dịch vụ, nghiên cứu và xây dựng chương trình, lấy ví dụ là trung tâm y tế cộng đồng “Tangerine” do người chuyển giới thiết kế và điều hành ở Thái Lan (Yang và cộng sự, 2020). Các dịch vụ như vậy do chính những cộng đồng này chủ trì đã cho thấy kết quả trong việc sử dụng nhiều hơn các chương trình chẩn đoán và điều trị HIV trong các nhóm mục tiêu (Nugroh và cộng sự, 2017). Ví dụ, một phân tích tổng hợp về các chương trình HIV dành cho lao động tình dục nữ ở châu Phi cho thấy chìa khóa để giảm lây truyền HIV là tham khảo ý kiến của các cộng đồng này và nhắm mục tiêu đến nhu cầu cụ thể của họ trong phòng ngừa HIV (Atuhaire và cộng sự, 2021).

Hòa nhập cộng đồng, sự tham gia của những người bị bỏ lại phía sau cùng, đưa mọi người đến bàn đàm phán – đây là những mục tiêu cao cả, nhưng vẫn tồn tại nhiều rào cản. Một trong những rào cản lớn đó là vấn đề về nguồn tài chính - vấn đề này sẽ được nhắc đến thường xuyên hơn trong các môi trường

có nguồn lực tài chính hạn chế. Tuy nhiên, đây chưa hẳn là rào cản lớn nhất – thật vậy, Chương 4 của báo cáo này nhấn mạnh tiềm năng kinh tế lớn có thể được giải phóng khi SKTD&SKSS và quyền của tất cả mọi người được hiện thực hóa. Thay vào đó, những thái độ, những giả định và sự chia rẽ góp phần tạo ra tình trạng bị gạt ra ngoài lề xã hội mới thực sự là những thách thức lớn hơn đối với sự tiến bộ. Từ sự thù địch đối với những người thuộc cộng đồng LGBTQIA+, đến truyền thông yếu kém (hoặc thậm chí không có truyền thông) với các dân tộc thiểu số, và đến sự lơ là trong việc thực hiện các biện pháp thậm chí các biện pháp đơn giản nhằm cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ cho người khuyết tật – danh sách các rào cản còn dài và khi khắc phục từng rào cản trong những ví dụ đã nêu ở trên đòi hỏi phải có chi phí, nhưng rào cản lớn hơn nữa cần được vượt qua đó chính là làm sao để khuyến khích những thay đổi về mặt quy chuẩn và cấu trúc để thu hút một cách hiệu quả những người yếu thế ngay từ đầu.

Trong khi đó, việc không lắng nghe và điều chỉnh sao cho phù hợp với nhu cầu của các nhóm này có thể gây ra một chi phí đáng kể – việc này không chỉ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của các nhóm yếu thế mà còn đè nặng lên chi phí của hệ thống y tế. Ví dụ, nhiều phụ nữ bản địa ở miền bắc Canada trước đây thích sinh con tại nhà với một nữ hộ sinh hoặc người chăm sóc là nữ khác – một thói quen mà các nhà chức trách y tế đã hạn chế vì quan ngại đến sự an toàn của thực hành hộ sinh. Hệ quả là ở tuần thai thứ 36, phụ nữ và trẻ vị thành niên mang thai ở khu vực phía Bắc thường phải bay đến các cơ sở ở đô thị nơi có các dịch vụ cao cấp, gây phát sinh chi phí đáng kể. Ngày nay, nghề hộ sinh đang quay trở lại ở miền Bắc, việc này vừa đảm bảo chất lượng chăm sóc sản khoa hiện đại, vừa giữ được thực hành sinh nở truyền thống. Ví dụ, những phụ nữ sinh con được nữ hộ sinh chăm sóc ở các trung tâm hộ sinh Nunavut cho biết họ cảm thấy bớt

căng thẳng hơn, được tham gia nhiều hơn vào việc ra quyết định và nhận được hỗ trợ tâm lý xã hội tốt hơn so với những bà mẹ phải sinh con ở trung tâm ở đô thị (Mikhail và cộng sự, 2021). Những can thiệp có mục đích tốt nhất, ngay cả những can thiệp có nguồn lực dồi dào, không và không thể đạt được kết quả tối ưu trừ khi chúng có sự tham gia của các cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng.

Tính bao trùm

Như đã được nêu rõ trong các ví dụ trước, chìa khóa để điều chỉnh cho phù hợp là sự tham gia toàn diện của các cộng đồng bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, tính bao trùm rất quan trọng, vì ngoài nỗ lực hướng tới các cộng đồng và nhóm dân cư đích, và vì nhiều lý do, tính bao trùm còn được coi là một phương pháp tiếp cận rộng hơn đối với chăm sóc SKTD&SKSS.

Đối với các nhà hoạch định chính sách và thiết kế chương trình, lý do đầu tiên trong những lý do này là một cộng đồng có thể được coi như là một thể thống nhất khi mà không có sự khác biệt gì trong đó. Ví dụ, sức khỏe của các nhóm dân cư bản địa ở các quốc gia thuộc mọi khu vực trên thế giới thường yếu hơn (Akter và cộng sự, 2018). Tuy nhiên, các nhóm người bản địa này vô cùng đa dạng, cả ở trong nước và giữa các quốc gia. Họ thường phải chịu thiệt thòi với nhiều lý do – như do họ sống ở vùng sâu vùng xa, do nghèo đói, do những khó khăn trong giao tiếp bằng ngôn ngữ phổ thông, không được học hành đến nơi, đến chốn và bị phân biệt đối xử do liên quan đến những tổn thương trong quá khứ. Dù có những điểm tương đồng như vậy, nhưng mỗi cộng đồng đều có những nét riêng biệt, và những khác biệt là quan trọng khi nói đến khả năng tiếp nhận và chấp nhận dịch vụ y tế.

Ví dụ, trong một nhóm người bản địa, sự khác biệt về kinh tế xã hội có thể ảnh hưởng đến tình trạng

sức khỏe. Một nghiên cứu đã chỉ ra phụ nữ bản địa có trình độ học vấn cao hơn có khả năng sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ cao hơn 11 lần và khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh khi mang thai cao hơn 23 lần so với những người không được đến trường (Islam, 2017). Tương tự như vậy, tình trạng thu nhập là yếu tố quyết định tới việc liệu phụ nữ bản địa có tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, cũng như các phương tiện truyền thông đại chúng và mối quan hệ của họ với nhân viên y tế, (Akter và cộng sự, 2018).

Nhu cầu của cộng đồng bản địa có thể rất khác nhau khi nói đến SKTD&SKSS – một chủ đề vừa nhạy cảm, vừa có nguồn gốc sâu xa trong các chuẩn mực văn hóa. Ưu tiên lựa chọn việc sinh con tại nhà, với bạn đời hoặc với người thân trong gia đình, có thể bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi văn hóa. Ưu tiên lựa chọn cho các tư thế sinh nở cũng có thể mang đặc tính văn hóa. Ví dụ, một số phụ nữ bản địa Quechua ở Peru thích sinh con ở tư thế đứng và đu vào sợi dây treo trên trần nhà, một thực hành không chuẩn mực đối với các Bác sỹ trong nước (Gabrysch và cộng sự, 2009). Và, tất nhiên, tính bản địa chỉ đơn giản là một ví dụ về tầm quan trọng của thiết kế hòa nhập và sự tham gia của cộng đồng trong việc tạo dựng các can thiệp vào hệ thống SKTD&SKSS – những nhu cầu khác có thể khác nhau tùy theo tình trạng di cư, địa vị xã hội, khuyết tật, tuổi tác hoặc các yếu tố khác.

So với sự tham gia tích cực của cộng đồng, thì vai trò lãnh đạo của cộng đồng được đánh giá là có tác động mạnh mẽ hơn. Các chương trình, các cơ chế tài chính, và những nỗ lực khác nhằm hỗ trợ vai trò lãnh đạo của cộng đồng ngày càng tăng, thậm chí phương pháp tiếp cận này còn được áp dụng với các cấp lãnh đạo cao nhất. Ví dụ, vào những tuần cuối năm 2023, UNAIDS đã kêu gọi tăng cường vai trò lãnh đạo của cộng đồng trong việc thu thập dữ liệu theo nhóm và cung cấp các dịch vụ dự phòng, xét nghiệm và điều trị HIV. Sự kêu

gọi này đã thu hút sự chú ý đặc biệt đến nhu cầu tiếp cận người chuyển giới, khi thu thập dữ liệu và cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV được điều chỉnh cho phù hợp với nhu cầu do chính cộng đồng người chuyển giới xác định. Điều đáng ghi nhận là lần đầu tiên một cơ quan thuộc Quốc gia Thành viên đã thông qua một quyết định có sự đồng thuận cao có tham khảo ý kiến và cam kết của người chuyển giới (UNAIDS, 2023) - qua đó khẳng định sự cần thiết của việc tham gia, tài trợ trực tiếp cho một cộng đồng mà cộng đồng đó vẫn là một trong những cộng đồng bị kỳ thị và yếu thế nhất trên thế giới.

Vai trò đại diện của một cộng đồng trong việc ra quyết định được thể hiện rõ ràng trong các nghiên cứu về chỉ tiêu lãnh đạo dành cho phụ nữ. Các nghiên cứu này đã cho thấy những tác động tích cực đối với bình đẳng giới trên diện rộng (O'Brien và Rickne, 2016). Một ví dụ trong Chương 3 đã minh họa thêm giá trị của sự đại diện của một cộng đồng đối với sức khỏe một cách cụ thể: Việc tăng số lượng Bác sỹ nữ, cải thiện hỗ trợ và sự tôn trọng đối với điều dưỡng nữ và nữ hộ sinh có tác động tích cực đến việc nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cũng như cải thiện sức khỏe cho phụ nữ (xem trang 72). Tương tự như vậy, đối với lĩnh vực SKTD&SKSS, sự đại diện của một cộng đồng cũng có vai trò đặc biệt quan trọng, khi sự kỳ thị vẫn thường là rào cản đối với dịch vụ chăm sóc (Bohren và cộng sự, 2022).

Đặc biệt, việc tham gia vào quá trình ra quyết định đồng nghĩa với việc có thể giải quyết tình

Assuit là một hình thức thêu chỉ kim loại phức tạp, cổ xưa của phụ nữ ở miền bắc Ai Cập. Tập thể phụ nữ Assuit Tally (TAWC) là một nhóm nghệ nhân đa thế hệ chuyên giữ gìn và bảo tồn nghề thủ công. TAWC là thành viên thường xuyên của Hội chợ Nghệ thuật dân gian quốc tế. © Tally Assuit Women's Collective

CHUYÊN MỤC

Phụ nữ Ngäbe khởi dậy cuộc cách mạng về sức khỏe và bình đẳng cho phụ nữ

Eneida, 25 tuổi, cho biết cô đã “phải mất ba giờ đi bộ” đường núi để đến được cơ sở chờ sinh, hay còn gọi là *casa materna* vào tháng thứ chín của thai kỳ.

Eneida sống ở vùng comarca Ngäbe Buglé xa xôi (một comarca), là khu vực sinh sống của các nhóm người dân bản địa Ngäbe và Buglé, nằm ở vùng núi phía Tây Panama. Chỉ có một vài con đường trải nhựa ở comarca, nhưng chúng đầy ổ gà. Một số cư dân di chuyển bằng ngựa. Nhưng hầu hết người dân ở đây đều lựa chọn đi bộ. Nhiều bà mẹ chọn sinh con tại nhà cũng vì lý do này. Không phải ngẫu nhiên mà comarca có tử vong mẹ cao nhất so với bất kỳ vùng nào trên cả nước.

Eneida đã chọn chờ đợi những ngày cuối cùng của thai kỳ tại Casa Materna de San Félix, nhà chờ sinh cung cấp thực phẩm, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và vận chuyển đến các dịch vụ sinh nở an toàn. “Tôi rất thích ở đây. Nơi này rất tốt,” cô nói.

Nhà chờ sinh chỉ là một trong nhiều dịch vụ chăm sóc SKTD&SKSS được giới thiệu tại comarca Ngäbe Buglé nhờ những nỗ lực có tổ chức của Hiệp hội Phụ nữ Ngäbe - được thành lập đầu tiên cách đây 30 năm với

một mục tiêu rất khác. Hồi đó, vào những năm 1990, phụ nữ trong cộng đồng tìm kiếm một thứ hoàn toàn khác: thị trường cho hàng thủ công của họ.

Gertrudis Sire, chủ tịch Hiệp hội Phụ nữ Ngäbe cho biết: “Chúng tôi bắt đầu gặp gỡ và xác định các vấn đề cũng như các nhu cầu của chúng tôi”. Những người phụ nữ nhanh chóng nhận ra những rào cản lớn nhất đối với việc thoát nghèo không phải là các rào cản về kinh tế - mà là vấn đề sinh sản. Bà Sire nhớ lại: “Những người phụ nữ trong cộng đồng nêu vấn đề là họ có nhiều con”. Bà giải thích rằng bất cứ khi nào một người phụ nữ không thể cho con ăn, cô ấy gọi vấn đề này là “July”, để phản ánh mức độ thường xuyên của tình trạng này. Mọi người thường nói “Trong nhà tôi có rất nhiều July”. Vậy July là gì? Đó là một cách để xác định nạn đói đang diễn ra trong cộng đồng. Họ nói làm thế nào để chúng tôi tránh được tình trạng đó? Hãy có ít con hơn.”

Ngoài ra, các nhu cầu về SKTD&SKSS khác cũng được nêu rõ. “Chúng tôi nhận thấy phụ nữ chết ngay tại nhà khi sinh con. Không ai có ý định đưa những người phụ nữ này đến bệnh viện do trong vùng không có bệnh viện bà mẹ và trẻ em nào.” Hiệp hội đã tiếp cận Bộ Y tế và UNFPA để cùng

nhau thành lập một mạng lưới nhân viên y tế nhằm chăm sóc và nâng cao nhận thức về sức khỏe bà mẹ, các biện pháp tránh thai và dinh dưỡng trẻ em. Bà Sire cho biết: “Chúng tôi đã trao đổi với nhau về những chủ đề này, và họ cảm nhận được điều đó, họ đã sống vì điều đó.”

Mối quan hệ củng cố lẫn nhau giữa bình đẳng giới, SKTD&SKSS cũng như nâng cao quyền năng kinh tế được ghi nhận là vấn đề đáng chú ý nhất tại ICPD năm 1994. Tuy nhiên, kinh nghiệm của Hiệp hội Phụ nữ Ngäbe cho thấy những nơi xa xôi nhất trên thế giới cũng bắt đầu nhận ra mối quan hệ này, khi phụ nữ bắt đầu thực hiện kế hoạch hóa gia đình và đầu tư vào một tương lai tốt đẹp hơn cho bản thân và cho cộng đồng. Hiệp hội Phụ nữ Ngäbe hoạt động độc lập nhằm mở ra một chu trình tốt đẹp về quyền tự chủ sinh sản, cải thiện sức khỏe và giảm nghèo.

Eira Carrera, một thông dịch viên liên văn hóa tại Bệnh viện bà mẹ và trẻ em José Domingo De Obaldía, bắt đầu sự nghiệp của mình với tư cách là người tuyên truyền nâng cao sức khỏe ở comarca Ngäbe Buglé. “Đó là vào năm 96, 98,” bà nhớ lại. “Các chủ đề mà chúng tôi muốn truyền tải với tư cách là nhân viên y tế cộng đồng

là về SKTD&SKSS, trong đó có cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục, xét nghiệm tế bào âm đạo, tất cả thông tin liên quan đến SKTD&SKSS, kế hoạch hóa gia đình... bạo lực gia đình, thậm chí cả làm cha có trách nhiệm.” Phụ nữ đón nhận các thông điệp này tốt hơn so với nam giới. Nhìn chung, phụ nữ mong muốn được hưởng lợi từ kế hoạch hóa gia đình – “vì đó là nhu cầu của họ”, bà Carrerra nói – trong khi đó nam giới lại ít tiếp thu hơn. “Họ không muốn những thông tin này.”

Đã có sự tiến bộ trong ba thập kỷ kể từ đó. Khi được hỏi liệu phụ nữ Ngäbe có tự đưa ra quyết định về biện pháp tránh thai hay không, bà Carrerra cho biết: “Cứ 10 phụ nữ thì khoảng 8 người có thể nói có”. Nhưng chúng ta vẫn còn một chặng đường dài để đi. Vấn đề trọng nam khinh nữ trở nên phức tạp hơn bởi sự phân biệt đối xử sắc tộc dai dẳng trong cộng đồng. Cách đây không lâu, các thành viên cộng đồng Ngäbe phải ngồi ở phía sau xe buýt khi đi ra ngoài comarca. Thậm chí ngày nay, cơ hội việc làm vẫn khan hiếm và nhiều người đàn ông Ngäbe phải làm việc tại các đồn điền cà phê với tư cách là lao động nhập cư.

Đối với phụ nữ, sự chênh lệch giữa tình trạng bị gạt ra ngoài lề do sắc dân tộc và bất bình đẳng giới tiếp tục gây ra hậu quả nghiêm trọng. Mô tả cái chết của những phụ nữ có chồng đi làm xa khi họ chuyển dạ, Humberto Rodríguez, điều dưỡng phụ trách huyện Nole Duima, cho biết: “Phần lớn các trường hợp tử vong mẹ đặc biệt là do người chồng không thể đưa vợ đi đến các dịch vụ chăm sóc. Lúc đó



Eira Carrerra đảm bảo phụ nữ Ngäbe được lắng nghe và tôn trọng trong hệ thống y tế. Cô cũng dạy cho họ về quyền của mình. © UNFPA/Rebecca Zerzan

người chồng không có ở nhà và quyền quyết định không thuộc về cô ấy”.

Carrerra cho biết, hệ thống y tế cũng từng tước quyền quyết định của những người phụ nữ Ngäbe. “Các Bác sỹ đã lấy hồ sơ, điều trị cho người phụ nữ và nếu người phụ nữ từ chối, cô ấy sẽ không nhận được sự chăm sóc mà mình cần hoặc cô ấy nhận được sự chăm sóc theo cách bắt buộc, ép buộc, vi phạm quyền lợi của mình... Ngày nay, điều đó đã hoàn toàn thay đổi.” Cô Carrerra hiện đang làm phiên dịch cho các nhân viên y tế nói tiếng Tây Ban Nha và bệnh nhân nói tiếng Ngäbe. Cô cũng đào tạo nhân viên bệnh viện tham gia theo cách phù hợp với văn hóa. Carrerra cho biết, những phụ nữ được đối xử tôn trọng và được cung cấp thông tin thường sẽ đồng ý sử dụng dịch vụ chăm sóc. “Nếu bệnh nhân không chấp nhận, quyết định đó vẫn sẽ được tôn trọng.”

Cô ấy mong muốn phụ nữ hiểu rằng quyền tự chủ về cơ thể cũng áp dụng cho các mối quan hệ của họ. Carrerra

giải thích: “Ở đây tôi muốn nói với các bà mẹ rằng họ không bắt buộc phải quan hệ tình dục với chồng nếu họ không muốn. Điều này gọi là lạm dụng tình dục. Chúng tôi vẫn phải tiếp tục nỗ lực hơn nữa về vấn đề này.”

Tuy nhiên bà Sire nhấn mạnh, những vấn đề này không phải là duy nhất có ở cộng đồng Ngäbe. Bà cho biết: “Vấn đề xảy ra ở khắp mọi nơi. Sẽ luôn có tình trạng trọng nam khinh nữ... và sự phân biệt đối xử sẽ không bao giờ kết thúc, bởi vì nó ở khắp mọi nơi... Nhưng, những người như chúng tôi trong Hiệp hội, chúng tôi đã được tập huấn, đào tạo. Chúng tôi đã có áo giáp bảo vệ cho riêng mình.”

Eneida, người phụ nữ đang chờ sinh đứa con thứ ba, cũng có một bộ áo giáp bảo vệ như vậy - mặc dù cô ấy tỏ ra cởi mở và mỉm cười thay vì phòng thủ. Áo giáp của cô ấy là sự tự tin. Khi được hỏi liệu người bạn đời của cô có ủng hộ quyết định của cô về kế hoạch hóa gia đình hay không, không một chút nghi ngờ,

trạng mất cân bằng quyền lực - sự mất cân bằng mà ngay cả đối với những người nắm quyền lực cũng khó có thể nhận thấy. Các nỗ lực ghi nhận và giải quyết bất bình đẳng cũng như tăng cường sự hòa nhập thường gặp phải những phản đối rằng chúng mang tính phân biệt đối xử đối với những người có lợi thế về thể chế và lịch sử (Pierce, 2013). Các quan điểm rập khuôn đối lập về tính bao trùm này gây phản tác dụng - không chỉ đối với những người thiệt thòi mà thường đối với toàn xã hội. Xét cho cùng, bình đẳng giới không chỉ mang lại lợi ích cho phụ nữ và trẻ em gái mà còn cho cả nam giới và trẻ em trai, dựa trên các thước đo từ độ ổn định tài chính (Ozili, 2024) đến sức khỏe tốt hơn và hài lòng về cuộc sống hơn (Wells và cộng sự, 2024). Ủy ban Lancet về Xã hội hòa bình thông qua công bằng y tế và bình đẳng giới lưu ý rằng “những cải thiện về công bằng y tế và bình đẳng giới [có thể] tăng cường nguồn nhân lực, tính bao trùm của các nền kinh tế, vốn xã hội và công tác quản trị” (Ủy ban Lancet về Xã hội hòa bình thông qua công bằng y tế và bình đẳng giới, 2023). Người ta cũng hy vọng rằng các nỗ lực nhằm đạt được sự công bằng thông qua hòa nhập sẽ mang lại nhiều lợi ích cho xã hội hơn nữa.

Tính toàn diện và bao phủ toàn dân

Dựa trên hàng thập kỷ nghiên cứu và thỏa thuận trước đó, các mục tiêu SDGs kêu gọi các dịch vụ SKTD&SKSS phải mang tính toàn diện và bao phủ toàn dân. Đây không phải là những khái niệm mới lạ – nhưng tương lai đang ngày càng cho thấy sự lạc quan rằng cả hai điều này là có thể thực hiện được.

Tính toàn diện đã được WHO xây dựng kỹ lưỡng trong tài liệu hướng dẫn về SKSS, trong đó xác định gói chăm sóc SKSS toàn diện bao gồm nhiều loại dịch vụ như các dịch vụ tránh thai; chăm sóc trước sinh, trong khi sinh và sau sinh; dịch vụ phá thai an toàn và điều trị các biến chứng của phá thai không an

toàn; dự phòng và điều trị HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác; và các dịch vụ nhằm giải quyết bạo lực trên cơ sở giới. Ngoài ra, tuyên truyền nâng cao sức khỏe là điều cần thiết, bao gồm cung cấp thông tin và tư vấn cho mọi người về SKTD, sự khỏe mạnh và hạnh phúc, cũng như giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cho giới trẻ (WHO, 2023).

Bảo hiểm y tế toàn dân cũng đã được thể hiện rõ ràng trong cộng đồng quốc tế. Mục tiêu SDG 3.8 kêu gọi việc đạt được “bảo hiểm y tế toàn dân, bao gồm bảo vệ rủi ro tài chính, tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu có chất lượng và tiếp cận các loại thuốc và vắc-xin thiết yếu an toàn, hiệu quả, có chất lượng với giá cả phải chăng cho tất cả mọi người” (UN DESA, 2023).

Nhưng chúng ta cũng phải thừa nhận rằng rất khó để đạt được cả tính toàn diện và tính bao phủ toàn dân, với những khoảng trống vẫn còn tồn tại trong phạm vi bao phủ có tác động tiêu cực đến những người yếu thế nhất. Tuy nhiên, ở những nơi đã đạt được hoặc gần đạt được tính toàn diện hoặc bao phủ toàn dân, hai đặc tính này đã góp phần không nhỏ vào việc đạt được sự công bằng. Ví dụ, một báo cáo gửi Hội đồng Nhân quyền lưu ý rằng chăm sóc sức khỏe toàn dân có thể đã giảm thiểu sự chênh lệch về chủng tộc ở một số quốc gia (Hội đồng Nhân quyền, 2020). (Trên thực tế, một trong những mục tiêu trọng tâm của bảo hiểm y tế toàn dân là sự công bằng trong khả năng tiếp cận).

Hơn nữa, nhiều quốc gia cũng đã ghi nhận sự tiến bộ đáng kể, cho thấy mục tiêu này thực sự khả thi đến mức nào. Ví dụ, Peru đã trải qua một thập kỷ tăng trưởng vượt bậc về độ bao phủ SKSS bắt đầu từ năm 2007, khi đất nước này triển khai sáng kiến ngân sách dựa trên kết quả nhằm phân bổ kinh phí cho sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và dinh dưỡng trẻ em (Huicho và cộng sự, 2018). Chương trình

này chủ yếu dựa vào chi tiêu trong nước, với viện trợ phát triển như là một phần nhỏ của hỗ trợ tài chính và kết quả là giảm đáng kể tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi và trẻ sơ sinh.

Các quốc gia cũng có thể đạt được những tiến bộ ngay cả khi không thể áp dụng đồng thời một gói đầy đủ các biện pháp can thiệp SKTD&SKSS phổ quát và toàn diện. Ví dụ, năm 2020, Zambia đã áp dụng chương trình bảo hiểm y tế toàn dân bao gồm

các vật tư và dịch vụ tránh thai – một chương trình phổ quát nhưng chưa toàn diện cho tất cả các dịch vụ SKSS (PAI, 2020).

Điều quan trọng là tính phổ quát phải có nghĩa là bao gồm tất cả mọi người. Điều này có vẻ là hiển nhiên, nhưng hầu hết các quốc gia vẫn duy trì quan điểm cho rằng bảo hiểm y tế toàn dân là mục tiêu cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi công dân của mình. Quan điểm này loại trừ một số đối tượng cần giúp đỡ nhất: người di cư không có giấy tờ, người lao động di cư tạm thời, người không quốc tịch và người tị nạn, cùng nhiều đối tượng khác nữa. Như một nghiên cứu về vấn đề nan giải đã chỉ ra, các chuyên gia y tế thế giới đã “tuyên bố rằng ‘mọi con đường đều dẫn đến bảo hiểm y tế toàn dân’ nhưng những người di cư không có giấy tờ sẽ không đi những con đường đó” (Onarheim và cộng sự, 2018). Khi xem xét đến khả năng sẽ có hàng loạt người di chuyển xuyên biên giới trong những năm tới, điều này có thể dẫn đến số lượng người bị loại trừ khỏi dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng gia tăng. Ngoài việc hỗ trợ quyền cơ bản của con người về sức khỏe, việc



Cây được trang trí bằng len ở KwaZulu-Natal, Nam Phi nhằm nâng cao nhận thức cho cộng đồng bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS. © Paula Thompson/Woza Moya

mở rộng chăm sóc sức khỏe cho tất cả mọi người trong phạm vi biên giới của một quốc gia có thể mang lại lợi ích kinh tế và sức khỏe cộng đồng. Một nghiên cứu đã so sánh hai quốc gia có thu nhập cao là Na Uy và Hoa Kỳ, không cung cấp bảo hiểm cho người di cư không có giấy tờ, và một quốc gia có thu nhập trung bình là Thái Lan, có cung cấp dịch vụ này; nghiên cứu đã kết luận rằng cách tiếp cận y tế của Thái Lan ít có “vấn đề” hơn và có nhiều khả năng đạt được mục tiêu SDG về bảo hiểm y tế toàn dân hơn (Onarheim và cộng sự, 2018). Một nghiên cứu khác cho thấy rằng việc cung cấp bảo hiểm y tế cho người di cư không có giấy tờ có thể giúp giảm chi phí chăm sóc sức khỏe do sức khỏe tổng thể của người dân được cải thiện (Gostin, 2019).

Ngoài ra, chi phí cũng là một vấn đề trọng tâm mà tất cả các quốc gia đều phải cân nhắc. Ngày nay, các nước đang phát triển đang phải vật lộn với mức nợ quốc tế chưa từng có, do các yếu tố từ “đại dịch, tình hình lạm phát, lãi suất tăng, căng thẳng thương mại và năng lực tài chính hạn chế” (UN DESA, 2023). Các khoản thanh toán lãi suất cao đã ảnh hưởng đến chi tiêu chăm sóc sức khỏe ở 48 quốc gia đang phát triển, là nơi sinh sống của 3,3 tỷ người. Một quốc gia có thu nhập thấp trung bình hiện chi trả lãi ròng nhiều hơn 1,4 lần so với chi tiêu y tế trong nước. Ngược lại, các quốc gia có thu nhập cao lại chỉ cho chăm sóc sức khỏe nhiều hơn gần bốn lần so với chi trả lãi ròng (UNDP, 2023). Tuy nhiên, hiện đang nổi lên những hình thức tài trợ y tế đầy hứa hẹn và sáng tạo có thể giúp đạt được bảo hiểm y tế toàn dân và chất lượng trong tầm tay, chẳng hạn như trái phiếu quốc tế chính phủ gắn liền với việc đạt được các kết quả y tế cụ thể. Điều quan trọng không kém là sự nhất trí (được củng cố trong thời kỳ đại dịch) rằng bảo hiểm y tế toàn dân vừa là yêu cầu cấp thiết về mặt đạo đức, vừa là một nhiệm vụ về sức khỏe cộng đồng. Như Giám đốc Điều hành Quỹ Tiền tệ

Quốc tế, Kristalina Georgieva, đã khẳng định vào tháng 12 năm 2020: “Một sự thật rõ ràng: Chúng ta sẽ không quay trở lại vị trí cũ. Nếu muốn vượt qua khủng hoảng và định hình quá trình phục hồi, chúng ta phải tiến về phía trước với ý thức mới về mục đích và tinh thần đoàn kết – với tất cả mọi người” (Georgieva, 2020).

Mở rộng kiến thức đúng đắn về sức khỏe sinh sản

Nâng cao quyền năng cho mọi người để họ chịu trách nhiệm về sức khỏe của chính họ thông qua việc cung cấp thông tin và kiến thức cũng quan trọng như chăm sóc sức khỏe toàn diện và phổ quát. Điều này đặc biệt đúng đối với các nhóm yếu thế, bao gồm cả giới trẻ. Và nó sẽ chỉ trở nên quan trọng hơn khi có sự tiến bộ về công nghệ, sự thay đổi trong hồ sơ nhân khẩu học của các quốc gia và sự phát triển của hệ thống y tế.

Một trong những công cụ chính để mở rộng kiến thức về SKSS là giáo dục giới tính và tình dục toàn diện, hiệu quả và lợi ích của giáo dục này được trình bày chi tiết trong Chương 4. Ngoài việc tạo ra lợi ích cá nhân và xã hội khi đầu tư vào y tế, giáo dục và năng suất lao động, giáo dục giới tính và tình dục toàn diện cũng có thể tăng cường sự tự chủ và năng lực của người trẻ bị thiệt thòi. Ví dụ, nghiên cứu chỉ ra rằng giáo dục giới tính và tình dục toàn diện dựa trên quyền, phù hợp với lứa tuổi và chất lượng có thể thúc đẩy ý thức về sức mạnh, quyền tự chủ và niềm tin của người trẻ vào sự bình đẳng của chính họ, vì nó “tìm cách trao quyền một cách rõ ràng cho những người trẻ - đặc biệt là các cô gái và những người trẻ bị thiệt thòi khác - để họ coi bản thân và những người khác là những thành viên bình đẳng trong các mối quan hệ, để có thể bảo vệ sức khỏe của chính họ và là những cá nhân có khả năng tham gia tích cực vào xã hội” (Haberland và Rogow, 2015). Nói cách khác, giáo dục giới tính và tình dục toàn diện hiệu quả có thể giúp người trẻ suy nghĩ chín chắn về sự

bất bình đẳng, bao gồm cả bất bình đẳng giới, từ đó đưa ra những quyết định và hành vi công bằng hơn. Mặc dù vậy, sự hỗ trợ cho giáo dục giới tính toàn diện đã chứng lại trong những năm gần đây (Liên Hợp Quốc, 2023a).

Giáo dục giới tính và tình dục toàn diện chỉ là một cách để mở rộng khả năng tiếp cận kiến thức SKSS chính xác và có chất lượng. Đồng thời, cũng cần phải loại bỏ thông tin lỗi thời, thiên lệch, không chính xác hoặc quá đơn giản, không chỉ khỏi sách giáo khoa, giáo trình mà cả chương trình giảng dạy y tế, hệ thống y tế và chính sách SKSS. Như Chương 2 đã nêu rõ, thông tin sai lệch, thông tin không đầy đủ và sự đơn giản hóa quá mức đã có những tác động tiêu cực đến những người bị thiệt thòi trong suốt lịch sử và vẫn tiếp tục như vậy cho đến ngày nay.

Việc không trang bị cho mọi người – trẻ vị thành niên, cán bộ y tế, nhà hoạch định chính sách và tất cả những người khác – những thông tin thực tế, không thiên lệch, chỉ có thể dẫn đến xã hội không được trang bị đầy đủ để giải quyết các mối quan ngại trong tương lai. Các hệ thống y tế toàn cầu đang áp dụng các biện pháp can thiệp tự chăm sóc như một công cụ ngày càng quan trọng “đối với mọi quốc gia và môi trường kinh tế, như một con đường quan trọng để đạt được bảo hiểm y tế toàn dân, tăng cường sức khỏe, đảm bảo an toàn cho thế giới và phục vụ những người dễ bị tổn thương” (WHO, n.d.d). Các biện pháp này đặc biệt quan trọng đối với SKTD&SKSS, nơi các rào cản đối với dịch vụ chăm sóc không chỉ bao gồm khả năng tiếp cận các cơ sở y tế mà còn cả sự kỳ thị và các chuẩn mực gia trưởng. Nhưng để những người bị bỏ lại phía sau có thể hưởng lợi hiệu quả từ các biện pháp tự chăm sóc này, họ cần phải có thông tin sức khỏe chính xác (UNFPA, 2018a).

Mở rộng kiến thức về SKSS cũng đồng nghĩa với việc phải đầu tư vào phát triển các biện pháp can thiệp

và thông tin sức khỏe có tính hòa nhập. Nghiên cứu chăm sóc sức khỏe tiếp tục coi nam giới, đặc biệt là nam giới ở các nước có thu nhập cao, là bệnh nhân và là đối tượng nghiên cứu mặc định. Ví dụ, nguồn tài trợ cho nghiên cứu và phát triển các vấn đề sức khỏe bà mẹ đã giảm 15% trong khoảng thời gian từ năm 2018 đến năm 2021, lý giải cho thực tế này, các nhà nghiên cứu cho rằng các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình đã không đặt trọng tâm tương xứng vào các vấn đề này (Tổ chức Nghiên cứu chính sách và sức khỏe toàn cầu, 2023). Người ta ước tính rằng thời gian phụ nữ không khỏe nhiều hơn nam giới là 25%, nhưng họ vẫn chưa được đại diện đầy đủ hoặc được mô tả không chính xác trong y học. Căn cứ theo một bài báo gần đây: “Để hiểu rõ hơn về sinh học cơ bản của phụ nữ, về cơ bản cần phát triển các công cụ nghiên cứu mới (ví dụ: mô hình động vật, mô hình máy tính, đại diện của người bệnh và mô hình nhân tính hóa) để phân loại tốt hơn các triệu chứng và biểu hiện bệnh ở phụ nữ (trái ngược với việc gọi các triệu chứng và biểu hiện đó là 'không điển hình')” (Diễn đàn Kinh tế Thế giới, 2024). Các khoản đầu tư nhằm thu hẹp khoảng cách về sức khỏe của phụ nữ “có khả năng thúc đẩy nền kinh tế ít nhất 1 nghìn tỷ USD mỗi năm vào năm 2040”.

Đồng thời cũng cần phải đưa ra giải pháp nhằm giải quyết các câu hỏi về những tiến bộ trái với đạo đức trong y học sinh sản và các công cụ số, vừa đầy hứa hẹn, nhưng đồng thời cũng là những mối đe dọa tiềm ẩn đối với quyền riêng tư và sự an toàn. Khả năng của nhân loại để vượt qua những thách thức này bị suy yếu rất nhiều khi chúng ta không thể thống nhất về sự phát triển, sinh sản, giải phẫu, bản năng giới và sự đa dạng của con người. Tất cả mọi người đều có quyền được tiếp cận kiến thức về SKTD&SKSS cập nhật, chính xác về mặt khoa học, nhạy cảm về văn hóa, phù hợp với lứa tuổi - không nên mang tính chính trị hoặc gây tranh cãi về những kiến thức đó.

Ghi nhận những thành quả đạt được và cam kết nhiều hơn nữa

Bằng chứng cho thấy những thành tựu đạt được từ năm 1994 tuy nhiều, nhưng cần phải tiến xa hơn nữa. Nhiều lần, thế giới đã nhận thấy những nỗ lực nhằm xóa bỏ tình trạng sức khỏe kém và chấm dứt các trường hợp tử vong mẹ có thể phòng ngừa vẫn chưa đủ để vượt qua các rào cản của bất bình đẳng, phân biệt đối xử, thiên vị và kỳ thị. Tuy nhiên, thực tế này có lẽ mang đến cho chúng ta cơ hội tốt nhất để đạt được các mục tiêu đã thống nhất – những mục tiêu của cả ICPD và Chương trình nghị sự 2030 – nhằm hiện thực hóa quyền và lựa chọn của tất cả mọi người.

Gần đây chúng ta đã trải qua một trong những gián đoạn mang tính lịch sử, những gián đoạn đã khơi dậy lời kêu gọi công lý, truyền cảm hứng cho những suy nghĩ mới về sự bất bình đẳng mang tính hệ thống và huy động sự ủng hộ trên khắp thế giới. Quả thực, khi chúng ta mở rộng lăng kính, phóng to từ quá khứ gần đây đến 30 năm vừa qua, chúng ta thấy có nhiều lý do để hy vọng hơn là tuyệt vọng.

Thiếu dữ liệu, đặc biệt là dữ liệu phân tích, là một trở ngại lớn, như được trình bày chi tiết trong báo cáo này - tuy nhiên, dữ liệu mà chúng ta có ngày nay cũng như các phương pháp để phân tích các dữ liệu đó là tốt hơn bao giờ hết. Chúng ta phải phát huy dựa trên những thành quả này. Những thành tựu quan trọng - như các chỉ tiêu SDG 5.6.1 và 5.6.2, được coi là một trong những thước đo đầu tiên trên thế giới đối với quyền tự chủ về cơ thể và tạo điều kiện cho môi trường pháp lý - chỉ là những bước đầu tiên hướng tới việc đo lường và hiểu biết về tình trạng quyền tự chủ sinh sản của phụ nữ.

Cần phải cải cách hệ thống để loại bỏ các hình thức phân biệt đối xử cố hữu và vô hình, một quá trình có thể gây ra tranh cãi và bất mãn - tuy nhiên quá

trình này đã bắt đầu, với các phong trào Ni Una Menos và Tòil cũng vậy, phơi bày sự mất cân bằng quyền lực về giới, và các phong trào như Rhodes Must Fall và Black Lives Matter, nêu bật sự bất bình đẳng về chủng tộc.

Ý chí chính trị là điều cần thiết để hướng nhiều nguồn lực hơn nữa đến SKTD&SKSS và quyền của các nhóm yếu thế, đây dường như là một yêu cầu khá cao trong một thế giới ngày càng phân cực và chính trị hóa - tuy nhiên chúng ta vẫn thấy được những dấu hiệu đáng khích lệ rằng các nhà hoạch định chính sách sẵn sàng giải quyết trực tiếp nhiều vấn đề này. Trong các đánh giá quốc gia tự nguyện năm 2023 (một quá trình trong đó các Quốc gia Thành viên tự nguyện xác định các ưu tiên và nỗ lực phát triển bền vững trong cộng đồng như một phần của Chương trình nghị sự 2030 vì sự phát triển bền vững), tất cả 39 Quốc gia thành viên tham gia đều đề cập đến các nhóm người bị ảnh hưởng bởi các yếu tố dễ tổn thương như giới và tình trạng khuyết tật, người dân ở vùng nông thôn hoặc vùng sâu vùng xa và những người thuộc dân tộc thiểu số. Chỉ dưới một nửa (49%) giải quyết nhu cầu của những người thuộc cộng đồng LGBTQIA+ (UNFPA, 2024g). Mặc dù các rà soát không nhất thiết phản ánh sự thay đổi trong cộng đồng, nhưng đây là một bước quan trọng hướng tới sự minh bạch trong quan điểm và ưu tiên chính sách của các quốc gia (Fukuda-Parr và cộng sự, 2018). Do đó, việc theo dõi sát sao và vận động chính sách mạnh mẽ là yếu tố quan trọng trong việc đưa SKTD&SKSS của những người bị thiệt thòi làm ưu tiên trong chương trình nghị sự phát triển.

Vấn đề về quyền lực cũng cần phải được giải quyết. Các chính sách, quan điểm và chuẩn mực trên khắp thế giới duy trì sự bất bình đẳng ở cả cấp độ cao và thấp - nhưng sự thay đổi là có thể xảy ra và sắp xảy ra. Trên thực tế, năm nay sẽ đánh dấu một cột mốc quan trọng cho các cuộc bầu cử, với hơn 2 tỷ cử tri chuẩn bị đi bỏ phiếu ở hơn 50 quốc gia (Diễn đàn Kinh tế

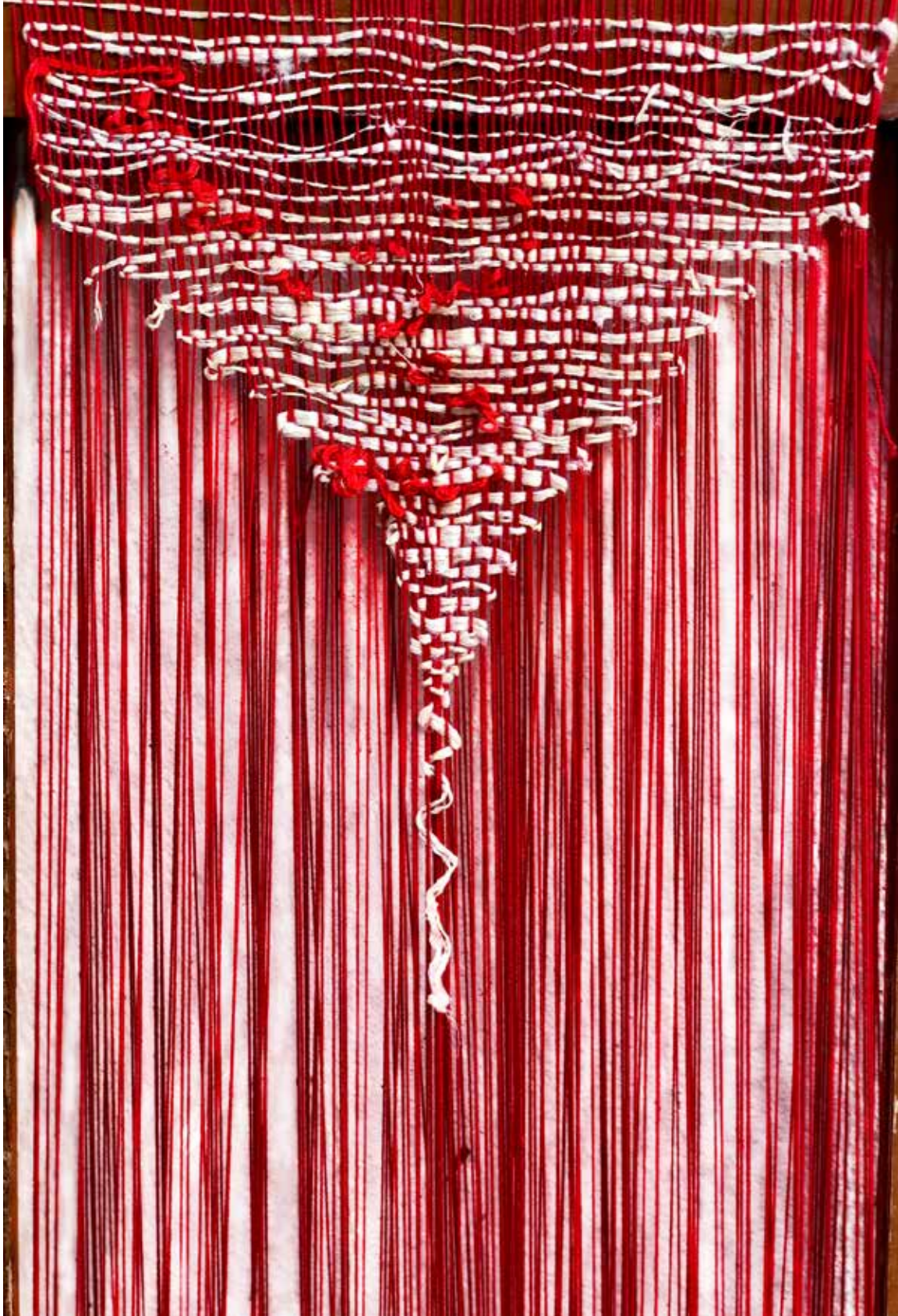
Thế giới, 2023). Việc bỏ phiếu đóng vai trò rất quan trọng bởi, như báo cáo này nhấn mạnh, sự đại diện của các nhóm đối tượng cũng có ý nghĩa rất quan trọng. Đây là lý do tại sao thế giới thống nhất với mục tiêu SDG 5.5.1, đo lường tỷ lệ vị trí do phụ nữ nắm giữ trong quốc hội và chính quyền địa phương. Việc bỏ phiếu cũng có thể giúp nâng cao tiếng nói của những người dễ bị tổn thương và yếu thế khác.

Và mặc dù các cuộc bầu cử và tuyên truyền vận động công chúng là những công cụ cần thiết để chấm dứt tình trạng bị gạt ra ngoài lề xã hội, nhưng cũng phải thừa nhận rằng không có nhiều quốc gia có những công cụ này. Trong trường hợp này, các cơ quan chuẩn mực quốc tế như Liên Hợp Quốc phải lên tiếng và nhấn mạnh rằng việc thông qua các mục tiêu phát triển bền vững (SDG) và nhiều văn kiện quyền con người giúp củng cố các mục tiêu đó là nghĩa vụ của tất cả các Quốc gia Thành viên, được ban hành với sự đồng ý của chính các chính phủ đó, và phải được thực hiện.

Cuối cùng, tiếng nói của những người yếu thế ngày càng lớn hơn. Thay vì lo sợ, chúng ta có thể đáp lại lời kêu gọi của họ bằng sự cởi mở và hợp tác. Việc nôn nóng trước những gì chúng ta chưa đạt được là điều chính đáng và thậm chí được hoan nghênh. Đó là cột mốc của sự tiến bộ mà chúng ta có thể xác định và đấu tranh với những thế lực đang tiếp tục đẩy mọi người về phía sau. Thực tế, chúng ta vẫn có thể thấy được sự tiến bộ khi kỳ vọng của chúng ta về sức khỏe, quyền lợi và sự công bằng đã thay đổi trong ba thập kỷ qua. Thế giới đã thay đổi với những tiêu chuẩn cao hơn. Và khả năng thực thi của chúng ta cũng vậy.



Sau cùng, việc đạt được những mục tiêu cao cả nhất của thế giới sẽ chẳng có ý nghĩa gì nếu chúng ta chỉ tập trung vào việc theo đuổi những cách thức đơn giản nhất để đo lường sự tiến bộ, trong đó toàn bộ các quốc gia, cộng đồng và bản sắc bị ẩn giấu sau số liệu về mức trung bình toàn cầu. Chúng ta có đủ khả năng để xây dựng một tầm nhìn cụ thể, chi tiết hơn, một tầm nhìn công nhận phẩm giá và giá trị của mỗi cá nhân, một tầm nhìn công nhận rằng bảo đảm quyền lợi của tất cả mọi người có nghĩa là bảo đảm quyền lợi của mỗi người. Suy cho cùng, tấm vải của nhân loại rất rộng lớn và đẹp đẽ, nhưng độ bền chắc của tấm vải này phụ thuộc vào từng sợi chỉ mỏng manh nhất.



Tác phẩm nghệ thuật "The Flaming Womb (tạm dịch: Tử cung rực lửa)" của Pankaja Sethi đề cập đến khoảng cách giữa các đặc tính biểu tượng của phụ nữ và vai trò cũng như điều kiện của họ được quy định trong xã hội phụ hệ. Tác phẩm này được trưng bày tại cuộc triển lãm Fabric of Being (tạm dịch: Tấm vải của nhân loại) do SEA Junction tổ chức cho Hội nghị thượng đỉnh Nairobi về ICPD25, năm 2019. © Pankaja Sethi

Indicators

Tracking progress towards ICPD goals: Sexual and reproductive health	page 134
---	-----------------

Tracking progress towards ICPD goals: Gender, rights and human capital	page 140
---	-----------------

Demographic indicators	page 146
------------------------	-----------------

Technical notes	page 152
-----------------	-----------------

Sexual and reproductive health

	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
						Any method		Modern method						
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
World and regional areas	2020	2020	2020	2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
World	223	202	255	86	0.17	50	65	46	59	9	11	78	76	68
More developed regions	12	10	14	99	0.15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
Less developed regions	244	221	279	81	0.17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
Least developed countries	377	338	431	65	0.34	33	43	29	38	15	20	61	71	44
UNFPA regions														
Arab States	145	110	194	83	0.04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Asia and the Pacific	113	101	128	87	0.07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
Eastern Europe and Central Asia	21	19	25	98	0.15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
Latin America and the Caribbean	88	79	99	95	0.19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
East and Southern Africa	360	313	441	70	0.83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
West and Central Africa	750	625	986	61	0.30	21	23	18	20	17	22	47	70	40
Countries, territories, other areas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Afghanistan	620	406	1050	62	0.03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
Albania	8	4	16	100	0.02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
Algeria	78	41	164	99	0.05	35	60	30	52	7	11	72	–	74
Angola	222	148	330	50	0.44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
Antigua and Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76
Argentina	45	38	53	99	0.09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
Armenia	27	19	42	100	0.19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87
Austria	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85
Azerbaijan	41	22	69	100	0.05	37	58	16	24	9	13	35	–	66
Bahamas	77	51	128	99	0.15	46	66	44	65	10	12	79	–	77
Bahrain	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76
Bangladesh	123	89	174	59	0.01	52	64	45	56	9	11	74	–	52
Barbados	39	22	61	98	0.21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
Belarus	1	1	2	100	0.11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
Belgium	5	4	6	–	0.04	59	67	58	67	6	8	91	–	86
Belize	130	105	161	95	0.35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
Benin	523	397	768	78	0.11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
Bhutan	60	40	82	99	0.08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
Bolivia (Plurinational State of)	161	103	272	81	0.16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
Bosnia and Herzegovina	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66
Botswana	186	151	230	100	1.92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
Brazil	72	57	93	98	0.24	67	80	65	78	6	7	90	–	80
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78
Bulgaria	7	5	10	95	0.03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
Burkina Faso	264	169	394	96	0.08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
Burundi	494	353	694	77	0.10	21	34	18	31	16	27	51	65	41
Cabo Verde	42	26	65	97	0.34	45	59	44	58	12	15	77	84	71
Cambodia	218	156	326	99	0.08	43	65	33	49	7	10	65	98	58
Cameroon	438	332	605	69	0.36	24	24	20	19	16	21	51	–	44

Tracking progress towards ICPD goals

Sexual and reproductive health

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Canada	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91
Central African Republic	835	407	1519	40	1.57	22	24	17	19	21	25	40	77	32
Chad	1063	772	1586	47	0.22	8	9	7	8	19	25	27	59	29
Chile	15	13	17	100	0.25	65	78	60	72	6	8	85	–	82
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81
China, Hong Kong Special Administrative Region	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–
China, Macao Special Administrative Region	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	75	65	86	99	0.16	65	82	61	77	5	6	87	96	80
Comoros	217	131	367	82	0.00	21	29	17	24	19	29	44	–	48
Congo	282	194	429	91	2.89	43	46	31	30	14	18	54	55	41
Costa Rica	22	18	26	99	0.14	57	74	56	72	9	10	84	84	81
Côte d'Ivoire	480	318	730	84	0.31	27	26	23	23	21	26	49	64	43
Croatia	5	3	7	100	0.02	50	71	36	47	5	8	65	98	80
Cuba	39	35	44	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	–	83
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cyprus	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81
Czechia	3	2	5	100	0.02	62	85	55	76	4	4	84	79	84
Democratic People's Republic of Korea	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68
Democratic Republic of the Congo	547	377	907	85	0.13	27	31	17	17	20	25	36	–	42
Denmark	5	4	6	95	0.01	64	77	61	73	5	6	88	87	82
Djibouti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44
Dominica	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49
Dominican Republic	107	87	133	99	0.37	55	68	53	66	10	13	82	–	77
Ecuador	66	52	86	99	0.11	59	80	54	73	7	6	82	92	77
Egypt	17	13	22	97	0.05	45	62	43	60	9	12	81	–	70
El Salvador	43	31	61	100	0.13	53	74	50	69	8	10	82	92	78
Equatorial Guinea	212	122	374	68	2.94	19	19	16	16	22	31	39	–	46
Eritrea	322	207	508	34	0.06	9	15	9	14	15	28	35	–	45
Estonia	5	3	9	100	0.10	58	71	50	60	5	7	78	98	79
Eswatini	240	147	417	88	4.10	53	69	52	68	9	12	84	98	56
Ethiopia	267	189	427	50	0.08	31	42	30	41	15	20	67	73	35
Fiji	38	28	55	100	0.33	35	51	30	44	12	16	65	–	58
Finland	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86
France	8	6	10	98	0.09	66	78	64	76	4	4	91	–	85
French Guiana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	227	141	383	89	0.83	39	39	31	29	18	23	55	58	49
Gambia	458	333	620	84	0.60	15	21	14	20	16	24	46	–	46
Georgia	28	22	33	100	0.14	33	48	24	35	13	18	53	94	68
Germany	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88
Ghana	263	180	376	79	0.53	27	36	24	32	19	26	52	66	48
Greece	8	5	12	100	0.08	53	75	39	52	5	7	68	72	77
Grenada	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70

Sexual and reproductive health

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Guatemala	96	85	106	70	0.07	43	65	37	55	9	12	72	–	59
Guinea	553	404	808	55	0.43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
Guinea-Bissau	725	475	1135	54	0.59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
Guyana	112	83	144	98	0.62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
Haiti	350	239	550	42	0.58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
Honduras	72	58	91	94	0.05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
Hungary	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79
Iceland	3	1	4	97	0.04	–	–	–	–	–	–	–	–	89
India	103	93	110	89	0.05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
Indonesia	173	121	271	95	0.09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
Iran (Islamic Republic of)	22	14	32	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
Iraq	76	50	121	96	0.01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
Ireland	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Israel	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85
Italy	5	4	6	100	0.04	60	67	49	52	6	9	75	–	84
Jamaica	99	80	122	100	0.50	44	73	42	70	9	9	79	76	74
Japan	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83
Jordan	41	26	62	100	0.00	31	55	23	40	8	14	58	56	65
Kazakhstan	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80
Kenya	530	382	750	70	0.46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48
Kuwait	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Kyrgyzstan	50	37	70	100	0.11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
Lao People's Democratic Republic	126	92	185	64	0.14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
Latvia	18	14	25	100	0.19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
Lebanon	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73
Lesotho	566	385	876	87	3.03	52	67	51	67	9	13	84	–	53
Liberia	652	499	900	84	0.24	28	28	27	27	25	31	51	–	45
Libya	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62
Lithuania	9	5	14	100	0.06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
Luxembourg	6	4	12	100	0.06	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Madagascar	392	311	517	46	0.30	42	53	38	47	13	14	69	–	35
Malawi	381	269	543	96	0.81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Malaysia	21	18	29	100	0.09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
Maldives	57	40	83	100	0.01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
Mali	440	335	581	67	0.28	19	21	19	21	21	24	47	–	41
Malta	3	2	5	100	0.09	61	79	50	63	4	5	76	–	85
Martinique	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–
Mauritania	464	337	655	70	0.12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
Mauritius	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66
Mexico	59	46	74	97	0.16	55	74	53	71	9	10	82	86	75
Micronesia (Federated States of)	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48

Tracking progress towards ICPD goals

Sexual and reproductive health

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Countries, territories, other areas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021
Mongolia	39	28	55	99	0.01	42	58	38	53	12	15	71	–	65
Montenegro	6	3	11	99	0.02	23	27	16	17	15	21	43	52	72
Morocco	72	51	96	87	0.02	43	71	37	62	7	10	75	–	69
Mozambique	127	99	157	73	3.20	29	33	28	31	18	21	60	–	44
Myanmar	179	125	292	60	0.21	35	59	34	58	8	13	80	91	52
Namibia	215	154	335	88	2.39	53	62	53	61	10	14	84	88	63
Nepal	174	125	276	77	0.02	42	55	37	49	15	21	65	48	54
Netherlands (Kingdom of the)	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85
New Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	7	5	9	97	0.01	65	81	61	75	5	5	88	95	85
Nicaragua	78	54	109	94	0.08	59	82	57	79	6	6	88	75	70
Niger	441	305	655	44	0.06	12	15	12	14	16	20	41	–	35
Nigeria	1047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38
North Macedonia	3	1	6	100	0.03	44	54	21	21	9	13	40	–	74
Norway	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87
Oman	17	12	25	100	0.03	22	37	16	26	14	25	43	70	70
Pakistan	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45
Panama	50	46	54	95	0.32	49	61	46	57	14	17	74	72	78
Papua New Guinea	192	126	293	56	0.65	28	39	24	33	17	24	52	–	30
Paraguay	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72
Peru	69	59	80	95	0.17	51	77	40	58	5	6	71	85	71
Philippines	78	67	96	84	0.21	36	58	27	44	10	15	60	80	58
Poland	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82
Portugal	12	8	18	99	0.06	59	74	51	63	5	7	79	95	88
Puerto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–
Qatar	8	5	11	100	0.04	33	50	28	42	10	15	65	71	76
Republic of Korea	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89
Republic of Moldova	12	9	17	100	0.34	49	59	40	47	12	15	65	–	71
Réunion	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–
Romania	10	7	14	93	0.03	54	71	46	59	6	8	76	98	78
Russian Federation	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79
Rwanda	259	184	383	94	0.24	40	67	37	61	9	12	76	82	49
Saint Kitts and Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79
Saint Lucia	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77
Saint Vincent and the Grenadines	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69
Samoa	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77
Sao Tome and Principe	146	74	253	97	0.06	38	51	36	48	20	24	61	46	59
Saudi Arabia	16	11	22	95	0.04	21	33	18	27	15	24	49	–	74
Senegal	261	197	376	75	0.09	22	31	21	30	14	21	58	75	50
Serbia	10	8	14	100	0.02	49	59	29	29	7	11	51	99	72
Seychelles	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75
Sierra Leone	443	344	587	87	0.44	28	27	28	26	19	24	58	65	41
Singapore	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89

Sexual and reproductive health

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Sint Maarten (Dutch part)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	5	3	6	98	0.02	55	79	47	67	5	6	79	86	82
Slovenia	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84
Solomon Islands	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47
Somalia	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27
South Africa	127	99	154	97	3.15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
South Sudan	1223	746	2009	40	0.79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
Spain	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85
Sri Lanka	29	24	38	100	0.01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
State of Palestine ¹	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–
Sudan	270	174	420	78	0.09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
Suriname	96	70	128	98	0.76	35	49	35	48	14	21	70	–	63
Sweden	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85
Switzerland	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Syrian Arab Republic	30	19	47	96	0.00	34	63	26	47	7	12	63	81	64
Tajikistan	17	9	31	95	0.10	25	34	23	31	16	21	57	–	67
Thailand	29	24	34	99	0.13	49	77	48	75	4	6	90	–	82
Timor-Leste	204	147	283	57	0.07	20	34	18	31	13	22	55	–	52
Togo	399	253	576	69	0.28	25	28	23	26	22	30	49	–	44
Tonga	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57
Trinidad and Tobago	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75
Tunisia	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67
Türkiye	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76
Turkmenistan	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75
Turks and Caicos Islands	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–
Tuvalu	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52
Uganda	284	191	471	74	1.21	38	51	34	45	15	20	64	–	49
Ukraine	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76
United Arab Emirates	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
United Republic of Tanzania	238	174	381	64	0.54	38	47	34	42	15	19	64	–	43
United States of America	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86
United States Virgin Islands	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–
Uruguay	19	15	23	100	0.24	59	79	57	77	6	7	87	97	82
Uzbekistan	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47
Venezuela (Bolivarian Republic of)	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75
Viet Nam	46	33	60	96	0.06	58	79	48	66	4	5	78	54	68
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	183	120	271	45	0.03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
Zambia	135	100	201	80	1.86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
Zimbabwe	357	255	456	86	1.12	51	70	50	69	8	9	86	73	55

NOTES

- Data not available.
- ^a The MMR has been rounded according to the following scheme: <100, rounded to nearest 1; 100-999, rounded to nearest 1; and ≥1000, rounded to nearest 10.
- ¹ On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine “non-member observer State status in the United Nations...”

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Maternal mortality ratio: Number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period (SDG indicator 3.1.1).

Births attended by skilled health personnel: Percentage of births attended by skilled health personnel (doctor, nurse or midwife) (SDG indicator 3.1.2).

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: Number of new HIV infections per 1,000 person-years among the uninfected population (SDG indicator 3.3.1).

Contraceptive prevalence rate: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any method of contraception.

Contraceptive prevalence rate, modern method: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any modern method of contraception.

Unmet need for family planning: Percentage of women aged 15 to 49 years who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception.

Proportion of demand satisfied with modern methods: Percentage of total demand for family planning among women aged 15 to 49 years that is satisfied by the use of modern contraception (SDG indicator 3.7.1).

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: The extent to which countries have national laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education (SDG indicator 5.6.2).

Universal health coverage (UHC) service coverage index: Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

MAIN DATA SOURCES

Maternal mortality ratio: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023.

Births attended by skilled health personnel: Joint global database on skilled attendance at birth. UNICEF and WHO, 2023. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database.

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: HIV Estimates. UNAIDS, 2023.

Contraceptive prevalence rate: United Nations Population Division, 2022.

Contraceptive prevalence rate, modern method: United Nations Population Division, 2022.

Unmet need for family planning: United Nations Population Division, 2022.

Proportion of demand satisfied with modern methods: United Nations Population Division, 2022.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: UNFPA, 2022.

Universal health coverage (UHC) service coverage index: WHO, 2023.

Gender, rights and human capital

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
World and regional areas	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
World	41	19	–	13	56	75	89	76	85	1.00	67	1.01
More developed regions	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1.00	95	1.01
Less developed regions	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1.00	63	1.01
Least developed countries	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0.90
UNFPA regions												
Arab States	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0.95	60	0.92
Asia and the Pacific	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1.02	66	1.06
Eastern Europe and Central Asia	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1.00	84	0.99
Latin America and the Caribbean	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1.02	79	1.03
East and Southern Africa	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
West and Central Africa	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0.97	41	0.87
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afghanistan	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0.56
Albania	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0.94	85	0.96
Algeria	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0.99	83	1.11
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antigua and Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0.99
Argentina	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1.10
Armenia	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0.99	97	1.06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1.01	94	1.05
Austria	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	89	1.00
Azerbaijan	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0.99	80	0.96
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0.99	63	1.01
Bahrain	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1.00	98	0.98
Bangladesh	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1.15	79	0.91
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1.00	93	1.01
Belarus	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0.97	88	1.01
Belgium	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1.00	99	1.00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0.99	71	1.11
Benin	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0.91	31	0.78
Bhutan	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1.15	67	1.15
Bolivia (Plurinational State of)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1.01	80	1.01
Bosnia and Herzegovina	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0.97	79	1.03
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1.08	57	0.98
Brazil	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1.01	89	1.05
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1.01	68	1.06
Bulgaria	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1.00	82	0.95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1.14	27	1.16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1.06	42	1.17
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0.99	74	1.07
Cambodia	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1.09	57	1.12
Cameroon	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0.93	35	0.86

Tracking progress towards ICPD goals

Gender, rights and human capital

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Canada	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	87	0.98
Central African Republic	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0.68	17	0.60
Chad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0.72	25	0.57
Chile	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0.99	98	0.99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong Special Administrative Region	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0.97	94	0.99
China, Macao Special Administrative Region	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0.97	82	1.06
Colombia	47	23	–	12	–	–	–	–	96	1.01	87	1.03
Comoros	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1.02	52	1.07
Congo	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0.94	58	0.92
Costa Rica	26	17	–	7	–	–	–	–	95	1.01	92	1.03
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1.01	45	0.92
Croatia	7	–	–	4	–	–	–	–	99	–	92	1.05
Cuba	47	29	–	5	–	–	–	–	92	1.00	83	1.05
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1.02
Cyprus	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1.00
Czechia	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	95	1.01
Democratic People's Republic of Korea	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Democratic Republic of the Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
Denmark	1	1	–	3	–	–	–	–	99	1.00	93	1.01
Djibouti	21	7	90	–	–	–	–	–	49	0.86	36	0.91
Dominica	50	–	–	–	–	–	–	–	81	0.95	77	0.92
Dominican Republic	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1.01	68	1.09
Ecuador	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1.02	80	1.02
Egypt	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1.00	72	0.95
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	57	1.07
Equatorial Guinea	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	76	41	83	–	–	–	–	–	59	0.86	45	0.86
Estonia	6	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	94	1.01
Eswatini	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–
Ethiopia	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0.99	33	0.96
Fiji	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0.81	73	1.13
Finland	3	0	–	8	–	–	–	–	98	1.00	96	1.01
France	6	–	–	5	–	–	–	–	100	1.00	96	1.01
French Guiana	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1.03	53	1.05
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1.18	55	1.25
Georgia	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1.01
Germany	6	–	–	–	–	–	–	–	99	1.01	89	0.98
Ghana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0.99	66	0.94
Greece	7	–	–	5	–	–	–	–	98	1.00	94	1.02

Gender, rights and human capital

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Grenada	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1.07	86	0.96
Guadeloupe	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0.95	35	1.04
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0.78	27	0.67
Guinea-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1.04	62	1.09
Haiti	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1.10	39	1.18
Hungary	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1.00	87	1.01
Iceland	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1.00	85	1.01
India	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1.01	57	1.01
Indonesia	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1.07	82	0.95
Iran (Islamic Republic of)	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0.97	81	0.98
Iraq	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ireland	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1.02
Israel	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1.00	95	1.02
Italy	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1.00	95	1.00
Jamaica	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1.04	77	0.98
Japan	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1.02
Jordan	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0.98	62	1.05
Kazakhstan	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1.00	70	1.08
Kenya	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kyrgyzstan	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0.98	73	1.04
Lao People's Democratic Republic	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1.01	46	0.93
Latvia	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1.01	94	1.02
Lebanon	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1.08	63	1.11
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1.02	61	1.03
Libya	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lithuania	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1.02
Luxembourg	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1.00	85	1.05
Madagascar	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1.02	31	1.00
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0.99	30	0.62
Malaysia	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1.03	67	1.10
Maldives	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1.06	55	1.14
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0.86	24	0.74
Malta	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0.99	90	1.02
Martinique	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1.04	38	1.04
Mauritius	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1.01	77	1.10
Mexico	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1.03	69	1.11

Tracking progress towards ICPD goals

Gender, rights and human capital

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Micronesia (Federated States of)	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1.03	62	1.08
Mongolia	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1.02	88	1.07
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0.98	87	1.02
Morocco	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0.97	77	0.99
Mozambique	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0.93	42	0.88
Myanmar	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1.07	63	1.17
Namibia	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1.00	88	0.95
Nepal	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0.94	81	1.03
Netherlands	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1.00	95	1.02
New Caledonia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	95	1.01
Nicaragua	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0.96	10	0.85
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
North Macedonia	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Norway	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1.00	95	1.01
Oman	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1.01	76	0.99
Pakistan	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0.82	51	0.84
Panama	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1.02	57	1.08
Papua New Guinea	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0.93	43	0.83
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1.01	73	1.06
Peru	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1.00	84	0.99
Philippines	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1.05	82	1.10
Poland	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1.00	96	1.01
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1.00	100	1.00
Puerto Rico	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1.04	86	0.98
Qatar	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1.00	90	0.99
Republic of Korea	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1.00	96	0.99
Republic of Moldova	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1.04
Réunion	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romania	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0.99	77	1.02
Russian Federation	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1.00	57	0.95
Rwanda	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1.06	56	1.06
Saint Kitts and Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Saint Lucia	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1.09	76	1.02
Saint Vincent and the Grenadines	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1.02
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1.00	77	1.15
San Marino	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0.99	40	0.81
Sao Tome and Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Saudi Arabia	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1.00	99	1.00
Senegal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1.18	19	1.20
Serbia	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1.00	84	1.05
Seychelles	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1.03	87	1.14
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1.05	58	1.01

Gender, rights and human capital

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Singapore	3	0	–	2	–	–	–	–	100	1.00	99	1.00
Sint Maarten (Dutch part)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	26	–	–	6	–	–	–	–	97	1.00	91	1.00
Slovenia	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1.00	97	1.01
Solomon Islands	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
South Africa	71	4	–	13	61	94	85	72	92	1.01	91	1.11
South Sudan	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Spain	5	–	–	3	–	–	–	–	97	1.01	95	1.02
Sri Lanka	17	10	–	4	–	–	–	–	97	1.01	86	1.08
State of Palestine ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	95	1.02	76	1.16
Sudan	87	34	87	17	–	–	–	–	70	0.96	51	1.07
Suriname	46	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Sweden	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1.00	97	1.00
Switzerland	1	–	–	2	–	–	–	–	100	1.00	92	0.99
Syrian Arab Republic	54	13	–	–	–	–	–	–	48	1.08	27	1.17
Tajikistan	42	9	–	14	27	47	79	54	–	–	–	–
Thailand	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1.01	98	1.10
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1.09	74	1.10
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0.95	46	0.77
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1.08	82	1.19
Trinidad and Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0.99
Tunisia	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkiye	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1.00	92	1.00
Turkmenistan	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1.01	83	1.00
Turks and Caicos Islands	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0.86	85	0.76
Tuvalu	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1.06	56	1.25
Uganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0.98	25	0.83
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1.01	78	1.07
United Arab Emirates	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1.36
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	8	0	–	4	–	–	–	–	97	1.00	95	1.02
United Republic of Tanzania	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1.07	16	0.86
United States of America	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1.01	95	1.03
United States Virgin Islands	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1.02	90	1.06
Uzbekistan	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1.00	73	1.01
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0.95	75	1.06
Venezuela (Bolivarian Republic of)	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1.03	72	1.12
Viet Nam	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1.02	95	0.93
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Zimbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	77	–	37	–

NOTES

– Data not available.

¹ On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine “non-member observer State status in the United Nations...”

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Adolescent birth rate: Number of births per 1,000 adolescent girls aged 15 to 19 (SDG indicator 3.7.2).

Child marriage by age 18: Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before age 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: Proportion of women aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months: Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 years who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on three areas – their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on women's own health care: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on their health care (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on contraceptive use: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on sexual intercourse: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Total net enrolment rate, lower secondary education: Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education: Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

MAIN DATA SOURCES

Adolescent birth rate: United Nations Population Division, 2024. Regional aggregates are from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Child marriage by age 18: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Intimate partner violence, past 12 months: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime, and UNFPA), 2021.

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: UNFPA, 2024.

Decision-making on women's own health care: UNFPA, 2024.

Decision-making on contraceptive use: UNFPA, 2024.

Decision-making on sexual intercourse: UNFPA, 2024.

Total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Demographic indicators

	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
World and regional areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
World	8,119	77	25	16	24	65	10	2.3	71	76
More developed regions	1,277	–	16	11	17	64	21	1.5	78	83
Less developed regions	6,842	66	26	17	25	65	8	2.4	70	75
Least developed countries	1,178	31	38	22	31	58	4	3.8	64	69
UNFPA regions										
Arab States	476	39	32	20	28	63	5	3.0	70	75
Asia and the Pacific	4,204	108	22	16	23	68	10	1.9	72	77
Eastern Europe and Central Asia	250	71	23	15	21	66	11	2.1	72	79
Latin America and the Caribbean	666	94	23	16	24	68	10	1.8	73	79
East and Southern Africa	688	28	40	23	32	56	3	4.1	62	67
West and Central Africa	516	28	42	23	33	55	3	4.8	57	59
Countries, territories, other areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Afghanistan	43.4	26	43	24	34	55	2	4.3	62	68
Albania	2.8	–	16	12	18	66	18	1.4	78	82
Algeria	46.3	49	30	17	24	63	7	2.7	76	79
Angola	37.8	23	45	24	32	53	3	5.0	61	66
Antigua and Barbuda	0.1	127	18	13	20	71	12	1.6	77	82
Argentina	46.1	113	22	16	23	65	12	1.9	75	81
Armenia	2.8	–	20	13	19	65	14	1.6	71	80
Aruba ¹	0.1	–	15	13	19	67	18	1.2	74	80
Australia ²	26.7	71	18	12	18	65	18	1.6	82	86
Austria	9.0	–	14	10	15	65	21	1.5	81	85
Azerbaijan ³	10.5	–	22	16	22	70	8	1.6	71	77
Bahamas	0.4	111	18	14	23	72	10	1.4	71	78
Bahrain	1.5	79	20	13	18	76	4	1.8	80	82
Bangladesh	174.7	70	25	18	27	68	6	1.9	72	77
Barbados	0.3	–	16	12	19	66	17	1.6	76	80
Belarus	9.5	–	16	12	17	65	18	1.5	70	80
Belgium	11.7	–	16	12	17	63	20	1.6	81	85
Belize	0.4	50	27	18	28	68	5	2.0	72	78
Benin	14.1	26	42	23	31	55	3	4.7	60	63
Bhutan	0.8	111	21	17	26	73	7	1.4	71	75
Bolivia (Plurinational State of)	12.6	49	30	20	29	65	5	2.5	66	72
Bosnia and Herzegovina	3.2	–	15	10	16	66	19	1.3	76	80
Botswana	2.7	43	32	20	28	64	4	2.7	64	69
Brazil	217.6	127	20	14	21	70	11	1.6	73	79
Brunei Darussalam	0.5	97	21	15	22	72	7	1.7	73	77
Bulgaria	6.6	–	14	10	15	64	22	1.6	73	79
Burkina Faso	23.8	28	43	24	34	55	3	4.5	59	63
Burundi	13.6	26	44	26	34	53	3	4.8	61	65
Cabo Verde	0.6	72	25	18	26	69	6	1.9	73	81
Cambodia	17.1	68	28	19	27	65	6	2.3	69	74
Cameroon	29.4	27	42	23	32	56	3	4.2	61	64

Demographic indicators

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Canada	39.1	84	15	11	17	65	20	1.5	81	85
Central African Republic	5.9	23	48	26	37	50	3	5.7	54	58
Chad	18.8	23	47	24	33	51	2	6.0	52	56
Chile	19.7	–	18	12	19	68	14	1.5	79	84
China ⁴	1,425.2	–	16	12	18	69	15	1.2	76	82
China, Hong Kong Special Administrative Region ⁵	7.5	–	12	8	12	66	22	0.8	83	89
China, Macao Special Administrative Region ⁵	0.7	55	15	8	13	71	14	1.2	83	88
Colombia	52.3	–	21	14	22	69	10	1.7	75	81
Comoros	0.9	39	37	21	30	58	4	3.8	63	68
Congo	6.2	31	40	24	32	57	3	4.0	62	65
Costa Rica	5.2	107	19	14	21	69	12	1.5	78	83
Côte d'Ivoire	29.6	28	41	24	33	57	2	4.2	59	62
Croatia	4.0	–	14	10	15	63	23	1.4	77	82
Cuba	11.2	–	15	11	17	68	16	1.5	76	81
Curaçao ¹	0.2	–	17	12	20	67	16	1.6	73	81
Cyprus ⁷	1.3	107	16	10	16	69	16	1.3	80	84
Czechia	10.5	–	16	11	16	64	21	1.7	77	83
Democratic People's Republic of Korea	26.2	–	19	12	19	69	13	1.8	71	76
Democratic Republic of the Congo	105.6	21	46	23	32	51	3	6.0	59	63
Denmark ⁸	5.9	–	16	11	17	63	21	1.7	80	84
Djibouti	1.2	50	30	19	29	66	5	2.7	62	67
Dominica	0.1	–	19	14	22	71	10	1.6	71	78
Dominican Republic	11.4	79	27	17	26	66	8	2.2	71	78
Ecuador	18.4	68	25	17	26	67	8	2.0	76	81
Egypt	114.5	44	32	20	28	63	5	2.8	70	75
El Salvador	6.4	–	25	17	27	67	9	1.8	69	78
Equatorial Guinea	1.8	30	38	22	29	59	3	4.0	61	64
Eritrea	3.8	37	38	25	35	58	4	3.6	67	71
Estonia	1.3	–	16	11	16	63	21	1.7	75	83
Eswatini	1.2	67	34	22	31	62	4	2.7	58	65
Ethiopia	129.7	28	39	23	32	58	3	3.9	64	70
Fiji	0.9	97	28	18	26	66	6	2.4	67	71
Finland ⁹	5.5	–	15	11	17	61	24	1.4	80	85
France ¹⁰	64.9	–	17	12	18	61	22	1.8	81	86
French Guiana ¹¹	0.3	29	32	18	27	62	6	3.4	75	81
French Polynesia ¹¹	0.3	88	20	15	22	69	11	1.7	82	86
Gabon	2.5	36	36	21	29	60	4	3.3	65	70
Gambia	2.8	29	42	24	34	55	2	4.4	63	66
Georgia ¹²	3.7	–	21	13	19	64	15	2.0	69	79
Germany	83.3	–	14	9	14	63	23	1.5	80	85
Ghana	34.8	36	36	22	31	60	4	3.4	63	68
Greece	10.3	–	13	10	16	63	24	1.4	80	85
Grenada	0.1	129	24	15	22	66	11	2.0	73	79

Demographic indicators

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
Countries, territories, other areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Guadeloupe ¹¹	0.4	–	18	13	20	61	21	2.0	80	87
Guam ¹³	0.2	105	26	17	25	62	13	2.5	75	82
Guatemala	18.4	46	31	21	31	64	5	2.3	71	77
Guinea	14.5	29	41	23	33	56	3	4.1	59	62
Guinea-Bissau	2.2	32	39	24	33	58	3	3.8	60	64
Guyana	0.8	101	28	18	27	65	7	2.3	66	73
Haiti	11.9	58	31	20	29	64	5	2.7	62	68
Honduras	10.8	45	29	19	29	66	5	2.3	71	76
Hungary	10.0	–	14	10	16	65	20	1.6	74	80
Iceland	0.4	111	18	13	19	66	16	1.7	82	85
India	1,441.7	77	24	17	26	68	7	2.0	71	74
Indonesia	279.8	87	25	17	25	68	7	2.1	69	73
Iran (Islamic Republic of)	89.8	101	23	15	21	69	8	1.7	75	80
Iraq	46.5	32	37	22	32	60	3	3.3	70	74
Ireland	5.1	111	19	14	20	65	16	1.8	81	85
Israel	9.3	47	28	17	24	60	12	2.9	82	85
Italy	58.7	–	12	9	14	63	25	1.3	82	86
Jamaica	2.8	–	19	15	23	73	8	1.3	70	75
Japan	122.6	–	11	9	13	58	30	1.3	82	88
Jordan	11.4	–	31	20	29	65	4	2.7	75	79
Kazakhstan	19.8	60	29	17	23	62	8	3.0	68	76
Kenya	56.2	35	37	23	33	60	3	3.2	62	67
Kiribati	0.1	42	36	21	29	60	4	3.2	66	70
Kuwait	4.3	78	19	14	19	75	6	2.0	79	83
Kyrgyzstan	6.8	46	34	20	27	61	5	2.9	68	76
Lao People's Democratic Republic	7.7	52	30	19	28	65	5	2.4	67	72
Latvia	1.8	–	15	11	15	62	23	1.6	72	80
Lebanon	5.2	–	27	20	27	62	11	2.0	78	82
Lesotho	2.4	64	34	21	30	62	4	2.9	52	58
Liberia	5.5	32	40	24	34	57	3	3.9	61	64
Libya	7.0	65	27	19	28	68	5	2.3	70	77
Lithuania	2.7	–	15	10	15	63	22	1.6	73	81
Luxembourg	0.7	69	16	11	16	69	16	1.4	81	85
Madagascar	31.1	29	38	22	32	58	3	3.7	65	70
Malawi	21.5	27	42	25	35	56	3	3.7	62	69
Malaysia ¹⁴	34.7	67	22	15	23	70	8	1.8	74	79
Maldives	0.5	–	22	13	19	73	5	1.7	81	82
Mali	24.0	23	47	25	34	51	2	5.7	60	62
Malta	0.5	–	13	8	13	67	20	1.2	82	86
Martinique ¹¹	0.4	–	15	12	18	60	24	1.9	81	86
Mauritania	5.0	26	41	24	33	56	3	4.2	65	69
Mauritius ¹⁵	1.3	–	16	12	20	70	14	1.4	73	79
Mexico	129.4	97	24	17	25	68	9	1.8	72	79
Micronesia (Federated States of)	0.1	74	30	20	30	64	7	2.6	68	76

Demographic indicators

	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
Countries, territories, other areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Mongolia	3.5	53	32	18	25	63	5	2.7	69	78
Montenegro	0.6	–	18	12	18	65	17	1.7	75	81
Morocco	38.2	72	26	17	25	66	8	2.2	73	78
Mozambique	34.9	25	43	24	33	54	3	4.4	60	65
Myanmar	55.0	100	24	16	24	69	7	2.1	65	71
Namibia	2.6	41	36	21	30	60	4	3.2	60	68
Nepal	31.2	64	28	19	29	66	6	2.0	69	73
Netherlands ¹⁶	17.7	–	15	11	17	64	21	1.6	81	84
New Caledonia ¹¹	0.3	70	22	15	22	67	12	2.0	78	85
New Zealand ¹⁷	5.3	89	18	13	19	65	17	1.7	82	85
Nicaragua	7.1	52	29	19	28	65	6	2.2	72	78
Niger	28.2	18	49	24	33	49	2	6.6	63	65
Nigeria	229.2	29	42	23	33	55	3	5.0	54	55
North Macedonia	2.1	–	16	11	17	69	16	1.4	76	80
Norway ¹⁸	5.5	95	16	12	18	65	19	1.5	82	85
Oman	4.7	48	27	15	21	70	3	2.5	78	81
Pakistan	245.2	36	36	22	32	60	4	3.3	65	70
Panama	4.5	53	26	17	24	65	9	2.3	76	82
Papua New Guinea	10.5	39	34	21	30	63	3	3.1	64	69
Paraguay	6.9	57	28	18	26	65	7	2.4	71	77
Peru	34.7	73	25	17	25	66	9	2.1	75	79
Philippines	119.1	47	30	19	28	65	6	2.7	70	74
Poland	40.2	–	15	10	16	66	19	1.5	75	82
Portugal	10.2	–	13	10	15	63	24	1.4	80	85
Puerto Rico ¹³	3.3	–	13	10	17	63	24	1.3	76	84
Qatar	2.7	93	15	10	13	83	2	1.8	81	83
Republic of Korea	51.7	–	11	9	14	70	19	0.9	81	87
Republic of Moldova ¹⁹	3.3	–	19	12	18	67	13	1.8	67	76
Réunion ¹¹	1.0	92	22	15	23	64	14	2.2	80	86
Romania	19.6	–	16	11	16	65	19	1.7	74	81
Russian Federation	144.0	–	17	12	17	66	17	1.5	70	79
Rwanda	14.4	31	38	23	32	59	3	3.6	65	70
Saint Kitts and Nevis	0.0	–	19	13	20	70	11	1.5	69	76
Saint Lucia	0.2	–	17	13	20	73	10	1.4	71	78
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	–	21	15	22	67	11	1.8	71	77
Samoa	0.2	48	37	22	30	57	5	3.8	70	76
San Marino	0.03	–	12	10	16	67	21	1.2	82	85
Sao Tome and Principe	0.2	36	38	24	34	58	4	3.6	66	72
Saudi Arabia	37.5	50	25	16	23	71	3	2.3	77	80
Senegal	18.2	27	41	23	33	56	3	4.2	67	73
Serbia ²⁰	7.1	–	15	10	15	65	21	1.5	74	80
Seychelles	0.1	128	23	14	21	68	9	2.3	72	80
Sierra Leone	9.0	33	38	23	33	59	3	3.7	60	63
Singapore	6.1	112	12	8	13	71	17	1.1	82	87

Demographic indicators

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
Countries, territories, other areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Sint Maarten (Dutch part) ¹	0.0	–	10	12	24	77	13	1.6	73	79
Slovakia	5.7	–	16	10	16	67	18	1.6	75	82
Slovenia	2.1	–	15	10	15	63	22	1.6	80	85
Solomon Islands	0.8	32	39	22	31	58	4	3.8	69	73
Somalia	18.7	23	47	24	33	51	3	6.0	56	60
South Africa	61.0	64	28	18	25	66	6	2.3	64	70
South Sudan	11.3	41	42	28	38	55	3	4.1	56	59
Spain ²¹	47.5	–	13	10	16	66	21	1.3	82	87
Sri Lanka	21.9	–	22	16	23	66	12	1.9	73	81
State of Palestine ²²	5.5	30	38	22	32	58	4	3.3	74	78
Sudan	49.4	27	40	22	31	56	4	4.3	64	69
Suriname	0.6	79	26	17	26	66	8	2.3	70	76
Sweden	10.7	121	17	12	18	62	21	1.7	82	85
Switzerland	8.9	113	15	10	15	65	20	1.5	83	86
Syrian Arab Republic	24.3	15	28	23	35	67	5	2.6	69	76
Tajikistan	10.3	38	36	21	29	60	4	3.1	69	74
Thailand	71.9	–	15	11	17	68	17	1.3	76	84
Timor-Leste	1.4	50	34	22	33	61	5	2.9	68	71
Togo	9.3	31	39	23	32	57	3	4.1	61	63
Tonga	0.1	83	34	22	31	60	6	3.1	69	74
Trinidad and Tobago	1.5	–	18	13	19	69	12	1.6	72	78
Tunisia	12.6	84	24	15	22	66	10	2.0	74	80
Türkiye	86.3	137	23	15	22	68	9	1.9	76	82
Turkmenistan	6.6	57	31	18	26	64	6	2.6	66	73
Turks and Caicos Islands	0.0	87	17	11	16	73	11	1.6	73	79
Tuvalu	0.0	95	32	19	27	61	7	3.1	61	70
Uganda	49.9	26	44	25	35	54	2	4.2	62	66
Ukraine ²³	37.9	25	15	12	15	65	20	1.3	70	80
United Arab Emirates	9.6	90	15	9	14	83	2	1.4	79	83
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland ²⁴	68.0	–	17	12	18	63	20	1.6	81	84
United Republic of Tanzania ²⁵	69.4	24	43	23	33	54	3	4.5	66	70
United States of America ²⁶	341.8	132	17	13	19	65	18	1.7	77	82
United States Virgin Islands ¹³	0.1	–	19	13	18	60	21	2.1	71	82
Uruguay	3.4	–	18	14	21	66	16	1.5	75	82
Uzbekistan	35.7	50	30	17	24	64	6	2.7	69	75
Vanuatu	0.3	30	39	22	31	58	4	3.6	69	73
Venezuela (Bolivarian Republic of)	29.4	37	26	19	28	65	9	2.1	69	77
Viet Nam	99.5	111	22	14	21	68	10	1.9	70	80
Western Sahara	0.6	38	24	15	22	70	6	2.2	70	74
Yemen	35.2	31	39	23	32	59	3	3.6	63	70
Zambia	21.1	26	42	24	34	56	2	4.1	61	66
Zimbabwe	17.0	33	40	24	34	57	3	3.3	59	65

NOTES

- Data not available.
- ¹ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include this area.
- ² Including Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
- ³ Including Nagorno-Karabakh.
- ⁴ For statistical purposes, the data for China do not include Hong Kong and Macao, Special Administrative Regions (SAR) of China, and Taiwan Province of China.
- ⁵ As of 1 July 1997, Hong Kong became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁶ As of 20 December 1999, Macao became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁷ Refers to the whole country.
- ⁸ For statistical purposes, the data for Denmark do not include Faroe Islands and Greenland.
- ⁹ Including Åland Islands.
- ¹⁰ For statistical purposes, the data for France do not include French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, New Caledonia, Réunion, Saint Pierre and Miquelon, Saint Barthélemy, Saint Martin (French part), Wallis and Futuna Islands.
- ¹¹ For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- ¹² Including Abkhazia and South Ossetia.
- ¹³ For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.
- ¹⁴ Including Sabah and Sarawak.
- ¹⁵ Including Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- ¹⁶ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include Aruba, Bonaire, Sint Eustatius and Saba, Curaçao, and Sint Maarten (Dutch part).
- ¹⁷ For statistical purposes, the data for New Zealand do not include Cook Islands, Niue and Tokelau.
- ¹⁸ Including Svalbard and Jan Mayen Islands.
- ¹⁹ Including Transnistria.
- ²⁰ Including Kosovo.
- ²¹ Including Canary Islands, Ceuta and Melilla.
- ²² Including East Jerusalem.
- ²³ Refers to the territory of the country at the time of the 2001 census.
- ²⁴ Refers to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. For statistical purposes, the data for United Kingdom do not include Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Channel Islands, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, Saint Helena and Turks and Caicos Islands.
- ²⁵ Including Zanzibar.
- ²⁶ For statistical purposes, the data for United States of America do not include American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico and United States Virgin Islands.

DEFINITIONS OF THE INDICATORS

Total population: Estimated size of national populations at midyear.

Population annual doubling time, years: The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as $\ln(2)/r$ where r is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

Population aged 0–14, per cent: Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent: Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent: Proportion of the population aged 65 and older.

Total fertility rate: Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Life expectancy at birth: Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

MAIN DATA SOURCES

Total population: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population annual doubling time, years: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 0–14, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–19, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–24, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 15–64, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 65 and older, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Total fertility rate: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Life expectancy at birth: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Technical notes

The statistical tables in *State of World Population 2024* include indicators that track progress towards the goals of the Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD), and the Sustainable Development Goals (SDGs) in the areas of maternal health, access to education, and reproductive and sexual health. In addition, these tables include a variety of demographic indicators. The statistical tables support UNFPA's focus on progress and results towards delivering a world where every pregnancy is wanted, every birth is safe, and every young person's potential is fulfilled.

Different national authorities and international organizations may employ different methodologies in gathering, extrapolating or analysing data. To facilitate the international comparability of data, UNFPA relies on the standard methodologies employed by the main sources of data. In some instances, therefore, the data in these tables differ from those generated by national authorities. Data presented in the tables are not comparable to the data in previous *State of the World Population* reports due to regional classifications updates, methodological updates, and revisions of time series data.

The statistical tables draw on nationally representative household surveys such as Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), United Nations organizations estimates, and inter-agency estimates. They also include the latest population estimates and projections from *World Population Prospects 2022*, and *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022* (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). Data are accompanied by definitions, sources and notes. The statistical tables in *State of World Population 2024* generally reflect information available as of March 2024.

Tracking progress towards ICPD goals

Sexual and reproductive health

Maternal mortality ratio. Source: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023. This indicator presents the number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period. Estimates and methodologies are reviewed regularly by the Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group and other agencies and academic institutions and are revised where necessary, as part of the ongoing process of improving maternal mortality data. Estimates should not be compared with previous inter-agency estimates.

Births attended by skilled health personnel. Source: Joint global database on skilled attendance at birth. UNICEF and WHO, 2023. This is the percentage of deliveries attended by health personnel trained in providing life-saving obstetric care, including giving the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, labour and the post-partum period; conducting deliveries on their own; and caring for newborns. Traditional birth attendants, even if they receive a short training course, are not included.

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population. Source: HIV Estimates. UNAIDS, 2023. Number of new HIV infections per 1,000 person-years among the uninfected population (SDG indicator 3.3.1).

Contraceptive prevalence, any method and any modern method. Source: United Nations Population Division, 2022. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Survey data estimate the proportion of all women of reproductive age, and married women (including women in consensual unions), currently using, respectively, any method or modern methods of contraception. Modern methods of contraception include female and male sterilization, the intrauterine device (IUD), the implant, injectables, oral contraceptive pills, male and female condoms, vaginal barrier methods (including the diaphragm, cervical cap and spermicidal foam, jelly, cream and sponge), lactational amenorrhea method (LAM), emergency contraception and other modern methods not reported separately (e.g., the contraceptive patch or vaginal ring).

Unmet need for family planning (any method). Source: United Nations Population Division, 2022. Model-based estimates are based on data that are derived from sample survey reports. Women who are using a traditional method of contraception are not considered as having an unmet need for family planning. All women or all married and in union women are assumed to be sexually active and at risk of pregnancy. The assumption of universal exposure to possible pregnancy among all women or all married or in union women may lead to lower estimates compared to the actual risks among the exposed. It might be possible, in particular at low levels of contraceptive prevalence, that when contraceptive prevalence increases, unmet need for family planning also increases. Both indicators, therefore, need to be interpreted together.

Proportion of demand satisfied, any modern method. Source: United Nations Population Division, 2022. Modern contraceptive prevalence divided by total demand for family planning. Total demand for family planning is the sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent. Source: UNFPA, 2022. The extent to which countries have national laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education (SDG indicator 5.6.2).

Universal health coverage (UHC) service coverage index. Source: WHO, 2023. Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

Gender, rights and human capital

Adolescent birth rate. Source: United Nations Population Division, 2024. Regional aggregates are from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. The adolescent birth rate represents the risk of childbearing among adolescent women 15 to 19 years of age. For civil registration, rates are subject to limitations which depend on the completeness of birth registration, the treatment of infants born alive but dead before registration or within the first 24 hours of life, the quality of the reported information relating to age of the mother, and the inclusion of births from previous periods. The population estimates may suffer from limitations connected to age misreporting and coverage. For survey and census data, both the numerator and denominator come from the same population. The main limitations concern age misreporting, birth omissions, misreporting the date of birth of the child, and sampling variability in the case of surveys.

Child marriage by age 18, per cent. Source: UNICEF, 2024. Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before the age of 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among girls aged 15–49, per cent. Source: UNICEF, 2024. Proportion of girls aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months, per cent. Source: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime and UNFPA), 2021. Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 years who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on three areas — their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on women's own health care, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about their health care (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on contraceptive use, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decision about use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on sexual intercourse, per cent. Source: UNFPA, 2024. Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions about sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent.

Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education. Source: UNESCO Institute for Statistics, 2024. Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

Demographic indicators

Population

Total population, millions. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. Estimated size of national populations at midyear.

Population change

Population annual doubling time, years. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as $\ln(2)/r$ where r is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

Population composition

Population aged 0–14, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent. Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2022. Proportion of the population aged 65 years and older.

Fertility

Total fertility rate, per woman. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Life expectancy

Life expectancy at birth, years. Source: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022. Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

Regional classifications

UNFPA regional aggregates presented at the start of the statistical tables are calculated using data from countries and areas as classified below.

Arab States Region

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen

Asia and the Pacific Region

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Eastern Europe and Central Asia Region

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; North Macedonia; Republic of Moldova; Serbia; Tajikistan; Türkiye; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

Latin America and the Caribbean Region

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of)

East and Southern Africa Region

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Democratic Republic of the Congo; Eritrea; Eswatini; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; South Africa; South Sudan; Uganda; United Republic of Tanzania; Zambia; Zimbabwe

West and Central Africa Region

Benin; Burkina Faso; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; Republic of Cameroon; Republic of Congo; Sao Tome and Principe; Senegal; Sierra Leone; Togo

More developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising UNPD regions Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

Less developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising all UNPD regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

The least developed countries, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 and 68/18) included 46 countries (as of January 2022): 33 in Africa, 8 in Asia, 4 in Oceania and one in Latin America and the Caribbean – Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti,

Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions. Further information is available at <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

Note on In Focus: Self-reported problems in accessing health care, over time, by socioeconomic status and ethnicity (pp. 28–31)

About matching ethnic groups across surveys: This analysis included matching ethnic groups across the two surveys in each country and reconciling slight spelling differences or aggregating individual ethnic groups in one survey to the umbrella ethnic groups used in the other survey – based on the details provided in individual country reports' methodological appendices. Where matches were not possible, lone ethnic groups were reclassified to the pre-existing "other" category.

About socioeconomic variables: This analysis included wealth quintile, level of schooling and urban or rural residence. Wealth quintiles divide each country and survey's population into five groups based on a collection of information obtained in the household questionnaire related to wealth status. Schooling identifies whether a woman has no education, primary, secondary or higher education.

Methodology: Binary logistic regression models were used to estimate the proportion of women reporting serious problems in access to health care and to examine country-specific differences by ethnicity and socioeconomic status. The regression models take into account the DHS surveys' complex survey design and survey weights to produce valid standard error estimates. Where model testing indicated it provided a better fit, an interaction between survey year and ethnicity was included in the models, meaning that ethnicities had different rates of change over time. Otherwise, there was no interaction, meaning that ethnicities shared the same rate of change over time but different starting points. The analysis found ethnic differences in all countries, even after controlling for socioeconomic status. (In Armenia and Gabon, sample sizes were very small, meaning the differences seen could be due to statistical chance.) Multilevel models were used to examine higher-level patterns across all countries included in the analysis. This analysis found that, as a general trend, the most marginalized saw the least improvement in access while the least marginalized saw the most improvement. In the models, level 1 was the individual women, level 2 was represented by country-specific ethnic groups, and level 3 by the 25 different countries. To be more sensitive to the country-specific socioeconomic stratification, the multilevel models use an index variable for socioeconomic status instead of the categorical variables used in the binary logistic country-specific regressions. In the index variable, the socioeconomic profile (a given combination of wealth, education and residence) with the lowest predicted probability specific to each country takes the value of 1, and the profile with the highest predicted probability takes the value of 40. All intervening profiles take their corresponding value between 1 and 40 according to the ranking of their predicted probabilities in the country-specific regressions. Where the analysis refers to the proportion of women across all countries, these estimates were derived by weighting the country-level estimates by population size.

Note on highest and lowest maternal mortality risks, comparing 1990 to 2020 (p. 66)

In examining trends in maternal mortality from 1990 to 2020 throughout Chapter 3, the authors performed their own calculations based on data published alongside the most recent official maternal mortality statistics provided in the publication from WHO and others (2023a). The publication itself focuses on trends from 2000 to 2020, but accompanying data sets include estimates beginning in 1985. This means that the 1990 and 2020 estimates referred to in Chapter 3 compare estimates derived using the same methodology and input data. In comparing the 10 per cent of countries with the highest and lowest risk of women eventually dying from pregnancy or childbirth in 1990 and 2020, the averages were not weighted by population size.

Note on maternal mortality trend in the United States (p. 66)

While there are marked racial and ethnic inequalities in maternal death rates in the United States, maternal mortality figures in the country have been increasing across most groups of women. There is debate about how much of the increase is an artefact of changing definitions and surveillance; these questions cannot be answered without improved data systems such as systematic and standardized enquiries into all deaths across all states. Nevertheless, research does indicate the country's lack of universal access to health care plays a role (Braveman, 2023). Notably, a large share of maternal deaths in the country occur between six weeks and one year post-partum, many of them linked to mental health conditions (Trost and others, 2017). Unlike many high-income countries, the United States does not guarantee paid parental leave or home visits by health providers in the post-partum period (Tikkanen and others, 2020).

Note on unmet need for contraception in countries affected by humanitarian crises (p. 95)

The authors based this estimate on tabulations of data in Table 2.5 of the source, which provides data on the percentage of women with met and unmet need for contraception in countries affected by humanitarian crises in 2015. The percentages with met and unmet need were summed to compute the total percentage of women who want to avoid pregnancy in each country. The proportion of women wanting to avoid pregnancy who are not using any form of contraception was computed as the percentage with unmet need divided by the overall percentage with need. The unweighted average of the country estimates is 51 per cent.

Note on per capita income estimates from study in Kenya, Nigeria and Senegal (p. 96)

The authors calculated the per capita income estimates from Table 1 of the original source, which estimates the per capita gross domestic product (GDP) under different scenarios. According to the table, the GDP would be 3,480 international dollars if two thirds of the unmet need for modern contraception were met (the “moderate” scenario) and 2,310 international dollars in the baseline scenario.

References

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: article19.org/resources/international-standards-right-information/, accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: indigenoushp.gov.au/report-overview/overview/summary-report, accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.

- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Barak, 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.
- Barak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizarrossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Saliu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.
- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.

- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Two Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.
- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annarstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.
- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulumbe, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis](https://www.guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis), accessed 1 February 2024.

- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global Decriminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.
- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falters Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.

- MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.
- McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.
- McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.
- Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.
- Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.
- Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.
- Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.
- MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.
- Muro, Estella and Oloikhuae Egbohare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.
- Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.
- Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.
- Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.
- Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.
- Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.
- Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.
- Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.
- Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.
- O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.
- Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitallibrary.un.org/record/3823698
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.
- Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.
- Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.
- Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/, accessed 1 February 2024.
- Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.
- Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.
- Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.
- PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.
- Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.
- Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.
- Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.
- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.

- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroja, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: [un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm](https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm), accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrapal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.

- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators, accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable, accessed 1 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: unfpa.org/events/icpd5-review, accessed 5 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.
- United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: news.un.org/en/story/2020/01/1055681, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." A/69/62.

- United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.
- United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.
- University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.
- UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind, accessed 5 February 2024.
- UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.
- Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.
- USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#, accessed 8 February 2024.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution Can be Expected?" *Population Health Metrics* 19(1): 2.
- Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.
- Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.
- Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.
- Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.
- Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.
- WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf, accessed 5 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death, accessed 6 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organisation) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.

- Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.
- Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.
- Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: wbl.worldbank.org/en/wbl, accessed 1 February 2024.
- World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.
- World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.
- Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.
- Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.
- Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.
- Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.
- Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.



Nhiều thành tựu đã đạt được từ năm 1994 đến nay nhưng chúng ta cần phải tiến xa hơn. Thế giới đã nhiều lần chứng kiến những nỗ lực nhằm loại bỏ những kết quả yếu kém về sức khỏe và chấm dứt tử vong mẹ khi có thể ngăn ngừa. Các kết quả này vẫn chưa đủ để vượt qua những rào cản do bất bình đẳng, phân biệt đối xử, định kiến và kỳ thị gây ra. Nhưng các kết quả hiện tại có thể mang lại cho chúng ta cơ hội tốt nhất để đạt được những mục tiêu đã được thống nhất từ ICPD và Chương trình nghị sự 2030 để thực hiện các quyền và lựa chọn của tất cả mọi người. Chúng ta đã biết mình cần gì: sự thận trọng và một cam kết hành động mới, chứ không phải là sự bi quan. Chúng ta có khả năng tạo ra một tương lai nơi phẩm giá và giá trị của mỗi cá nhân được công nhận, một tương lai mà ở đó mọi người đều hiểu rằng bảo đảm quyền của tất cả mọi người là bảo đảm quyền của mỗi cá nhân. Suy cho cùng, tấm vải của nhân loại rất rộng lớn và tuyệt đẹp, nhưng tấm vải đó chỉ bền chắc nhờ vào từng sợi chỉ mỏng manh nhất.



Đảm bảo quyền và sự lựa chọn cho tất cả mọi người

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA



ISSN 1020-5195
ISBN 9789210031318



Sales No. E.24.III.H.1
E/700/2024

Printed on recycled paper

Bìa được minh họa bởi Nneka Jones @artyouhungry