

SỨC KHỎE TÌNH DỤC SINH SẢN VÀ QUYỀN trong thời đại Mục tiêu Phát triển Bền vững



LỜI TỰA

Tháng 9 năm 2015, Liên hợp quốc đã thông qua Các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) gồm 17 mục tiêu chung và 169 mục tiêu cụ thể. SDGs chính là định hướng cho chương trình nghị sự toàn cầu về phát triển cho giai đoạn 2015-2030, tiếp nối chương trình nghị sự của Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDG). Để thể hiện cam kết đối với việc thực hiện các mục tiêu này, tháng 5/2017, nhà nước Việt Nam đã chính thức thông qua chương trình hành động thực hiện SDGs. Trong khi Giới và Sức khỏe Tình dục, Sức khỏe sinh sản, chưa được thể hiện rõ trong các Mục tiêu Thiên niên kỷ thì trong SDGs đã có những mục tiêu riêng cho các chủ đề này. Tuy nhiên, vẫn có các nhóm và các vấn đề bị bỏ qua như vấn đề của người chuyển giới, người di cư, thanh niên sống chung với HIV, người mại dâm, giáo dục tình dục toàn diện, vv. Bên cạnh đó, dù nhà nước Việt Nam đã có những cam kết chính trị và hành động cụ thể để hiện thực hóa SDGs ở Việt Nam thì các diễn biến mới về chính trị và tôn giáo trên toàn cầu và trong khu vực cũng như các vấn đề đang nổi lên như biến đổi khí hậu, tư nhân hóa trong dịch vụ y tế, bản quyền thuốc, vv sẽ là những thách thức quan trọng cho việc đạt được các mục tiêu này. Để giúp thúc đẩy việc thực hiện SDGs ở Việt Nam, Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHP), với sự đồng ý của Trung tâm tư liệu nghiên cứu phụ nữ Châu Á Thái Bình Dương (ARROW), thực hiện việc biên dịch và xuất bản cuốn “Quyền Sức khỏe Tình dục Sinh sản trong kỉ nguyên SDGs”. Đây là tập san số 23 trong series chuyên san “ARROW vì sự thay đổi”. CCIHP hy vọng đây sẽ là tài liệu tham khảo hữu ích cho các tổ chức và cá nhân làm việc về quyền sức khỏe tình dục sinh sản ở Việt Nam nói riêng và về SDGs nói chung. Các bàn luận với cách nhìn mang tính phê phán tích cực trong tài liệu sẽ giúp cho việc đề cập tới các khoảng trống của SDGs cũng như các thách thức trong việc thực hiện một cách hiệu quả để chúng ta thực sự có thể đạt được mục tiêu chung mà Liên hợp quốc đã đề ra “Không ai bị bỏ lại phía sau”.

Thay mặt Ban biên tập
Hoàng Tú Anh

Khía cạnh phụ nữ, giới và quyền trong các chính sách
và chương trình sức khỏe

arrow

vol. 23 no. 2 2017
issn 1394-4444

Vì sự thay đổi

SỨC KHOẺ TÌNH DỤC SINH SẢN VÀ QUYỀN trong thời đại Mục tiêu Phát triển Bền vững

1—5

Tiếp cận phổ cập dịch vụ Sức khỏe
Tình dục Sinh sản và tính phổ quát
của Quyền Tình dục - Sinh sản:
Liệu chúng ta có đạt được điều không thể ?

6—12

Các Hiệp định thương mại, các Mục
tiêu Phát triển Bền vững, và tiếp cận
phổ cập đến Sức khỏe Tình dục, Sức
khỏe Sinh sản và Quyền

13—17

Tăng cường quyền năng kinh tế
cho phụ nữ và SKTD-SS:
Mất xích còn thiếu

18—22

Tại sao ưu tiên SKTD-SS trong chương
trình và chính sách về biến đổi
khí hậu

22—26

Thay đổi quan điểm về Quyền tình
dục tại Liên Hiệp quốc

27—32

Vì sao phụ nữ vẫn tử vong do phá
thai không an toàn ?

32—35

Mục tiêu Phát triển Bền vững:
Người bán dâm bị bỏ qua

36—39

Một khi có ai đó bị bỏ lại phía sau
là tất cả đều bị bỏ lại phía sau:
*Quan điểm của một nhà nữ quyền chuyển
giới đến từ khu vực Thái Bình Dương*

40—42

Sức khỏe Tình dục Sinh sản và Quyền
và chương trình nghị sự 2030:
*Điều gì đang là lo ngại đối với thanh niên
sống chung và bị ảnh hưởng bởi HIV ?*

43—46

Tiếp tục truyền cảm hứng vì phụ nữ
sống chung với HIV và phụ nữ
sử dụng ma túy
Thảo luận cùng với Baby Rivona

47—49

Các nguyên tắc Yogyakarta:
Nhìn lại và hướng tới

49—51

Tư liệu từ Trung tâm
chia sẻ kiến thức về SKTD-SS và
Quyền của Arrow

52—54

Các định nghĩa

54—59

Phải chăng vấn đề SKTD-SS và
Quyền đã bị loại khỏi bàn thảo luận ?
*Xem xét các thông điệp chính của các quốc gia
thành viên khu vực châu Á Thái Bình Dương
tại Diễn đàn chính trị cấp cao*

Thực hiện bởi Trung tâm Nguồn lực
Nghiên cứu Phụ nữ
Châu Á Thái Bình Dương

championing
women's sexual and
reproductive rights



Bản dịch được tài trợ bởi
McArthur Foundation

Nhận tài trợ tổ chức từ Ford foundation
và Foundation for a just society



Bản dịch tiếng Việt do
Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe
và Dân số (CCIHP) thực hiện

TIẾP CẬN PHỔ CẬP DỊCH VỤ SỨC KHOẺ TÌNH DỤC SINH SẢN VÀ TÍNH PHỔ QUÁT CỦA QUYỀN TÌNH DỤC - SINH SẢN: Liệu chúng ta có đạt được điều không thể?

Sivananthi Thanenthiran

Giám đốc điều hành

Email: siva@arrow.org.my

Twitter: @SivananthiT

Tiếp cận phổ cập các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản (SKTD&SS) và tính phổ quát của quyền tình dục và sinh sản (Quyền TD-SS) là lời kêu gọi mang tính bao trùm và tham vọng đối với các chính phủ nhằm đáp ứng các quyền TD&SS của người dân ở mức độ đầy đủ nhất có thể. Cả hai mục tiêu kêu gọi này đều được thể hiện thông qua các cách và hình thức khác nhau trong khuôn khổ Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD PoA), Diễn đàn hành động Bắc Kinh (BPfA), trong một số các công ước và nghị quyết quyền con người, và hiện tại trong các mục tiêu về phát triển bền vững (SDGs).

Để khám phá một cách đầy đủ về tiềm năng và các khả năng các mục tiêu phát triển bền vững có thể giúp chúng ta thúc đẩy chương trình nghị sự tiến lên phía trước, chúng ta cần xem xét một cách cụ thể các hạn chế trong những năm gần đây.

Tiếp cận phổ cập các dịch vụ SKTD&SS. Thuật ngữ tiếp cận phổ cập các dịch vụ SKTD&SS bao gồm ba tiêu chí quan trọng: cái gì, cho ai và bằng cách nào. Nhìn lại từ năm 1994, ICPD PoA¹ đã định nghĩa tiêu chí “cái gì” như sau:

Chăm sóc sức khỏe sinh sản cần, bên cạnh các vấn đề khác, bao gồm tư vấn kế hoạch hoá gia đình, thông tin, giáo dục, truyền thông và các dịch vụ; giáo dục và các dịch vụ chăm sóc thai sản; sinh con an toàn, và chăm sóc sau sinh đặc biệt là cho con bú sữa mẹ và chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh; dự phòng và điều trị thích hợp bệnh vô sinh; nạo phá thai

như được cụ thể hoá trong đoạn số 8.25,² bao gồm phòng ngừa nạo phá thai và quản lý hậu quả của việc phá thai; điều trị các nhiễm trùng đường sinh sản; các bệnh lây truyền qua đường tình dục; và các điều kiện sức khỏe sinh sản khác; và thông tin, giáo dục, truyền thông và tư vấn, nếu thích hợp, về tình dục, sức khỏe sinh sản và làm cha mẹ có trách nhiệm. Việc chuyển gửi tới các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình và thăm khám thêm và điều trị cho các biến chứng thai sản và nạo phá thai, vô sinh, nhiễm trùng đường sinh sản, ung thư vú và, các ung thư đường sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bao gồm HIV/AIDS, cần phải luôn luôn sẵn sàng khi có yêu cầu. Việc tích cực tuyên truyền từ bỏ các hành vi có hại ví dụ như cắt âm vật ở phụ nữ cũng cần phải là một phần của chăm sóc sức khỏe ban đầu, bao gồm các chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản. (đoạn số 7.6)

Trong phạm vi các dịch vụ sức khỏe sinh sản, nạo phá thai là chủ đề tranh cãi và thường được gắn thêm với cụm từ, “phù hợp với pháp luật” và “không phải là một phương pháp kế hoạch hoá gia đình.” Những cụm từ cảnh báo như vậy vẫn được thể hiện rõ cho tới tận ngày nay. Trong hàng loạt các dịch vụ, các dịch vụ sức khỏe tình dục đối với các bệnh thường gặp ví dụ như lậu, giang mai, sùi mào gà và HPV thường bị gộp chung vào nhóm các điều kiện sức khỏe sinh sản, và như vậy trở thành vô hình, trừ trường hợp HIV và AIDS.

ICPD PoA cũng khuyến nghị rằng dịch vụ đầy đủ về sức khỏe tình dục và sinh sản phải trở thành một hợp phần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu: một hệ thống chăm sóc sức khỏe ở tuyến cơ sở mà phần lớn cư dân đều tiếp cận được. Tuy nhiên, việc thành lập các hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu giữa các quốc gia và trong nội bộ một quốc gia đã diễn ra không đồng đều - dễ dàng đạt được ở những nước có dân số ít hơn, đặc biệt là nếu như những nước này có tỷ lệ đô thị hoá cao, và với mức độ thấp hơn ở các nước có dân số đông, và có nhiều sự khác biệt giữa các nhóm.

Tiêu chí thứ hai “cho ai” cũng đã được ghi nhận trong ICPD PoA: tất cả phụ nữ và nam giới bao gồm cả thanh niên, với tư cách cá nhân hay cặp đôi.

Nếu khảo sát thực trạng cung cấp dịch vụ y tế, chúng ta sẽ biết rằng tiếp cận phổ cập vẫn là một mục tiêu xa vời, đặc biệt là đối với người nghèo và các nhóm yếu thế vốn là những người cần dịch vụ này nhất. Lời kêu gọi tiếp cận phổ cập đã được nhắc đi nhắc lại ở nhiều cấp độ và bởi nhiều lực lượng khác nhau.

Tiêu chí thứ 3 “bằng cách nào” là một tiêu chí mang tính xác định loại hình dịch vụ nào sẽ được cung cấp và cho ai. Vì vậy, tiêu chí này giúp giải nghĩa rõ hơn nhiều.

Trước tiên, trong bối cảnh của những năm 80, chính phủ các quốc gia phải cung cấp các dịch vụ y tế vì đó là quyền của mọi người dân.

Hội nghị Alma Ata lúc đó đã kêu gọi các chính phủ dành ít nhất 7% ngân sách hàng năm cho các dịch vụ y tế. Một số quốc gia đã đi tiên phong với mô hình này, và ở một chừng mực khá tốt đã có thể cung cấp một loạt (mặc dù không phải là toàn bộ) các dịch vụ SKTD&SS khác nhau thông qua các mô hình dịch vụ chăm sóc y tế của mình. Ví dụ, Trung Quốc vì thế đã có thể giảm tỷ lệ tử vong mẹ và tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ phòng tránh thai thông qua việc đầu tư vào hệ thống y tế từ Trung ương xuống địa phương. Malaysia, Singapore, và Thái Lan đã đầu tư vào hệ thống y tế của họ trong đầu những năm thập kỷ 80 và tiếp cận dịch vụ đã đạt được mức độ khá tốt bởi vì dân số ở những nước này lúc đó còn khá nhỏ. Trong những năm gần đây, Việt Nam cũng đã có thể làm được điều tương tự.

... việc thực hiện tiếp cận phổ cập chưa đạt được kết quả đồng đều giữa các quốc gia và ngay trong một quốc gia. Thậm chí ở những quốc gia đạt được kết quả tốt về y tế theo như định nghĩa trong các chỉ số về mục tiêu phát triển bền vững, vẫn còn nhiều khoảng cách lớn nhất là đối với các nhóm dân tộc thiểu số, người nhập cư, người nghèo và những người sống ở các khu vực khó tiếp cận...

Ở những quốc gia lớn như Indonesia, Pakistan, và Philippines, trong những năm cuối thập kỷ 90, việc lập ngân sách, kế hoạch và thực hiện kế hoạch y tế đã được phân cấp xuống địa phương cấp tỉnh chứ không còn làm tập trung ở cấp trung ương. Việc phân cấp y tế như vậy phụ thuộc vào ngân sách và quy định của địa phương và vì vậy số lượng và chất lượng dịch vụ cũng trở nên rất khác nhau. Người dân ở những khu

vực nghèo hơn ít được tiếp cận với dịch vụ hơn và khi cần phải ưu tiên những dòng ngân sách khác, thì các dịch vụ y tế sẽ giảm xuống mức tối thiểu và vì vậy dịch vụ SKTD&SS lại càng ít hơn nữa. Đối với các địa phương mà có các quy định tôn giáo nghiêm ngặt thì các chương trình kế hoạch hoá gia đình về lâu dài chủ yếu tập trung vào kéo dài khoảng cách giữa các lần sinh và hầu như không bao giờ đề cập đến việc giảm sinh bởi vì điều đó bị coi là cấm kỵ.

Tuy nhiên, vào đầu những năm 2000, mô hình khuyến khích chính phủ chuyển đổi sang hướng tư nhân hoá dịch vụ y tế, cho phép các nhà cung ứng dịch vụ khác nhau tham gia vào thị trường và giới thiệu các dịch vụ có thu phí (người sử dụng dịch vụ sẽ phải trả tiền túi hoặc thông qua các cơ chế bảo hiểm). Trong những năm gần đây, dưới chiêu bài/tên gọi các biện pháp “tối giản”, nhiều chính phủ đã dần rút lui khỏi lĩnh vực y tế. Những chính phủ nào đã đầu tư nhiều vào các dịch vụ thì không cắt giảm các dịch vụ một cách hoàn toàn bởi vì điều này có nghĩa là hệ thống chính trị bỏ rơi nhân dân nhưng họ cũng không mở rộng các dịch vụ. Tuy nhiên, những quốc gia nghèo hơn do không thể đầu tư nhiều vào các dịch vụ y tế mà chủ yếu trông chờ vào các nhà tài trợ bên ngoài sẽ phải đi theo hướng khác.

Trong bối cảnh như vậy, việc thực hiện tiếp cận phổ cập chưa đạt được kết quả đồng đều giữa các quốc gia và trong mỗi quốc gia. Ngay cả ở các quốc gia đạt kết quả y tế tốt theo như định nghĩa trong các chỉ số về mục tiêu phát triển bền vững, các cuộc điều tra sức khoẻ dân cư và số liệu dân số cho thấy vẫn còn các khoảng cách lớn, nhất là đối với các

nhóm dân tộc thiểu số, người nhập cư, người nghèo, và những người sống tại các khu vực khó tiếp cận. Tại những nơi thiếu thốn nguồn lực, các nhóm dân cư này hầu như không được quan tâm vì vậy khoảng trống trong việc cung cấp dịch vụ cho người nghèo, khu vực nông thôn và người có trình độ văn hoá thấp hơn là rất lớn.^{3,4}

Thứ hai, tiếp cận phổ cập cũng có nghĩa là tiếp cận đối với một loạt các dịch vụ toàn diện trong suốt cuộc đời. Tuy nhiên, ngay cả ở những quốc gia đã đầu tư xây dựng hệ thống y tế, nơi mà hầu hết các dịch vụ đều có sẵn, nhưng các dịch vụ về nhiễm trùng đường sinh sản hay nhiễm trùng qua đường tình dục (trừ HIV) vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Các dịch vụ này đôi khi chỉ có thông qua các kênh liên quan đến HIV/AIDS hoặc chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, khiến cho nhiều người dân không được tiếp cận với các dịch vụ xét nghiệm sàng lọc và điều trị. Hơn nữa, việc tiếp cận với các thông tin, dịch vụ xét nghiệm sàng lọc và điều trị các bệnh ung thư đường sinh sản, cũng như điều trị vô sinh phần lớn là chưa có dành cho người nghèo và các nhóm yếu thế. Những vấn đề khó chịu do rò rỉ và sa dạ con hoặc là không được nói đến hoặc là không được quan tâm điều trị. Tiếp cận với các dịch vụ nạo phá thai an toàn trở nên khó khăn hơn ngay cả ở những nước cho phép nạo phá thai bởi vì một số lý do như: quy định chặt hơn về thủ tục tiếp nhận, người cung cấp dịch vụ được phép dựa vào điều khoản “từ chối vì lý do đạo lý” để hoặc không cung cấp dịch vụ hoặc không chuyển gửi bệnh nhân. Các ca nạo phá thai được coi là “vì lựa chọn giới tính con” cũng bị hạn chế khá nhiều.

Cách tiếp cận chăm sóc y tế cả cuộc đời cũng không được thực hiện. Phụ nữ tuổi từ 15-49 độ tuổi sinh sản được quan tâm nhiều hơn trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và phòng tránh thai. Giáo dục tình dục toàn diện và các dịch vụ SKTD&SS cho thanh niên (đặc biệt là thanh niên chưa kết hôn) còn ít được quan tâm, ngay cả khi nhóm này chiếm khá đông trong dân số. Phụ nữ sau 49 tuổi thậm chí còn không được tính đến trong các dịch vụ cung cấp thông tin và sàng lọc HIV, bởi vì họ đã qua tuổi sinh đẻ nên bị coi là không hoạt động tình dục nữa.

Thứ ba, tiếp cận phổ cập cũng có nghĩa là tất cả các nhóm trong cộng đồng đều có thể tiếp cận bất cứ dịch vụ nào trong số đó. Tuy nhiên, các nhóm như thanh niên, phụ nữ chưa kết hôn, những người thuộc nhóm LGBTIQ, người làm nghề mại dâm, người nhập cư vẫn tiếp tục gặp vô số rào cản khi tiếp cận với các dịch vụ này, từ thành kiến mang tính hệ thống, đến thái độ của người cung cấp dịch vụ, sự phân biệt đối xử và kỳ thị. Tiếp cận phổ cập cũng có nghĩa là nam giới và trẻ em trai cũng phải được quan tâm một cách bình đẳng trong tiếp cận thông tin và dịch vụ, nhưng trong suốt 30 năm qua sự tham gia của nam giới trong các dịch vụ phòng tránh thai vẫn ở mức rất hạn chế.

Thứ tư, một số quốc gia đã thực hiện chính sách giảm sinh và đã đạt mức sinh dưới mức thay thế, nay lại bị “ám ảnh” về già hoá dân số. Đó là các quốc gia thu nhập cao như Nhật Bản, Singapore, và Hàn Quốc, và cả các nước thu nhập trung bình và trung bình thấp ví dụ như Trung Quốc, Malaysia, và Thái Lan. Nhóm các quốc gia thứ hai đã cố gắng sửa đổi

chính sách giúp làm tăng tỷ suất sinh chung lên (ví dụ như Trung Quốc nói lỏng chính sách một con). Cơ cấu dân số không chỉ được quyết định bởi tỷ suất sinh, và các chính sách nhập cư có thể giúp đẩy mạnh di cư trong nhóm thanh niên. Tuy nhiên, các cuộc thảo luận chính sách ở cấp quốc gia nơi mà chủ nghĩa dân tộc tôn giáo, sắc tộc vẫn chiếm ưu thế thì phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc hoặc tôn giáo đa số thường được gắn với vai trò sinh sản vì mục đích duy trì nòi giống cho dòng tộc, tôn giáo và dân tộc đó; và vì vậy làm mờ đi vai trò tích cực của việc di cư. Điều này thường được ghi nhận ở các quốc gia như Ấn Độ, Sri Lanka.

... tiếp cận phổ cập cũng có nghĩa là tất cả các nhóm trong cộng đồng đều được tiếp cận với bất kỳ dịch vụ nào trong số này. Tuy nhiên, các nhóm ví dụ như thanh niên, phụ nữ chưa kết hôn, những người thuộc nhóm LGBTIQ, người làm nghề mại dâm và nhập cư vẫn tiếp tục gặp vô số rào cản...

Thứ năm, mặc dù đã có lời kêu gọi thực hiện tiếp cận phổ cập đối với các dịch vụ SKTD&SS, và tính phổ quát của các quyền về TD&SS, nhiều chính phủ và các nhà tài trợ vẫn còn nghiêng về phía các dịch vụ SKSS, bao gồm chăm sóc bà mẹ và HIV/AIDS, và ít quan tâm hơn đến việc thiết lập và khẳng định các quyền về TD và SS

Cả hai lĩnh vực SKTD&SS và quyền về SS & TD đều quan trọng và củng cố lẫn nhau. Trong khi việc giảm bất bình đẳng trong y tế có tác động tích cực đến phụ nữ (bởi vì phụ nữ chiếm tỷ lệ cao trong nhóm người nghèo), kết quả trong các thập kỷ vừa qua cho chúng ta thấy rằng chỉ điều này không là chưa đủ. Việc tiếp tục tồn

động những vấn đề “mang tính tranh cãi” ví dụ như tục cắt bỏ âm vật phụ nữ, tảo hôn, tiếp cận dịch vụ nạo phá thai an toàn, tiếp cận dịch vụ phòng tránh thai, tình dục an toàn đối với những người chưa kết hôn là kết quả của việc các nhà tài trợ và chính phủ chưa đầu tư đúng mức vào các khía cạnh quyền. Đầu tư nhiều hơn vào các hoạt động về quyền TD&SS có thể tăng cường sự tôn trọng đối với tính chủ động và quyền ra quyết định của phụ nữ trong các dịch vụ SKSS, bởi vì vị thế thấp kém của phụ nữ trong nhiều xã hội thường khiến cho họ không được nhìn nhận với tư cách là người có quyền và khả năng đòi hỏi thực thi quyền của mình của các nhóm phụ nữ khác nhau rất khác nhau tùy theo vị thế xã hội của họ.⁵ Sử dụng lăng kính “y tế” như là những “lăng kính” chủ yếu để nhìn nhận về SKTD&SS và quyền cũng có thể dẫn đến sự xuất hiện những thực hành chính sách nực cười ví dụ như y học hoá tục cắt âm vật của phụ nữ tại bệnh viện để thủ thuật này tuân thủ theo tiêu chuẩn “y tế”.⁶

Tính phổ quát của quyền về TD&SS.

Phần này đưa chúng ta quay lại với một lĩnh vực chính trong chương trình nghị sự tính phổ quát của các quyền về TD&SS. Điều này có nghĩa phải tôn trọng, công nhận và thực thi các quyền về TD&SS, không chỉ đảm bảo các dịch vụ SKTD&SS cho mọi người dân mà còn cụ thể hoá quyền tự chủ và toàn vẹn của cơ thể, và tạo điều kiện để các cá nhân có quyền lựa chọn. Được biết rằng ngay cả khi đã có những đầu tư thích đáng vào công tác kế hoạch hoá gia đình và sức khỏe bà mẹ, hiện vẫn còn nhiều nơi người cần sử dụng dịch vụ phải được sự chấp thuận

vợ/chồng hoặc cha mẹ.⁷ Ngoài ra cần phải chú trọng hợp thức hoá các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình nhằm đảm bảo sự chấp nhận của cộng đồng thông qua các nhà lãnh đạo tôn giáo. Trong vấn đề này, các chỉ số về mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến bình đẳng giới gắn liền với tục cắt bỏ âm vật phụ nữ, tảo hôn, bạo lực tình dục và quyền sinh sản có vai trò quan trọng để giúp thúc đẩy chương trình nghị sự bởi vì chính phủ các quốc gia đều được yêu cầu phải theo dõi và báo cáo về những vấn đề này.

Tuy nhiên, tương lai khi quyền TD và SS trở thành phổ quát dường như vẫn còn mịt mờ bởi vì quá khứ được xây dựng trên nền cát lỏng

... bất chấp lời kêu gọi thực hiện tiếp cận phổ cập với SKTD và SS và tính phổ quát của quyền về TD và SS, các nhà tài trợ và chính phủ các quốc gia vẫn chủ yếu tập trung vào việc cung cấp dịch vụ sức khoẻ sinh sản... hơn là vào việc thiết lập và khẳng định các quyền về TD và SS.

Trước tiên, tất cả các tài liệu và thoả thuận quốc tế, bao gồm cả các công ước về quyền con người, vẫn tôn trọng quyền tự quyết quốc gia, và việc đạt được nó phụ thuộc vào các truyền thống và tôn giáo của quốc gia đó. Điều này đã và đang là cản trở lớn đối với việc đảm bảo bình đẳng giới trong gia đình, và giúp phụ nữ và thanh niên, các nhóm dân cư thiểu số về mặt tôn giáo, sắc tộc và tình dục được thực hiện các quyền TD và SS của mình. Ngay cả trong một đơn vị cơ bản nhất của xã hội là gia đình, vẫn diễn ra vô số các biểu hiện khác nhau của bất bình đẳng giới: bạo lực, kể cả bạo lực tình dục rất phổ biến; bất công bằng trong việc phân chia

nguồn lực hiện tại và tương lai (bao gồm lương thực, giáo dục và giải trí), cũng như việc thừa kế thường được ưu ái hơn cho nam giới và trẻ em trai; nam giới vẫn được quyền đa thê và tự do ly hôn (nhất là ở những quốc gia có luật lệ tôn giáo); và các thực hành, ví dụ như tảo hôn và cắt âm vật phụ nữ vẫn diễn ra trong phạm vi gia đình. Vì vậy, muốn đảm bảo quyền tự chủ và toàn vẹn thân thể của cá nhân sẽ cần có những thay đổi từ những thực hành ăn sâu trong thể chế gia đình.

Thứ hai, thể chế gia đình này còn được bảo vệ chặt chẽ bởi các nhóm tôn giáo, sắc tộc và dường như các nhóm này cũng áp đảo các cuộc tranh luận chính trị ở nhiều quốc gia. Những thay đổi trong thể chế gia đình nhằm đảm bảo sự bình đẳng ví dụ như bảo đảm quyền bình đẳng trong thừa kế đất đai và các nguồn lực khác; quyền được ly hôn và được cấp dưỡng sau ly hôn; chia sẻ vai trò chăm sóc gia đình, đảm bảo phụ nữ có quyền đơn phương tiếp cận với các dịch vụ tránh thai và nạo phá thai, và cho phép thanh niên chưa kết hôn tiếp cận với dịch vụ SKTD-SS và quyền tất cả những thay đổi này ở một số nơi bị xem là mối đe dọa phá hỏng thể chế gia đình truyền thống cũng như gây cản trở cho cộng đồng thực hiện các truyền thống và thực hành tôn giáo trong các gia đình. Điều này có nghĩa là các gia đình và cộng đồng vẫn còn duy trì truyền thống ưu tiên nam giới bất chấp nhiều thay đổi trong các thành tựu giáo dục và sự tham gia tích cực vào lực lượng lao động của phụ nữ và trẻ em gái.

Vận động chính sách ở cấp quốc gia và khu vực cần phải được củng cố, nhấn mạnh trách nhiệm giải trình của chính phủ và sự hợp tác

khu vực và giữa các nước đang phát triển với nhau (hợp tác Nam-Nam) do các nguồn lực tài trợ bị co hẹp (hậu thời kỳ cắt giảm ngân sách của chính phủ Mỹ dưới thời tổng thống Trump) và giảm bớt ưu tiên cho khu vực. Cần có nhiều nỗ lực cộng hưởng nhằm tiếp tục duy trì trọng tâm vào chương trình nghị sự về quyền TD và SS, và đảm bảo rằng việc cung cấp các dịch vụ ĐSST và SS đều nhất quán củng cố các quyền của phụ nữ và quyền con người.

Thứ ba, trong các cuộc tranh luận này, tình dục bị hạn chế trong khuôn khổ hôn nhân và gia đình, và hoạt động tình dục ngoài khuôn khổ này vẫn bị coi là “phi pháp”. Mục đích của tình dục là để sinh sản, và tình dục phi sinh sản cũng bị coi là không hợp pháp. Vì vậy, tình dục trước hôn nhân bị cấm đoán và trừng phạt, cũng giống như tình dục đồng giới. Bản thân cha mẹ, do chưa được giáo dục tình dục toàn diện cũng thường hiểu sai và chỉ trích chương trình này, gây áp lực đối với nhà trường và chính quyền địa phương hoặc quốc gia để loại bỏ các chương trình như vậy. Chương trình “cải tạo” người đồng tính là một chương trình trọng điểm của các nhóm tôn giáo, ví dụ như ở Indonesia và Malaysia. Điều này đưa ra tiên lượng không dễ dàng nhất là đối với quyền về TD và SS cho thanh niên, những người thuộc nhóm khuynh hướng tình dục thiểu số và các phụ nữ không theo chuẩn chung.

Thứ tư, các nhóm tôn giáo-sắc tộc có ý định rõ ràng muốn bãi bỏ các khung pháp luật thể tục và buộc nó tuân thủ theo các quy định, luật pháp truyền thống tôn giáo trong quốc gia đó nhằm củng cố thể chế tôn giáo quốc gia. Vì vậy các quy định

hợp hiến đảm bảo phụ nữ có quyền bình đẳng trong việc ra quyết định đang bị đẩy chìm xuống và sau đó được biện bạch thông qua các chính sách khác. Trong thập kỷ vừa qua, chúng ta đã chứng kiến các quy định về trang phục và giới nghiêm áp dụng đối với phụ nữ và trẻ em gái ở Ấn Độ cũng như tại Aceh, Indonesia. Quy định về trang phục và giới nghiêm trên thực tế chính là các biện pháp nhằm kiểm soát phụ nữ về mặt tình dục và giao tiếp xã hội.

Chúng ta vẫn còn một chặng đường dài phía trước để buộc chính phủ công nhận, tôn trọng và thực thi một cách đầy đủ các quyền về TD và SS của người dân. Nếu đến 2030 chúng ta thực sự đạt được điều này như ghi nhận trong chương trình nghị sự 2030 vì phát triển bền vững, chúng ta cần phải có chiến lược tốt hơn và đầy mạnh hơn các nỗ lực của mình. Vận động chính sách ở cấp quốc gia và khu vực cần được củng cố, nhấn mạnh trách nhiệm giải trình của chính phủ và hợp tác Nam - Nam và khu vực bởi vì các nguồn lực tài trợ bị co hẹp (hậu thời kỳ cắt giảm ngân sách của chính phủ Mỹ của tổng thống Trump) và giảm ưu tiên khu vực. Cần phải có các nỗ lực cộng hưởng để tiếp tục giữ trọng tâm chương trình nghị sự về quyền TD và SS, và đảm bảo rằng việc cung cấp các dịch vụ SKTD và SS đều nhất quán củng cố các quyền của phụ nữ và quyền con người.

Ghi chú và tham khảo

1. UNFPA, *International Conference on Population and Development Programme of Action*, Twentieth Anniversary Edition, 2014, [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENG LISH.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENG%20LISH.pdf).

2. Đoạn 8.25 của ICPD PoA viết: "Không trường hợp nào được phép tuyên truyền phá thai như một biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Tất cả các nhà nước và các tổ chức liên nhà nước và phi chính phủ cần khẩn thiết tăng cường cam kết với sức khỏe phụ nữ để giải quyết các hệ lụy sức khỏe của phá thai không an toàn như là một vấn đề sức khỏe công cộng chủ yếu và để giảm phá thai thông qua mở rộng và cải thiện các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Dự phòng mang thai ngoài ý muốn cần phải luôn được đặt ưu tiên ở mức cao nhất và cần luôn nỗ lực để giảm việc phá thai."

Phụ nữ mang thai ngoài ý muốn phải tiếp cận được các thông tin đáng tin cậy và các nhà tư vấn có nhiều sự thấu hiểu. Bất cứ biện pháp hay thay đổi nào liên quan tới phá thai chỉ có thể được xác định ở cấp độ địa phương hay quốc gia theo tiến trình pháp lý quốc gia. Trong mọi trường hợp, phụ nữ phải được tiếp cận tới các dịch vụ có chất lượng về quản lý tai biến do phá thai."

3. T.K. Sundari Ravindran, "Lao PDR," in *Reclaiming and Redefining Rights: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia*, Thematic Series 2 (Kuala Lumpur: ARROW, 2011), 41-56, <http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2015/09/THEMAT1.pdf>.

4. "Thiếu năng lực ở các cấp địa phương, yếu kém về lập kế hoạch, không đủ ngân sách và hệ thống y tế kém phát triển là những cản trở quan trọng cần phải được đề cập khi làm về phân quyền và các dịch vụ SKTDSS". Xem: T.K. Sundari Ravindran and Helen de Pinho (eds.), *The Right Reforms? Health Sector Reform and Sexual and Reproductive Health* (Johannesburg: Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, South Africa, 2005).

5. W. A. Rogers, "Feminism and Public Health Ethics," *Journal of Medical Ethics*, 32, no. 6 (2006): 351-354, <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.013466>.

6. G.I. Serour, "Medicalisation of Female Genital Mutilation/ Cutting," *African Journal of Urology* 19, iss 3 (2013): 145-149, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110570413000271>.

7. CRR and UNFPA, "Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents," Briefing Paper (New York: CRR and UNFPA, 2010), <http://www.unfpa.org/resources/rights-contraceptive-information-and-services-women-and-adolescents>.

CÁC HIỆP ĐỊNH THƯƠNG MẠI, CÁC MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN BỀN VỮNG, VÀ TIẾP CẬN PHỔ CẬP ĐẾN SỨC KHOẺ TÌNH DỤC, SỨC KHOẺ SINH SẢN VÀ QUYỀN

Năm 2015, tất cả các thành viên của Liên Hợp Quốc cam kết đạt được Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) vào năm 2030.¹ Mục tiêu 3 cam kết "đảm bảo cuộc sống lành mạnh và hạnh phúc cho mọi người ở mọi lứa tuổi." Mục tiêu 3b gắn liền việc đạt được mục tiêu này với việc thực hiện các hiệp định thương mại, đặc biệt khi các nghĩa vụ về tài sản trí tuệ có tác động đến sức khỏe cộng đồng. Nó đòi hỏi rằng các quốc gia:

Hỗ trợ nghiên cứu và phát triển vắc-xin và thuốc cho các bệnh truyền nhiễm và không truyền nhiễm chủ yếu có ảnh hưởng đến các nước đang phát triển, cung cấp thuốc và vắc xin quan trọng phù hợp, như Tuyên bố Doha về Hiệp định TRIPS và Y tế công cộng đã khẳng định quyền của các nước đang phát triển được hưởng đầy đủ các điều khoản trong Hiệp định về Các Khía cạnh liên quan đến Thương mại của Quyền Sở hữu Trí tuệ đối với tính linh hoạt trong bảo vệ sức khỏe cộng đồng và đặc biệt là cung cấp

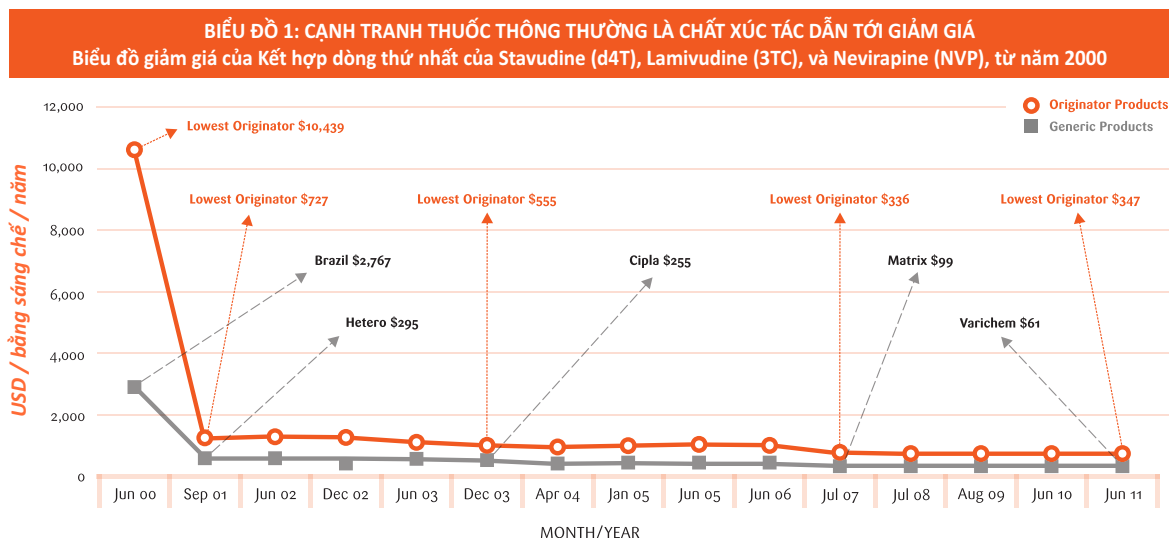
thuốc cho tất cả mọi người.

Các Mục tiêu Phát triển Bền vững đã được nhất trí hai thập kỷ sau khi Thỏa ước của Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO) về Các Khía cạnh liên quan đến Thương mại của Quyền Sở hữu Trí tuệ (TRIPS) có hiệu lực. TRIPS yêu cầu tất cả các nước thành viên WTO phải cấp bằng sở hữu độc quyền 20 năm trong tất cả các lĩnh vực công nghệ, bao gồm cả các sản phẩm dược như là thuốc.² Đến năm 2005, tất cả các nước đang phát triển là thành viên WTO đều thực hiện yêu cầu này, trong khi các nước kém phát triển nhất được phép hoãn đến năm 2033.

Tính độc bá của bằng sáng chế thường dẫn đến sự độc quyền và giá thuốc đắt đỏ, mối lo ngại này được thể hiện rõ qua Mục tiêu 3b. Trong bối cảnh sức khỏe tình dục và sinh sản và quyền về tình dục và sinh sản (SKTD-SS), người ta đã lập luận rằng "ngành dược phẩm là nguyên nhân quan trọng trong việc thiếu các loại thuốc thiết yếu cho chăm sóc sức

khỏe tình dục và sinh sản do: a) đầu tư vào các sản phẩm vì lợi nhuận bất chấp tác động tiêu cực của chúng đối với sức khỏe (ví dụ, liệu pháp thay thế hormone), b) tiếp thị các loại thuốc thiết yếu mới với giá vượt quá khả năng chi trả của các nước có nhu cầu cao nhất (ví dụ vắc-xin HPV), và c) không đầu tư vào việc phát triển các sản phẩm mới (ví dụ: thuốc diệt tinh trùng và thuốc phá thai nội khoa)."³ Các thỏa thuận thương mại và bằng sáng chế rõ ràng liên quan đến những rào cản này đối với việc tiếp cận và đổi mới dược phẩm.

Trong khi các ví dụ về điều trị HIV và điều trị ung thư vú sẽ được thảo luận chi tiết dưới đây, tác động của việc bảo hộ sáng chế đối với những bệnh và hội chứng quan trọng khác liên quan đến sức khỏe và quyền TDSS cũng đã được ghi nhận, ví dụ như trong việc tìm kiếm các vắc xin ngừa HPV giá rẻ⁴ và cách điều trị hợp lý đối với bệnh ung thư cổ tử cung và tuyến tiền liệt.⁵



Nguồn: Chiến dịch truy cập MSF, "Gỡ rối mạng lưới giảm giá thuốc", phiên bản thứ 14, 2011, <https://www.msaccess.org/content/untangling-webantiretroviral-price-reductions>

Trong thập kỷ qua, cuộc khủng hoảng về nghiên cứu và phát triển dược phẩm đã trở nên rõ ràng; Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về Quyền sở hữu Trí tuệ, Sáng kiến và Sức khỏe Cộng đồng (CIPIH) hầu như không tìm thấy bằng chứng nào chỉ ra việc thực hiện TRIPS ở các nước đang phát triển sẽ đẩy mạnh nghiên cứu và phát triển dược phẩm đối với các bệnh tật ảnh hưởng chủ yếu đến các nước đang phát triển.⁶ Sự thiếu vắng nghiên cứu và phát triển về sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ là một ví dụ.⁷ Việc thiếu các phương pháp điều trị mới để điều trị bệnh lậu đang ngày càng trở nên kháng thuốc là một ví dụ khác.

Theo WHO, "việc phát triển các kháng sinh mới không hấp dẫn các công ty dược phẩm thương mại. Các liệu pháp điều trị chỉ được thực hiện trong thời gian ngắn (không giống như các loại thuốc chữa bệnh mãn tính) và trở nên kém hiệu quả khi thuốc bị đề kháng, điều đó có nghĩa phải liên tục cung cấp loại thuốc mới."⁸ Sáng kiến của WHO và Dược phẩm cho các căn bệnh bị bỏ quên (DNDi) đã dẫn đến sự ra đời của nhóm Hợp tác Nghiên cứu và Phát triển Kháng sinh Toàn cầu (GARDP) để tiến hành nghiên cứu và phát triển dược phẩm điều trị nhiễm khuẩn sơ sinh, bệnh lây nhiễm qua đường sinh dục đã kháng thuốc và kháng sinh ở trẻ em với các đề xuất nhằm tách biệt chi phí nghiên cứu và phát triển khỏi giá thành sản phẩm.⁹

Bằng sáng chế, tính linh hoạt của TRIPS, và điều trị HIV. Trong vòng 5 năm kể từ khi hình thành Tổ chức Thương mại Thế giới WTO, dịch HIV đã bùng nổ khắp Châu Phi, Châu Á và Mỹ Latinh. Giá chiết khấu tốt nhất cho thuốc kháng virus (ARVs) được cung cấp bởi các chủ sở hữu bằng sáng chế, thường là các công ty dược phẩm đa quốc gia (MNCs) cho bệnh nhân ở các nước đang phát triển xấp xỉ 10.000 USD mỗi năm. Năm 2001, một công ty thuốc thông thường của

Ấn Độ đã thông báo rằng họ có thể cung cấp thuốc ARV dòng đầu với giá dưới 1USD/ngày. Sự cạnh tranh tiếp theo giữa các công ty thuốc thông thường đã dẫn tới giảm giá thành rất quan trọng đối với việc cung cấp thuốc kháng virus chi phí thấp và mở rộng các chương trình điều trị của chính phủ trên toàn cầu (Xem đồ thị 1).

Cùng năm đó, tháng 11 năm 2001, tất cả các thành viên WTO đã ký Tuyên bố Doha về TRIPS và Y tế Công cộng, trong đó tuyên bố rằng "Hiệp định TRIPS có thể và cần được diễn giải và thực hiện theo cách thức hỗ trợ các quyền của thành viên WTO trong việc bảo vệ sức khỏe cộng đồng, đặc biệt để thúc đẩy khả năng tiếp cận thuốc cho tất cả mọi người."¹⁰ Tuyên bố Doha tái khẳng định quyền của các quốc gia sử dụng các biện pháp bảo vệ trong Hiệp định TRIPS, còn được gọi là tính linh hoạt của TRIPS, nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận với các loại thuốc, bất chấp yêu cầu về bảo hộ Bằng sáng chế 20 năm về dược phẩm.

Chính những điểm linh hoạt này được đề cập đến trong Mục tiêu Phát triển Bền vững 3.b.

Việc ký kết Tuyên bố Doha là cần thiết bởi nhiều nước đang phát triển phải đối mặt với những khó khăn ngày càng tăng trong việc tiếp cận các thuốc kháng virus thông thường do các yêu cầu của TRIPS và vì các đe dọa về các hành động pháp lý của các công ty dược phẩm đa quốc gia và các biện pháp trừng phạt và tranh chấp thương mại giữa các nước phát triển.¹¹ Vào năm 1999, Đạo Luật về Thuốc của Nam Phi cho phép nhập khẩu song song các loại thuốc thông thường dẫn đến một vụ kiện của 39 công ty dược phẩm. Phản ứng giận dữ trên toàn cầu đối với vụ kiện này khiến nó bị huỷ bỏ vào năm 2001 và việc ký kết Tuyên bố Doha cùng năm đó.

Một số nước đang phát triển đang

ngày càng vận dụng tốt tính linh hoạt của TRIPS để đảm bảo tiếp cận với thuốc kháng virus. Thái Lan ban hành giấy phép bắt buộc trong năm 2007 và 2008 để tiếp cận các thuốc kháng virus thông thường như efavirenz và lopinavir / ritonavir, cũng như các loại thuốc chữa bệnh ung thư và bệnh tim¹². Luật sáng chế của Ấn Độ sử dụng một điểm linh hoạt khác của TRIPS - các tiêu chuẩn nghiêm ngặt về sáng chế, nhằm hạn chế mảnh khoe "vĩnh xuân" để tái gia hạn bằng sáng chế¹³ và không cấp bằng sáng chế cho các hình thức mới của thuốc cũ, trừ khi chúng thể hiện sự gia tăng hiệu quả đáng kể. Ví dụ, đơn xin cấp bằng sáng chế cho nevirapine dạng lỏng, một loại thuốc HIV quan trọng đã có mặt ở dạng viên nhưng có dạng lỏng rất quan trọng trong điều trị cho trẻ em bị nhiễm HIV, đã bị từ chối. Hầu hết các thuốc kháng virus dòng đầu tiên và thứ hai đều không có bằng sáng chế ở Ấn Độ do sử dụng đặc điểm linh hoạt quan trọng này của TRIPS cho phép tiếp tục sản xuất đại trà và xuất khẩu.

Ngày nay, 80% trong số gần 17 triệu người nhiễm HIV đang điều trị¹⁴ bằng các loại dược phẩm thông thường.¹⁵ Các công ty chung cũng đơn giản hóa việc điều trị HIV bằng cách kết hợp thuốc kháng virus vào các liều thuốc phối hợp cố định (FDCs). Ngay cả Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Mỹ về phòng chống AIDS (PEPFAR) cũng không thể chỉ trông cậy vào các loại thuốc đã được cấp bằng sáng chế. Trong năm 2008, PEPFAR ước tính đã tiết kiệm được 2 triệu đô la Mỹ bằng cách mua lại 90% thuốc kháng virus từ các nhà sản xuất dược phẩm thông thường.¹⁶

Bằng sáng chế và ung thư vú. Tác động bất lợi của bằng sáng chế cũng được chứng kiến trong việc chẩn đoán và điều trị ung thư vú. Các đột biến gen BRCA1 và BRCA2 có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư vú

và buồng trứng.¹⁷ Ở một số quốc gia, công ty Myriad là tổ chức duy nhất cung cấp chẩn đoán và sàng lọc những đột biến này vì họ đã được cấp bản quyền về những gen này. Điều này cũng cản trở việc nghiên cứu thêm về chẩn đoán hoặc các biến thể gen khác.¹⁸

Năm 2013, Tòa án tối cao Hoa Kỳ cho rằng "gen và thông tin mà chúng mã hóa không phải là bằng sáng chế... đơn giản bởi vì chúng đã bị cô lập với các chất liệu di truyền xung quanh".¹⁹ Các công ty khác cung cấp dịch vụ xét nghiệm những đột biến gen này với giá 249 USD so với giá của công ty Myriad là 4000 USD.²⁰

Đối với một số phụ nữ bị ung thư vú HER2²¹, trastuzumab, một loại thuốc do Roche cấp bằng sáng chế vào năm 1994 và thường được bán dưới dạng Herceptin có thể có hiệu quả. Mặc dù hiện nay Roche đã không còn độc quyền bằng sáng chế thuốc này, Roche đã đệ trình nhiều bằng sáng chế phụ dự kiến sẽ hết hạn vào năm 2033. Tại Nam Phi, mức giá trong khu vực tư nhân hàng năm là 38.365 USD và tại một số cơ sở công cộng là 15.735 USD. Tại Brazil, là 17.562 USD; tại Malaysia, 17.929 USD; và tại Ấn Độ, 10.938 USD.²² Tại Ấn Độ, việc áp dụng các tiêu chuẩn cấp bằng sáng chế nghiêm ngặt dẫn tới các bằng sáng chế phụ của Roche bị từ chối hoặc mất hiệu lực, mở cửa cho các nhà sản xuất các loại thuốc sinh học tương tự có giá cả tương đối có thể mua được, mặc dù chúng vẫn còn cao.

Chiến dịch Tobeka Daki về Khả năng Sử dụng Trastuzumab với Giá cả Phải chăng²³ dẫn đến các cuộc biểu tình toàn cầu vào năm 2017 chống lại các chiến thuật định giá và hành động vô nhân đạo của hãng dược Roche. Một hành động khác vận dụng tính linh hoạt của TRIPS là bởi Ủy ban Cạnh tranh Nam Phi khảo sát giá của Roche²⁴, khi các nhà hoạt động xã hội đồng thời yêu cầu các

quốc gia ban hành giấy phép bắt buộc đối với những sản phẩm thay thế hợp lý.

Hiệp định Thương mại Tự do và những đe dọa mới đối với điều trị có chi phí vừa phải: Trường hợp của Đối tác kinh tế toàn diện khu vực Đông Nam Á (RCEP). Ngay cả khi các nước đang phát triển phải vật lộn với việc cung cấp thuốc để hoạt động trong khuôn khổ WTO, các nước đã phát triển đang làm việc để ép các đối tác thương mại của họ ký kết các Hiệp định Thương mại Tự do (FTA). Các hiệp định thương mại tự do được đàm phán đơn lẻ giữa các quốc gia hoặc theo khối khu vực và thường bao gồm các điều khoản của TRIPS-plus vượt xa các nghĩa vụ theo Hiệp định TRIPS, và hạn chế hoặc lật ngược các đặc điểm linh hoạt của TRIPS, cùng với các yêu cầu về tự do hóa thương mại khác.

Một hiệp định thương mại tự do như vậy là Hiệp định hợp tác kinh tế toàn diện khu vực (RCEP) đang được đàm phán giữa 16 nước từ khu vực Châu Á - Thái Bình Dương kể từ năm 2012; bao gồm các nước phát triển (Úc, Nhật, New Zealand, Singapore và Hàn Quốc), các nước đang phát triển (Brunei Darussalam, Trung Quốc, Ấn Độ, Indonesia, Malaysia, Phi Luật Tân, Thái Lan và Việt Nam) và các nước kém phát triển nhất (Campuchia, Lào và Myanmar).

Giống như các hiệp định thương mại tự do khác, Đối tác Kinh tế Toàn diện Khu vực Đông Nam Á (RCEP) đang được đàm phán trong bí mật. Năm 2016, chương về đầu tư và tài sản trí tuệ bị rò rỉ đã khẳng định mối lo ngại của các nhà hoạt động xã hội rằng Nhật Bản và Hàn Quốc đã đề xuất các quy định về TRIPS-plus, điều này có thể ngăn cản việc sản xuất, đăng ký, vận chuyển và xuất khẩu các loại thuốc thông thường.

Chúng tôi yêu cầu công lý cho Tobeka Daki, một nhà hoạt động dũng cảm của Nam Phi đang chống chọi căn bệnh ung thư vú HER2 + từ năm 2013.

Mặc dù là một ứng cử viên tốt cho kháng thể trastuzumab, Tobeka đã không được điều trị do chi phí quá cao. Ngày 14 tháng 11 năm 2016, cô qua đời tại nhà. Chúng tôi không biết liệu trastuzumab có thể cứu sống được Tobeka hay không, trastuzumab không phải lúc nào cũng có hiệu quả. Tuy nhiên, chúng tôi biết rằng Tobeka đã không bao giờ có được một cơ hội. Ngay cả khi cô ấy đang hấp hối và được phẩm này đã tồn tại, cô ấy đã không bao giờ có cơ hội thử thuốc.

Poster với hình ảnh của Tobeka Daki được sử dụng trong các cuộc biểu tình toàn cầu chống lại biểu giá của Roche về thuốc chống ung thư vú được tổ chức vào tháng 2 năm 2017. Hình ảnh của chiến dịch Tobeka Daki về Khả năng Sử dụng Trastuzumab với Giá cả Phải chăng.



TÁC ĐỘNG CỦA VIỆC ĐỊNH GIÁ CAO CHO THUỐC ĐÃ CẤP BẰNG SÁNG CHẾ TRONG HỆ THỐNG Y TẾ

"... là một phụ nữ trẻ tuổi sống sót vì ung thư vú, tôi đã từng phải đối mặt với thực tế của những vấn đề và rắc rối gây ra bởi bằng sáng chế. Tôi cần phải dùng Herceptin vì tôi mắc ung thư dương tính HER2. Tôi không thể mua được thuốc vì bác sĩ của tôi - trong một bệnh viện tư nhân, thuộc khu vực y tế tư nhân - nói rằng Herceptin quá đắt và do đó họ không thể cho phép tôi được điều trị bằng thuốc này. Tôi đã phải đấu tranh và phải đối mặt với chi phí bao gồm việc trước tiên giải quyết hợp pháp mâu thuẫn với hệ thống y tế của tôi và cả chi phí để tự cứu mạng mình bằng cách sử dụng dịch vụ của các bệnh viện công. Điều này có nghĩa là tôi đã bị loại bỏ khỏi khu vực y tế tư nhân và gia nhập khu vực y tế công cộng. Khi tôi bắt đầu tìm đến bệnh viện công cộng, tôi phát hiện ra rằng họ không cung cấp Herceptin cho bệnh nhân ung thư vú, và sau khi nghiên cứu, tôi phát hiện ra rằng ở Nam Phi, chỉ có bệnh viện Kimberly cung cấp Herceptin cho bệnh nhân ... họ cũng chỉ cho phép bệnh nhân nằm trong ngân sách... tôi cũng phát hiện ra rằng bằng độc quyền về Herceptin sẽ chỉ kết thúc năm 2033 ... năm 2033 có nghĩa là cái chết cho tôi. "- Chứng ngôn của Babalwa Malgas, Luật sư, Nhà hoạt động và người sống sót qua bệnh Ung thư vú, Vụ xét xử của Ủy ban cấp cao LHQ tại Johannesburg về Khả năng Tiếp cận Dược phẩm, Tháng 3 năm 2017²⁵

Hiện nay, đã xuất hiện bằng chứng về tác động của các quy định TRIPS-plus với khả năng tiếp cận thuốc. Một nghiên cứu về độc quyền dữ liệu ở Jordan (được đưa ra bởi hiệp định thương mại tự do Mỹ - Jordan) cho thấy 103 loại thuốc đã đăng ký và đưa ra từ năm 2001 hiện nay không có bảo hộ bản quyền, ít nhất 79% không bị cạnh tranh bởi một loại thuốc thông thường tương tự.²⁶

Ba nhà sản xuất quan trọng và nhà cung cấp thuốc thông thường nằm trong các cuộc đàm phán RCEP: Trung Quốc, Ấn Độ và Thái Lan. Ở một chừng mực nào đó, các nước đang phát triển, đặc biệt là Ấn Độ²⁷ và khối ASEAN²⁸ đang nỗ lực đẩy lùi các đòi hỏi của TRIPS-plus. Tuy nhiên, trong khi áp lực để kết thúc hiệp định dâng cao, vẫn chưa rõ mức độ mà các nước đang phát triển sẽ chống lại các yêu cầu của các nước phát triển trong RCEP sẽ đi đến đâu.

Khả năng tiếp cận phổ cập tới SKTD-SS trong thời kỳ WTO và Hiệp định Thương mại Tự do. Ngay cả khi các hiệp định thương mại tăng cường

bảo hộ đối với tài sản trí tuệ, ta thấy xuất hiện một nỗ lực nhằm làm suy yếu các cam kết quốc tế về y tế. Chính mục tiêu thứ 3b của Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG) là một ví dụ về một mục tiêu quan trọng nhưng bị giới hạn. Các bộ trưởng thương mại và các đại diện ký Tuyên bố Doha vào năm 2001 đã từng đưa ra một cam kết sâu rộng hơn nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận thuốc cho tất cả mọi người, trong khi các SDG, dựa vào lập trường của các quốc gia phát triển, đã hạn chế cam kết này đối với các loại thuốc "thiết yếu".

Các chính phủ phải xem xét Mục tiêu Phát triển Bền vững 3 như một cột mốc trong tiến trình hướng tới quyền được chăm sóc sức khỏe. Cần nhớ lại rằng các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ chỉ tập trung vào tử vong ở trẻ em, sức khỏe bà mẹ, HIV, lao và sốt rét. Vì vậy Mục tiêu 3 về Phát triển Bền vững đại diện cho bước tiến quan trọng tiếp theo nhằm mở rộng các mục tiêu quốc tế về sức khỏe. Tuy nhiên, quyền được

đảm bảo sức khỏe ở tiêu chuẩn cao nhất có được quy định nghĩa vụ quốc tế và quốc gia về sức khỏe.

Ngoài ra, mặc dù số lượng hiệp định thương mại tự do và các cuộc đàm phán hiệp định đầu tư ngày càng tăng, các Mục tiêu Phát triển Bền vững hầu như không đề cập đến chúng hoặc tác động của chúng. Thay vào đó, các mục tiêu liên quan đến thương mại trong Mục tiêu 17 được coi là một phương tiện để thực hiện các Mục tiêu Phát triển Bền vững. Chỉ vài tháng trước khi thông qua các Mục tiêu Phát triển Bền vững, một tuyên bố chung của 10 chuyên gia Liên Hiệp Quốc và các báo cáo viên đặc biệt đã chỉ ra những sai sót trong cách tiếp cận này, nêu lên "một mối quan tâm về pháp lý rằng cả các hiệp định đầu tư song phương và đa phương có thể làm trầm trọng thêm tình trạng đói nghèo cùng cực, đe dọa đến quá trình thương lượng nợ nước ngoài một cách công bằng và hiệu quả, và ảnh hưởng đến quyền của người dân bản địa, người thiểu số, người

khuyết tật, người lớn tuổi và những người dễ bị tổn thương."²⁹ Trong vòng hai tháng sau khi thông qua các Mục tiêu Phát triển Bền vững, Tổng Thư ký Liên hợp quốc đã thiết lập một Hội đồng Cấp cao về Khả năng Tiếp cận Dược phẩm. Hội đồng này đã công nhận sự tương tác ràng buộc lẫn nhau giữa sức khỏe và phát triển. Báo cáo tháng 9 năm 2016 của Hội đồng này cũng đưa ra các mối quan tâm nghiêm trọng về các Hiệp định Thương mại Tự do và khuyến nghị: "Việc áp dụng các hiệp định thương mại và đầu tư song phương và khu vực nên bảo đảm rằng các hiệp định này không bao gồm các điều khoản cản trở nghĩa vụ của các bên trong việc thực hiện quyền được hưởng chăm sóc sức khỏe."³⁰

Sự căng thẳng giữa quyền về chăm sóc sức khỏe và hiệp định thương mại bắt đầu từ khi thành lập WTO. Ngay cả khi các Hiệp định Thương mại Tự do là mối đe dọa lớn hơn đối với tiếp cận với các công nghệ y tế và việc đạt được Mục tiêu Phát triển Bền vững số 3, chúng ta cần nhắc lại rằng các nước đang phát triển vẫn đang phải vật lộn với những tác động bất lợi của TRIPS đối với khả năng tiếp cận thuốc.

Các quốc gia được coi là có thu nhập trung bình được loại trừ khỏi cơ chế cấp phép tự nguyện do các công ty đa quốc gia thông qua, nhằm tránh khỏi những lời chỉ trích và ngăn cản việc những chính phủ đó sử dụng các đặc tính linh hoạt của TRIPS. Bị ép giữa Các hiệp định thương mại tự do và áp lực thương mại liên tục từ các nước phát triển, các chính phủ này đang vướng mắc trong các cuộc đàm phán giá với các chủ sở hữu bằng sáng chế thường dẫn đến một mức

TÓM TẮT CÁC ĐIỀU KHOẢN TRIPS-PLUS TRONG RCEP²⁷

Theo các chương về tài sản trí tuệ và đầu tư bị rò rỉ, một số điều khoản của TRIPS-plus được đưa lên bàn đàm phán sẽ gây ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe cộng đồng và khả năng tiếp cận với thuốc. Chúng bao gồm những điều sau:

- **Tính độc quyền dữ liệu** ngăn không cho các chính phủ dựa vào dữ liệu thử nghiệm lâm sàng để đăng ký các phiên bản thông thường của thuốc ngay cả khi chúng không nằm trong bằng sáng chế, hoặc bằng sáng chế của thuốc đã hết hạn hoặc bị thu hồi, và gây phức tạp cho việc cấp phép bắt buộc;
- **Quy định mở rộng thời hạn bằng sáng chế** mở rộng thời hạn bằng sáng chế vượt quá 20 năm và trì hoãn sự gia nhập của thuốc thông thường;
- **Các tiêu chí bằng sáng chế giảm nhẹ** có thể đưa ra các hạn chế về khoảng thời gian và nội dung tài liệu mà cơ quan bảo hộ quyền sở hữu có thể đưa vào xem xét để xác định liệu một loại thuốc thực sự mới hay sáng tạo hay không;
- **Việc tăng tốc kiểm tra bằng sáng chế** có thể tạo áp lực không mong muốn đối với các văn phòng bằng sáng chế vốn đã chịu gánh nặng lớn ở các nước đang phát triển có nguồn tài chính và nhân lực hạn chế để có những quyết định vội vã về các đơn xin cấp bằng sáng chế dược phẩm lẽ ra cần đòi hỏi sự kiểm tra chặt chẽ,
- **Các biện pháp hỗ trợ kỹ thuật** có thể dẫn đến việc áp dụng gián tiếp các tiêu chuẩn cấp bằng sáng chế thấp hơn của các nước phát triển vào các bằng sáng chế của các nước đang phát triển thông qua đào tạo nhân viên giám định bằng sáng chế và tăng sự phụ thuộc vào các báo cáo kiểm tra sáng chế và kết luận của các nước phát triển;
- **Các trường hợp ngoại lệ giảm nhẹ về Bằng Sáng chế** có thể áp đặt các hạn chế đối với phương pháp các nước đang phát triển trong khu vực Châu Á Thái Bình Dương xác định những trường hợp ngoại lệ về nghiên cứu và thí nghiệm đối với các bằng sáng chế;
- **Các biện pháp hải quan** có thể bác bỏ các loại thuốc cho bệnh nhân ở các nước đang phát triển khác bằng cách cho phép các quan chức hải quan thu giữ các loại thuốc thông thường được nhập khẩu hoặc xuất khẩu;
- **Các vụ án thương tích và thiệt hại** làm suy yếu tính độc lập của ngành tư pháp trong việc ban hành các lệnh liên quan đến việc thực thi bằng sáng chế theo cách ưu tiên cho quyền được chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân;
- **Các biện pháp thi hành bảo hộ Tài sản Trí tuệ** khác khiến cho các bên thứ ba như các nhà cung cấp dịch vụ điều trị có nguy cơ bị đưa ra tòa, và lôi kéo toàn bộ dây chuyền sản xuất, phân phối và cung ứng thuốc thông thường vào vụ kiện tụng;
- **Giải quyết tranh chấp WTO-Plus đối với TRIPS** bằng cách đưa các điều khoản tuân thủ TRIPS vào các cuộc đàm phán RCEP; Các nước trong RCEP có thể khởi kiện lẫn nhau vì những giả định vi phạm TRIPS mà không phụ thuộc vào WTO; và
- **Các quy định bảo hộ của nhà đầu tư** cho phép các công ty nước ngoài kiện các chính phủ với trọng tài quốc tế về các chính sách y tế trong nước như giấy phép bắt buộc, hủy bỏ hoặc từ chối bằng sáng chế, các định chế bảo vệ sức khỏe trong luật về bằng sáng chế, giảm giá, đàm phán và các biện pháp hoàn trả và có thể ngăn cản các chính phủ khuyến khích sản xuất trong nước.

Nguồn: Shiba Phurailatpam and Kajal Bhardwaj, "RCEP và Sức khỏe: Loại tiến bộ này không phải là điều Ấn Độ và Thế giới cần," The Wire, 27 February 27, 2017, <https://thewire.in/112260/rcepthiskind-of-progress-is-not-what-india-and-the-world-need/>.

giá không thể chấp nhận được, hạn chế khả năng cung cấp và do đó các chính phủ phải điều tiết các liệu pháp điều trị. Theo Hội đồng Cấp cao về Khả năng Tiếp cận Dược phẩm khảo sát, thay vì đàm phán về giá cả, các chính phủ có nghĩa vụ "bảo vệ quyền lợi của công dân mình bằng cách sử dụng tính linh hoạt của TRIPS".³¹

Về các cuộc đàm phán hiệp định thương mại tự do đang diễn ra như RCEP, tham khảo ý kiến của cộng đồng là việc rất quan trọng và các chính phủ phải công bố các văn bản đàm phán. Hơn nữa, như Hội đồng Cấp cao kết luận, "việc không thực hiện các nghiên cứu có hiệu quả đánh giá tác động trước khi ký kết các thỏa thuận thương mại cũng tương tự như việc bỏ bê các nghĩa vụ của nhà nước về bảo vệ quyền được chăm sóc sức khỏe." Các điều khoản TRIPS-plus nên bị từ chối trong các hiệp định thương mại như vậy.

Trong tình huống này, hoạt động xã hội, vận động và can thiệp pháp lý của các nhóm cộng đồng và các tổ chức y tế công cộng đã đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ sức khỏe cộng đồng và khả năng tiếp cận với thuốc. Một phong trào toàn cầu xuất hiện xung quanh các cuộc đàm phán hiệp định thương mại tự do đã cho thấy một số thành công quan trọng. Tại Ấn Độ, các chiến dịch vận động của các nhóm địa phương đã cho thấy chính phủ đã sử dụng lập trường của công chúng để chống lại các yêu cầu TRIPS-plus trong Hiệp định Thương mại tự do Ấn Độ - Châu Âu³³ và RCEP.

Nghị viện Châu Âu đã bác bỏ Hiệp định Thương mại Chống Hàng Nhái (ACTA) về tác động của nó đối với lợi ích công cộng,³⁴ và sự trì hoãn Hiệp

định Hợp tác Xuyên Thái Bình Dương (TPPA) xuất hiện như một chiến thắng đáng kể cho các nhóm tiến bộ trên toàn cầu.³⁵ Các nhà hoạt động và tổ chức công tác về y tế công cộng hiện đang sử dụng các nguồn lực ít ỏi để tham dự các cuộc đàm phán RCEP liên tiếp nhằm đưa ra các mối quan ngại này trực tiếp với các nhà đàm phán thương mại và đảm bảo rằng các điều khoản TRIPS-plus bị bác bỏ.³⁶

Mạng lưới những người nhiễm HIV, những nhóm có truyền thống đi tiên phong trong việc thách thức tính độc bá của bằng sáng chế và hiệp định thương mại tự do, hiện đang được liên kết với một liên minh y tế rộng lớn hơn. Các nhóm hoạt động về sức khỏe và quyền sinh sản và tình dục phải khẩn trương tham gia cuộc đấu tranh này để đảm bảo rằng quyền được chăm sóc sức khỏe và tiếp cận phổ cập SRHR sẽ không bị hủy hoại bởi các hiệp định thương mại.

Ghi chú và tham khảo

1. United Nations, "A/Res/70/1 Resolution Adopted by the General Assembly on 25 September 2015: Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development," October 21, 2015, <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/GetFile?OpenAgent&DS=A/RES/70/1&Lang=E&Type=DOC>.
2. Sở hữu độc quyền là một dạng sở hữu trí tuệ; cá nhân hoặc tổ chức giữ sở hữu độc quyền có thể ngăn việc những người khác không thể sản xuất, sử dụng, bán, nhập khẩu, hoặc đưa sản phẩm thuốc hoặc qui trình được đăng kí sáng chế đó ra thị trường.
3. Jane Cottingham and Marge Berer, "Access to Essential Medicines for Sexual and Reproductive Health Care: The Role of the Pharmaceutical Industry and

International Regulation," *Reproductive Health Matters* 19, Iss. 38 (2011): 69-84, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118143>.

4. T.V. Padma, "Cheap HPV Vaccines 'Possible without Violating Patent Laws,'" *SciDevNet*, July 23, 2010, <http://www.scidev.net/global/health/news/cheap-hpv-vaccines-possible-without-violating-patent-laws-.html>.

5. Treatment Action Campaign (TAC), "TAC Asks Supreme Court of Appeal to Consider Public Health in Patent Dispute over Cancer Medicine," *Business and Human Rights Centre*, April 19, 2012, <https://business-humanrights.org/en/tac-asks-supreme-court-of-appeal-to-consider-public-health-in-patent-dispute-over-cancer-medicine-so-africa>.

6. Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health, *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights: Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation, and Public Health* (Geneva: WHO, 2006), <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf?ua=1>.

7. DSW, Global Health Advocates, Results UK, SABIN, AERAS, IAVI, IPPF EN and IPM, "Research and Development Needs To Improve Reproductive, Maternal, New-Born & Child Health," Brussels: DSW, 2014, https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/R_D_for_RMNCH.pdf.

8. "Antibiotic-resistant Gonorrhoea on the Rise, New Drugs Needed," WHO, July 7, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/Antibiotic-resistant-gonorrhoea/en/>.

9. Investing in the Development of New Antibiotics and Their Conservation a Proposal for a Global Antibiotic Research and Development Facility to Promote Research, Responsible Use, and Access to New Antibiotics: Updated Concept Note," WHO and DNDI,

- December 18, 2015, https://www.gardp.org/wp-content/uploads/2017/05/Global_Antibiotic_RD_Facility_Concept_Note.pdf.
10. World Trade Organization, "Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health," November 14, 2001, https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.
11. Barton Gellman, "A Conflict of Health and Profit," *The Washington Post*, May 21, 2000, https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2000/05/21/a-conflict-of-health-and-profit/bf7bd742-b153-46ee-a50a-666b2c4c30d6/?utm_term=.213b920396a3.
12. Compulsory licenses are a key TRIPS flexibility, in which governments allow generic companies to supply medicines that are unavailable or unaffordable due to patents on those medicines.
13. "Evergreening" is the practice of multi-national companies (MNCs) to extend patents on medicines by making small changes to them.
14. "UNAIDS Announces 2 Million More People Living with HIV on Treatment in 2015, Bringing New Total to 17 Million," UNAIDS, May 31, 2016, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/may/20160531_Global-AIDS-Update-2016.
15. Brenda Waning, Ellen Diedrichsen, and Suerie Moon, "A Lifeline to Treatment: The Role of Indian Generic Manufacturers in Supplying Antiretroviral Medicines to Developing Countries," *Journal of the International AIDS Society* 13 (2010): 35, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944814/>.
16. PEPFAR, "The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR," 2008, https://www.pepfar.gov/press/fourth_annual_report/.
17. National Cancer Institute, "BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing," National Institute of Health, April 1, 2015, <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>.
18. Priscilla J. Smith and Genevieve E. Scott, "Brief of Amici Curiae, Information Society Project at Yale Law School, Scholars in Support of the Petition: The Association for Molecular Pathology et al Petitioners v. Myriad Genetics et al. Respondents, on Petition for Writ of Certiorari to the United States Court of Appeals for the Federal Circuit," December 11, 2011, https://law.yale.edu/system/files/area/center/isp/documents/association_for_molecular_pathology_v._myriad_genetics_inc.pdf.
19. Supreme Court of the United States, "Association for Molecular Pathology et al. v. Myriad Genetics, Inc., et al., No. 12398, Argued April 15, 2013, Decided June 13, 2013," http://www.supremecourt.gov/opinions/12pdf/12-398_1b7d.pdf.
20. Elizabeth Lopatto, "Genetic Testing for Breast Cancer Gets More Affordable: Welcome to the Post-Patent World," April 21, 2015, <https://www.theverge.com/2015/4/21/8458553/color-breast-cancer-genetic-testing-brca-myrriad>.
21. HER2 is a protein that makes breast cancer cells grow.
22. Press Release, "Global Day of Action Against Roche's Inhumanity #Rochegreedkills; Activists Around the World March #Fortobeka," February 7, 2017, <https://tac.org.za/news/global-day-of-action-against-roches-inhumanity-rochegreedkills/>.
23. Fix the Patent Laws, <http://www.fixthepatentlaws.org>, and Cancer Alliance, <https://www.canceralliance.co.za/>.
24. Fix the Patent Laws, "Coalition Welcomes Landmark Competition Commission Probe into Prices of Cancer Medicines," Johannesburg, 13 June 2017, <https://tac.org.za/news/access-to-quality-and-affordable-medicines/coalition-welcomes-landmark-competition-commission-probe-into-prices-of-cancer-medicines/>.
25. "Global Dialogue Live from Johannesburg," 16-17 March 2016, UN Secretary General's High-Level Panel on Access to Medicines, <http://www.unsgaccessmeds.org/johannesburglivestream>.
26. Oxfam International, *All Costs, No Benefits: How TRIPS-plus Intellectual Property Rules in the US-Jordan FTA Affect Access to Medicines* (Oxford: Oxfam, 2007), <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/all%20costs,%20no%20benefits.pdf>.
27. "Working Draft of IPR Chapter from India-CEP Negotiations," <http://keionline.org/sites/default/files/06-RCEP-TNC6-WGIP3-IN-IP-Draft.pdf>.
28. "Chapter on Intellectual Property Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) Free Trade Agreement (Working Draft)," <http://keionline.org/sites/default/files/RCEP-TNC6-WGIP3-ASEAN-Draft%20IP%20Text-10Oct2014.pdf>.
29. "UN Experts Voice Concern over Adverse Impact of Free Trade and Investment Agreements on Human Rights," June 2, 2015, <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16031&LangID=E>.
30. High-Level Panel on Access to Health Technologies, *Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines: Promoting Innovation and Access to Health Technologies* (UNDP, 2016), <https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>.
31. Ibid.
32. Ibid.
33. Prime Minister's Office (PMO), "Trade Negotiator's Given Guidelines," Press Information Bureau, Government of India, April 30, 2011, <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=71881>.
34. William New and Monika Ermert, "European Parliament Rejection Puts ACTA Future in Doubt," Intellectual Property Watch, July 4, 2012, <https://www.ip-watch.org/2012/07/04/european-parliament-rejection-puts-acta-future-in-doubt/>.
35. "International Nurses' Statement on Victory against the Trans-Pacific Partnership," Global Nurses United, November 17, 2016, <http://peinu.com/international-nurses-statement-victory-trans-pacific-partnership/>.
36. "Activists Protest in Hyderabad against Impact of RCEP on Women," *Hindu Business Line*, July 24, 2017, <http://www.thehindubusinessline.com/news/national/activists-protest-in-hyderabad-against-impact-of-rcep-on-women/article9786732.ece>.

TĂNG CƯỜNG QUYỀN NĂNG KINH TẾ CHO PHỤ NỮ VÀ SKTD - SS: Mắt xích còn thiếu

Baishali Chatterjee

Quản lý quốc tế, Phụ nữ trẻ thành thị:

Lựa chọn cuộc sống và Sinh kế

Email: Baishali.Chatterjee@actionaid.org

Giới thiệu. Mặc dù từ lâu đã có sự đồng thuận của cộng đồng quốc tế rằng tăng cường quyền năng kinh tế của phụ nữ là một yếu tố chủ chốt cho bình đẳng giới (như trong Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh năm 1995 và 20 năm sau đó trong Những Mục tiêu Phát triển Bền vững - SDG), tiến bộ trên lĩnh vực này không đồng đều. Dữ liệu gần đây từ Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO)² nhấn mạnh sự bất bình đẳng giới rõ nét³ trong thị trường lao động toàn cầu, như giảm sút sự tham gia của lực lượng lao động nữ,⁴ thất nghiệp ảnh hưởng đến nhiều phụ nữ trẻ, thiếu bảo trợ xã hội,⁵ và phụ nữ phải dành nhiều thời gian hơn cho những việc chăm sóc không lương.⁶

Mắt xích còn thiếu? Để giải quyết những lo ngại này vào năm 2015, Tổng Thư ký Liên hợp quốc đã thiết lập một Hội nghị cấp cao về Tăng cường quyền năng Kinh tế cho Phụ nữ,⁷ đã xác định 7 động lực thúc đẩy sự thay đổi.⁸ Các báo cáo toàn cầu khác của những tổ chức có ảnh hưởng lớn như Quỹ Tiền tệ Quốc tế (IMF)⁹ và công ty tư vấn toàn cầu McKinsey,¹⁰ đã xem xét mối liên quan giữa tăng cường quyền năng kinh tế của phụ nữ và tăng trưởng kinh tế toàn cầu. Tuy nhiên, ngoài việc hiện thực hoá tăng cường quyền năng kinh tế cho phụ nữ, sự quan tâm của quốc tế đã không tập trung đầy đủ vào vấn đề sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản cùng với quyền tình dục và sinh sản (Quyền SKTD-SS), và việc thiếu SKTD-SS có thể ảnh hưởng đến an ninh kinh tế của phụ nữ và ngược lại như thế nào.

Khả năng kiểm soát thân thể của phụ nữ, quyết định quan hệ tình dục với người nào và làm thế nào để có con và có bao nhiêu con có ảnh hưởng rất lớn đến khả năng tham gia các hoạt động kinh tế của phụ nữ. Các nghiên cứu cho thấy, trên toàn cầu, với mỗi trẻ ra đời, sự tham gia của lực lượng lao động nữ giảm khoảng 10 đến 15 phần trăm trong số phụ nữ từ 25 đến 39.¹¹ Ngoài ra, thai nghén và hệ lụy của việc sinh đẻ vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại các nước đang phát triển ngày nay.¹² Đối với phụ nữ nghèo và thuộc nhóm ngoài lề xã hội trên thế giới, nhiều người trong số họ làm việc trong khu vực kinh tế phi chính thức, thiếu SKTD-SS có thể đẩy họ sâu vào vòng luẩn quẩn đói nghèo. Để đạt được SDG một cách hiệu quả vào năm 2030, chúng ta phải thừa nhận các mối quan hệ đa chiều và phức tạp giữa các Mục tiêu 1 (Không nghèo đói), 3 (Sức khoẻ và phúc lợi), 5 (Bình đẳng giới), 8 Công việc phù hợp và tăng trưởng kinh tế), và 10 (Giảm thiểu bất bình đẳng).

Trong khi chúng ta thiết lập những mắt xích liên hệ xa hơn, chúng ta phải nhớ rằng cuộc vật lộn để tìm được một công việc được tôn trọng và tiếp cận được dịch vụ sức khoẻ tình dục và sinh sản có ý nghĩa khác nhau đối với phụ nữ ở các độ tuổi khác nhau. Phụ nữ trẻ đối mặt với những thách thức cụ thể vừa do tuổi và giới tính khi họ bắt đầu gia nhập lực lượng lao động, bắt đầu cần đến các dịch vụ về sức khoẻ tình dục và

sinh sản và định hướng trên con đường bước vào tuổi trưởng thành.

Lập luận về Mối Liên kết giữa Công bằng về Kinh tế và Công bằng về Sức khoẻ Tình dục và Sinh sản.

Chương trình "Nữ Thanh niên Đô thị: Những lựa chọn trong Cuộc sống và Sinh kế" (YUWP) được ActionAid bắt đầu vào tháng 7 năm 2013 nhằm giải quyết những vấn đề liên quan đến tự kiểm soát cơ thể và an ninh kinh tế của phụ nữ trẻ, sử dụng cách tiếp cận dựa trên quyền. Thực hiện tại Ghana, Ấn Độ và Nam Phi, chương trình xác nhận những điểm dễ bị tổn thương đặc trưng của nữ thanh niên đô thị (từ 15 đến 25 tuổi) và hỗ trợ họ tìm kiếm cơ hội việc làm phù hợp, cân bằng những trách nhiệm chăm sóc gia đình không lương, tiếp cận các dịch vụ về sức khoẻ tình dục và sinh sản và giúp đưa ra các quyết định về tương lai của họ. Giữa năm 2012 và năm 2017, một số nghiên cứu định tính¹³ được thực hiện nhằm mục đích để hiểu những khía cạnh khác nhau của cuộc sống phụ nữ liên quan với nhau như thế nào. Chúng tôi tìm thấy những bằng chứng chắc chắn để ủng hộ giả thuyết rằng quyền năng kinh tế có mối liên hệ chặt chẽ với Quyền SKTD-SS. Tham luận này tổng hợp các phát hiện của chúng tôi với lập luận về sự cần thiết phải hiểu biết toàn diện hơn về các mối liên hệ giữa các khía cạnh đó.

Phụ nữ trẻ, SKTD-SS, và nền kinh

tế phi chính thức. Trong các khu đô thị¹⁴ nơi chương trình YUWP đang được thực hiện, phụ nữ đô thị trẻ tuổi bị xếp ở tầng dưới cùng của hình tháp quyền lợi, bị giới hạn trong công việc chăm sóc gia đình không lương, công việc tại nhà, hoặc, ở mức tối đa, trong khu vực lao động không chính thức và lao động giản đơn. Xu hướng này dường như đang gia tăng. Việc xuất khẩu công nghệ sang các nước có chi phí nhân công thấp, bao gồm cả việc tạo ra các chuỗi cung ứng toàn cầu¹⁵ đã dẫn đến sự xuất hiện nhanh chóng thị trường lao động tại nhà do phụ nữ trẻ chiếm lĩnh và thường ít được biết đến. Các đặc điểm cụ thể của khu vực lao động phi chính thức (như môi trường làm việc không an toàn, thiếu các quy định phù hợp, hoặc thiếu thực thi các quy định hiện hành về lao động) tạo ra thêm nhiều tầng dễ gây tổn thương cho phụ nữ trẻ, ảnh hưởng đến an ninh kinh tế và SRHR của họ. Điểm thứ nhất, môi trường làm việc không an toàn có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe sinh sản của phụ nữ trẻ. Phụ nữ trẻ hoặc bị buộc phải nghỉ việc hoàn toàn sau khi sinh vì trách nhiệm chăm sóc gia đình, hoặc bị sa thải vì cần một khoảng thời gian để hồi phục sức khỏe. Đồng thời, phụ nữ trẻ bị buộc phải quay lại làm việc ngay sau khi thai nghén vất vả do ép buộc về kinh tế, gây tổn thất rất lớn cho sức khỏe của họ và trẻ sơ sinh. Quyền nghỉ thai sản trong khu vực kinh tế phi chính thức tương xứng với mức lương hao tổn hầu như không tồn tại ở ba nước thực hiện dự án. Thậm chí một đạo luật dài về các quyền lợi thai sản do chính phủ Ấn Độ ban hành gần đây vẫn không đủ để giải quyết các tổn thất tiền lương.¹⁶

... khi năng lực có thu nhập độc lập của phụ nữ trẻ tăng lên, khả năng chi trả cho các biện pháp tránh thai cũng sẽ được nâng cao. Thu nhập cũng giúp họ tiếp cận với dịch vụ y tế nói chung. Cải thiện tình hình tài chính có thể cho họ khả năng tham gia vào quá trình ra quyết định độc lập hoặc với sự tư vấn về sức khỏe tình dục và sinh sản của họ, cũng như sức đề kháng với bạo lực.

Sự bất an về kinh tế và điều kiện làm việc không ổn định biểu hiện dưới nhiều dạng bệnh tật khác nhau, bao gồm nhức mỏi cơ thể, nhức đầu, đau dạ dày, giảm thị lực, và các bệnh về cơ quan sinh sản. Hiện tượng này đặc biệt phổ biến giữa các công nhân làm việc tại nhà ở Hyderabad, đặc biệt là các nhà máy sản xuất vòng đeo tay nơi mà công việc đòi hỏi các nữ công nhân phải tiếp xúc với chì và hóa chất độc hại khác. Ở Hyderabad, phụ nữ trẻ cũng làm việc trong những *karkhanas* (công xưởng không đăng ký), nơi họ không có nhà vệ sinh và nước uống sạch, dẫn đến nhiễm trùng đường sinh dục và đường niệu. Tuy nhiên, những vấn đề này không có trong chương trình hoạch định chính sách về tăng cường quyền năng kinh tế cho phụ nữ nâng cao quyền.

Nơi làm việc của phụ nữ trẻ và sự vắng mặt của các cơ chế bảo vệ liên quan tại nơi làm việc cũng ảnh hưởng đến SKTD-SS của họ. Cơ thể của phụ nữ trẻ thường được xem như những đồ vật mua vui cho đồng nghiệp nam và các ông chủ. Ví dụ, các nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có nhiều quấy rối tình dục ở nơi làm việc, nhưng không hề có các cơ

chế giải quyết hiệu quả. Các bộ luật liên quan ở Ấn Độ không bảo vệ những phụ nữ trong khu vực kinh tế phi chính thức. Những phụ nữ trẻ làm việc tại nhà ở Hyderabad đang phải đối mặt với quấy rối tình dục từ những người trung gian, trong khi đó ở Karkhanas, phụ nữ trẻ bị lạm dụng tình dục khi sử dụng các góc tối để đi vệ sinh. Phụ nữ trẻ ở Nam Phi phải đối mặt với việc bị sa thải sau khi từ chối những tấn công tình dục từ các ông chủ của họ. Nghiên cứu của ActionAid cũng đã phát hiện ra rằng các nước có nhiều phụ nữ làm việc tự do hoặc làm những công việc dễ bị tổn thương thường có tỷ lệ cao về bạo lực giữa vợ chồng (IPV) cao hơn.

Mặt khác, khi năng lực có thu nhập độc lập của phụ nữ trẻ tăng lên, khả năng chi trả cho các biện pháp tránh thai cũng sẽ được nâng cao. Thu nhập cũng giúp họ tiếp cận với dịch vụ y tế nói chung. Cải thiện tình hình tài chính có thể cho họ quyền tham gia vào quá trình ra quyết định độc lập hoặc với sự tư vấn về sức khỏe tình dục và sinh sản của họ, cũng như sức đề kháng với bạo lực. Trong số các phụ nữ trẻ có gia đình, an ninh kinh tế đã chuyển cán cân quyền lực sang phía có lợi cho phụ nữ. Tuy nhiên, trong khi phụ nữ trẻ có thể nhận thức được mối liên hệ tương quan giữa tự do tài chính và tự chủ tình dục, họ không phải lúc nào cũng có thể phản kháng lại việc người chồng vẫn nắm quyền kiểm soát cơ thể của họ.¹⁸

Chúng tôi phát hiện ra mối liên quan trực tiếp giữa trách nhiệm chăm sóc gia đình và sức khỏe và quyền TDSS. Nếu

phụ nữ trẻ không có kiến thức và thông tin cần thiết về sức khoẻ và quyền tình dục và sinh sản, và có thể sử dụng ít hoặc không có dịch vụ y tế về tình dục và sinh sản, điều này dẫn đến việc mang thai ngoài ý muốn và mang thai nhiều lần. Điều đó khiến cho họ bị loại bỏ khỏi hệ thống giáo dục chính thức, ảnh hưởng đến an ninh kinh tế của họ và gia tăng gánh nặng chăm sóc gia đình.

Liên kết quyền kiểm soát kinh tế, chăm sóc gia đình không lương và SKTD-SS. Phân công lao động theo giới là một trong những lý do chính khiến những phụ nữ trẻ thường phải đứng ở cuối chuỗi việc làm. Áp lực tạo thu nhập kết hợp với trách nhiệm gia đình không lương có thể tạo ra một gánh nặng quá mức trong cuộc sống của họ. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan trực tiếp giữa trách nhiệm chăm sóc gia đình và SKTD-SS. Nếu phụ nữ trẻ không có kiến thức và thông tin cần thiết về SKTD-SS¹⁹, và có thể sử dụng ít hoặc không có dịch vụ y tế về tình dục và sinh sản, điều này dẫn đến việc mang thai ngoài ý muốn và mang thai nhiều lần. Điều đó khiến cho họ bị loại bỏ khỏi hệ thống giáo dục chính thức, ảnh hưởng đến an ninh kinh tế của họ và gia tăng trách nhiệm chăm sóc gia đình. Ở Nam Phi, một số lớn phụ nữ trở thành bà mẹ ở độ tuổi còn rất trẻ và buộc phải nghỉ học²⁰. Tương ứng, Nam Phi có tỷ lệ thất nghiệp ở độ tuổi thanh niên cao, đặc biệt là ở phụ nữ trẻ.²¹ Ở nước này cũng không có các chương trình chăm sóc trẻ em, có thể tiếp cận và với giá cả phải chăng được chính phủ hỗ trợ toàn phần.

Mặc dù vậy, mối liên hệ giữa tỷ lệ

mang thai sớm, trách nhiệm gia đình và việc làm của thanh niên ít khi được nghiên cứu ở cấp độ chính sách, và việc cung cấp các dịch vụ công đáp ứng nhu cầu giới cũng không phải là một vấn đề được ưu tiên. Ngay cả ở Ấn Độ, Chương trình Phát triển Trẻ em Liên hợp dài hạn²² không thể thực sự được coi là một chương trình chăm sóc trẻ em có hiệu quả vì một số thiếu sót trong việc thực hiện.²³ Khung chính sách kinh tế vĩ mô hiện tại đã chuyển ưu tiên từ việc cung cấp dịch vụ công cộng sang tư nhân hoá các nguồn tài sản công cộng. Điều này đã ảnh hưởng đến cả dịch vụ chăm sóc trẻ em lẫn chăm sóc sức khoẻ tình dục và sinh sản do chính phủ tài trợ, và phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ trẻ, phải chịu hậu quả chính của việc thiếu vắng các dịch vụ của nhà nước.²⁴

Ngay cả khi các chính phủ ban hành các chính sách về lao động cho phụ nữ, chúng tôi thấy vẫn còn thiếu nhận thức chung rằng, trong khi việc đưa phụ nữ vào thị trường lao động chính thức có thể giúp họ tăng cường sự độc lập về kinh tế, nhưng bản thân điều đó cũng sẽ không nâng cao khả năng bảo vệ sự toàn vẹn cơ thể của họ, hay giảm đi gánh nặng của công việc gia đình không lương.

Kêu gọi Nâng cao Nhận Thức về các Liên Kết Tương quan. Tất cả chúng ta đều có dữ liệu. Chúng ta biết thực tế cuộc sống của phụ nữ phản ánh sự phân biệt đối xử về giới không chỉ ở nơi làm việc mà còn trong gia đình và cộng đồng của họ. Chúng ta cũng đang ở đúng thời điểm lịch sử để tận dụng lợi thế của sự quan tâm mới

vào việc tăng cường quyền năng kinh tế cho phụ nữ. Các Mục tiêu Phát triển Bền vững có một thông điệp bao hàm: "Không ai bị bỏ lại phía sau". Tuy nhiên, để chúng ta thực sự bao gồm tất cả mọi đối tượng và đảm bảo rằng những phụ nữ trẻ nghèo trên khắp thế giới kiểm soát tương lai kinh tế của họ và đạt được mục tiêu 1, 3, 5, 8, và 10, bên cạnh đó, chúng ta phải tập trung năng lượng và các nguồn lực vào những giải pháp thật sự tạo ra biến đổi.

Tăng cường quyền năng kinh tế của phụ nữ rất phức tạp và gắn liền với nhiều khía cạnh của cuộc đời họ. Khi các chính phủ ban hành các chính sách về lao động cho phụ nữ, chúng tôi thấy vẫn còn thiếu một nhận thức chung rằng, trong khi việc đưa phụ nữ vào thị trường lao động chính thức có thể giúp họ tăng cường sự độc lập về kinh tế, bản thân điều đó cũng sẽ không nâng cao khả năng bảo vệ sự toàn vẹn cơ thể của họ, hay giảm đi gánh nặng của công việc gia đình không lương. Do đó, cuộc đối thoại về tăng cường quyền năng kinh tế cho phụ nữ cần phải đi xa hơn các giải pháp tín dụng và kinh doanh quen thuộc (tuy rất quan trọng), và hướng tới cung cấp một giải pháp kinh tế mới trong đó lường trước những vi phạm nhân quyền dưới nhiều trạng huống trong cuộc sống phụ nữ.

Đã đến lúc chúng ta nhận thức mối liên hệ xuyên suốt khuôn khổ chính sách kinh tế vĩ mô của nhà nước đã liên kết các vấn đề này với nhau như thế nào và một khuôn khổ chính sách như vậy phải luôn luôn chú ý đến tác động của nó đối với

cuộc sống của những người phụ nữ nghèo khổ nhất. Các nhà hoạt động xã hội từ lĩnh vực quyền lao động phải cộng tác với mảng y tế công cộng để đối phó với xu hướng tư nhân hóa các dịch vụ công cộng cơ bản, xây dựng một phong trào chung đòi hỏi các dịch vụ công cộng cơ bản phục vụ sức khỏe tình dục và sinh sản của phụ nữ, giảm thiểu và phân công lại các trách nhiệm gia đình không lương.

Nhà nước phải giải quyết việc thiếu thực thi các bộ luật quan trọng, ví dụ như những quy định về phòng chống quấy rối tình dục ở nơi làm việc. Cần phải hướng sự chú ý đến việc tạo ra "công việc được tôn trọng" và không chỉ là việc làm cho phụ nữ; giải quyết các chỉ tiêu xã hội trong chiến lược kinh tế; huy động nguồn lực công cộng để đáp ứng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục sinh sản và y tế; và đảm bảo rằng có một khung pháp lý và ngân sách mạnh mẽ được áp dụng.

Ghi chú và Tham khảo

1. The Beijing Platform for Action acknowledges the existing gender inequality in "economic structures and policies, in all forms of productive activities and in access to resources." United Nations, "Beijing Declaration and Platform for Action," 1995, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>.
2. International Labour Organisation, *Women at Work: Trends 2016* (Geneva: ILO, 2016), http://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCM_S_457317/lang--en/index.htm.
3. Trong năm 2016, ILO đã ghi chú trong tóm tắt báo cáo của tổ chức về Xu hướng Việc làm Phụ nữ 2016 rằng "chỉ đạt được

những cải thiện rất nhỏ kể từ Hội nghị Phụ nữ Thế giới lần 4 ở Beijing năm 1995" về nâng quyền kinh tế cho phụ nữ.

4. Sự tham gia lực lượng lao động nữ đã giảm từ 52,4% xuống 49,6%, trong khi các số liệu tương ứng ở nam giới là 79,9% và 76,1%. Khoảng cách đặc biệt lớn hơn ở Nam Á.

5. Nhiều nữ công nhân ở tiểu Saharan châu Phi (63,2%) và Nam Á (74,2%) không được tiếp cận với bảo vệ xã hội, lao động không chính thức đang là dạng lao động chủ yếu cho phụ nữ ở những khu vực này.

6. Trong khi phụ nữ dành thời gian gấp 2,5 lần nam giới cho các hoạt động chăm sóc không trả lương và việc nhà, trên toàn cầu, trung bình phụ nữ bị trả lương thấp hơn 24% so với nam giới.

7. "Economic Empowerment," <https://www.empowerwomen.org/en/who-we-are/initiatives/sg-high-level-panel-on-womens-economic-empowerment>.

8. The seven drivers are: enabling environment (including macro-economic policies), gender-based norms and discriminations, legal reforms, investments in care, changing business culture and practice, improving public sector practices in employment, and procurement.

9. Kalpana Kochhar, Sonali Jain-Chandra, and Monique Newiak (eds), *Women, Work and Economic Growth, Levelling the Playing Field* (Excerpt) (Washington, D.C.: International Monetary Fund, 2016), http://www.elibrary.imf.org/staticfiles/misc/excerpts/women_work_growth_excerpt.pdf.

10. Jonathan Woetzel, et al., *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth* (Shanghai: McKinsey Global Institute, 2015), <http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth>.

11. Karen A. Grepin and Jeni Klugman, *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between*

What We Know and What We Do (New York: World Bank and Women Deliver, 2013), 3-4, http://archive.womendeliver.org/assets/WD_Background_Paper_Exec_Summary_English.pdf.

12. Ibid.

13. Các nghiên cứu bao gồm:

a. Prabha Kosla, *Young Urban Women: Life Choices and Livelihoods in Poor Urban Areas* (Johannesburg: Action Aid, 2012), http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/young_women_urban.pdf.

b. *Young Urban Women: Exploring Interlinkages-Bodily Integrity, Economic Security and Equitable Distribution of Unpaid Care Work* (Johannesburg: ActionAid, 2015), <http://www.actionaid.org/publications/young-urban-women-exploring-interlinkages-bodily-integrity-economic-security-and-equita>.

c. Rachel Noble, *Double Jeopardy: Violence against Women and Economic Inequality* (London: ActionAid, 2017), <http://www.actionaid.org/publications/double-jeopardy-violence-against-women-and-economic-inequality>.

d. Một nghiên cứu về đáp ứng giới trong các dịch vụ công và mối liên quan tới nâng quyền về kinh tế của phụ nữ trẻ đã được ActionAid và Viện Nghiên cứu Phát triển, Sussex thực hiện. Báo cáo vẫn ở dạng dự thảo và hiện đang được hoàn thiện.

14. Chương trình đã được thực hiện ở 7 thành phố ở 3 nước Accra và Tamale ở Ghana; Cape Town và Johannesburg ở Nam Phi; và Mumbai, Chennai, và Hyderabad ở Ấn độ.

15. Báo cáo Đầu tư Thế giới UNCTAD 2013 ghi rằng "đặc điểm của kinh tế toàn cầu ngày nay chính là các chuỗi giá trị toàn cầu (GVCs), trong đó các hàng hóa và dịch vụ trung gian (như đồ vải) được trao đổi thương mại trong các quy trình sản xuất rời rạc và phân bố quốc tế. Các tập đoàn xuyên quốc gia điều phối GVCs chiếm khoảng 80% thương mại toàn cầu".

16. "Sự phân bổ các hình thức sản xuất

này trải ra trên phạm vi vài lãnh thổ đã dẫn đến việc tăng hiện tượng hợp đồng làm việc tại nhà bên ngoài phạm vi điều chỉnh của các qui định.”

17. Phụ nữ mang thai và phụ nữ cho con bú sẽ được nhận 6000INR (khoảng 93USD), 5000INR (khoảng 77USD) được trả làm 3 lần với điều kiện một số tiêu chí về hoàn thành đăng kí thai và sinh, chăm sóc trước sinh và tiêm phòng phải được thực hiện. Chương trình này cũng chỉ áp dụng với các trường hợp sinh sống lần đầu. Xem: Dipa Sinha, “Modi Government's Maternity Benefits Scheme Will Likely Exclude Women Who Need It the Most,” *The Wire*, May, 19, 2017, <https://thewire.in/137366/maternity-benefit-programme/>.

18. Những chỗ này rất nhỏ, trung bình 25 phụ nữ ở trong một diện tích khoảng 9m².

19. Ví dụ, ở Ấn độ, cưỡng hiếp trong hôn nhân chưa được công nhận là một tội trong luật pháp.

20. Điều tra Dân số và Sức khỏe Ghana (2014) cho thấy sử dụng biện pháp tránh thai thấp nhất ở các phụ nữ 15-19 tuổi đang kết hôn. Nhìn chung, 14% phụ nữ 15-19 tuổi đã bắt đầu sinh con. Tỷ lệ vị thành niên sinh con tăng nhanh theo tuổi, từ 1% ở tuổi 15 tới 31% ở tuổi 19. Xem: Ghana Statistical Service, Ghana Health

Service, and ICF International, *Ghana Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators*, http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/DHS_Report/Ghana_DHS_2014-KIR-21_May_2015.pdf.

21. Điều tra Dân số và Sức khỏe Ghana (2014) cho thấy sử dụng biện pháp tránh thai thấp nhất ở các phụ nữ 15-19 tuổi đang kết hôn. Nhìn chung, 14% phụ nữ 15-19 tuổi đã bắt đầu sinh con. Tỷ lệ vị thành niên sinh con tăng nhanh theo tuổi, từ 1% ở tuổi 15 tới 31% ở tuổi 19. Xem: *South Africa Demographic and Health Survey*, May 15, 2017, <http://www.statssa.gov.za/?s=teenage+pregnancy>.

22. Lynsey Chutel, “Record Unemployment Affects These South Africans the Most,” *Quartz Media*, November 23, 2016, <https://qz.com/844825/south-africas-unemployment-rate-is-at-a-13-year-high-most-affecting-women-and-the-youth/>.

23. Anganwadi là một dạng trung tâm chăm sóc bà mẹ và trẻ em ở nông thôn Ấn độ, được bắt đầu bởi chính phủ Ấn độ năm 1975 như là một phần của chương trình Lồng ghép Dịch vụ Phát triển Trẻ em để giải quyết việc trẻ em bị đói và suy dinh dưỡng. Anganwadi có nghĩa là “*nhà tạm lánh trong sân*” trong tiếng Ấn độ. Xem: [https://](https://en.wikipedia.org/wiki/Anganwadi)

en.wikipedia.org/wiki/Anganwadi.

24. Các nhà hoạt động Ấn độ ghi chú rằng “chương trình Dịch vụ Phát triển Trẻ em Lồng ghép Tái cấu trúc cam kết 70.000 cụm *anganwadi*-nhà trẻ trong giai đoạn Kế hoạch 5 năm lần thứ 12. Chưa đến 500 cụm trung tâm này được vận hành trong 3 năm qua.” Xem: “Public Hearing on Maternity Entitlements and Child-Care Provisions: 3rd May 2016,” India Resists, April 27, 2016, <http://www.indiaresists.com/maternity-entitlements-right-to-food/>.

25. Michael Thomson, Alexander Kentikelenis, and Thomas Stubbs, “Structural Adjustment Programmes Adversely Affect Vulnerable Populations: A Systematic-Narrative Review of Their Effect on Child and Maternal Health,” *Public Health Reviews*, July 10, 2017, <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-017-0059-2>.

TẠI SAO ƯU TIÊN SKQTDSS TRONG CHƯƠNG TRÌNH VÀ CHÍNH SÁCH VỀ BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU

Hwei Mian Lim

Cán bộ Chương trình Cao cấp

ARROW Email: hweimian@arrow.org.my

Để phụ nữ có thể tiếp cận phổ cập tới sức khoẻ tình dục và sinh sản cũng như quyền tình dục và sinh sản (SKQTDSS) như được nêu trong Mục tiêu 3 của Chương trình Nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững¹, chúng ta không thể bỏ qua tác động của biến đổi khí hậu đối với sức khoẻ phụ nữ, bao gồm cả sức khoẻ tình dục và sinh sản.² Mặt khác, việc nhận thức quyền tình dục và sinh sản của mình là điều thiết yếu đối với phụ nữ để có thể chủ động trong những hành động liên quan đến giảm nhẹ và thích ứng với tác động của biến đổi khí hậu, đồng thời chứng tỏ sự dẻo dai cần thiết trong việc ứng phó với các tác động của biến đổi khí hậu. Do đó, SKQTDSS bắt buộc phải được ưu tiên trong các chính sách, chiến lược, ngân quỹ, và các chương trình về biến đổi khí hậu.

Các nghiên cứu của các đối tác của ARROW tại tám nước châu Á³ đã nhận thấy rằng biến đổi khí hậu làm trầm trọng thêm các vấn đề về giới và SKQTDSS. Ở các nước đang phát triển, phụ nữ vốn đã phải đối mặt với bất bình đẳng giới và nghèo đói, biến đổi khí hậu càng đẩy họ vào tình thế bất lợi hơn.⁴ Do những biến đổi khí hậu cực đoan,⁵ khó khăn trong việc tìm kiếm thực phẩm⁶ sẽ ảnh hưởng đến việc tiêu thụ thực phẩm của phụ nữ (đặc biệt còn do phong tục của nhiều nước trong khu vực, phụ nữ thường ăn ít nhất và sau cùng),⁷ dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng và các vấn đề sức khoẻ khác.⁸ Phụ nữ suy dinh dưỡng gặp nguy hiểm nhiều hơn trong thai kỳ và các biến chứng

liên quan đến sinh đẻ, vô kinh, và vô sinh, trong khi các em gái dễ bị chậm kinh. Những ví dụ khác về ảnh hưởng của biến đổi khí hậu đến SKQTDSS của phụ nữ là: (i) sự thay đổi nhiệt độ và liều lượng mưa tạo ra nhiều ổ sinh muỗi hơn, dẫn đến gia tăng nguồn bệnh do côn trùng như sốt rét cho phụ nữ có thai, tăng nguy cơ sẩy thai tự nhiên, thai chết lưu, và trẻ sơ sinh thiếu cân; (ii) mực nước biển dâng cao và lũ lụt tại các khu vực ven biển dẫn đến nguồn nước uống bị nhiễm mặn, tình trạng có liên quan đến tiền sản giật, sản giật, và tăng huyết áp ở phụ nữ; (iii) và xung đột về các nguồn tài nguyên (như nước và đất canh tác) dẫn đến sự dịch chuyển dân cư, do đó hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ và nguồn cung cấp vật phẩm về sức khoẻ sinh sản và tình dục cho phụ nữ.¹⁰ Trong những thời điểm khó khăn, phụ nữ thường bỏ mặc sức khoẻ, bao gồm cả sức khoẻ sinh sản và tình dục, làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong.¹¹

Gánh nặng công việc của phụ nữ tăng lên khi xảy ra biến đổi khí hậu do vai trò giới thường quy định họ là người chăm sóc người ốm, trẻ con và người già; họ cũng có trách nhiệm nấu nướng, lấy nước và dự trữ nhiên liệu cho gia đình.¹² Phụ nữ cũng dễ bị quấy rối tình dục, hãm hiếp, và các hành vi bạo lực giới khác trong các sự cố biến đổi khí hậu cực đoan; ví dụ khi đi đường xa để lấy nước hoặc nhiên liệu hoặc khi sống trong các trại cứu nạn tạm thời.¹³ Ngoài ra, các đối tác của chúng tôi ở Bangladesh,

Nepal và Philippines¹⁴ báo cáo rằng các cuộc hôn nhân vị thành niên và tảo hôn đang diễn tiến. Những phát hiện cho thấy rằng các gia đình nghèo đang dựa vào tảo hôn như một lối thoát khỏi đói nghèo do biến đổi khí hậu gây ra. Ngoài ra, bất bình đẳng giới hạn chế sự di chuyển của phụ nữ và ngăn cản họ học các kỹ năng sống còn (ví dụ như bơi lội và leo cây), khiến họ có nguy cơ bị thương hoặc chết cao hơn nam giới.¹⁵

Tác động của biến đổi khí hậu đối với SKQTDSS như đã mô tả ở trên có ảnh hưởng cả ngắn hạn và dài hạn đến sức khoẻ thể chất và tinh thần của phụ nữ. Việc cung cấp cho phụ nữ các dịch vụ và thông tin SKQTDSS dựa trên quyền trong bối cảnh biến đổi khí hậu sẽ mang lại lợi ích cho cả phụ nữ và môi trường. Nói chung, phụ nữ mong muốn sinh ít con hơn (có thể thấy qua tình trạng nhu cầu kế hoạch hoá gia đình không được đáp ứng đủ) và cuộc sống khỏe mạnh và có quyền lực hơn, nhờ đó họ có thể nuôi dạy những đứa trẻ khỏe mạnh hơn, tìm được công ăn việc làm thành công, cải thiện tình trạng kinh tế xã hội của gia đình và bảo tồn tài nguyên thiên nhiên và môi trường trong cộng đồng của họ. Đây sẽ là những đóng góp của phụ nữ, thông qua việc tiếp cận phổ cập SKQTDSS, trong việc xây dựng các cộng đồng có khả năng đối phó với biến đổi khí hậu.

Có nhiều lý do khiến SKQTDSS của phụ nữ không được ưu tiên trong

các chính sách, chiến lược, ngân quỹ và chương trình biến đổi khí hậu.¹⁶ Thứ nhất, các chính phủ thiếu hiểu biết về tác động qua lại giữa biến đổi khí hậu và SKQTDSS, thậm chí cả các nhóm nữ quyền và các nhóm xã hội dân sự (CSO). Báo cáo của Ủy ban Liên Chính phủ Thứ 5 về Biến đổi Khí hậu (IPCC) đã công nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản như là một "lợi ích hỗ tương", đó là một hoạt động giúp giảm nhẹ các biến đổi khí hậu và cũng có lợi cho sức khỏe con người.¹⁷ Tuy nhiên, báo cáo vẫn không nhắc tới quyền và sức khỏe tình dục và sinh sản. SKQTDSS bao gồm các quyền cá nhân của phụ nữ, ví dụ như lựa chọn người mà họ muốn kết hôn, quyết định số con họ muốn và khi nào họ muốn sinh, và không phải đối phó với bạo lực giới. SKQTDSS là một phần của nhân quyền của phụ nữ, và không thể thương lượng. Các quốc gia không thể lựa chọn nhân quyền nào họ muốn hay không muốn mang lại cho phụ nữ.

SKQTDSS bao gồm các quyền cá nhân của phụ nữ, ví dụ như lựa chọn người mà họ muốn kết hôn, quyết định số con họ muốn và khi nào họ muốn sinh, và không phải đối phó với bạo lực giới. SKQTDSS là một phần của nhân quyền của phụ nữ, và không thể thương lượng. Các quốc gia không thể lựa chọn nhân quyền nào họ muốn hay không muốn mang lại cho phụ nữ.

Thứ hai, mặc dù các vai trò của phụ nữ như là những tác nhân của sự thay đổi, cũng như sự khéo léo và năng lực của họ, đã được công nhận trong các văn kiện Công ước Khung về Biến đổi Khí hậu của LHQ (UNFCCC), trở trêu

thay, trong thực thi các văn bản này, đóng góp của họ "thường bị bỏ qua"¹⁸ do bất bình đẳng giới. Họ thường được coi là "nạn nhân" trong các thảm họa liên quan đến khí hậu, và tiếng nói và nhu cầu của họ, bao gồm cả SKQTDSS, không được chú ý. Nói chung họ không được tham gia quá trình ra quyết định và thực thi các hành động liên quan đến khí hậu, và các hành động này cũng không tính đến nhu cầu của họ, bao gồm cả SKQTDSS.

Thứ ba, do hệ thống và cấu trúc xã hội gia trưởng, các quyết định thường do các nhà lãnh đạo hay hoạch định chính sách nam giới đưa ra, kể cả khi quyết định có liên quan chủ yếu đến cơ thể của phụ nữ, và SKQTDSS của họ. Xu hướng này không chỉ giới hạn ở các nước đang phát triển. Một ví dụ gần đây là việc chính Tổng thống Hoa Kỳ ký kết Chính sách Gag toàn cầu / Chính sách Mexico City.¹⁹

Yếu tố thứ tư là sự thiếu minh bạch về các quy trình và quyết định trong các cuộc đàm phán về các vấn đề biến đổi khí hậu xảy ra ở cấp địa phương, quốc gia và quốc tế. Ví dụ, trong Hội nghị Đa Phương (COP), các nhà quan sát xã hội dân sự, bao gồm cả các nhóm nữ quyền, đã bị hạn chế hoặc không thể tiếp cận các cuộc đàm phán cấp cao. Hơn nữa, họ cũng bị hạn chế hoặc không thể tiếp cận với các tài liệu hội nghị, và nhận được thông báo về thời gian và chương trình nghị sự của các sự kiện chính thức quá trễ.²⁰ Các tình huống tương tự xảy ra trong các cuộc họp của Hội đồng Tài trợ Khí hậu Xanh.

Câu hỏi đặt ra là liệu chúng ta có thể làm được gì để SKQTDSS được ưu tiên trong bối cảnh biến đổi khí hậu?

1. Yêu cầu cấp bách nhất là khơi mở nhận thức cho các nhóm nữ quyền và các tổ chức xã hội dân sự, bao gồm cả các tổ chức có liên quan tới môi trường, về tác động tiêu cực của biến đổi khí hậu đối với SKQTDSS của phụ nữ. Chúng ta có thể tìm kiếm sự hỗ trợ thông qua việc xây dựng các cuộc đối thoại liên-phong-trào và liên minh với các nhóm nữ quyền và các tổ chức xã hội dân sự rộng lớn hơn. Các cơ quan này có thể khơi mở nhận thức và vận động các nhà hoạch định chính sách ở cấp quốc gia và địa phương đưa SKQTDSS vào các chính sách, ngân sách và chương trình biến đổi khí hậu. Họ cũng nên theo dõi và truy cứu trách nhiệm đối với các chính phủ.

2. Điểm cần nhấn mạnh là mối liên kết giữa Hiệp định Paris và Các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) ở cấp quốc tế. Ngoài Mục tiêu 13²¹ tập trung vào các hành động biến đổi khí hậu, đa số không ý thức được mối quan hệ tương hỗ giữa hai hiệp định nói trên, và sự tương hỗ này có thể được vận hành ở cấp quốc gia như thế nào. Một bản báo cáo của Viện Tài nguyên Thế giới cho thấy, về mặt lý thuyết, tất cả 17 mục đích, bao gồm gần như tất cả các mục tiêu, đều phù hợp với các hành động Dự kiến Đóng góp của Quốc gia (INDC)²² dưới Hiệp định Paris²³. Bản báo cáo khẳng định rằng, thúc đẩy sự liên kết giữa Hiệp định Paris và Các Mục tiêu Phát triển Bền vững trên phạm vi toàn quốc có thể đem lại lợi ích hỗ tương.²⁴

Bằng chứng này cung cấp cho các tổ chức xã hội dân sự cơ sở để vận động chính phủ các nước thực hiện

các chính sách, ngân quỹ và chương trình của Các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG) và các chính sách của Dự án Theo định hướng Quốc gia (INDC). Cách tiếp cận này có tính thực tiễn vì hầu hết các nước đang phát triển đều có nguồn tài nguyên và năng lực hạn chế. Ngoài ra, thông qua cách tiếp cận này, các vấn đề xuyên suốt như nghèo đói; sức khỏe, kể cả SKQTDSS; giáo dục; bình đẳng giới, bao gồm trao quyền cho phụ nữ và xây dựng khả năng ứng phó của họ đối với tác động của biến đổi khí hậu; và phát triển chung sẽ được tính đến trong kế hoạch tổng thể, lập ngân sách và thực thi.

Từ khi báo cáo đánh giá lần thứ năm của Ủy ban Liên chính phủ về Biến đổi Khí hậu (IPCC) đã thừa nhận việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản như một "lợi ích hỗ tương", đây là một điểm khởi đầu cho các nhà vận động SKQTDSS để gây áp lực khiến các chính phủ đưa SKQTDSS²⁵ vào các chính sách, bao gồm dự án giảm nhẹ và thích ứng với biến đổi khí hậu²⁶. Việc cung cấp dịch vụ SKQTDSS phải chủ yếu nhằm vào giải quyết các nhu cầu chưa được đáp ứng thông qua cách tiếp cận dựa trên quyền, và không nên sử dụng cho chương trình kiểm soát dân số.

Những nhà vận động SKQTDSS cần phải liên tục định hướng các đối thoại về biến đổi khí hậu và các cuộc đàm phán ở mọi cấp độ về phía các giải pháp về giới²⁷ và các cách tiếp cận dựa trên quyền, đồng thời đề cập đến việc đưa SKQTDSS vào các chính sách, ngân quỹ và chương trình về biến đổi khí hậu. Họ phải đòi hỏi quyền tiếp cận và tham gia vào các sự kiện liên quan đến biến đổi khí hậu ở tất cả các cấp cho phụ nữ.

Việc cung cấp dịch vụ SRHR phải chủ yếu nhằm vào giải quyết các nhu cầu chưa được đáp ứng thông qua cách tiếp cận dựa trên quyền, và không nên sử dụng cho chương trình kiểm soát dân số.

Các tổ chức LHQ và các nhà tài trợ phải cộng tác với các nhóm nữ quyền và các tổ chức xã hội dân sự trong nước, có thể huy động các tổ chức này tham gia các chiến dịch ủng hộ và nâng cao nhận thức về tác động của biến đổi khí hậu đối với sức khỏe phụ nữ, bao gồm cả SKQTDSS, cách để giảm nhẹ những tác động này, và các chiến lược thích ứng để đối phó. Mục tiêu cho các chiến dịch này là các nhà hoạch định chính sách, cơ quan chính phủ trung ương và địa phương, và cộng đồng ở tầng cơ sở, đặc biệt là phụ nữ.

Để có thể hướng tới thực thi Các Mục tiêu Phát triển Bền vững và các chính sách, ngân sách và lập trình của Dự án Theo định hướng Quốc gia, các chính phủ cần phải đảm bảo rằng tất cả các bộ ngành đều làm việc cùng nhau, thay vì hoạt động riêng rẽ. Các Bộ phải kết hợp các giải pháp về giới, bao gồm cả việc đưa SRHR vào kế hoạch phát triển và ngân sách, đồng thời phải tính toán để những giải pháp này phù hợp với các hành động của quốc gia về biến đổi khí hậu.

Ghi chú và Tham khảo

1. Mục tiêu 3, "Đến 2030, đảm bảo tiếp cận phổ quát tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản, bao gồm kế hoạch hóa gia đình, thông tin và giáo dục, và lồng ghép sức khỏe sinh sản vào các chương trình và chiến lược quốc gia." United Nations, "Mục tiêu 3: Đảm bảo Cuộc sống Lành mạnh và Thúc đẩy Hạnh phúc cho Tất cả ở Mọi lứa tuổi" <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#7e9fb9b0ec8c8e6e6>.
2. WHO, "Keynote Address at the Human Rights Council Panel Discussion on Climate Change and the Right to Health," Geneva, March 3, 2016, <http://www.who.int/dg/speeches/2016/human-rights-council/en/>.
3. Rehabilitation Centre (Nepal), Sindh Foundation (Pakistan), and PATH Foundation (Philippines).
4. World Health Organisation, *Gender, Climate Change and Health* (Geneva: World Health Organisation, 2014), http://www.who.int/globalchange/publications/reports/gender_climate_change/en/.
5. Ví dụ về các hiện tượng khí hậu bao gồm hạn hán, lụt lội, vòi rồng, dâng cao mực nước biển, thời tiết ấm lên và ô nhiễm không khí.
6. Gây ra bởi mất mùa và tăng giá thực phẩm.
7. "Gender and Nutrition," FAO, <http://www.fao.org/docrep/012/al184e/al184e00.pdf>.
8. Lim Hwei Mian, *Women's Health and Climate Change* (Kuala Lumpur: ARROW, 2017). <http://arrow.org.my/publication/womens-health-climate-change/>.
9. Ibid.
10. Ibid., and Zonibel Woods, "Identifying Opportunities for Action on Climate Change and Sexual and Reproductive Health and Rights in Bangladesh, Indonesia, and the Philippines," ARROW Working Papers (Kuala Lumpur: ARROW, 2014), <http://arrow.org.my/publication/identifying-opportunities-for-action-on-climate->

change-and-sexual-and-reproductive-health-and- rights-in-bangladesh-indonesia-and-the-philippines/.

11. Lim Hwei Mian, *Women's Health and Climate Change*.

12. Ibid.

13. Ibid.

14. Khan Foundation, *Bangladesh Scoping Study Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Women's SRHR and Climate Change: What Is the Connection?* (Dhaka and Kuala Lumpur: Khan Fdn. and ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Bangladesh.pdf; Women's Rehabilitation Centre (WOREC), *Nepal Scoping Study Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Research Report on Inter-relationship between Climate Change, Agriculture, Food Security and SRH* (Kathmandu and Kuala Lumpur: WOREC and ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Nepal.pdf; and PATH Foundation, Philippines, *Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Linking SRHR, Population, Health, Environment and Climate Change Initiatives: A Scoping Study on Women and Fishers in the Philippines* (Makati and Kuala Lumpur: PATH and ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Philippines.pdf.

15. World Health Organisation, *Gender, Climate Change and Health* (Geneva: World Health Organisation, 2014).

16. Bao gồm cả các nội dung được nêu trong Kế hoạch Sửa đổi Quốc gia (NAPs) và/hoặc Chương trình Sửa đổi Quốc gia cho Hành động (NAPAs).

17. Kirk R. Smith, Alistair Woodward, Diarmid Campbell-Lendrum, Dave D. Chadee, Yasushi Honda, Qiyong Liu, J.M.Olwoch, Boris Revich, and Rainer Sauerborn, "Human Health: Impacts,

Adaptation, and Co-benefits," In *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability Part A: Global and Sectoral Aspects, Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Field, C.B., et al. (Eds.) (Cambridge and New York: Cambridge University Press, 2014), 709-754, http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/WGIIAR5-Chap11_FINAL.pdf.

18. UN Women, *Leveraging Co-benefits Between Gender Equality and Climate Action for Sustainable Development: Mainstreaming Gender Considerations in Climate Change Projects* (New York: UN Women, 2016), https://unfccc.int/files/gender_and_climate_change/application/pdf/leveraging_cobenefits.pdf.

19. "Trump's Order on Abortion Policy: What Does It Mean?," *BCC News*, January 24, 2017, <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-38729364>.

20. The Women and Gender Constituency (WGC) has expressed the issues identified to the UNFCCC. See: "Rights- holders and Duty-bearers," WGC, March 6, 2017, <http://womensgenderclimate.org/rights-holders-duty-bearers/>.

21. Mục tiêu 13 là "Hành động khẩn cấp để chống lại biến đổi khí hậu và tác động".

22. Các đảng đến Hội nghị Đảng (COP) được yêu cầu phải gửi INDC tới UNFCCC. INDC của mỗi nước phải cụ thể hóa các hành động về khí hậu sau 2020 để giảm khí thải nhà kính, và đôi khi cũng bao gồm "họ sẽ thích ứng với các tác động của biến đổi khí hậu như thế nào, và họ cần những hỗ trợ gì hay họ có thể hỗ trợ gì cho các nước khác để có thể thực hiện các qui trình carbon thấp và có khả năng chống đỡ tốt với biến đổi khí hậu". Xem: "INDC là gì?", World Resources Institute, <http://www.wri.org/indc-definition>.

23. For more information, see: Eliza Notrhrop, Hana Biru, Sylvia Lima, Mathilde Bouye, and Ranping Song, "Examining the Alignment Between the Intended Nationally Determined Contributions and Sustainable

Development Goals," Working Paper (Washington DC: World Resources Institute, 2016), <http://www.wri.org/publication/examining-alignment-between-intended-nationally-determined-contributions-and-sustainable>.

24. Bài viết cho thấy ở cấp độ quốc gia, các hành động và chính sách về phát triển bền vững được thiết kế tốt sẽ đóng góp vào "giảm khí thải nhà kính và tăng cường khả năng chống đỡ với biến đổi khí hậu". Mặt khác, các chính sách, chiến lược và chương trình mang tính đáp ứng và giảm thiểu hậu quả của biến đổi khí hậu có thể đóng góp vào việc đạt được SDGs.

25. Việc cung cấp các dịch vụ SKSS là không đủ; nó cần phải bao gồm đầy đủ các dịch vụ về SKQTDSS và thông tin về dịch vụ KHHGD, bao gồm đỡ đẻ bởi cán bộ kỹ thuật, chăm sóc cấp cứu sản khoa và chăm sóc sau phá thai; dự phòng lây truyền và chẩn đoán STIs và HIV; phòng và chẩn đoán sớm ung thư vú và ung thư cổ tử cung; dự phòng bạo lực trên cơ sở giới và chăm sóc cho phụ nữ bị bạo lực; lồng ghép dự phòng, quản lý và chăm sóc HIV trong các dịch vụ SKTDSS; và giáo dục kỹ năng về SKTDSS mang tính nhạy cảm giới. Xem: UNFPA, *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All; Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework* (New York: UNFPA, 2008). https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH_Framework.pdf

26. Khi kết nối các dịch vụ SKSS với giảm thiểu tác hại, chúng ta cần lưu ý cách tiếp cận dựa trên quyền cần phải được đảm bảo và thông tin toàn diện về dịch vụ cần được cung cấp cho phụ nữ để giúp họ đưa ra các quyết định được thông tin đầy đủ về khoảng cách sinh và số con. Với mục đích giảm khí thải nhà kính, không được sử dụng các dịch vụ SKSS như là các phương tiện kiểm soát tăng dân số vì thường sẽ dẫn đến lạm dụng, cưỡng ép và vi phạm quyền của phụ nữ. Mặc dù báo cáo IPCC chỉ kết nối dịch vụ SKSS với giảm thiểu thiệt hại, việc kết nối các dịch vụ này với khả năng thích ứng quan trọng hơn nhiều. Các dự

án thích ứng thường bao gồm các cấu phần phát triển. Việc đưa SKQTDSS vào sẽ có các lợi ích xã hội không carbon và các lợi ích giới.

27. Các nhóm phụ nữ và CSOs có thể sử dụng các công cụ được phát triển bởi Tổ chức Môi trường và Phát triển của Phụ nữ.

28. (WEDO) để theo dõi việc lồng ghép giới vào các chính sách và văn bản về biến đổi khí hậu ở cấp quốc tế và quốc gia. Xem: "WEDO Launches Gender

Climate Tracker Mobile App," November 15, 2016, <http://wedo.org/gender-climate-tracker-app/>.

29. Bao gồm phụ nữ từ các nhóm người bản địa, dễ bị tổn thương và lề hóa.

THAY ĐỔI QUAN ĐIỂM VỀ QUYỀN TÌNH DỤC TẠI LIÊN HIỆP QUỐC

Meghan Doherty

Tiền phong về Quyền Tình dục (SRI)/ Hành động Canada về Sức khỏe và Quyền tình dục.

Email: meghan@sexualhealthandrights.ca

Hiếm có chủ đề nào gợi lên phản ứng hoặc sự ủng hộ mạnh mẽ của các quốc gia và các nhà vận động tại Liên Hợp Quốc (LHQ) như quyền tình dục. Thuật ngữ này là một điểm nóng mang tính địa chính trị và thường bị hiểu nhầm bởi vô số người liên quan.

Mặc dù có những tiến bộ đáng kể về chuẩn mực và pháp lý về quyền tình dục trong hệ thống nhân quyền quốc tế, một số quốc gia vẫn tiếp tục kiên quyết phủ nhận sự tồn tại của chúng, trong khi một số khác lại giới hạn thuật ngữ này trong định nghĩa về khuynh hướng tình dục và nhân dạng giới. Một số khác cố gắng tách biệt sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, quyền tình dục, quyền sinh sản và các quyền liên quan đến giới một cách rạch ròi vào các phạm trù khác nhau như thể chúng là những vấn đề riêng biệt. Sự thiếu hiểu biết chung về quyền tình dục rằng nó là phổ quát, xác định, có liên hệ tương hỗ với các lĩnh vực khác và dựa trên nền

tảng tự chủ, đã dẫn tới những cách tiếp cận tản mạn với sức khỏe tình dục và sinh sản cũng như các quyền này (SRHR) ¹ trong hệ thống LHQ. Với việc thông qua Chương trình Nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững, cần phải xem xét lại lộ trình phát triển của quyền tình dục trong hệ thống LHQ và cân nhắc một loạt các biện pháp tiếp cận có khả năng thay đổi quan điểm, nhờ đó chúng ta có thể tiến đến một tầm nhìn thống nhất về quyền tình dục trong các chính sách toàn cầu.

Công cuộc thúc đẩy, chính trị hóa và vận động chưa từng có do các nhà nữ quyền trên toàn thế giới dẫn đầu cho đến Hội nghị Thế giới Vienna năm 1993 về Nhân quyền, Hội nghị Quốc tế Cairo về Dân số và Phát triển (ICPD 1994), và Hội nghị Thế giới về Phụ nữ lần thứ tư vào năm 1995 ở Bắc Kinh đã thực sự làm thay đổi hướng thảo luận và chính sách về dân số, phát triển và nữ quyền.

Trong số những thành công đó, quyền sinh sản được công nhận và minh định, quyền của phụ nữ đã được khẳng định rõ ràng là một phần của nhân quyền, và quyền của phụ nữ được kiểm soát tình dục của mình được đề cao trong mọi hiệp định quốc tế không ràng buộc.

Những thành tựu vững chắc này đã được tôn vinh xứng đáng nhưng đều phải trả giá. Trong các cuộc đàm phán ICPD, từ ngữ mềm mại hơn và việc nhượng bộ các chuẩn mực mang tính chủ quyền quốc gia liên quan đến phá thai được chấp nhận như những thỏa hiệp, quyền tình dục đã bị hy sinh để bảo vệ các lợi ích khác, và các quy định về sức khỏe tình dục và tình dục vị thành niên chỉ được giới hạn ở phòng ngừa bệnh tật và thai nghén. Trong Hội nghị Bắc Kinh năm kế tiếp, đa phần những tuyên bố tại ICPD về phá thai được lặp lại như cũ, và thậm chí cả đoạn văn bản vốn được

tán dương về quyền kiểm soát tình dục của phụ nữ cũng được “chuẩn hoá” trong khuôn khổ chuẩn mực tình dục khác giới.²

Trong khi các rà soát tiếp theo về ICPD và Hội nghị Bắc Kinh trong 20 năm kể tiếp đã đạt được một số tiến bộ, về đại thể, các quốc gia lại tranh chấp về những tuyên bố đã được thông qua trước đó và gần như không đạt được thêm tiến bộ nào. Những nhân tố góp phần làm bế tắc về quyền tình dục tại LHQ bao gồm việc thiếu các cơ chế hiệu quả về giải trình trách nhiệm, những phản ứng ngược đối với những thành tựu đạt được ở Cairo và Bắc Kinh, thay đổi về các ưu tiên tài trợ, khủng hoảng tài chính, việc khôi phục Lệnh cấm mọi hoạt động liên quan đến nạo phá thai của tất cả các tổ chức nhận viện trợ của Mỹ trên toàn thế giới (GGR), và việc quyền sinh sản và tình dục bị gạt ra ngoài lề trong Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs) (bao gồm bảy năm không có mục tiêu về sức khỏe sinh sản).

Bất chấp những bước lùi về mặt chính trị, các nhà vận động đã nhận ra những cơ hội để tiến lên trong hệ thống nhân quyền của LHQ. Bắt đầu từ năm 2002, các nhà vận động làm việc tại Ủy ban Nhân quyền LHQ (tiền thân của Hội đồng Nhân quyền LHQ) bắt đầu sử dụng khung làm việc này để khai mở con đường mới dẫn tới sự tiến bộ về quyền tình dục tại LHQ. Cách tiếp cận này bắt đầu từ việc xác định một bên là đối tượng có quyền và các quyền của họ và bên kia là những người chịu trách nhiệm [bảo vệ quyền] và nghĩa vụ của họ đối với người có quyền. Nhờ có các phân tích và báo cáo do LHQ uỷ nhiệm cho một hệ thống các chuyên gia độc lập³ về các vấn đề nhân quyền và tình hình

thực tế của các quốc gia, sự phức tạp trong cuộc sống dân sự được đặt lên hàng đầu và trung tâm, với nhấn quan về trách nhiệm giải trình của Nhà nước. Sự chuyển đổi trong việc định vị quyền tình dục từ hành vi cá nhân sang trách nhiệm của Nhà nước, như được đề cập trong các hiệp ước quốc tế về nhân quyền, là điều cần thiết để nâng cao sự hiểu biết về mối liên hệ chòng chéo giữa tình dục, giới và sinh sản, sự giao thoa giữa chúng với các yếu tố chủng tộc, giai cấp, dân tộc, tình trạng khuyết tật, địa lý, tình trạng di cư, tôn giáo..., và các nghĩa vụ của Nhà nước nhằm khắc phục các vi phạm nhân quyền và tạo ra một môi trường thuận lợi cho việc thực thi quyền tình dục.

Sự chuyển đổi trong việc định vị quyền tình dục từ hành vi cá nhân sang trách nhiệm của Nhà nước, như được đề cập trong các hiệp ước quốc tế về nhân quyền, là điều cần thiết để nâng cao sự hiểu biết về mối liên hệ chòng chéo giữa tình dục, giới và sinh sản, cũng như sự giao thoa của chúng với các yếu tố chủng tộc, giai cấp, dân tộc, tình trạng khuyết tật, địa lý, tình trạng di cư, tôn giáo..., và các nghĩa vụ của Nhà nước nhằm khắc phục các vi phạm nhân quyền và tạo ra một môi trường thuận lợi cho việc thực thi quyền tình dục.

Nền tảng vững chắc được phát triển qua nhiều năm đã dẫn tới những tiến bộ đáng kể trong một loạt các vấn đề về quyền tình dục tại Hội đồng Nhân quyền LHQ.⁴ Tuy nhiên, những tiến bộ về quyền tình dục vẫn còn tách biệt với các quá trình phát triển toàn cầu. Khi các Mục tiêu Phát

triển Thiên niên kỷ (MDG) sắp kết thúc một cách lặng lẽ, và ICPD và Hội nghị Bắc Kinh hết thời hạn với các hoạt động chính còn dang dở, các nhà vận động trên khắp thế giới đã lao vào các cuộc đàm phán hậu 2015 để thúc đẩy hội nhập hiệu quả các tiêu chuẩn nhân quyền có liên quan đến tình dục, giới, và sinh sản vào bản tổng kết hội nghị. Cuối cùng, tuyên bố về Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) đã được cải thiện đáng kể từ các MDG. Tuy nhiên, quyền tình dục một lần nữa bị tách biệt khỏi quyền sinh sản, và các cuộc đàm phán bị thu hẹp phạm vi để chủ yếu xem xét sự tương đương của quyền tình dục với khuynh hướng tình dục trong bối cảnh bạo lực và không kỳ thị. Những lập luận rằng quyền tình dục bao hàm tính tự rị, tính giao thoa với các khía cạnh xã hội và tính tự quyết đã không có đủ sức hấp dẫn ở giai đoạn mở đầu để có thể kéo dài trong quá trình đàm phán.

Mặc dù quyền tình dục không được đưa vào kế hoạch cụ thể của SDGs, nhưng đã có những thành tựu đáng kể tạo cơ hội thúc đẩy quyền tình dục ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu. Thứ nhất, bản tuyên bố chính trị khẳng định vị trí trung tâm của nhân quyền trong phát triển và dẫn các tham chiếu có trọng lượng đến các hiệp ước quốc tế về quyền con người, sức khỏe tình dục và sinh sản, quyền sinh sản, bất bình đẳng, phân biệt đối xử, khả năng tiếp cận công lý và cam kết hướng tới những nhóm xã hội dễ bị tổn thương nhất.

Thứ hai, một số chỉ tiêu SDG nhất quán với các tiêu chuẩn về quyền sinh sản và tình dục, đặc biệt là những đề mục liên quan đến đối xử không phân biệt (5.1.1, 10.3.1),

quyền tự quyết trong quan hệ tình dục, ngừa thai và chăm sóc sức khỏe sinh sản (5.6. 1). Nghĩa vụ của Nhà nước đảm bảo tiếp cận với sức khỏe tình dục và sinh sản và (5.6.2), phân tách dữ liệu cho các trường hợp nhiễm HIV mới giữa các nhóm dân cư có nguy cơ cao (3.3.1) và khả năng tiếp nhận của các dịch vụ y tế (16.6.2).

Thứ ba, nhấn mạnh vào việc ưu tiên tiếp cận những nhóm xã hội bị bỏ rơi xa nhất, tạo khả năng cho các quốc gia xem xét và khắc phục tình trạng phân biệt đối xử và gạt ra ngoài lề mang tính thể chế và hệ thống khiến cho các vi phạm về quyền tình dục bị khuất lấp.

Một số quốc gia đang tái tổ chức các chính sách phát triển của họ để phù hợp với các SDG, và các cơ chế tổ chức của LHQ cũng đang được vận hành. Điều này đem lại cơ hội có một không hai để đảm bảo sự liên kết giữa các công cụ ràng buộc quốc tế về nhân quyền và các cam kết tự nguyện, nhằm vận động cho việc gắn kết các chỉ số SDG với các chỉ số về nhân quyền,⁵ và yêu cầu các nguyên tắc nhân quyền về tham gia, trách nhiệm, minh bạch, hợp tác quốc tế, trao quyền, tính bền vững và không phân biệt đối xử được thực thi một cách có hệ thống ở tất cả các cấp và các quá trình tiếp theo.

Diễn đàn Chính trị Cấp cao hàng năm (HLPF) về SDGs tại trụ sở LHQ ở New York hiển nhiên là một không gian để vận động cho một quan điểm toàn diện hơn về quyền tình dục dựa trên các tiêu chuẩn và quy tắc nhân quyền. Tuy nhiên, chiến lược này không phải là không có rủi ro. Khung hoạt động nhân quyền có khả năng sẽ bị sáp nhập với chương trình nghị

sự về phát triển, mà vốn không có một nền tảng tương tự về quyền tình dục, và cuối cùng có thể dẫn tới việc làm suy yếu khung hoạt động nhân quyền. Một nguy cơ khác xuất phát từ việc hủy bỏ các vấn đề quyền tình dục nhất định vào những thời điểm tiện lợi về chính trị, trong khi làm xói mòn tầm quan trọng của nguyên tắc bao trùm về quyền tự chủ. Điều này được thể hiện rõ nét nhất qua những nỗ lực của Nhà nước nhằm thúc đẩy tiếp cận kế hoạch hóa gia đình, nhưng không hỗ trợ tiếp cận phá thai an toàn⁶ và sự cường điệu về quyền phụ nữ như một phương tiện phát triển kinh tế.⁷ Hơn nữa, mặc dù MDGs có sự cải thiện đáng kể, hệ thống giải trình giành cho SDG đã từng bị phê phán rộng rãi vì chỉ dựa trên sự rà soát của Nhà nước, cơ sở thu thập số liệu ở nhiều nước không đủ năng lực để đánh giá sự tiến bộ của các mục tiêu, và mức độ tham gia chính thức của xã hội dân sự vẫn bị định nghĩa một cách méo mó.

Những nhà vận động quyền tình dục phải luôn thận trọng trong khi nỗ lực tham gia vào các quá trình của SDG và cân nhắc các biện pháp tiếp cận khác để củng cố quyền tình dục. Hội đồng Nhân quyền và các cơ quan hiệp ước đưa ra một hướng đi. Trong Bản đánh giá Định kỳ toàn cầu (UPR), mỗi chu kỳ 4 năm rưỡi tất cả 193 Quốc gia Liên hợp quốc được đánh giá lại toàn bộ về các vấn đề nhân quyền. Quá trình đánh giá lẫn nhau này, với sự đóng góp đáng kể của xã hội dân sự và hoạt động cấp quốc gia, đã chứng tỏ là hữu ích trong việc nêu lên các vấn đề quyền tình dục bị bỏ rơi. Những Quy trình Đặc biệt, ví dụ như sử dụng các chuyên gia độc lập (do đó không bị giới hạn bởi

chính trị giữa các chính phủ), tiếp tục mở rộng phân tích các quyền tình dục thông qua các báo cáo theo chủ đề, các chuyến công du đến các quốc gia và hệ thống truyền thông. Các tổ chức liên quan đến các hiệp ước, với sự hợp thức bắt nguồn từ luật pháp quốc tế, nghiên cứu chi tiết về luật pháp, chính sách và các thực hành cản trở việc thực thi các quyền tình dục ở cấp quốc gia và đưa ra bằng chứng pháp lý thông qua hệ thống khiếu nại cá nhân.

Một hướng đi khác là Diễn đàn Phát triển Bền vững Khu vực được thiết lập để thông báo cho Diễn đàn Chính trị Cấp cao (HLPF) hàng năm. Các diễn đàn này có thể cung cấp không gian cho các cuộc tranh luận có hiệu quả và phù hợp hơn với bối cảnh về các vấn đề mà các khu vực cụ thể phải đối mặt bởi vì chúng được chủ trì bởi các lãnh đạo khu vực, do các tổ chức xã hội dân sự địa phương thông báo và có thể thu hút các cơ quan nhân quyền hiện diện trong khu vực.

Những cách tiếp cận thay thế này cũng gặp những thử thách riêng. Tại Hội đồng Nhân quyền, các cuộc tấn công liên tục vào quyền tình dục và sinh sản được tổ chức kỹ càng bởi các liên minh của các quốc gia từ các vùng khác nhau, bao gồm Nga, Ai Cập, Pakistan, El Salvador, Ấn Độ, Saudi Arabic, Nigeria, Uganda, Trung Quốc và hiện nay có sự tham gia của Mỹ, cùng với những nước khác, tùy thuộc vào chủ đề. Sự cố thủ của Nghị quyết "Bảo vệ gia đình", được hỗ trợ bởi nhiều trong số những quốc gia này, đã tạo ra những tiền lệ nguy hiểm dẫn đến một khung bảo vệ đặc biệt cho mô hình gia đình gia trưởng với

khác giới truyền thống, đe dọa quyền tự do không bị bạo hành trong phạm vi gia đình.⁹ Về phần Diễn đàn Phát triển Bền vững khu vực, một số vùng bị thống trị bởi những chính phủ cực kỳ thù địch với quyền tình dục và cũng thiếu các cơ quan nhân quyền tại chỗ đủ mạnh làm hạn chế các cơ hội đối thoại và tiến bộ có ý nghĩa.

Hơn nữa, việc tham gia vào các cơ chế của LHQ phụ thuộc vào khả năng của xã hội dân sự và các nhà hoạt động xã hội có thể tự do tổ chức, bày tỏ sự bất đồng, đi đến tham dự các cuộc họp, và góp ý mang tính xây dựng với các quan chức chính phủ và LHQ mà không sợ bị trả thù. Với các chế độ độc tài đang lớn mạnh và sự gia tăng tương ứng của các nhân tố suy thoái nhằm mục đích bảo vệ các chuẩn mực gia trưởng, không gian cho vận động quyền tình dục đang bị thu hẹp ở tất cả các cấp độ.¹⁰ Sau cùng, vấn đề ai và quan trọng hơn nữa, ai không tham gia vào các tiến trình LHQ đặt ra câu hỏi nghiêm túc về ai là đại diện cho 'xã hội dân sự' trong các diễn đàn này, họ muốn phát biểu thay mặt ai, và hơn hết, sự phù hợp của LHQ với bối cảnh cụ thể của một quốc gia là gì nếu những thay đổi không được truyền đạt và phổ biến rộng rãi ở cấp địa phương.

Bất chấp những thách thức này, sự nhấn mạnh trong khuôn khổ nhân quyền vào trách nhiệm giải trình của Nhà nước và tính phổ quát của nhân quyền tạo ra các điểm tiếp cận quan trọng có khả năng làm gián đoạn logic lẩn tránh của các chính phủ và quan điểm bảo thủ văn hoá - những yếu tố thường cản trở các cuộc thảo luận toàn cầu về quyền tình dục. Tăng cường sự phối hợp giữa tất cả các cơ chế của LHQ, bao gồm cả các SDG,

cũng như giải quyết các mối quan tâm cấp bách nêu trên, là điểm thiết yếu để nâng cao trách nhiệm của Nhà nước trong việc tôn trọng, bảo vệ và đáp ứng một loạt các quyền có quan hệ lẫn nhau và liên quan đến tình dục.

Sự thừa nhận quyền tình dục tại LHQ và trong các quy trình SDG là vô nghĩa nếu chúng không có ảnh hưởng gì đến cuộc sống của người dân. Là những nhà vận động cho quyền về tình dục ở cấp độ toàn cầu, chúng ta không thể làm ngơ với thực tế này và phải vận dụng mọi công cụ sẵn có để tạo ra liên kết giữa các tiêu chuẩn quốc gia, khu vực và quốc tế mạnh mẽ hơn, gắn kết hơn và dựa trên quyền bất khả xâm phạm của mỗi con người về khả năng kiểm soát và tự do quyết định trong mọi vấn đề liên quan đến tình dục, giới và sinh sản.

Tác động tích lũy của các quá trình giải trình trách nhiệm này gây áp lực lên mỗi quốc gia để thực hiện các thay đổi về luật pháp, chính sách, hành chính và ngân sách cần thiết nhằm góp phần hiện thực hóa quyền tình dục cho tất cả mọi người trong phạm vi quyền hạn của họ. Khi quan điểm trong nước dần thay đổi để đáp ứng với áp lực của xã hội dân sự, trong bất cứ lĩnh vực nào có thể được thúc đẩy, các quan điểm chính trị quốc tế cũng sẽ thay đổi, tạo đà cho sự hỗ trợ toàn cầu về quyền tình dục trong và ngoài SDG.¹¹

Việc thừa nhận quyền tình dục tại LHQ và trong các quy trình SDG là vô nghĩa nếu chúng không có ảnh hưởng gì đến cuộc sống của người dân. Là những nhà vận động cho

quyền tình dục ở cấp độ toàn cầu, chúng ta không thể làm ngơ với thực tế này và phải vận dụng mọi công cụ sẵn có để tạo ra liên kết giữa các tiêu chuẩn quốc gia, khu vực và quốc tế mạnh mẽ hơn, gắn kết hơn và dựa trên quyền bất khả xâm phạm của mỗi con người về khả năng kiểm soát và tự do quyết định trong mọi vấn đề liên quan đến tình dục, giới và sinh sản. Là pháp nhân ký kết các văn kiện nhân quyền quốc tế, các quốc gia phải chịu trách nhiệm về hành động hoặc sự bất động của họ trong lĩnh vực này tại bất cứ nơi nào và vào bất cứ thời điểm nào. Vận động chính sách tại LHQ chỉ là một mảnh của hình ghép khổng lồ về quyền tình dục. Và bất chấp những sai sót đáng kể, nó đã và vẫn tiếp tục đóng góp vào các chính sách củng cố các hệ thống cần thiết để bảo vệ quyền của mỗi con người được sống với phẩm giá.

Ghi chú & Tham khảo

1. Alice M. Miller and Mindy Jane Roseman, "Sexual and Reproductive Rights at the United Nations: Frustration or Fulfilment?," *Reproductive Health Matters* 19, no. 38 (2011): 102-118, [http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(11\)38585-0](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(11)38585-0).
2. Tuyên bố Bắc Kinh và Chương trình Hành động, Hội nghị Phụ nữ Quốc tế lần 4, (1995). A/CONF.177/20 đoạn 96: "Quyền con người của phụ nữ bao gồm quyền được kiểm soát và quyền được quyết định một cách tự do và có trách nhiệm về các vấn đề liên quan tới đời sống tình dục của họ bao gồm cả sức khỏe tình dục, sinh sản, không bị cưỡng ép, phân biệt đối xử và bạo lực. Các mối quan hệ bình đẳng giữa nam và nữ về các vấn đề liên quan tới các mối quan hệ tình dục và sinh sản, bao gồm tôn trọng quyền tự quyết của mỗi người, đòi hỏi sự tôn trọng lẫn nhau, đồng thuận, và chia sẻ trách nhiệm về

hành vi tình dục và hậu quả của nó.

3. Các chuyên gia độc lập của hệ thống quyền con người của UN bao gồm thành viên các ủy ban hiệp ước chịu trách nhiệm giám sát Nhà nước triển khai các hiệp ước quyền con người và các tiến trình đặc biệt được chỉ định bởi Hội đồng Quyền con người UN, nhưng độc lập với nhà nước báo cáo và đưa ra khuyến nghị về quyền con người cho một chủ đề hoặc một nước cụ thể. Để biết thêm thông tin, xem: "Special Procedures of the Human Rights Council," UN Human Rights Office of the High Commissioner, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Welcomepage.aspx>.

4. See, for example: United Nations Human Rights Council (UNHRC), "A/65/162 Report of the Special Rapporteur on the Right to Education, Vernor Muñoz" (2010), http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=18040; UNHRC, "A/66/254 Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover" (2011), http://www.un.org/ga/search/viewm_doc.asp?symbol=A/66/254; UNHRC, "A/HRC/14/20 Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover" (2010), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>; UNHRC, "Report of the United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo" A/HRC/17/26 (2011), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A-HRC-17-26.pdf>; United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (UNOHCHR), "A/HRC/21/22 Technical Guidance on the Application of a Human Rights-based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality" (2012), http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf.

5. See: UNOHCHR, *Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and*

Implementation (2012), http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_en.pdf; UNOHCHR, *Summary Reflection Guide on a Human Rights Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under 5 Child Health*, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf; UNOHCHR, "A/HRC/33/24 Follow-up on the Application of the Technical Guidance on the Application of a Human Rights-based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Mortality and Morbidity" (2016), <http://www.refworld.org/docid/57e13c554.html>.

6. See, for example: "A/HRC/35/L.15 Explanation of Position by the United States of America; Statement by the Delegation of the United States of America, as delivered by Jason Mack; UN Human Rights Council, 35th Session, Geneva, June 22, 2017," Mission of the United States Geneva Switzerland, <https://geneva.usmission.gov/2017/06/22/u-s-explanation-of-position-on-human-rights-council-resolution-on-violence-against-women/>.

7. Ví dụ, tuyên bố của Dr. Pakalitha B. Mosisiili Thủ tướng và Người đứng đầu nhà nước của Vương quốc Lesotho trong Đối thoại Tương tác Cấp cao cho Chương trình Phát triển sau 2015: "Xóa bỏ bất bình đẳng, Nâng quyền cho Phụ nữ và Trẻ em gái và Không Ai bị Bỏ lại Phía sau" vào 25 tháng 9 năm 2015. Ông nói "Các đồng chủ tịch, nâng quyền cho phụ nữ và trẻ em gái là nâng quyền cho nhân loại. Có câu nói rằng "NÂNG QUYỀN CHO PHỤ NỮ VÀ NÂNG QUYỀN MỘT QUỐC GIA". Do vậy, chúng ta, những người lãnh đạo, có trách nhiệm phải làm việc cùng nhau trong một mục tiêu thống nhất để tạo điều kiện cho phụ nữ và trẻ em gái được thực hiện vai trò chính đáng của họ trong xây dựng một nền kinh tế toàn cầu bền vững cho lợi ích chung của nhân loại". <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19216lesotho.pdf>.

8. See, for example: Centre for Economic

and Social Rights, "Accountability Left Behind in SDG Follow up and Review," <http://www.cesr.org/accountability-left-behind-sdg-follow-and-review>.

9. See, for example: "UN Experts Call for Resistance as Battle Over Women's Rights Intensifies," UNOHCHR, June 28, 2017, <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21809&LangID=E>; "Strong Concerns on 'Protection of the Family' Resolution at HRC 35," AWID, June 19, 2017, <https://www.awid.org/news-and-analysis/hrc-35-strong-concerns-resolution-protection-family>.

10. Naureen Shameem, *Rights at Risk: Observatory on the Universality of Rights Trends Report 2017* (Toronto: Association of Women's Rights in Development, 2017), <https://www.oursplatform.org/wp-content/uploads/Rights-At-Risk-OURS-Trends-Report-2017.pdf>.

11. Đây là quan sát mới nhất về trường hợp của Botswana. Trước đây, chính phủ phản đối nghị quyết của UN về giáo dục giới tính toàn diện. Tiếp theo các nỗ lực vận động chính sách ở cấp quốc gia, khuyến nghị từ CEDAW (CEDAW/C/BOT/CO/3 đoạn 36), Báo cáo Đặc biệt về Quyền Giáo dục (E/CS.4/2006/45/Add.1 đoạn 76 (k)), tham gia vào Cam kết Bộ trưởng về Giáo dục Giới tính Toàn diện và Các dịch vụ Sức khỏe Tình dục Sinh sản cho Vị thành niên và Thanh niên ở Đông và Nam Phi, do UNESCO điều phối, chính sách của Botswana đã thay đổi và hiện tại nhà nước bỏ phiếu ủng hộ ý kiến về CSE tại Hội đồng Quyền con người, một trong số ít các nhà nước ở châu Phi có thể làm như vậy. Trong khi Botswana thừa nhận giáo dục giới tính toàn diện tại Ủy ban Quyền con người, nước này đồng thời cũng phản bác mạnh mẽ các thảo luận về xu hướng tình dục, bản dạng giới, đưa thêm các ví dụ về nhu cầu cần tiếp tục thiết lập mối liên quan giữa các thành tố của quyền tình dục.

VÌ SAO PHỤ NỮ VẮN TỬ VONG DO PHÁ THAI KHÔNG AN TOÀN?

Suchitra Dalvie, MD,
Điều phối viên của MRCOG,
Hội hợp tác về Phá thai an toàn châu Á.
Email: suchidoc@hotmail.com

Giới thiệu. Để phụ nữ có thể phát huy hết tiềm năng của họ như mọi con người trong xã hội, họ cần có quyền kiểm soát mức sinh của mình. Do phụ nữ phải mang thai trong cơ thể mình, họ có nguy cơ về sức khỏe và đôi khi cả sinh mạng, do vậy họ phải có quyền quyết định mang thai hay không và có nên tiếp tục giữ thai hay không.

Trong vài thập kỷ qua, tuổi dậy thì ngày càng trẻ hơn vào năm 10 tuổi - trong khi tuổi mãn kinh vẫn khoảng 50¹. Vì vậy, một cô bé 10 tuổi ngày nay có thể sẽ phải trải qua khoảng 480 chu kỳ kinh nguyệt trong suốt cuộc đời của mình, trong khi cô chỉ mong muốn có một hoặc hai con. Vì vậy, phụ nữ cần có biện pháp tránh thai hiệu quả tuyệt đối để tránh khỏi mang thai không mong muốn 398 lần.

Ngừa thai. Ở các nước đang phát triển, khoảng một nửa số phụ nữ có quan hệ tình dục ở độ tuổi sinh đẻ (hay 818 triệu phụ nữ) muốn ngừa thai, nhưng khoảng 17% trong số đó (140 triệu) không sử dụng bất kỳ phương pháp kế hoạch hóa gia đình nào, trong khi 9% (75 triệu) đang sử dụng phương pháp truyền thống ít hiệu quả hơn² hoặc được xem là có nhu cầu ngừa thai nhưng không được đáp ứng.³ Các vấn đề như thiếu kiến thức, dị đoan, và quan niệm sai lầm, cũng như những hạn chế trong quyền tự chủ và khả năng hành động của phụ nữ khiến cho⁴ một số phụ nữ không có khả năng tiếp cận và không thể thương lượng

để tiếp cận các phương pháp ngừa thai.

Hơn nữa, sử dụng biện pháp tránh thai không loại trừ nhu cầu dịch vụ phá thai an toàn. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có 33 triệu phụ nữ trên toàn thế giới có thể mang thai ngoài ý muốn mỗi năm trong khi đang sử dụng biện pháp tránh thai.⁵ Mặc dù những người dùng biện pháp tránh thai đều tuân thủ hướng dẫn một cách hoàn hảo, vẫn có gần sáu triệu trường hợp mang thai ngoài ý muốn mỗi năm, theo ước tính cũ trước đây của WHO.⁶

Mang thai ngoài ý muốn. Ngoài các vấn đề về khả năng tiếp cận biện pháp tránh thai và thất bại trong ngừa thai, phụ nữ gặp nhiều hoàn cảnh khác trong cuộc sống khiến họ muốn ngừng mang thai, ví dụ như khi bị hăm hiếp, khi thai gây nguy hiểm đến sức khỏe và tính mạng cho người phụ nữ, các bất thường về thai nhi, lý do kinh tế và các lý do cá nhân khác, ví dụ họ vướng vào một mối quan hệ bị lạm dụng, đã có một con nhỏ, hoặc bất kỳ lý do nào khác ảnh hưởng đến khả năng mang thai của họ đến hết thai kỳ và nuôi thêm một đứa con. Với số lượng các thảm họa nhân đạo ngày càng tăng, nhiều phụ nữ có thể sẽ phải đối mặt với những trường hợp mang thai ngoài ý muốn cần có biện pháp phá thai an toàn.

Biện pháp phá thai. Phụ nữ có thể chấm dứt thai kỳ không mong muốn bằng cách sử dụng phương pháp phẫu thuật hoặc sử dụng thuốc nội

khoa. Biện pháp thứ hai có thể kết hợp giữa Mifepristone và Misoprostol, hoặc Misoprostol đơn thuần khi Mifepristone không được đăng ký trong nước.⁷ Cả hai phương pháp đều có những lợi thế và bất lợi riêng.⁸

Các rào cản ở Châu Á. Quyền kiểm soát việc phá thai là một phần của cuộc đấu tranh lâu dài trong lịch sử, với nền văn hoá gia trưởng tôn vinh việc làm mẹ, tôn giáo, chính trị và kinh tế đóng vai trò quan trọng trong mọi giai đoạn. Khi phụ nữ muốn chấm dứt thai kỳ ngoài ý muốn, cho dù bào thai đó nằm trong kế hoạch hay không, họ thường phải đối mặt với vô số các rào cản. Chúng bao gồm các điều luật nghiêm ngặt,⁹ thái độ tiêu cực của người cung cấp dịch vụ¹⁰ và xu hướng biện giải luật pháp một cách phóng đại,¹¹ thiếu các cơ sở cung cấp dịch vụ,¹² thiếu các thuốc phá thai nội khoa, và nhiều lý do khác.

Quyền kiểm soát việc phá thai là một phần của cuộc đấu tranh lâu dài trong lịch sử, với nền văn hoá gia trưởng tôn vinh việc làm mẹ, tôn giáo, chính trị và kinh tế đóng vai trò quan trọng trong mọi giai đoạn.

Số ca nạo phá thai không an toàn ở châu Á đã tăng từ 9,8 triệu năm 2003 lên 10,8 triệu trong năm 2008.^{13, 14} Ngay cả ở các quốc gia có luật phá thai tự do như Ấn Độ và Nepal, vẫn có những khó khăn trong việc tiếp cận các biện pháp phá thai

và phụ nữ vẫn tiếp tục tử vong vì phá thai không an toàn.¹⁵ Phụ nữ muốn phá thai trong thai kỳ thứ hai phải đối mặt với những rào cản lớn hơn.¹⁶

Hai thập niên vừa qua đã xuất hiện một vấn đề mới nổi lên tại một số nước châu Á xác định giới tính thai nhi và những chính sách và chương trình ứng phó với tình trạng này.¹⁷ Những biện pháp đối phó theo chủ nghĩa bảo hộ này phản ánh sự thiếu hiểu biết rằng tư tưởng phân biệt giới cổ hủ trong xã hội là nguyên nhân gốc rễ dẫn đến việc xác định giới tính thai nhi, và phá thai an toàn là quyền và vấn đề tự chủ về thân thể của phụ nữ.¹⁸

Luật pháp và tác động của chúng đối với khả năng tiếp cận ở châu Á.

Luật pháp ở hầu hết các nước châu Á tiếp tục được dựa trên Bộ luật Hình sự của những chính phủ thuộc địa trước kia¹⁹, mặc dù các nước châu Âu đã từng đô hộ họ đã bỏ xa những gì họ để lại ở các thuộc địa.

Tại Nepal, nơi phá thai được hợp pháp hóa rộng rãi vào năm 2002, các biến chứng liên quan đến phá thai có vẻ đang giảm đi. Một nghiên cứu gần đây ở tám huyện cho thấy vào năm 1998 các biến chứng liên quan đến phá thai chiếm tới 54% trong tổng số các ca bệnh phụ khoa được điều trị tại cơ sở, nhưng chỉ còn 28% trong năm 2008-2009.²⁰ Trái lại, ở các nước như Indonesia và Philippines, nơi luật về phá thai rất khắt khe và việc tiếp cận các dịch vụ an toàn rất khó khăn, tử vong mẹ do phá thai không an toàn rất cao.^{21,22}

Trong khi nhiều quốc gia đã tự do hóa luật phá thai trong thập kỷ qua,²³ vẫn còn cần nhiều tiến bộ hơn nữa. Phát biểu tại Đại hội đồng LHQ vào tháng 10 năm 2011, Anand Grover,

người sau đó trở thành Báo cáo viên Đặc biệt của Liên hợp quốc về Sức khỏe, đã kêu gọi tất cả các chính phủ phải quyết định hợp pháp hóa hoàn toàn việc phá thai.²⁴

Thực tế là, cho đến đầu thế kỷ 19, có rất ít điều luật cấm phá thai, và nữ hộ sinh ở nhiều nền văn hoá và địa điểm khác nhau đã cung cấp dịch vụ phá thai. Phá thai dần dần trở thành tội hình sự ở châu Âu, thường dưới hình thức nguy trạng 'bảo vệ' phụ nữ. Như nhiều nhà sử học đã lập luận, xu hướng đó thực sự là một phần của phản ứng chống lại những cuộc đấu tranh cho nữ quyền ngày càng lớn mạnh. Kiểm soát việc nạo phá thai giúp cho việc giữ chặt phụ nữ trong vai trò 'máy đẻ'.

Ngăn chặn các nữ thầy lang cung cấp biện pháp phá thai an toàn là một bước tiếp theo,²⁵ do giới bác sĩ muốn độc quyền cung cấp dịch vụ này. Do vậy, Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ khi mới thành lập (AMA) đã tuyên bố rằng phá thai là vô đạo đức và nguy hiểm. Cho đến năm 1910, tất cả các bang ngoại trừ một tiểu bang ở Hoa Kỳ đã coi phá thai là tội hình sự, trừ khi bác sĩ, thấy cần phải cứu mạng người phụ nữ. Phá thai hợp pháp thế là đã biến thành "độc quyền của bác sĩ".

Trong những năm gần đây, Liên đoàn các bác sĩ sản phụ khoa ở Ấn Độ (FOGSI) và Hiệp hội Y khoa Ấn Độ (IMA) cũng đóng một vai trò tương tự. Cả hai đều phản đối đề nghị của chính phủ sửa đổi luật phá thai để cho phép các bác sĩ và y tá trong lĩnh vực y học truyền thống thực hiện phá thai, bất chấp các nghiên cứu cho thấy rằng tất cả các nhà cung cấp dịch vụ này đều có thể được huấn luyện để thực hiện thủ thuật này an toàn.^{26,27}

Vai trò của các nhà tài trợ và các hãng dược phẩm lớn trong việc xác định các ưu tiên, tạo ra các ranh giới và tái định nghĩa lại sức khỏe sinh sản là một vấn đề nghiêm trọng mà xã hội dân sự vẫn chưa lên tiếng phản ứng mạnh mẽ.

Chính trị và Kinh tế. Từ năm 1984 khi Chính sách Mexico đầu tiên (hay Lệnh cấm mọi hoạt động liên quan đến nạo phá thai của tất cả các tổ chức nhận viện trợ của Mỹ trên toàn thế giới - GGR) được áp dụng, quyền phá thai đã trở thành vấn đề chính trị toàn cầu mà Hoa Kỳ là trung tâm. Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) năm 1994 là một chương quan trọng trong chính sách toàn cầu này vì nó đã định nghĩa phá thai là một vấn đề sức khỏe chủ yếu trên toàn thế giới, đồng thời hội nghị này cũng hợp thức hóa khái niệm quyền sinh sản. Tuy nhiên, ngay trong Chương trình Hành động của ICPD đã thể hiện một ngôn ngữ hoà giải với yêu cầu phá thai được coi là "an toàn khi hợp pháp". Từ đó tới nay, chúng ta bắt buộc phải phủ nhận rằng phá thai là một phương pháp kế hoạch hóa gia đình, trong khi đối với một số phụ nữ nó rõ ràng là như vậy; chúng ta buộc phải đồng ý rằng những người 'phá thai trên một lần' cần được tư vấn thêm về ngừa thai; chúng ta đã chấp nhận rằng phá thai không chỉ nên an toàn và hợp pháp mà còn "hiếm hoi"; và chúng ta chỉ có thể phản ứng nhẹ nhàng với những phát biểu khẳng định rằng tăng cường ngừa thai là giải pháp để giảm tỷ lệ nạo phá thai.²⁸

Lệnh cấm mọi hoạt động liên quan đến nạo phá thai của tất cả các tổ

chức nhận viện trợ của Mỹ trên toàn thế giới GGR, mà Tổng thống Hoa Kỳ Trump ký vào ngày thứ ba sau khi nhậm chức, sẽ để lại dấu vết tàn phá và những ca tử vong của phụ nữ trong cái bóng của nó. Tại các quốc gia như Campuchia, Myanmar, và thậm chí cả Nepal, nơi Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ - USAID tài trợ nhiều tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế cung cấp các biện pháp tránh thai, cũng như các trường hợp chuyển tuyến hoặc dịch vụ phá thai an toàn, có thể dẫn đến gần 2.000.000 trường hợp mang thai ngoài ý muốn với khả năng có tới 50.000 ca phá thai không an toàn mỗi năm.²⁹

Vai trò của các nhà tài trợ và các hãng dược phẩm lớn trong việc xác định các ưu tiên, tạo ra các ranh giới và tái định nghĩa lại sức khỏe sinh sản là một vấn đề nghiêm trọng mà xã hội dân sự vẫn chưa lên tiếng phản ứng mạnh mẽ. Liệu các bác sĩ làm việc cho các hệ thống cung cấp dịch vụ dưới lệnh GGR sẽ che giấu kiến thức về các lựa chọn phá thai an toàn, trong khi biết rằng điều này có thể dẫn đến tử vong cho một số phụ nữ? Liệu chúng ta có thể chấp nhận rằng các chương trình 'kế hoạch hoá gia đình' được tài trợ dồi dào đi vào ngõ cụt khi đưa ra một phương pháp ngừa thai dài hạn? Nếu khả năng thất bại trong ngừa thai có thể không được thừa nhận, phụ nữ làm thế nào để được phá thai an toàn khi họ muốn chấm dứt chính cái thai mà họ đã thất bại trong việc ngăn ngừa? Trong tất cả những đối thoại về đảm bảo ngừa thai sau khi phá thai, khi nào chúng ta sẽ bàn về đảm bảo phá thai sau khi ngừa thai?

Khi các chính sách kinh tế tự do mới

thắt chặt sự kìm kẹp của họ, chúng ta có các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs) đặt trọng tâm vào Quan hệ Hợp tác Công-Tư (PPP). Thậm chí có một quỹ riêng biệt để tạo thuận lợi cho sự 'hợp lực' này, mặc dù đã có nhiều lời phê bình về nó.^{30, 31, 32, 33}

Hơn nữa, khuyến nghị về việc tư nhân hóa dịch vụ chăm sóc sức khỏe không bao gồm định hướng rõ rệt về dịch vụ nào được xem là quan trọng, và do đó phải thuộc về nghĩa vụ và trách nhiệm giải trình của khu vực y tế công. Cũng không rõ ràng về thời hạn của quá trình tư nhân hóa dịch vụ y tế cùng với việc tăng cường năng lực của khu vực y tế công để nó đón nhận trở lại trách nhiệm này sau một giai đoạn nhất định hay không. Hay những dịch vụ này sẽ được tư nhân hóa một cách có hiệu quả vô thời hạn, để cuối cùng hợp nhất với khu vực kinh tế vị lợi nhuận, và như vậy sẽ bỏ rơi những người phụ thuộc vào dịch vụ công nhưng lại không có bất kỳ cơ sở y tế nào?³⁴

Điều gì sẽ xảy ra nếu chính phủ chuyển dịch vụ phá thai an toàn cho PPP và giành một phần lớn ngân sách vào đó thay vì đầu tư vào việc củng cố các dịch vụ công và trong 10 năm tới, mảng dịch vụ tư nhân đóng cửa hoặc di chuyển tới khu vực khác có nhu cầu cao hơn? Ai sẽ cung cấp những dịch vụ y tế này cho phụ nữ? Ai sẽ phải chịu trách nhiệm giải trình?³⁵

Phụ nữ là những nhân tố đang chuyển dịch ranh giới của dịch vụ phá thai.

Sự đổi mới trong cung cấp dịch vụ.

Ước tính hiện tại có 2,882 triệu người sử dụng điện thoại thông minh ở Châu Á và Thái Bình Dương.

Việc sử dụng các phương tiện truyền thông xã hội và các công nghệ dựa trên điện thoại thông minh khác hoặc mHealth³⁶ có thể là một công cụ làm tăng quyền năng và lật đổ, vì nó có thể vượt qua các chính sách độc bá truyền thống của các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các bác sĩ, và tiếp cận trực tiếp với người thụ hưởng.

Phụ nữ là những nhân tố đang chuyển dịch ranh giới của phá thai. Nhà cung cấp dịch vụ phá thai bằng thuốc phá thai nội khoa đã chuyển từ bác sĩ phụ khoa sang bất kỳ bác sĩ nào cho tới y tá và dược sư, và cuối cùng là chính người phụ nữ có nhu cầu. Điều này có thể tăng cường quyền năng cho phụ nữ nếu được lồng ghép trong một chiến lược phù hợp, nhưng sẽ không có lợi nếu phụ nữ bị bỏ mặc phải tự bảo vệ mình vì khu vực y tế công cộng không hoàn thành vai trò của họ. Các luật quy định tội hình sự đối với người cung cấp dịch vụ phá thai có thể được áp dụng cho những phụ nữ tự sử dụng thuốc. Tự sử dụng thuốc phá thai nội khoa là hiện tượng mới nhất thu hút phản ứng tiêu cực của dư luận,^{38, 39} trong khi thực tế là đối với hầu hết những phụ nữ trong hoàn cảnh đó, đây là một phương pháp an toàn hơn nhiều so với dịch vụ y tế không chính thức truyền thống.⁴⁰ Việc phụ nữ tự sử dụng thuốc phá thai nội khoa an toàn (như là một cách để đối phó với hệ thống dịch vụ y tế chính thức mà họ không tiếp cận được) không nên bị coi là một lý do biện giải; khu vực y tế công phải chịu trách nhiệm về việc thiếu các dịch vụ phá thai trong số các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục khác.⁴¹

Việc phụ nữ tự sử dụng thuốc phá

thai nội khoa an toàn (như là một cách để đối phó với hệ thống dịch vụ y tế chính thức mà họ không tiếp cận được) không nên bị coi là một lý do biện giải; khu vực y tế công phải chịu trách nhiệm về việc thiếu các dịch vụ phá thai trong số các dịch vụ sức khoẻ sinh sản và tình dục khác.

Chúng ta mong muốn gì trong tương lai? Chúng ta muốn có tiếp cận phổ cập đến dịch vụ phá thai an toàn, với cơ hội lựa chọn giữa các phương pháp phẫu thuật và nội khoa, không bị bắt buộc ngừng thai sau khi phá thai, có thể phá thai sau ngừng thai thất bại, và dịch vụ chăm sóc sau phá thai kịp thời và nhạy bén.

Chúng ta cần đưa phá thai an toàn vào nội dung sức khoẻ tình dục và sinh sản và quyền, và vận động phi hình sự hoá việc phá thai, hợp pháp hóa và tuyên truyền thông tin chính xác về việc phá thai. Chúng ta cần phải giải quyết vấn đề kỳ thị về tình dục và phá thai, và đưa ra thảo luận về chế độ gia trưởng dẫn đến bất bình đẳng giới và sự phụ thuộc của phụ nữ đến mức họ không có quyền kiểm soát tình dục và cơ thể của họ.

Chúng ta cần thay đổi cuộc đối thoại về phá thai từ chủ đề 'lựa chọn' sang 'nhân quyền',⁴² vì không có sự lựa chọn nào tồn tại trong chân không. Chúng ta cần phải đặt câu hỏi phải chăng các quy định cấm xác định giới tính thai nhi và trừng phạt những người có liên quan sẽ đẩy gánh nặng quyết định lên cá nhân một số người mà không hề góp phần xoá bỏ phân biệt giới từ bất kỳ phương diện nào.

Chúng ta cần đưa phá thai an toàn vào nội dung sức khoẻ

tình dục và sinh sản và quyền, đồng thời vận động phi hình sự hoá việc phá thai, hợp pháp hóa và tuyên truyền thông tin chính xác về phá thai. Chúng ta cần phải giải quyết vấn đề kỳ thị về tình dục và phá thai, và đưa ra thảo luận về chế độ gia trưởng như là nguyên nhân dẫn đến bất bình đẳng giới và sự lệ thuộc của phụ nữ đến mức họ không có quyền kiểm soát tình dục và cơ thể của họ.

Chúng ta cần các chính phủ đầu tư đủ ngân sách cho việc cung cấp các dịch vụ trong khu vực y tế công và đảm bảo việc kiểm soát các dịch vụ (chất lượng và chi phí) trong khu vực y tế tư nhân.

Chúng ta cần các công cụ tốt hơn để thu thập, theo dõi và đánh giá dữ liệu, không chỉ về chất lượng kỹ thuật mà còn về nhận thức của phụ nữ.

Chúng ta cần đầu tư vào việc đào tạo các nhà cung cấp dịch vụ y tế về giới và quyền, trong những năm trước khi họ bước vào cung cấp dịch vụ và cả sau đó. Chúng ta cần tất cả các nhà cung cấp dịch vụ, dù ở khu vực công hay tư, nhận thức và đầu tư vào các biện pháp bảo mật dữ liệu, đặc biệt là bảo mật kỹ thuật số, để đảm bảo bí mật và an toàn cho phụ nữ và bản thân họ.

Chúng ta cần xây dựng một thế giới không chấp nhận để phụ nữ tử vong do buộc phải tìm kiếm biện pháp phá thai không an toàn.

Chúng ta cần kết nối những nỗ lực vận động cho phá thai an toàn với toàn bộ phong trào liên ngành xung quanh các vấn đề như làm mẹ an

toàn, bạo lực đối với sản phụ, sức khoẻ tình dục và quyền, sức khoẻ sinh sản và quyền, quyền của LGBTIQ, ngăn chặn tảo hôn, giáo dục tình dục và bạo lực đối với phụ nữ.

Chúng ta cần xây dựng một thế giới không chấp nhận phụ nữ tử vong do bị buộc phải tìm kiếm biện pháp phá thai không an toàn.

Ghi chú và Tham khảo

1. Mary Pierce and Rebecca Hardy, "Commentary: The Decreasing Age of Puberty As Much a Psychosocial as Biological Problem?" *International Journal of Epidemiology* 41, no. 1 (2012): 300302, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383190/>.
2. "Family Planning," UNDESA Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>.
3. Gilda Sedgh, Lori S. Ashford, and Rubina Hussain, *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method* (New York: Guttmacher Institute, 2016), <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
4. Fatemeh Naabi-Sharjabad, et al., "Barriers of Modern Contraceptive Practices among Asian Women: A Mini Literature Review," *Global Journal of Health Science* 5, no. 5 (2013): 181192, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776867/>.
5. "WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. (Geneva: WHO, 2012), http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.
6. WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Geneva: WHO, 2003), <http://apps.who.int/>

- iris/bitstream/10665/42586/1/9241590343.pdf.
7. "Map of Mifepristone Approvals," Gynuity, <http://gynuity.org/resources/info/map-of-mifepristone-approvals/>.
8. WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed.
9. Tại châu Á, chỉ có ba quốc gia không cho phép phá thai vì bất cứ lý do gì, bao gồm: I Rắc, CHDCND Lào và Philippines.
10. R. Kumar, "Abortion in Sri Lanka: The Double Standard," *American Journal of Public Health* 103, no. 3 (2013): 400404, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327236>.
11. Wen Ting Tong, et al., "Exploring Pregnancy Termination Experiences and Needs among Malaysian Women: A Qualitative Study," *BMC Public Health* 12 (2012): 743, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505743/>.
12. R. Duggal, V. Ramachandran, "The Abortion Assessment ProjectIndia: Key Findings and Recommendations," *Reproductive Health Matters* 12, 24 Supplement (2004):122-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15938165>.
13. "Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008," 6th ed., (Geneva: WHO, 2011), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf.
14. Susheela Singh, et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (New York: Guttmacher Institute, 2009), <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-decade-uneven-progress>.
15. M. Puri, D. Vohra, C. Gerdt, and D.G. Foster, "I Need to Terminate This Pregnancy Even if It Will Take My Life': A Qualitative Study of the Effect of Being Denied Legal Abortion on Women's Lives in Nepal," *BMC Women's Health* (2015 October), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466784>.
16. Suchitra S. Dalvie, "Second Trimester Abortions in India," *Reproductive Health Matters* 16, no. 31 Supplement (2008):37- 45, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772082>.
17. P. Potar, A. Barua, S. Dalvie, and A. Pawar, "If a Woman Has Even One Daughter, I Refuse to Perform the Abortion': Sex Determination and Safe Abortion in India," *Reproductive Health Matters* 23, no. 45 (2015):114-25, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278839>.
18. Suchitra Dalvie, "Let Us Save Our Daughter from Us," ASAP Asia, October 12, 2015, <http://asap-asia.org/blog/let-us-save-our-daughtersfrom-us/#sthash.LzdduluR.dpbs>.
19. Các quốc gia này bao gồm Bangladesh, Ấn Độ, Malaysia, Myanmar, Pakistan và Sri Lanka, dựa trên bộ luật hình sự Anh năm 1860 và tại Indonesia theo Bộ luật hình sự của Hà Lan năm 1848.
20. "Facts on Induced Abortion Worldwide," In Brief, Guttmacher Institute, November 2015, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_IAW.pdf.
21. Gilda Sedgh and Haley Ball, "Abortion in Indonesia," In Brief, 2008, Guttmacher Institute, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_abortion_indonesia_0.pdf.
22. Lawrence B. Finer and Rubina Hussain, "Unintended Pregnancy and Unsafe Abortion in the Philippines: Context and Consequences," Guttmacher Institute Report, 2013, <https://www.guttmacher.org/report/unintended-pregnancy-and-unsafe-abortion-philippines-context-and-consequences>.
23. "Facts on Induced Abortion Worldwide," Guttmacher Institute.
24. "Several Aspects of Sexual, Reproductive HealthProviding Information, Using Contraception, AbortionShould Be 'Decriminalised', Third Committee Told," October 24, 2011, <https://www.un.org/press/en/2011/gashc4018.doc.htm>.
25. Barbara Ehrenreich and Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*, 2nd ed. (Feminist Press, 2010).
26. Somita Pal, "Doctors Slam Government's Proposal to Allow Midwives, Homeopaths to Conduct Abortion," *Daily News and Analysis*, November 8, 2014, <http://www.dnaindia.com/mumbai/report-doctors-slam-government-s-proposal-to-allow-midwives-homeopaths-to-conduct-abortion-2033073>.
27. S.J. Jejeebhoy, et al., "Can Nurses Perform Manual Vacuum Aspiration (MVA) as Safely and Effectively as Physicians? Evidence from India," *Contraception* 84, no. 6 (2011): 615-21, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22078191>.
28. Kristin Francoeur, "Why the Absence of Safe Abortion in the Post-2015 SDGs Matters," In *Plainspeak*, September 1, 2015, <http://www.tarshi.net/inplainspeak/why-the-absence-of-safe-abortion-in-the-post-2015-sdgs-matters/>.
29. Michael Safi and Kate Hodal, "'Global Gag Rule' Jeopardises Future of Asia Health Initiatives, Campaigners Say," *The Guardian*, January 26, 2017, <https://www.theguardian.com/global-development/2017/jan/26/global-gag-rule-jeopardises-asia-health-initiatives-campaigners-trump>.
30. "Public-Private Partnerships," SDG Fund, <http://www.sdgfund.org/public-private-partnerships>.
31. David Hall, *Why Public Private Partnerships Don't Work* (UK: Public Services International, 2015), http://www.world-psi.org/sites/default/files/rapport_eng_56pages_a4_lr.pdf.
32. T.K. Sundari Ravindran, "Public-Private Services in Maternal Health Services," *Economic and Political Weekly* 46, no. 48(2011): 43-52, <http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/Maternal%20Health%20Services.pdf>.
33. J. Mishtal, "Neoliberal Reforms and Privatisation of Reproductive Health Services in Post-socialist Poland," *Reproductive Health Matters* 18, no. 36 (2010): 56-66, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111351>.
34. S.K. Banerjee SK, et al., "Expanding Availability of Safe Abortion Services through Private Sector Accreditation: A Case Study of the Yukti Yojana Programme in Bihar, India," *Reproductive Health* 12 (2015): 104, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640394/>.
35. Ibid.
36. "Number of Mobile Phone Users in the Asia-Pacific Region from 2011 to 2019 (in Millions)," Statista, 2017, <https://www.statista.com/statistics/201250/forecast-of-mobile-phone-users-in-asia-pacific/>.
37. Suchitra Dalvie, "mHealth: To Boldly Go Where No Woman Has Gone Before," The ASAP Blog, June 21, 2013, <http://asap-asia.org/blog/mhealth-to-boldly-go-where-no-woman-has-gone->

before/#sthash.1ECKJmX.dpbs.

38. Bushra Baseerat, "Abuse of Abortion Pills on the Rise," *The Times of India*, January 13, 2013, <http://timesofindia.indiatimes.com/city/hyderabad/Abuse-of-abortion-pills-on-the-rise/articleshow/18000378.cms>.

39. Cheena Kapoor, "A Killer Pill, Twice Over," *Daily News and Analysis*, January 13, 2017, <http://www.dnaindia.com/health/report-a-killer-pill-twice-over-2291927>.

40. L. Ramachandar and P.J. Pelto,

"Medical Abortion in Rural Tamil Nadu, South India: A Quiet Transformation," *Reproductive Health Matters*, 13, no. 26 (2005): 54-64, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16291486>.

41. K. Iyengar, et al., "'Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?' Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India," *Global Qualitative Nursing Research* (2016), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28462355>.

"Twelve Human Rights Key to

Reproductive Rights," Centre for Reproductive Rights, 2009, <https://www.reproductiverights.org/document/twelve-human-rights-key-to-reproductive-rights>.

MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN BỀN VỮNG: Người bán dâm bị bỏ qua

Meena Saraswathi Seshu

Nhà vận động và tổng thư ký SANGRAM, và Aarthi Pai, luật sư và giám đốc, Trung tâm vận động bài trừ thành kiến xã hội và tẩy chay (Casam)

Emails: meenaseshu@gmail.com và Aarthi.pai@gmail.com

Người bán dâm dù là nam, nữ, hay người chuyển giới có khả năng bị bỏ qua trong các Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDGs), bất chấp thực tế là người bán dâm¹ có mọi quyền trong lĩnh vực kinh tế, chính trị, xã hội, dân sự và văn hoá. Nhà nước và các tổ chức ngoài nhà nước tiếp tục vi phạm quyền của người bán dâm mà không bị trừng phạt. Phân biệt đối xử và bạo lực đối với người bán dâm xuất phát từ quan niệm rằng họ là những công dân hạng hai, dẫn tới vi phạm nhân quyền và các quyền cơ bản một cách có hệ thống và với quy mô lớn như quyền được sống, quyền có nhân phẩm, quyền được bình đẳng và được pháp luật bảo vệ một cách bình đẳng. Những vi phạm cụ thể xảy ra do vị thế bị gạt ra ngoài lề bởi công việc của họ, do vậy SDG trở thành mục tiêu không thể đạt được đối với người bán dâm, trừ khi những vấn đề này được giải quyết

kịp thời và có tính chiến lược.

Những xu hướng không lành mạnh.

Mục tiêu 3 của SDG nhằm mục đích "Đảm bảo cuộc sống khoẻ mạnh và viên mãn cho tất cả mọi người ở mọi lứa tuổi". Người bán dâm dễ bị ảnh hưởng bởi các điều kiện sức khoẻ đặc thù như nhiễm trùng đường sinh sản, nhiễm khuẩn qua đường tình dục, ung thư cổ tử cung, và nhiễm trùng cơ hội do ức chế miễn dịch. Do bị kỳ thị và dễ bị tổn thương về kinh tế và xã hội, họ không thể tiếp cận được các vật phẩm (ví dụ như bao cao su), các xét nghiệm chẩn đoán (ví dụ khám bằng mỏ vịt và xét nghiệm phết dịch cổ tử cung), các dịch vụ liên quan đến thai nghén và phá thai, và điều trị dài hạn đối với các nhiễm trùng và ung thư.²

Trong diễn ngôn xung quanh đại dịch HIV, người bán dâm bị coi là các nhân tố lây truyền và do đó là mục tiêu kiểm soát thường xuyên. Kể từ

những năm 1980, ngày càng xuất hiện nhiều bằng chứng về mối tương quan giữa bạo lực đối với người bán dâm và nguy cơ lây nhiễm HIV, vì quan hệ tình dục thiếu các biện pháp bảo vệ là điều thường xuyên xảy ra trong các vụ bạo lực tình dục (trong đó người bán dâm không có khả năng yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su) cộng thêm các tổn thương phổ biến trong các vụ bạo lực tình dục.³ Phần lớn các tài liệu được phát hành từ quan điểm y tế công cộng đã coi bạo lực đối với những người bán dâm như một nguy cơ cao về HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, và do vậy đã tạo ra quan niệm rằng những người bán dâm là nhân tố lây truyền bệnh. Quan niệm này đã được chứng minh là không chính xác, đồng thời xã hội ngày càng nhận thức rõ ràng rằng người bán dâm chỉ là một mắt xích trong mạng lưới lây

nhiễm HIV qua đường tình dục, do đó cuộc tranh luận càng trở nên phức tạp hơn.^{4,5,6}

Người bán dâm dù là nam, nữ, hay người chuyển giới có khả năng bị bỏ qua trong Mục tiêu Phát triển Bền vững (SDG), bất chấp thực tế là người bán dâm có mọi quyền trong lĩnh vực kinh tế, chính trị, xã hội, dân sự và văn hoá.

Người bán dâm phải được tiếp cận các dịch vụ y tế mà không bị kỳ thị, bao gồm kiểm tra sàng lọc định kỳ và điều trị giả định định kỳ đối với các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục không có triệu chứng, điều trị kháng HIV miễn phí, và các chương trình trao đổi ống bơm và kim tiêm cho người bán dâm sử dụng ma túy. Bao cao su cho nam và nữ và chất bôi trơn phải được cung cấp cho người bán dâm thông qua các hệ thống chăm sóc sức khỏe tại địa phương.

Các vấn đề Giới. Bình đẳng giới và nhân quyền cho phụ nữ và trẻ em gái, như đã nêu trong Mục tiêu 5, vẫn còn hạn chế khi áp dụng cho người bán dâm. Bạo lực giới được coi, cả trong diễn ngôn đại chúng lẫn trong học thuật, là bạo lực đối với phụ nữ. Trong quan niệm đại chúng, "người bán dâm" chủ yếu là phụ nữ, tuy nhiên các cuộc thảo luận về bạo lực đối với phụ nữ hiếm khi bao gồm đối tượng phụ nữ bán dâm. Hơn nữa, chủ đề bạo lực đối với người bán dâm nam, nữ, và người chuyển giới không được đề cập đến trong cuộc thảo luận toàn cầu về bạo lực giới.^{7,8} Có hai cách giải thích cho lỗ hổng đáng kể này. Yếu tố đầu tiên là quan điểm phổ biến rộng rãi rằng bản thân mại dâm đã là bạo lực và

"bán dâm" là một thuật ngữ sai. Bạo lực đối với người bán dâm được coi là một phần đương nhiên của "thể chế" mại dâm.

Yếu tố thứ hai là sự nhầm lẫn giữa bán dâm và buôn bán người, dẫn tới hủy hoại quyền của người bán dâm và hạn chế quyền lợi của người lao động nữ di cư. Quan niệm sai lầm này cũng thất bại trong việc bảo vệ quyền của những nạn nhân bị buôn bán, vì nó khiến tập trung các nguồn lực vào kiểm soát mại dâm, thay vì xác định những người bị cưỡng ép bán dâm và hỗ trợ họ một cách thích hợp. Điều đó khiến cho tình trạng thiếu vắng các biện pháp pháp lý để khắc phục bạo lực càng trầm trọng thêm và xói mòn nỗ lực của những người bán dâm đang đấu tranh để các quyền của họ đối với nhân phẩm và sinh kế được thừa nhận về mặt pháp lý và xã hội.⁹ Các biện pháp theo chủ nghĩa bảo hộ thấm đẫm tư tưởng gia trưởng nắm quyền kiểm soát cơ hội di chuyển của phụ nữ cũng giới hạn việc di cư của phụ nữ trong và ngoài biên giới của đất nước.¹⁰ Điều này hạn chế khả năng và cơ hội cho phụ nữ thoát ly khỏi gia đình hoặc họ hàng để tìm kiếm một cuộc sống tốt hơn. Mặc dù ngày càng khó phân biệt giữa việc một phụ nữ bị ép đưa đi và việc chị ta tự đi rất mong manh (họ phải đối mặt với một trong hai tình huống trên ở những thời điểm khác nhau trong cuộc sống), hạn chế việc đi lại của phụ nữ không phải là giải pháp cho nạn buôn người. Hiện nay chiến lược toàn cầu chống nạn buôn bán người bằng cách quy định tội hình sự cho người sử dụng bán dâm cưỡng ép chỉ càng khiến người bán dâm rơi sâu hơn vào những điều kiện làm

việc nguy hiểm và đối mặt với nhiều bạo lực hơn.

Các quốc gia phải công nhận quyền di cư của người bán dâm để có cơ hội sinh kế tốt hơn, quyền được bảo vệ bình đẳng trước pháp luật ở các nước nơi họ ra đi và nơi định cư, và các phương án di cư an toàn. Các chiến lược chống buôn bán người không được nhằm vào người bán dâm tự nguyện và khách hàng của họ. Những điều luật quy định tội hình sự cho người trưởng thành đồng thuận mua hoặc bán dâm một cách đồng thuận, hoặc các hoạt động như sống dựa trên thu nhập từ mại dâm, quản lý nhà thổ và quảng cáo mại dâm phải được bãi bỏ. Các quốc gia phải thực hiện các biện pháp để đảm bảo điều kiện làm việc an toàn cho người bán dâm thông qua việc xóa bỏ tội hình sự đối với hoạt động bán dâm.

Bán dâm là một nghề cần được tôn trọng. Mục tiêu phát triển bền vững thứ 8 nhằm mục đích thúc đẩy tăng trưởng kinh tế bền vững, bao trùm, việc làm đầy đủ và hiệu quả, và công việc được tôn trọng cho tất cả mọi người. Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) và Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) đã nhấn mạnh sự cần thiết phải cung cấp cho người bán dâm những quyền pháp lý bắt buộc về sức khỏe và an toàn nghề nghiệp và quyền tham gia vào quá trình xây dựng các tiêu chuẩn về sức khỏe và an toàn tại nơi làm việc.^{11, 12}

Quan điểm về công việc đáng được tôn trọng do Tổ chức Lao động Quốc tế đưa ra bao gồm bốn yếu tố: việc làm, bảo trợ xã hội, quyền của người lao động và đối thoại xã hội. Người bán dâm đã nhiều năm nỗ lực để đạt được các mục tiêu này trong cộng

đồng của mình. Quyền có một công việc được tôn trọng không dựa trên đánh giá đạo đức hay pháp lý của nhà nước hay xã hội đối với một nghề nghiệp cụ thể. Quyền của người lao động phải được tôn trọng, bảo vệ và thực thi bất kể chính phủ có công nhận mại dâm là công việc hay không.¹³

Để vượt ra khỏi tình trạng nói mà không làm, các cơ quan và tổ chức hoạch định chính sách và luật pháp phải minh bạch, chịu trách nhiệm, đáp ứng và tích cực dung nạp người bán dâm trong mọi giai đoạn xây dựng và thực hiện chính sách... Các nhóm người bán dâm trên toàn cầu, các cơ quan LHQ, các nhà nghiên cứu và các nhà hoạt động xã hội đã khẳng định rằng tính phổ quát, nhân quyền và không bỏ ai lại phía sau. . . cần được chuyển hóa thành các chính sách, pháp luật và thực hành mà có thể bảo vệ, tôn trọng và thực thi nhân quyền của người bán dâm.

Một khía cạnh quan trọng của tăng trưởng kinh tế là quyền sở hữu đất đai và tài sản của phụ nữ. Người bán dâm thường là người có thu nhập chính với khả năng tạo ra vốn liếng và tài sản trong gia đình. Là phụ nữ độc thân từ khu vực kinh tế phi tổ chức, họ không thể hưởng quyền lợi từ thu nhập này vì những cản trở trong việc có được giấy tờ nhân thân để tiếp cận hoặc sở hữu tài sản, mở tài khoản ngân hàng, hoặc tìm được nơi cư trú an toàn.

Quyền có được một công việc được tôn trọng phải được áp dụng bình đẳng và không phân biệt: người bán dâm phải được trao quyền bình

đẳng trước pháp luật, kể cả quyền huy động; hình thành các tổ chức đại diện cho mình và tìm kiếm cải cách pháp luật; truy cầu các điều kiện làm việc an toàn và lành mạnh không bị kỳ thị; tiếp cận các dịch vụ xã hội và y tế; và có được các hình thức bảo vệ có tính pháp lý và các hình thức bảo vệ khác để tránh bị bóc lột, lạm dụng và bạo lực.

Định nghĩa lại tính bao trùm. Quyền được giáo dục, tham gia chính trị (bao gồm đại diện ở cấp quốc gia và quốc tế), quyền công dân, sinh kế, sức khỏe và bình đẳng trước pháp luật chỉ có thể đạt được đầy đủ nếu sự phân biệt đối xử bị loại khỏi tất cả các lĩnh vực. Một giải pháp toàn diện để thực hiện nhân quyền của người bán dâm và các biện pháp can thiệp có liên quan đến họ phải được thực hiện thông qua tham vấn, tham gia và sự lãnh đạo của người bán dâm. Việc phi hình sự hoá bán dâm là điều kiện tiên quyết để đảm bảo quyền bất khả xâm phạm về thể chất và tinh thần của người bán dâm, cũng như quyền được sống, quyền tự do lao động, sức khỏe, và các quyền sinh sản và tình dục của họ.

Để vượt ra khỏi tình trạng nói mà không làm, các cơ quan và tổ chức hoạch định chính sách và luật pháp phải minh bạch, chịu trách nhiệm, đáp ứng và tích cực hội nhập người bán dâm trong mọi giai đoạn xây dựng và thực hiện chính sách... Các nhóm người bán dâm trên toàn cầu, các cơ quan LHQ, các nhà nghiên cứu và các nhà hoạt động xã hội đã khẳng định rằng tính phổ quát, nhân quyền và không bỏ ai lại phía sau. . . cần được chuyển hóa thành các chính sách, pháp luật và thực hành mà có thể bảo vệ, tôn trọng và thực

Lời người trong cuộc

thi nhân quyền của người bán dâm. Các chính sách và điều luật này phải bảo vệ quyền có việc làm được tôn trọng của người bán dâm (tiêu chuẩn của Tổ chức Lao động Quốc tế - ILO), quyền chống bạo lực và bóc lột trong công việc, ngăn ngừa hành vi kiểm soát bất hợp pháp, và cho phép họ được hưởng sự công bằng trước pháp luật và theo đúng thủ tục.

Ghi chú và tham khảo

1. Mại dâm được các tổ chức của những người hành nghề mại dâm, các tổ chức Liên Hiệp Quốc hiểu là: “một sự thoả thuận mang tính hợp đồng trong đó các dịch vụ tình dục được thương lượng giữa những người lớn có đầy đủ nhận thức.... Mại dâm là một loại công việc và nhân công bao gồm cả nữ, nam và những người chuyển giới. UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (Geneva: UNAIDS, 2009), 15, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf.
2. Điều này được nêu ra trong cuộc tham vấn về các mục tiêu phát triển bền vững SDG do Liên minh những người làm nghề mại dâm Nam Á (SWASA) tổ chức vào tháng 10 năm 2016 với sự tham gia của các mạng lưới người mại dâm đến từ các quốc gia như Bangladesh, Ấn Độ, Nepal và Sri Lanka. Nội dung này được đưa ra trong khi thảo luận về SDG 3 và 5 về quyền sinh sản của những người làm nghề mại dâm. Xem thêm: SWASA, “Deem Sex Work as Decent Work: Towards an Inclusive UN Women Policy on Sex Work: South Asia Sex Worker Networks (Nepal, India, Bangladesh, Sri Lanka) Joint Submission,” October 31, 2016, <http://www.sangram.org/resources/UN-Women-Policy-on-Sex-Work-FINAL-SUBMISSION.pdf>.
3. Michele R. Decker, et al., “Estimating the Impact of Reducing Violence Against Female Sex Workers on HIV Epidemics in Kenya and Ukraine: A Policy Modelling Exercise,” *American Journal of Reproductive Immunology* 69

(2013): 122-132, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387931>; Stefan Baral, et al., "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis,"

The Lancet Infectious Diseases 12, no. 7 (2012): 538-549, <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2812%2970066-X/abstract>; M.R. Decker, et al., "Violence Victimization, Sexual Risk and Sexually Transmitted Infection Symptoms among Female Sex Workers in Thailand," *Sexually Transmitted Infections* 86, no. 3 (2010): 236-240, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444745>; K.N. Deering, et al., "Violence and HIV Risk among Female Sex Workers in Southern India," *Sexually Transmitted Diseases* 40, no. 2 (2013): 168-174, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23441335>.

4. World Health Organization, *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-income Countries: Recommendations for a*

Public Health Approach (Geneva: WHO, 2012), http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/.

5. Joanne Csete and Meena Seshu, "India's Voiceless Women Are Easy Prey for AIDS," Human Rights Watch, December 1, 2002, <https://www.hrw.org/news/2002/12/01/indias-voiceless-women-are-easy-prey-aids>.

6. Meena Seshu, "Sex Work and HIV/AIDS: The Violence of Stigmatisation," Supporting Document, UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights, 2003.

7. Mặc dù công ước CEDAW không nêu rõ bạo lực đối với phụ nữ, năm 1989 khi Ủy ban thực hiện CEDAW được thành lập họ có khuyến nghị rằng các quốc gia thành viên cần ban hành luật pháp để bảo vệ phụ nữ khỏi nhiều hình thức bạo lực.

8. Tuyên bố và chương trình hành động Vienna (VDPA) được thông qua tại Hội nghị Thế Giới về Quyền con người năm 1993, đã khẳng định rằng bạo hành trên cơ sở giới, kể cả bạo hành xuất phát từ định kiến văn hoá, cần phải được loại bỏ nhằm củng cố giá trị và nhân phẩm con người. Tuy nhiên cả hai tuyên bố này đều không công nhận bạo hành đối với người làm nghề mại dâm. Vienna Declaration and Programme of Action, June 25, 1993, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>.

9. Vào tháng 4 năm 2014, trong chuyến đi thăm Ấn Độ, Báo cáo viên đặc biệt về Bạo hành đối với phụ nữ (SR-VAW) đã có quan sát rằng: "các biện pháp nhằm giải quyết nạn buôn bán người cần phải đảm bảo để không bỏ qua sự cần thiết đối với các biện pháp hiệu quả nhằm bảo vệ quyền con người của những người làm nghề mại dâm". Báo cáo viên đặc biệt cũng kêu gọi cần xem xét lại Luật phòng chống buôn bán phi đạo đức, năm 1956 của Ấn Độ vì trong đó hình sự hoá mại dâm. "Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences, Addendum: Mission to India, 1 April

2014, A/HRC/26/38," UN Human Rights Council, <http://www.refworld.org/docid/53982c3e4.html>.

10. Barbara Grossman Thompson, "Protection and Paternalism: Narratives of Nepali Women Migrants and the Gender Politics of Discriminatory Labour

Migration Policy," *Refuge* 32, no. 16 (2016): 40-48, <https://refuge.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/download/40339/36417>.

11. "ILO Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work, 2010 (No 200)," Geneva: ILO, 2010, http://www.ilo.org/aids/WCMS_142706/lang-en/index.htm.

12. UNDP, *Sex Work and the Law in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNDP, 2012), http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv_aids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf.

13. Tại Ấn Độ, Tòa án tối cao có bao gồm quyền sinh kế là một phần của quyền được sống.

14. NGO 'Tais Plus,' "Shadow Report to the Third Periodic Report of Kyrgyzstan to the CEDAW Committee," Kyrgyz Republic, 2008, http://swannet.org/files/swannet/CEDAW_2008_Convencence_TaisPlus_ENG.pdf.

15. UN CEDAW, "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women addressed to the Government of the Kyrgyz Republic," Forty-second Session, 20 October-7 November 2008, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CEDAW-C-KGZ-CO-3.pdf>.

MỘT KHI CÓ AI ĐÓ BỊ BỎ LẠI PHÍA SAU LÀ TẤT CẢ ĐỀU BỊ BỎ LẠI PHÍA SAU:

Quan điểm của một nhà nữ quyền chuyển giới đến từ khu vực Thái Bình Dương

Miki Wali - Cộng tác viên chương trình,
Haus of Kameleon/Thanh niên và các nhà hành
động nữ quyền chuyển giới/ bảo vệ quyền con người
Emails: mikiwali7@gmail.com hausofkameleon@gmail.com
Twitter: @MikiWali/@HKameleon

Quyền con người dành cho tất cả mọi người. Đây là chân lý nền tảng phải được thực thi và tôn trọng tại các cuộc thương lượng quốc tế. Không bao giờ là thích hợp để loại bỏ bất kỳ cộng đồng nào, kể cả những người trẻ với các khuynh hướng tính dục, nhân dạng giới và các đặc điểm tính dục khác nhau, (SOGIESC). Các hòn đảo của chúng tôi đang chìm dần. Chúng tôi gần như thực sự là đang dần bị đuối nước. Các chủng loài, bao gồm cả loài người với các đặc tính đa dạng của mình đều bị ảnh hưởng bởi biến đổi khí hậu và sự bất công bằng giới. Đây là một thảm họa đặc biệt đối với các quốc đảo nhỏ bé đang phát triển thuộc Thái Bình Dương, là những nơi vốn đã bị tổn thương bởi các hiệp định thương mại tự do bất công bằng.

Chương trình nghị sự 2030 về phát triển bền vững cũng như các khung thực hiện tương ứng của nó tại châu Á-Thái Bình Dương, Lộ trình Khu vực để thực hiện chương trình nghị sự 2030 còn lâu mới được coi là tham vọng như đã từng kỳ vọng. Các vấn đề của thanh niên và cộng đồng đồng tính nam và nữ, song tính, chuyển giới, liên giới tính và dị biệt (LGBTIQ) bị gạt sang một bên hoặc bị dùng như là mồi để mặc cả, trao đổi trong các cuộc thương lượng liên chính phủ, kết quả là các quyền tình dục, quyền của cộng đồng LGBTIQ và giáo dục tình dục toàn diện bị loại

bỏ khỏi thỏa thuận cuối cùng.

Tuy vậy, các quyền của chúng tôi không thể bị xóa bỏ! chúng tôi không phải là các miếng mồi để mặc cả. Sự quyết tâm đang dần mạnh lên ở các quốc đảo TBD, được lãnh đạo bởi các nhà hoạt động nữ quyền, và những người bảo vệ quyền con người đến từ các nền tảng xã hội khác nhau. Chúng tôi phản kháng lại phe đối lập là những người từ chối công nhận chúng tôi và từ chối thực hiện quyền con người của chúng tôi. Chúng tôi nói điều này với các thể lực trung tâm ở New York, Các ngân hàng ở Luân Đôn và với lực lượng chính trị cấp khu vực là những người thường nói về tính bao trùm nhưng nhiều lần lại thất bại trong việc đảm bảo sự tham gia có ý nghĩa hoặc ưu tiên các nhóm người ngoài lề như chúng tôi. Chúng tôi lên án hành động nguy hiểm của chính quyền Mỹ trong việc rút khỏi hiệp định khí hậu Paris và việc mở rộng Lệnh GAG toàn cầu những hành động này đã ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của chúng tôi. Chúng tôi cũng nói không với các hiệp định thương mại đầy tranh cãi ví dụ Hiệp ước TBD về hợp tác kinh tế chặt chẽ hơn và mở rộng (PACER Plus) là những hiệp ước đe dọa các quyền con người căn bản của chúng tôi, trong đó có cả sức khỏe tình dục - sinh sản và quyền (Quyền SKSS-TD).¹

Chúng tôi đòi hỏi sự quan tâm đến những người phải chịu sự nghèo đói

và bất bình đẳng. Chúng tôi xin nhắc nhở chính phủ nhớ đến những thỏa thuận của họ ngay cả khi họ đã cam kết với chương trình nghị sự 2030, ví dụ như Hội nghị quốc tế về dân số và phát triển (ICPD) 1994. ICPD là một cuộc cách mạng mạnh mẽ về dân số và phát triển, chuyển đổi trọng tâm của các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu và vận động chính sách theo hướng tôn trọng quyền con người và thúc đẩy sự bình đẳng về y tế, đặc biệt là SKSS-TD và quyền. Những cam kết này một năm sau đó đã được củng cố thêm bằng Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh 1995 (BPfA) trong đó nhấn mạnh quyền của phụ nữ và bình đẳng giới trong phát triển toàn cầu. Các nguyên tắc Yogyakarta cũng phù hợp để áp dụng với bối cảnh khu vực Thái Bình Dương.

Tài chính là một yếu tố quan trọng trong cải cách y tế. Từ năm 1994, chính phủ các nước tiếp nhận tài trợ về dân số đã bước gần hơn với việc đáp ứng các cam kết tài chính được thông qua tại Cairo hơn là các nước tài trợ. Ngay cả như vậy, các nghiên cứu cấp quốc gia cũng chỉ ra rằng ở hầu hết các nước, các chương trình SKSS-TD vẫn phụ thuộc nặng nề vào nguồn tài trợ quốc tế.

Tất cả các quốc gia thành viên, tại đại hội đồng LHQ tháng 9 năm 2015, đều đã cam kết với mục tiêu: “Không để ai lại phía sau”, nhưng phần lớn vẫn chưa đưa cộng đồng LGBTIQ vào

các chính sách và chương trình quốc gia. Quyền tự chủ và toàn vẹn cơ thể không thể chỉ là những lời khoa trương trống rỗng. Chúng phải là các nguyên tắc được tôn trọng và được đặt vào trọng tâm của SKSS-TD và quyền và bình đẳng giới. Đây là mấu chốt của hành động độc lập, và vì vậy là điều kiện tiên quyết đối với việc thực hiện tất cả các quyền con người khác.

Các chính phủ quốc gia khu vực TBD đã đạt được nhiều tiến bộ trong những năm qua trong việc thực hiện quyền con người, trong đó phải kể đến việc phi hình sự hoá tình dục đồng giới của Palau năm 2014, việc nhận thức về phân biệt đối xử trên cơ sở khuynh hướng tình dục, bản dạng giới ..(SOGIE) trong hiến pháp quốc gia 2013, dưới phần 26 của luật về quyền tại Fiji, việc phi hình sự hoá sự tự thừa nhận là giới tính thứ 3 tại Samoa năm 2013 với việc bãi bỏ quy định liên quan đến giả nữ, việc thông qua bình đẳng kết hôn của Guam và việc phát động vào năm 2015 chiến dịch cấp cao “Thái Bình Dương Tự do và Bình đẳng”. Đây là những tiến bộ quan trọng trong việc xoá bỏ các chính sách và quy định pháp luật hình sự hoá tình dục đồng giới tại các tiểu quốc đảo TBD và công nhận tất cả mọi người có khuynh hướng tình dục, nhân dạng giới và các đặc điểm tính dục ngoài chuẩn dị tính cũng có mọi quyền đầy đủ và bình đẳng. Trong Tuyên bố Moana 2013, các lãnh đạo quốc gia TBD cũng cam kết mạnh mẽ về việc đảm bảo SKSS-TD và quyền cho mọi người dân, không phân biệt đối xử.⁵

Tuy vậy, việc gia tăng các hình thức bài trừ do ghê sợ đồng tính, chuyển giới và các hình thức kỳ thị phân biệt đối xử khác cũng như nạn bạo lực

đối với người có khuynh hướng tình dục, nhận dạng giới và đặc điểm tính dục đa dạng cũng ngăn cản phát triển bền vững và đe dọa tiến độ đạt được các mục tiêu phát triển bền vững ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu. Những vấn đề này đặc biệt phức tạp bởi vì cộng đồng LGBTIQ thực sự đa dạng. Tình trạng phân biệt đối xử và loại trừ mà người LGBTIQ phải chịu thường không được nhìn thấy bởi vì không có sự hỗ trợ rộng rãi của những người có trách nhiệm trong việc thu thập số liệu một cách nhất quán và đầy đủ ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu. Các văn phòng thống kê quốc gia phải chủ trì việc này. Trong các tiến trình cấp quốc gia và khu vực, việc đánh giá sự hội nhập của cộng đồng LGBTIQ cũng cần phải bao gồm cả sự tham gia dân sự và chính trị (đã được công nhận trong hiệp ước về quyền chính trị và dân sự). Luật pháp cần phải được cải cách để đảm bảo sự công nhận pháp lý về giới như một phần của các quyền về thân thể. Hơn nữa, việc phi hình sự hoá LGBTIQ là rất quan trọng để đảm bảo rằng chúng tôi có thể được thực hiện quyền tự do hội họp, kết nhóm và biểu đạt ý kiến.

Mục tiêu phát triển bền vững (SDG) số 3 về Sức khoẻ và Viên mãn cũng cần đề cập và công nhận các bất bình đẳng trong tiếp cận y tế và đầu ra sức khoẻ mà cộng đồng LGBTIQ phải trải qua, kể cả việc tiếp tục bệnh lý hoá người chuyển giới. Điều này cũng cần bao gồm sự tôn trọng tối đa đối với quyền tự chủ và toàn vẹn cơ thể của mọi người, bao gồm cả các cá nhân chuyển giới hoặc liên giới tính.

SDG số 5 về bình đẳng giới có thể cần bao trùm hơn nhằm đảm bảo quyền bình đẳng của mọi giới, và tăng cường quyền năng của những người đồng tính nữ, song tính, và chuyển giới. LGBTIQ cũng có thể là một ưu tiên trong SDG 5.

Những người LGBTIQ thực sự có nhu cầu tiếp cận với giáo dục, bao gồm giáo dục tình dục toàn diện (CSE), và các hệ thống giáo dục cần phải được xây dựng dựa trên quyền và đáp ứng được các nhu cầu của chúng tôi. Hơn nữa, giáo dục tình dục toàn diện hoặc giáo dục SKSS-TD và quyền cũng cần bao gồm tài liệu về khuynh hướng tình dục, nhân dạng giới, các đặc điểm tính dục - SOGIESC. SDG 4 về giáo dục có chất lượng cũng cần đề cập đến vấn đề này, khi việc phát triển chỉ số trong khu vực được triển khai.

Mục tiêu phát triển bền vững (SDG) số 3 về Sức khoẻ và Viên mãn cũng cần đề cập và công nhận các bất bình đẳng trong tiếp cận y tế và đầu ra sức khoẻ mà cộng đồng LGBTIQ phải trải qua, kể cả việc tiếp tục bệnh lý hoá người chuyển giới. Điều này cũng cần bao gồm sự tôn trọng tối đa đối với quyền tự chủ và toàn vẹn cơ thể của mọi người, bao gồm cả các cá nhân chuyển giới hoặc liên giới tính. Việc điều trị học môn khá tốn kém nhưng đây là một nhu cầu chủ yếu của cộng đồng chuyển giới*.⁶ Việc thiếu tiếp cận với bao cao su, dịch vụ xét nghiệm HIV, tư vấn đầy đủ cũng như tiếp cận với thuốc điều trị HIV cho người nhiễm, và kỳ thị cũng là những vấn đề của cộng đồng MSM (nam quan hệ tình dục với nam) và chuyển giới. Trong khi đó, sự vô hình của những phụ nữ quan hệ tình dục với nữ cũng dẫn đến tình trạng thiếu thông tin, số

liệu về tình dục an toàn và các biện pháp dự phòng đối với nhóm này. Các bộ ngành chính phủ phải đảm bảo rằng chúng tôi được quan tâm và họ cũng như khối tư nhân phải chịu trách nhiệm khi quyền của chúng tôi bị lạm dụng.

Ngoài các nghị quyết của Hội đồng Bảo an về 1325, 1820, 1888, và 1960 và nghị quyết mới về hoà bình cho thanh niên và an ninh con người cấp khu vực cần phải cân nhắc về an toàn cá nhân và tình trạng bạo hành đối với cộng đồng LGBTIQ. Tất cả các ban ngành an ninh, bao gồm bộ phận tư pháp và luật pháp cần phải đảm bảo rằng nguyên tắc và giá trị của công lý được công nhận thông qua việc cân nhắc tổ chức các khoá tập huấn nâng cao nhận thức cho nhân viên, và đảm bảo việc lồng ghép giới xuyên suốt trong các chương trình của mình. SDG 16 về hoà bình, công lý và thể chế vững mạnh phải đề cập đến vấn đề này.

Hoàn cảnh kinh tế, ví dụ như bất bình đẳng thu nhập và tỷ lệ nghèo đói cao trong cộng đồng LGBTIQ cũng cần phải được giải quyết. Các luật và chính sách lao động về không phân biệt đối xử cần phải được đưa vào trọng tâm của SDG 8 về tạo việc làm tốt và tăng trưởng kinh tế.

Các nhóm công tác về phát triển bền vững cấp quốc gia và khu vực đã được thành lập tại TBD. Các nhóm này cần thể hiện sự hiểu biết rằng bao trùm/hội nhập không chỉ là một từ trên giấy mà đó là một nguyên tắc thực hành của tất cả bên tham gia. Cần phải công nhận ngay lập tức tất cả các quyền của những người có khuynh hướng tình dục, nhân dạng giới và đặc điểm tình dục đa dạng

bởi vì chúng tôi bị bỏ qua trong nhiều tiến trình chính trị. Hơn nữa, các chính phủ phải đảm bảo một môi trường thích hợp và cung cấp ngân sách cho việc xây dựng phòng trào bởi vì như phòng trào do chúng tôi và cộng đồng chuyển giới đang tổ chức còn gặp nhiều thiếu thốn về nguồn lực.

Để vượt qua những thách thức hiện nay đối với vùng biển đảo TBD cần phải có một cách tiếp cận đa ngành trong đó phải phân tích một cách kỹ lưỡng, thông qua một khung làm việc tổng thể, các khía cạnh xã hội, văn hoá, kinh tế và chính trị của những quan ngại mang tính xuyên suốt và chồng chéo này. Các ban ngành, các liên minh và các bộ cần ngồi lại với nhau để đảm bảo chúng ta có được một chương trình nghị sự thực sự đổi mới, đột phá vì công bằng kinh tế, xã hội và giới tại khu vực TBD và toàn cầu. Bất kỳ một chính sách hay chương trình nào có sự tham gia của cộng đồng chúng tôi cần phải được khởi xướng và thực hiện bởi chính cộng đồng chúng tôi và những liên minh được cộng đồng chúng tôi lựa chọn, đồng thời phải được thực hiện trong khung làm việc về quyền con người và bình đẳng giới, trong đó tôn trọng các nguyên tắc về nữ quyền.

Trong bối cảnh còn thiếu không gian cho xã hội dân sự và nguồn ngân sách hạn hẹp dần, chúng tôi, những nhà nữ quyền trẻ sẽ tiếp tục đấu tranh để đảm bảo rằng các vấn đề và ưu tiên của chúng tôi được lắng nghe và các nhà lãnh đạo sẽ chịu trách nhiệm với việc làm của mình. Sự đa dạng của chúng tôi tại khu vực TBD chính là sức mạnh của chúng tôi.

Chúng tôi, thành viên của Haus of Kameleon (HK), một phong trào ở Thái Bình Dương do những người nữ quyền trẻ tuổi lãnh đạo đặt tại Suva, là một bộ phận của các liên minh kinh tế rộng lớn hơn của các nước phát triển, cam kết rằng các quy trình liên quan đến mục tiêu phát triển bền vững tại các cấp khác nhau ở khu vực châu á, TBD sẽ phải đề cập một cách rõ ràng đến cộng đồng LGBTIQ và các vấn đề của chúng tôi; việc liên đới giữa các vấn đề của chúng tôi với các phong trào khác, và rằng SKSS-TD và quyền là một phần không thể tách rời để hoàn thành chương trình nghị sự 2030. Chúng tôi đến đây và sẽ ở đây để đảm bảo rằng các quyền của chúng tôi được công nhận, tôn trọng, bảo vệ và thực hiện, theo đúng với các nguyên tắc: “không làm tổn hại” và “Bình đẳng cho mọi người” chứ không chỉ dành cho một số người.

Ghi chú và tham khảo

1. Xem thêm, ví dụ: “Pacific Feminists and Activists: Re-framing, Re-articulating and Re-energising Sexual and Reproductive Health and Rights!,” February 14, 2013, <http://www.pacificwomen.org/wp-content/uploads/Pacific-SRHR-2013-Outcome-Doc.pdf>; Noeline Nabulivou, “Pacific Women Launch Campaign To Stop Pacer Plus!,” DIVA for Equality Fiji, March 8, 2015, <https://www.facebook.com/FWRM1/posts/852175264845817>; “Pacific Urgent Action Hub for Climate Justice, “Our Oceans, Our Future” #WorldOceansDay Press Release, June 8, 2017, <https://www.facebook.com/notes/>

haus-of-khameleon/our-oceans-our-future-worldoceansd
ay/1444923218905925/; Fiji Women's Rights Movement, "Fiji NGO Coalition on CEDAW Submits Parallel Report," June 20, 2017,
<http://www.fwrm.org.fj/news/media-releases/67-all-category/news/press-releases/469-fiji-ngo-coalition-on-cedaw-submits-parallel-report>.

2. Gita Sen and Cai Yiping, "DAWN Regional Advocacy Tools on SRHR for Cairo@20,"
<http://www.dawnnet.org/feminist-resources/archive/dawn-regional-advocacy-tools-srhr-cairo20>.

3. Pacific Sexual Diversity Network (PSDN), Diverse Voices for Action and Equality (DIVA), and ARC International, "Our Voices, Our Communities, Our Rights: Advancing Human Rights Related to Sexual Orientation, Gender Identity and Expression in the Pacific Report of the Pacific LGBTQI Human Rights Conference, Nuku'alofa, Tonga, May 11-14, 2015,"
<http://arc-international.net/wp-content/uploads/2011/08/SOGIHR-Report-final.pdf>.

4. "Fa'afafine là thuật từ để chỉ những người tự xác định mình là người thuộc giới tính thứ 3 trong cộng đồng người Do Thái Samoa và Người Mỹ Samoa. Một vai trò giới và nhận dạng giới tính được công nhận từ đầu thế kỷ 20 trong xã hội Samoa, và một số đã lý thuyết hoá nó như một phần trong văn hoá Samoa rằng fa'afafine là những người được sinh ra là nam giới, và rõ ràng mang trong mình cả những dấu ấn giới của nam và nữ". Xem thêm: "*Fa'afafine*," Wikipedia,
<https://en.wikipedia.org/wiki/Fa%27afafine>.

5. UNFPA, AFPPD, IPPF, "Moana Declaration: Outcome Statement of Pacific Parliamentarians for Population and Development" (2013),
<http://countryoffice.unfpa.org/pacific/?reports=7673>.

6. Trans* là một thuật ngữ chung để chỉ tất cả các nhận dạng trong khung nhận dạng giới. Sự đa dạng về nhận dạng giới là rất lớn, nhưng chúng ta thường gộp chung chúng lại với nhau (ví dụ khi chúng ta nói các vấn đề về "trans"). Theo cách này, trans (không đi kèm dấu sao) có thể được dùng một cách cố ý để mô tả

những người chuyển giới nam và nữ, trong khi nếu có dùng kèm dấu sao thì nó có nghĩa để bao gồm tất cả người chuyển giới, những bản dạng phi giới tính và không thuộc giới tính nào, bao gồm (nhưng không giới hạn) người chuyển giới, người chuyển đổi giới tính, người thích mặc đồ khác giới, người phi giới tính, giới tính linh hoạt, không giới tính, giới tính thứ ba, người có hai tâm hồn, song giới, người chuyển giới nam, người chuyển giới nữ, v.v.

7. PSDN, DIVA, and ARC International, "Our Voices, Our Communities, Our Rights."

8. Ibid. bao gồm Liên minh những người hoạt động nữ quyền, SKSS-TD và quyền khu vực Thái Bình Dương, Tiếng nói Thanh niên, Liên minh Thanh niên và mạng hành động khẩn cấp về công lý khí hậu khu vực Thái Bình Dương. Để tìm hiểu thêm về Haus of Khameleon, visit <http://www.hausofkhameleon.org/>.

SỨC KHOẺ TÌNH DỤC SINH SẢN VÀ QUYỀN VÀ CHƯƠNG TRÌNH NGHỊ SỰ 2030:

Điều gì đang là lo ngại đối với thanh niên sống chung và bị ảnh hưởng bởi HIV ?

Jeffrey P. Acaba

Cán bộ chương trình,

APCASO Twitter: @jpacaba

Thanh niên tuổi từ 15 đến 24 chiếm đến 37% trong số các ca nhiễm HIV mới tại khu vực châu Á-Thái Bình Dương.¹ Trong số này, 95% các ca nhiễm mới xảy ra với những người thuộc nhóm nguy cơ cao nhất đối với HIV.¹² Thanh niên “có nguy cơ cao nhất” hoặc “các nhóm có nguy cơ cao”³ là những thuật ngữ thường được dùng để chỉ những nam thanh niên quan hệ tình dục với nam (MSM trẻ), thanh niên bán dâm,⁴ những người chuyển giới trẻ,⁵ và thanh niên tiêm chích ma túy, là những người, ở hầu hết các quốc gia, đều bị ảnh hưởng nặng nề bởi dịch HIV. Cứ 4 người trong nhóm thanh niên nguy cơ cao thì có 3 người không biết tình trạng nhiễm của mình, trong khi đó độ bao phủ của các chương trình dự phòng HIV đối với nhóm này vẫn thấp hơn 51,8% so với nhóm trên 25 tuổi.^{6,7} Khi phát hiện dương tính, nhiều thanh niên sống chung với HIV trong khu vực cũng không có khả năng tiếp cận với dịch vụ điều trị thiết yếu, bên cạnh việc thiếu nguồn tài chính và hỗ trợ tâm lý cần thiết để họ có thể có cuộc sống có chất lượng tốt hơn.⁸

Một vấn đề trong tiếp cận dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản của thanh niên. Thanh niên cần được tiếp cận với thông tin và dịch vụ đầy đủ về HIV để bảo vệ bản thân khỏi các nhiễm trùng qua đường tình

dục, bao gồm HIV. Tuy nhiên, các nhóm có nguy cơ cao thường bị ngăn không được tiếp cận các dịch vụ này. Tại hầu hết các nước trong khu vực châu Á -TBD. Luật về tuổi cần sự đồng ý,⁹ làm hạn chế những người dưới tuổi này tiếp cận với các dịch vụ, thông tin vật phẩm về SKSS-TD ví dụ như thuốc tránh thai và bao cao su.

Khái niệm trẻ em có năng lực đang phát triển, lần đầu tiên được đưa ra vào năm 1989. Công ước Quốc tế về quyền trẻ em (CRC), công nhận năng lực của trẻ em trong việc “thiết lập chính kiến và quyền được biểu đạt ý kiến của mình một cách tự do về tất cả các vấn đề liên quan đến trẻ em.”¹⁰ Tuy nhiên, luật về sự đồng ý lại trao đặc quyền về trách nhiệm mặt đạo đức cho cha mẹ hoặc người giám hộ, cho phép họ quyền quyết định về tiếp cận thông tin, vật phẩm hoặc dịch vụ thay mặt cho đứa trẻ. Hơn nữa, tại các nước như Indonesia và Malaysia, nơi mà các cuộc thảo luận về SKSS-TD, thường chỉ hướng đến các cặp đã kết hôn, do vậy thanh niên chưa kết hôn hay còn “độc thân” bị từ chối tiếp cận với các dịch vụ và vật phẩm liên quan đến HIV, SKSS-TD và quyền trừ phi họ có giấy đồng ý của người vợ hoặc chồng của mình.¹¹

Chăm sóc liên tục cho thanh niên thuộc các nhóm có nguy cơ cao từ

giáo dục tình dục toàn diện theo lứa tuổi đến xét nghiệm phát hiện HIV và STI, đến điều trị và chuyển giới tới các dịch vụ khác là rất cần thiết nhưng hiện cách tiếp cận toàn diện đối với các nhóm này vẫn còn rất hạn chế.¹²

Dưới góc độ là một thanh niên nam đồng tính lớn lên tại Philippines, tôi thấy rất khó để tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe TD-SS một cách toàn diện. Thông tin về STI và HIV chỉ giới hạn ở mức độ chuyên môn của cán bộ y tế. Trong các phòng khám vệ sinh xã hội các cán bộ đôi khi không qua đào tạo chuyên môn để có thể đáp ứng các nhu cầu cụ thể của nhóm thanh niên đồng tính. Bên cạnh đó, chương trình giáo dục về HIV trong trường học vẫn chỉ đặt dưới góc độ của bộ môn sinh học, và chúng ta khó có thể tìm thấy các chuyên gia tâm lý hay cán bộ tư vấn có thể nói chuyện được về các vấn đề tình cảm và biết cách để giúp tôi không cảm thấy bị mặc cảm khi nói ra những vấn đề đó.

Quyền về TD và SS tại hầu hết các nước châu Á Thái Bình Dương, luật về độ tuổi đồng ý hạn chế những người dưới tuổi tiếp cận với các thông tin SKTD-SS, dịch vụ, vật phẩm bao gồm thuốc tránh thai và bao cao su.

Đối với một người sống chung với HIV, tôi cảm thấy khó tìm thấy nơi nào tôi có thể nói về các mối quan hệ cá nhân và các nhu cầu về SKSS-TD của mình, bao gồm những cuộc thảo luận về bộc lộ, sự đồng ý, và tình dục an toàn, v.v.. Những khía cạnh đa chiều này của cuộc sống vẫn chưa được thể hiện đầy đủ trong các chương trình SKSS-TD và quyền ở cấp quốc gia.

Mục tiêu phát triển bền vững SDGs và chỉ số về AIDS. AIDS hiện tại là nguyên nhân gây tử vong lớn thứ 2 toàn cầu trong nhóm vị thành niên độ tuổi 10-19.¹³ Báo cáo của UNICEF về chương trình tắt cả chung tay xóa bỏ AIDS ở trẻ vị thành niên cho thấy trẻ em gái vị thành niên bị ảnh hưởng nhiều hơn bởi vì bất bình đẳng giới, quan hệ tình dục với người lớn hơn nhiều tuổi và bị bạo hành.¹⁴ Hơn nữa, một mặt các mục tiêu phát triển bền vững có thể được dùng làm định hướng phát triển cho các quốc gia trong việc giải quyết các vấn đề HIV,¹⁵ mặt khác chính sách không bắt buộc của nó lại làm khó cho các nước trong việc giải quyết các rào cản pháp luật nhằm đạt được các chỉ số đề ra. Ngoài ra, các nhóm dân cư đã từng bị liệt vào diện tội phạm/tệ nạn, ví dụ như nhóm thanh niên có nguy cơ cao và thanh niên sống chung với HIV thường bị gạt lại phía sau trong các can thiệp ứng phó. Để giải quyết vấn đề này, xã hội dân sự và các cộng đồng có nguy cơ cao đã làm việc với LHQ để họ gây sức ép với các quốc gia thành viên và tiến hành một cuộc họp cấp cao về HIV/AIDS vào tháng 6 năm 2016, qua đó phê chuẩn bản tuyên bố chính trị về xúc

tiến nhanh cuộc chiến chống lại HIV và tiến tới xóa bỏ đại dịch AIDS vào năm 2030, đồng thời cũng đã phê chuẩn 10 cam kết xúc tiến nhanh.¹⁶ Điều này buộc các tổ chức khu vực và các quốc gia thành viên phải lên kế hoạch lộ trình xóa bỏ đại dịch. Quan trọng nhất là bản tuyên bố chính trị này đã nêu bật nhu cầu cần giải quyết vấn đề HIV từ góc độ đa ngành thông qua kết nối một vài mục tiêu phát triển bền vững với nhau, cụ thể như mục tiêu số 3 (Cuộc sống khoẻ mạnh, viên mãn), số 5 (Bình đẳng giới), số 10 (Giám cách biệt), số 16 (Hoà bình, công bằng và thể chế vững mạnh), và số 17 (Hợp tác vì các mục tiêu). Đây trở thành một nền tảng để kết nối HIV với SKSS-TD và quyền và để tránh chồng chéo hoặc che lấp nhau đồng thời giải quyết được những vấn đề của thanh niên và các nhóm nguy cơ cao theo cách thức lấy con người làm trọng tâm.

Quyền SKTD-SS không phải là các quyền phụ thêm, mà là một phần không thể tách rời trong khuôn khổ chung về quyền con người, có tác động đến việc đạt được phát triển bền vững và chất lượng cuộc sống cho mọi người. Những quyền này bảo đảm cho việc đạt được sự phát triển tối ưu của mọi thanh niên trong đó có thanh niên thuộc các nhóm nguy cơ cao. Ngoài HIV, thanh niên các nhóm nguy cơ cao còn có các vấn đề về SKSS-TD và quyền cần phải được công nhận, thúc đẩy và bảo vệ.

Trong khi một số nước đã thực hiện đảm bảo sự tham gia của thanh

niên trong quá trình ra quyết định và thực hiện các chương trình SKSS-TD và quyền, ở nhiều cấp độ tham gia khác nhau, thanh niên các nhóm nguy cơ cao vẫn cảm thấy khó khăn khi tham gia do vẫn còn kỳ thị, phân biệt đối xử, bị gạt ra ngoài lề và bị coi là thiếu năng lực tham gia vì còn ít tuổi. Cụ thể, các nữ thanh niên sử dụng ma túy, nữ thanh niên bán dâm và các thanh niên nhập cư là người chuyển giới bị loại ra khỏi các cuộc thảo luận này và các vấn đề về SKSS-TD và quyền của họ không được quan tâm đúng mức vì họ còn phải đối mặt với nhiều hình thức kỳ thị và phân biệt đối xử kép. Ví dụ, một thanh niên nhập cư là người chuyển giới bán dâm sẽ bị tẩy chay bởi vì nhận dạng giới, bị hình sự hoá và bị người thi hành công vụ tống tiền bởi vì làm nghề bán dâm, và gặp trở ngại tại các cơ sở dịch vụ y tế vì không phải là người địa phương. Thay bằng việc cô lập các nhóm dân cư này, chúng ta cần công nhận nhu cầu để các tổ chức cộng đồng và các tổ chức xã hội dân sự hợp tác với nhau để kêu gọi sự hội nhập của thanh niên thuộc các nhóm nguy cơ cao vào khung làm việc của chương trình nghị sự về SKSS-TD và quyền.¹⁷

Nếu chúng ta muốn xóa bỏ dịch AIDS vào năm 2030 trong các nhóm nguy cơ cao, chúng ta cần phải đảm bảo rằng các vấn đề liên quan đến SKSS-TD và quyền, bình đẳng giới, và độ tuổi đồng ý, phải được giải quyết thông qua cách tiếp cận dựa trên quyền, lấy con người làm trung tâm trong đó

công nhận tính đa diện của kinh nghiệm sống của các nhóm thanh niên này. Các quyền về SKSS-TD không phải là các quyền phụ thêm, mà là một bộ phận không thể tách rời của khuôn khổ chung về quyền con người có tác động đến việc đạt được phát triển bền vững và chất lượng cuộc sống cho mọi người. Các quyền này là sự đảm bảo để đạt được sự phát triển tối ưu cho mọi thanh niên trong đó có thanh niên thuộc nhóm nguy cơ cao. Ngoài HIV, thanh niên thuộc các nhóm nguy cơ cao cũng có các vấn đề về SKSS-TD và quyền và những vấn đề này cần phải được công nhận, thúc đẩy và bảo vệ.

Ghi chú và tham khảo

1. "UNAIDS 2016 HIV Estimates," UNAIDS, <http://www.aidsdatahub.org/young-people-slides-2017>.
2. Report of the Commission on AIDS in Asia, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response* (New Delhi: Oxford University Press, 2008), 146.
3. UNAIDS, trong tài liệu về thuật ngữ năm 2015, ưu tiên sử dụng thuật ngữ "các nhóm dân cư chủ chốt" bởi vì họ là những nhóm được coi là mấu chốt tác động đến tình hình dịch và các can thiệp. Thuật ngữ này khác với thuật ngữ các nhóm dễ bị tổn thương là những nhóm bị đặt vào hoàn cảnh nguy cơ do áp lực xã hội hoặc hoàn cảnh sống của họ. Xem thêm: UNAIDS, *UNAIDS Terminology Guidelines* (Geneva: UNAIDS, 2015), http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.
4. Những phụ nữ làm nghề mại dâm nhất là những phụ nữ trẻ bước vào nghề trước tuổi 20, theo các báo cáo khảo sát hành vi quốc gia tại Indonesia, Philippines và Việt Nam 2013-2014 đăng trong mạng thông tin AIDS. Do lứa tuổi của mình, họ có ít năng lực thương lượng sử dụng bao cao su và thường rủi ro bị khách hàng bạo hành. Xem thêm: "HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific Review in Slides: Young Key Populations," 2017, <http://www.aidsdatahub.org/young-key-populations-slides-2017>.
5. Những người chuyển giới trẻ có nguy cơ lây nhiễm HIV từ quan hệ tình dục qua hậu môn không có bảo vệ cao gấp 18 lần, theo Tóm lược kỹ thuật của tổ chức WHO về HIV và người chuyển giới trẻ năm 2015. Báo cáo này cũng đề cập rằng nhóm chuyển giới trẻ ở Thái Lan cũng có tỷ lệ có ý định tự tử cao hơn các bạn ở nhóm tuổi lớn hơn. Bạn có thể tiếp cận với tài liệu này qua đường link: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf.
6. UNESCO, UNFPA, UNAIDS, UNDP, and Youth LEAD, *Young People and the Law in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNESCO, 2013), 87-88, <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002247/224782E.pdf>.
7. AIDS Data Hub for Asia and the Pacific, "Young Key Populations."
8. Youth LEAD, *Our Rights Matter Too: Sexual and Reproductive Health and Rights of Young Key Populations in Asia and the Pacific* (Bangkok: Youth LEAD, 2015), 12-18, http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Youth_Lead_Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf.
9. Độ tuổi đồng ý quan hệ tình dục tại 31 quốc gia châu Á, TBD thường di động từ 14-18 tuổi trong đó Philippines là quốc gia có độ tuổi đồng ý quan hệ tình dục thấp nhất 12 tuổi cho cả các bé gái và trai. Xem thêm: UNESCO, et al., *Young People and the Law in Asia and the Pacific*.
10. "Convention on the Rights of the Child Article 12," United Nations General Assembly, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.
11. UNESCO, et al., *Young People and the Law in Asia and the Pacific*.
12. Sinead Delany-Moretlwe, et al., "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers, and Gaps," *Journal AIDS Society* 18 (Suppl 1) (2015): 19833, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.2.19833>.
13. World Health Organization, *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade* (Geneva: WHO Press, 2014), 3, http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf.
14. UNICEF, et al., *All in to End Adolescent AIDS Launch: A Progress Report* (Geneva: UNAIDS, 2016), 6, https://www.unicef.org/aids/files/ALL_IN_2016_Progress_Report_6_16_17.pdf.
15. Các mục tiêu phát triển bền vững, được thông qua vào tháng 9 năm 2015, bao gồm mục tiêu 3.3 nhằm mục đích đến năm 2030 xoá bỏ dịch AIDS cùng với các dịch bệnh khác ví dụ như lao, sốt rét và các bệnh không lây nhiễm khác.
16. United Nations, *A/70/L.52 Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030*, 2016, http://www.hlm2016aids.unaids.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf.
17. Các sáng kiến khu vực ví dụ như Unzip the Lips và các sáng kiến toàn cầu ví dụ như LINK UP của Liên Minh HIV/AIDS là những hạ tầng tốt để cộng hưởng và tạo quyền cho cộng đồng tham gia vào các can thiệp rộng hơn về HIV và SKSS-TD và quyền.

TIẾP TỤC TRUYỀN CẢM HỨNG VÌ PHỤ NỮ SỐNG CHUNG VỚI HIV VÀ PHỤ NỮ SỬ DỤNG MA TUÝ

Thảo luận cùng với Baby Rivona

Cuộc phỏng vấn do Maria Melinda (Malyn) Ando thực hiện

Tạp chí ARROW vì sự thay đổi, Biên tập viên chính, và cán bộ chương trình cao cấp về truyền thông và vận động chính sách của ARROW

Trong cuộc phỏng vấn này, ARROW đã nói chuyện với cô **Baby Rivona**, một phụ nữ sống chung với HIV và đã nhiều năm nay là một nhà vận động chính sách về HIV tại Indonesia. Baby là đồng sáng lập viên và là điều phối viên của Mạng lưới Phụ nữ Dương tính Indonesia (IPPI), đây là một mạng lưới duy nhất có quy mô toàn quốc tại Indonesia dành các phụ nữ đang sống chung và bị ảnh hưởng bởi HIV. Hiện tại mạng lưới có khoảng 600 thành viên là chị em đến từ 25 tỉnh thành phố. Mạng lưới được thành lập năm 2006 với mục đích xây dựng một phong trào vững mạnh của phụ nữ sống chung và bị ảnh hưởng bởi HIV, giúp các chị em nâng cao kiến thức liên quan đến SKSS-TD và quyền, cải thiện khả năng tiếp cận của họ đối với các dịch vụ và tăng cường sự tham gia có ý nghĩa của các chị em phụ nữ này trong , quy trình vận động chính sách và làm chính sách.¹ Baby đã chia sẻ những khó khăn thách thức mà các chị em sống chung với HIV những chị em sử dụng ma túy gặp phải, cũng như những khó khăn trong việc tiếp cận nguồn viện trợ cho SKSS-TD và quyền và cho việc củng cố phát triển tổ chức.

Xin bạn cho chúng tôi biết ngắn gọn về con đường trở thành nhà vận động chính sách của bạn. Bạn đã bắt đầu tham gia làm việc về HIV, SKSS-TD và quyền của phụ nữ

sử dụng ma túy, đang sống chung với HIV hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV như thế nào?

Trước đây tôi có sử dụng ma túy và đi làm giúp việc ở Malaysia. Đến năm thứ 2 đi làm ở đó, tôi phát hiện mình bị nhiễm HIV và bị trục xuất về nước. Tôi không có việc làm, không tiền, không kiến thức; Lúc đó tôi chỉ chờ chết. Sau đó tôi đọc sách. Tôi tham gia một nhóm hỗ trợ người nhiễm HIV. Tôi đi xuống cộng đồng và học được nhiều từ các bác sĩ, khách hàng và gia đình; và rồi tôi trở thành bạn cho các khách hàng. Rồi đến năm 2006, sau đợt sóng thần tại Aceh, tôi bắt đầu tổ chức của mình. Kể từ đó, tôi đã trở thành nhà hoạt động với nhiều cái mũ khác nhau: một phụ nữ sống chung với HIV, một người đã từng sử dụng ma túy, và một cựu lao động nhập cư (Tôi đã tham gia cùng với Ủy Ban AIDS quốc gia trong quá trình xây dựng kế hoạch chiến lược cho người nhập cư). Tôi cũng là một bà mẹ. Năm 2009, tôi đã rất sốc khi biết mình có thai ở tuổi 42. Tuy nhiên, tôi cảm thấy mình may mắn bởi vì tôi có thể tiếp cận với dịch vụ dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (PMCT).

Bạn có thể cho biết tại sao IPPI lại quyết định tập trung vào lĩnh vực SKSS-TD và quyền, và những gì các bạn đã làm để lấp đầy các khoảng trống trong lĩnh vực này?

Năm 2011, chúng tôi bắt đầu lấy ý kiến của các thành viên về những gì chúng tôi thực sự cần và muốn tập trung vào làm để nâng cao năng lực và vận động chính sách. Ưu tiên thứ nhất mà chúng tôi xác định từ cuộc tham khảo ý kiến đó là cần có thông tin về SKSS-TD và quyền và những hệ lụy của nó đối với phụ nữ sống chung với HIV.

Lúc đó không ai trong chúng tôi thực sự biết về chủ đề này vì vậy chúng tôi đã tìm kiếm sự giúp đỡ của một số chuyên gia và nhờ họ xây dựng cho một module tập huấn.² Trong quá trình đó, chúng tôi có chia sẻ kinh nghiệm của mình với các chị em sống chung với HIV về nạo phá thai, về nhiễm khuẩn qua đường tình dục, về bạo hành đối với phụ nữ và về tiếp cận với điều trị và các vấn đề giới cũng như nhiều thứ khác. Lúc đó kinh phí rất hạn hẹp, chúng tôi chỉ tập huấn được một vài hướng dẫn viên sau đó họ tiếp tục tập huấn lại cho các chị em sống chung với HIV.

Năm 2013 chúng tôi làm đánh giá và thấy rằng cuộc tập huấn đã mang lại kết quả tích cực là chị em phụ nữ sống chung với HIV đã biết cách bảo vệ mình khỏi mang thai ngoài ý muốn và nhiễm khuẩn qua đường tình dục; nâng cao nhận thức về tiếp cận với các dịch vụ SKSS-TD, ví dụ như làm xét nghiệm phết dịch âm đạo và hiểu ra rằng ép buộc tránh thai và ép buộc triệt sản

là vi phạm trực tiếp đến quyền của họ.

Tuy nhiên, vẫn còn những khó khăn ví dụ như module tập huấn chưa có thông tin cụ thể về phụ nữ sử dụng ma túy và các nhu cầu về SKSS-TD của họ. Ví dụ, chúng tôi không có thông tin về tác động của ma túy bao gồm cả

methadone, đối với việc mang thai của phụ nữ. Các vấn đề liên quan đến khuynh hướng tình dục, nhân dạng và biểu đạt giới (SOGIE) cũng chưa có.

“Theo nhận định của tôi, tất cả phụ nữ đều cần thông tin về SKSS-TD và quyền, bao gồm việc tránh mang thai ngoài ý muốn, phòng tránh, STI và HIV, bất kể cô ấy ở độ tuổi nào hoặc cô ấy có phải là nhóm nguy cơ cao hay nhóm bị ảnh hưởng nhất hay không.”

Nhiều mạng lưới của các nhóm khác sau đó đã sử dụng module tập huấn này và điều chỉnh cho thành viên của họ, trong đó phải kể đến Cộng đồng quốc tế các chị em phụ nữ sống chung với HIV tại châu Á, TBD (ICWAP) năm 2014 và Mạng lưới quốc gia các phụ nữ làm nghề mại dâm của Indonesia năm 2015. Gần đây hơn, có một nhóm làm việc về giảm tác hại cũng muốn sử dụng module này. Về các bước tiếp theo, tôi muốn thực hiện một cuộc đánh giá toàn diện về tác động của module tập huấn và cũng muốn cập nhật tài liệu này. Chúng tôi cũng muốn nhiều chị em được tập huấn hơn bởi vì cho đến nay mới chỉ có khoảng 15% thành viên của IPPI được tập huấn. Tuy nhiên, việc tìm kiếm nguồn tài trợ không dễ.

Bạn có thể cho chúng tôi biết những quan ngại về SKSS-TD và quyền của phụ nữ sống chung với HIV, và phụ nữ sử dụng ma túy trong khu vực cụ thể là gì?

Rất nhiều người vẫn còn sợ HIV và vì thế vẫn còn kỳ thị và phân biệt đối xử. Liên quan đến sức khỏe sinh sản, tất cả mọi người, ngay cả các chị em có HIV cũng dễ dàng chấp nhận rằng việc này quan trọng đối với phụ nữ đã kết hôn. Tuy nhiên, đây còn là vấn đề của thanh niên và vị thành niên chưa kết hôn vì tình dục vẫn còn là một chủ đề cấm kỵ đối với họ. Theo quan điểm của tôi, tất cả phụ nữ cần được biết về SKSS-TD và quyền, bao gồm việc phòng tránh có thai ngoài ý muốn, STI và HIV bất kể cô ấy bao nhiêu tuổi và liệu cô ấy có thuộc nhóm nguy cơ cao hay nhóm bị ảnh hưởng chính hay không.

Bạo lực đối với phụ nữ và ép buộc triệt sản là những vấn đề chính đối với phụ nữ sống chung với HIV. Chúng tôi đã làm một cuộc nghiên cứu về vấn đề này tại Indonesia năm 2012,³ và thấy rằng 30.2% những người tham gia nghiên cứu đều đã từng bị bạo lực kinh tế; 29.7% bị bạo lực tâm lý, 28.9% bị bạo lực tình dục, 24.8% bị bạo lực thể xác, và 13.5% đã bị ép triệt sản. Trên thực tế, năm 2012, tôi đã nêu vấn đề ép buộc triệt sản đối với phụ nữ sống chung với HIV lên đến Ủy ban CEDAW. Kể từ sau đó chúng tôi không nghe thấy thêm về các trường hợp bị ép buộc triệt sản, nhưng đầu tháng 5 vừa rồi chúng tôi nghe thấy một chị phụ nữ 23 tuổi có HIV đã phải đi triệt sản. Chúng tôi đang thu thập thêm bằng chứng về lý do tại sao chị ý lại trải

Cảm hứng từ bán cầu Nam

qua thủ thuật đó và nếu chúng tôi có thông tin về sự ép buộc trong trường hợp này, chúng tôi sẽ một lần nữa đưa vấn đề này lên.

Đối với phụ nữ sử dụng ma túy, một vấn đề mà chị em gặp phải là vòng kinh không đều khi sử dụng methadone, và vì vậy rất khó để chị em biết được nếu có thai. Thường họ chỉ phát hiện ra khi vào các cơ sở cai nghiện. Nếu phát hiện có thai, các lựa chọn tốt nhất của họ là gì: nạo phá thai hay tiếp tục mang thai trong khi vẫn dùng methadone? Mạng lưới người sử dụng ma túy của Indonesia (PKNI) đã tiến hành một nghiên cứu về vấn đề này.

“Mặc dù chính phủ đã có các dịch vụ giành cho phụ nữ sống chung với HIV, các chị em/cộng đồng cần phải tham gia nhiều hơn vào việc đánh giá chất lượng của các dịch vụ này trên thực tế chứ không chỉ đơn thuần là làm người hưởng lợi.”

Như tôi đã nói trước đó, việc thiếu ngân sách tài trợ cho SKSS-TD và quyền dành cho chị em phụ nữ sống chung với HIV là vấn đề chính mà chúng tôi quan tâm. Việc nhóm chúng tôi không được đề cập, bao hàm trong trong các chính sách có thể là một yếu tố tại sao chính phủ không có ngân sách cho việc này.⁴ Mặc dù chúng tôi đã bổ xung SKSS-TD và quyền và lồng ghép bạo lực và dịch vụ HIV vào trong chiến lược quốc gia và kế hoạch hành động quốc gia về HIV và AIDS giai đoạn 2015-2019, nhưng kế hoạch này chưa được Bộ Y tế ký duyệt. Việc lồng ghép vấn đề bạo lực và dịch vụ HIV đã được Quỹ Toàn cầu tài trợ

nhưng vẫn chưa có ngân sách cho SKSS-TD và quyền. Năm ngoái, UNFPA có hỗ trợ chúng tôi và mạng lưới phụ nữ mại dâm một số kinh phí để cùng nhau tập huấn cho các hướng dẫn viên; tuy nhiên điều này không tương đương với việc có một chương trình bền vững. Đáng tiếc là chúng tôi chưa có đủ bằng chứng thuyết phục rằng SKSS-TD và quyền là một vấn đề quan trọng cần được giải quyết đối với phụ nữ sống chung với HIV.

Cộng đồng phụ nữ sống chung với HIV, bị ảnh hưởng bởi HIV và phụ nữ sử dụng ma túy có thể đóng vai trò gì trong việc thực hiện và giám sát các mục tiêu phát triển bền vững - SDG? Bằng cách nào chúng ta có thể thúc đẩy được điều này?

Hiện nay còn nhiều các nhà hoạt động về HIV và cộng đồng còn thiếu biết về tầm quan trọng của các mục tiêu phát triển bền vững, mặc dù biết rằng khung làm việc toàn cầu này có cả các chỉ số về HIV và SKSS-TD và quyền.

Về cơ chế chính phủ thực hiện để có sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự trong quá trình xây dựng kế hoạch chiến lược nhằm thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững, tôi nghĩ rằng cần phải minh bạch hơn về việc mời ai, tại sao và phải đảm bảo tính đa dạng. Khi tôi đặt câu hỏi với chính phủ, họ nói rằng một số tổ chức đã được tham gia cùng với Tổng cục Kế hoạch Quốc gia. Tôi nói rằng tốt thôi nhưng lần sau cần nhớ mời tôi bởi vì tôi rất quan tâm và muốn đề đạt các vấn đề của phụ nữ sống chung với AIDS. Mặc dù chính phủ đã có các dịch vụ giành cho phụ nữ sống chung với

HIV, các chị em/cộng đồng cần phải tham gia nhiều hơn vào việc đánh giá chất lượng của các dịch vụ này trên thực tế chứ không chỉ đơn thuần là làm người hưởng lợi. Trên thực tế, đây là một trong những lĩnh vực chúng tôi đề cập đến trong lần đề xuất dự án gần đây với Quỹ Toàn cầu hợp tác với Bộ Y tế.

Bạn có khuyến nghị gì đối với chính phủ các nước, với LHQ và các nhà tài trợ nhằm đảm bảo rằng SKSS-TD và quyền của phụ nữ sống chung với HIV, và phụ nữ sử dụng ma túy không bị bỏ quên?

Cần phải có thêm đầu tư của cả chính phủ và các nhà tài trợ cho SKSS-TD và quyền cho phụ nữ sống chung với HIV tại Indonesia. Kiến thức về SKSS-TD và quyền rất quan trọng cho phụ nữ sống chung với HIV để họ có thể sống khỏe mạnh và bảo vệ bản thân khỏi mang thai ngoài ý muốn và các nhiễm khuẩn qua đường tình dục.

Một vấn đề quan trọng khác đó là các nhà tài trợ cần tài trợ ngân sách cho việc củng cố phát triển tổ chức. Mặc dù một số nhà tài trợ quan tâm hỗ trợ một số chương trình của chúng tôi nhưng họ lại không hỗ trợ tiền lương cho chúng tôi. Vậy chúng tôi tồn tại như thế nào nếu đi làm mà không có lương? Chúng tôi đã bỏ thời gian và công sức vào đó; đừng coi chúng tôi là các tình nguyện viên. Hãy xem chúng tôi như là các chuyên gia bởi vì chúng tôi đã sống qua những vấn đề này; kiến thức chuyên môn của chúng tôi đến từ chính kinh nghiệm của bản thân.

Tôi cũng hỏi cùng câu hỏi này với chính phủ. Họ cũng cần hỗ trợ cho

các tổ chức của phụ nữ để các tổ chức này có thể bắt đầu nâng cao nhận thức đặc biệt là về SKSS-TD và quyền, và để củng cố phát triển tổ chức. Chính phủ cần tài trợ cho chúng tôi và xem đây là trách nhiệm của họ hơn là để chúng tôi đi tìm kiếm nhà tài trợ nước ngoài. Chính phủ cần thiết lập cơ chế tài trợ cho các tổ chức xã hội dân sự từ nguồn ngân sách quốc gia.

Về mặt chính sách và luật pháp, luật phòng chống phân biệt đối xử với người có HIV cần phải được thực hiện một cách đầy đủ. Ví dụ, chỉ mới đây, một cháu bé không được nhận vào học bởi vì cháu có HIV. Đối với ma túy, chúng ta vẫn còn án tử hình cho người buôn bán ma túy và đối với người sử dụng ma túy một số phải đi cai nghiện một số phải đi tù. Tôi lo ngại về chỉ tiêu mà chính phủ đặt ra đến năm 2020 Indonesia sẽ không còn ma túy và kết quả của cuộc chiến ma túy. Nếu như Cục Phòng chống ma túy Quốc gia không đạt được chỉ tiêu hàng năm về số người sử dụng ma túy đi cai nghiện, bạn có thể tưởng tượng được điều gì sẽ xảy ra không? Luật pháp và chính sách cũng cần phải dựa trên quyền.

Về tiếp cận với thuốc điều trị, chúng tôi đang vận động chính phủ cung cấp thuốc điều trị viêm gan C. Hiện nay, các bệnh viện của Indonesia không có thuốc này mà thuốc chỉ có trên thị trường với giá đắt gấp đôi giá thuốc ở Ấn Độ, vì vậy các mạng lưới phải tiếp cận với thuốc của Ấn Độ qua đường Thái Lan.⁵ Các xét nghiệm phòng khám cũng rất đắt đỏ đối với cộng đồng và cần phải được miễn phí hoặc với giá thành mà chúng tôi chịu được.

“Một vấn đề quan trọng khác đó là các nhà tài trợ cần tài trợ ngân sách cho việc củng cố phát triển tổ chức. Mặc dù một số nhà tài trợ quan tâm hỗ trợ một số chương trình của chúng tôi nhưng họ lại không hỗ trợ tiền lương cho chúng tôi. Vậy chúng tôi tồn tại như thế nào nếu đi làm mà không có lương? Chúng tôi đã bỏ thời gian và công sức vào đó; đừng coi chúng tôi là các tình nguyện viên. Hãy xem chúng tôi như là các chuyên gia bởi vì chúng tôi đã sống qua những vấn đề này; kiến thức chuyên môn của chúng tôi đến từ chính kinh nghiệm của bản thân.”

Cuối cùng là vấn đề bảo hiểm y tế quốc gia hiện do chính phủ cung cấp cho tất cả công dân nhưng lại quy định rằng nếu bạn bị ốm do sử dụng ma túy bạn sẽ không được bảo hiểm chi trả. Những điều khoản như vậy cần phải được xoá bỏ. Nếu bạn muốn cung cấp cái đó thì nó phải được áp dụng cho tất cả mọi người.

Bạn có còn muốn bổ sung thêm điều gì không?

Hiện tại tôi cảm thấy mệt mỏi vì là người sống chung với HIV bởi vì số người bị nhiễm HIV vẫn ngày càng tăng mà vẫn còn kỳ thị. Chúng ta đã có rất nhiều hội nghị hội thảo nhưng tại sao ngày hôm qua thôi vẫn còn có trường hợp bị ép triệt sản? Tại sao con trai tôi (không bị nhiễm HIV) lại bị đuổi khỏi trường vì các phụ huynh khác sợ?

Trong đầu tôi có rất nhiều suy nghĩ

về những điều mà chúng ta chưa đạt được mặc dù đã cố gắng rất nhiều.

Ngay cả như vậy, điều gì tiếp tục thúc bạn? Điều gì khiến bạn tiếp tục bước đi?

Bởi vì nhiều phụ nữ chưa được hưởng quyền bình đẳng, nhất là các chị em sống chung với HIV. Đây là điều thúc tôi tiếp tục bước lên phía trước.

Bạn có thể liên hệ với Baby Rivona theo địa chỉ email: babyrivona@gmail.com.

Ghi chú và tham khảo

1. The Global Coalition on Women and AIDS, “Indonesia: Positive Women's Network Takes Action to Address Violence against Women Living with HIV,” August 7, 2014, <https://gcwa.unaids.org/news/indonesia-positive-women%E2%80%99s-network-takes-action-address-violence-against-women-living-hiv>.
2. Các nhóm có quan tâm tới Module, Sức khoẻ tình dục của phụ nữ: Thực thi quyền, sức khoẻ tình dục và quyền sinh sản của phụ nữ, có thể viết thư trực tiếp cho tác giả hoặc cho IPPI.
3. IPPI, *Studi Kualitatif Dan Pendokumentasian; Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan Dengan Hiv Dan Aids Di 8 (Delapan) Provinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Sumatera Utara, Yogyakarta, Jawa Timur, Bali Dan NTB* (Jakarta: IPPI, 2013), http://www.academia.edu/9578982/STUDI_KUALITATIF_DAN_PENDOKUMENTASIAN_KASUS_KEKERASAN_TERHADAP_PEREMPUAN_DENGAN_HIV_DAN_AIDS_DI_8_DELAPAN_PROVINSI.
4. Để tham khảo phân tích về các nguồn

lực và chi tiêu cho HIV tại Indonesia, xem thêm: Mardiaty Nadjib, Amila Megraini, Luluk Ishardini, and Lusi Rosalina, *National AIDS Spending Assessment 2011-2012, 2013*, http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/indonesia_2011-2012_en.pdf.

5. Thuốc điều trị viêm gan C có giá khoảng 150 USD một lọ tại Ấn Độ và giá này tại Indonesia là 300 USD.

CÁC NGUYÊN TẮC YOGYAKARTA : Nhìn lại và hướng tới

Pooja Patel

Cán bộ quản lý chương trình

(Quyền của phụ nữ và quyền của LGBTI),

Dịch vụ quốc tế về quyền con người,

và Arvind Narrain Tổng giám đốc, ARC International

Email: p.patel@ishr.ch, Twitter: @Pooja_ISHR

Email: anarrain@gmail.com, Twitter: @anarrain

Một khía cạnh quan trọng của các mục tiêu phát triển bền vững (SDGs) chính là cam kết đối với tiêu chí “không để ai lại phía sau” và xúc tiến trên cơ sở rằng “nhân phẩm con người là mấu chốt.” Cả hai tiêu chí này cần phải được thực hiện triệt để trong bối cảnh các thách thức liên quan đến khuynh hướng tính dục và nhân dạng giới (SOGI), bởi vì cho đến ngày hôm nay, luật pháp ở nhiều nơi trên thế giới vẫn còn hình sự hoá các cách biểu đạt và nhân dạng liên quan đến tính dục và giới.

Một trong những bước tiến quan trọng của phong trào đấu tranh chống lại phân biệt đối xử và bạo lực trên nền tảng khuynh hướng tính dục và nhân dạng giới (SOGI) chính là việc ban hành các nguyên tắc Yogyakarta (YPs) năm 2006 về SOGI do một nhóm bao gồm 28 chuyên gia của LHQ, các luật sư về nhân quyền, và các học giả soạn thảo.¹ Vào dịp kỷ niệm 10 năm ra đời tài liệu pháp lý này, chúng ta không chỉ nhớ lại những bạo lực không thể tưởng tượng nổi đã xảy ra đối với cộng đồng LGBTIQ trên khắp thế giới, mà còn cùng nhau hướng tới một tương lai mà ở đó mọi hình thức bạo lực phải được xoá bỏ.

Cuộc tranh đấu để thiết lập rằng người LGBTI cũng là con người, có quyền được tôn trọng hoàn toàn về mặt đạo đức, vẫn tiếp tục là một cuộc chiến.

Vậy làm thế nào chúng ta có thể

đánh giá thành tựu của các nguyên tắc Yogyakarta?

Nhấn mạnh tính phổ quát của các quyền. Triết lý đằng sau các nguyên tắc YP có thể được thấy trong nguyên tắc số 1, trong đó có nói đến các điểm sau: “tất cả con người đều được sinh ra tự do và bình đẳng về nhân phẩm và quyền,” và “con người thuộc mọi khuynh hướng tính dục và nhân dạng giới đều có quyền được hưởng đầy đủ tất cả các quyền của con người.”² Ngày hôm nay, nguyên tắc phổ quát này vẫn tiếp tục bị chối bỏ ở nhiều quốc gia trên toàn thế giới. Cuộc đấu tranh để thiết lập rằng LGBTI cũng là con người, có quyền được tôn trọng hoàn toàn về mặt đạo đức³, vẫn tiếp tục là một cuộc chiến.

... khi chúng ta nói rằng các quy định về chống kê dâm là vi phạm quyền riêng tư, chúng ta không khẳng định quan điểm gia trưởng rằng “nhà của người đàn ông chính là thành trì của anh ta” (có nghĩa là anh ta có quyền bất khả xâm phạm làm bất cứ cái gì anh ta muốn trong phạm vi ngôi nhà của mình), mà khẳng định rằng tạo dựng mối quan hệ gần gũi gắn bó với người khác chính là bảo vệ quyền tạo dựng các mối quan hệ với người mà bạn lựa chọn và quyền của bạn được chọn người mà bạn muốn có quan hệ đó.

Định nghĩa về SOGI. Các định nghĩa

rộng về SOGI trong nguyên tắc YP rất thận trọng tránh cái bẫy của việc chỉ bảo vệ những nhân dạng giới đã được thiết lập ví dụ như đồng tính nam, đồng tính nữ, song tính hoặc chuyển giới; và cố ý mở rộng sự bảo vệ này đến các nhóm khác nhau, bao gồm tất cả những người có thể bị tấn công bởi hành vi tình dục, hành động tình dục, nhân dạng tình dục, cách biểu đạt giới hoặc nhân dạng giới của họ. Tại Argentina, Luật Nhân dạng Giới nổi tiếng đã áp dụng định nghĩa về nhân dạng giới của nguyên tắc Yogyakarta.⁴ Tại Ấn Độ, phán quyết của Tòa án Dân sự tối cao ở Delhi trong vụ kiện giữa Naz Foundation với NCR Delhi, trích dẫn mục 377 của bộ Luật Hình sự Ấn Độ cũng như phán quyết của Tòa án tối cao công nhận quyền của người chuyển giới trong tranh cãi giữa cơ quan có thẩm quyền về luật pháp cấp quốc gia với Liên đoàn lao động Ấn Độ (NALSA), đều có trích dẫn đến các nguyên tắc Yogyakarta.⁵

Xây dựng quyền được công nhận trước pháp luật. Nguyên tắc số 3 nói đến quyền được công nhận trước pháp luật,⁶ khởi xướng việc áp dụng các quyền này trong đối với nhân dạng giới về khuynh hướng tính dục. Đây là trục trung tâm của cuộc đấu tranh vì quyền của người chuyển giới trên toàn cầu. Hệ thống pháp luật ở nhiều nước trên thế giới vẫn chối bỏ quyền của nhóm cư dân này trong việc được công nhận quyền pháp lý trong việc lựa chọn giới của

mình, khiến họ mất quyền bằng cách phủ nhận quyền của họ được xác nhận với giới mà họ mong muốn. Nguyên tắc số 3 từ đó đã dần tìm được chỗ đứng trong các quy trình lập pháp của các quốc gia như Argentina,⁷ Ireland,⁸ và Malta,⁹ trong đó tất cả đều công nhận quyền được chọn lựa giới của cá nhân.

Bước ra ngoài khuôn khổ của sự riêng tư về mặt không gian. Nguyên tắc số 6 bảo vệ quyền riêng tư, là quyền thường được xem là quyền không bị ngăn cản hưởng thụ cuộc sống hoà bình trong nhà của mỗi cá nhân. Nguyên tắc YP đã đi xa hơn cách hiểu này để đưa thêm “có quyền ra các quyết định và lựa chọn liên quan đến thân thể của chính mình và với sự đồng thuận trong quan hệ tình dục cũng như các mối quan hệ khác với những người khác.” Nguyên tắc số 6 coi sự riêng tư rộng hơn khuôn khổ “riêng tư về không gian” và bao gồm khái niệm được gọi là “riêng tư về mặt quyết định” và “riêng tư trong mối quan hệ.” Vì vậy, khi chúng ta nói rằng các quy định luật pháp chống kê dâm là vi phạm quyền riêng tư chúng ta không khẳng định quan điểm gia trưởng rằng “nhà của người đàn ông chính là gia súc của anh ta” (có nghĩa là anh ta có quyền bất khả xâm phạm làm bất cứ cái gì anh ta muốn trong phạm vi ngôi nhà của mình), mà khẳng định rằng tạo dựng mối quan hệ thể xác với người khác là việc đầu tiên trong việc bảo vệ quyền tạo dựng các mối quan hệ với người mà bạn lựa chọn và quyền của bạn được chọn người mà bạn muốn có quan hệ đó. Bằng việc mở rộng khái niệm riêng tư ra ngoài khuôn khổ “không gian”, các nguyên tắc YP đã tạo ra mối liên hệ với khung khái niệm về “nhân phẩm” và “tự chủ”. Mối liên hệ giữa nhân phẩm, riêng tư và tự

do được nhấn mạnh rất rõ trong hệ thống luật pháp ở Ấn Độ,¹⁰ Nam phi,¹¹ và Hoa Kỳ,¹² trong đó nêu rõ nguyên tắc rằng bảo vệ quyền riêng tư là bảo vệ toàn bộ lãnh địa liên quan đến việc ra quyết định cá nhân/riêng tư.

Đáp ứng nhu cầu được bảo vệ khỏi lạm dụng y tế. Nguyên tắc số 18 nhấn mạnh rằng việc kiểm soát và điều chỉnh khuynh hướng tình dục và nhân dạng giới - SOGI không chỉ xảy ra thông qua pháp luật và Nhà nước mà còn thông qua cả các thể chế xã hội đa phương, kể cả một khả năng vi phạm quyền khác đó là ngành y tế. Lạm dụng y tế theo như định nghĩa trong nguyên tắc này có thể xảy ra trong 3 tình huống mà một người có thể bị ép buộc phải trải qua do họ có khác biệt về SOGI:

- * Điều trị hoặc trải qua các thủ thuật, xét nghiệm y khoa hoặc tâm lý;
- * Bị bắt buộc ở tại cơ sở y tế; và
- * Phân loại SOGI bản thân nó không phải là những vấn đề y tế cần phải điều trị, chữa trị hoặc kiểm soát.

Sự phát triển về pháp lý này là vô cùng quan trọng để mở rộng sự bảo vệ khỏi sự lạm dụng y tế đối với những người có khác biệt về SOGI. Điều này ứng dụng rất tốt đối với các em bé sinh ra là liên giới tính mà thường bị ép buộc trải qua các phẫu thuật thay đổi cơ thể, dưới cái chiêu bài vì lợi ích tốt nhất cho đứa trẻ. Nguyên tắc này là một điểm khởi đầu trong quá trình xây dựng khung pháp luật để loại bỏ những phẫu thuật như vậy.

Nguyên tắc 18 nhấn mạnh rằng việc kiểm soát và điều chỉnh khuynh hướng tình dục và nhân dạng giới - SOGI không chỉ xảy ra thông qua pháp luật và Nhà nước mà còn thông qua

cả các thể chế xã hội đa phương, kể cả một khả năng vi phạm quyền khác đó là ngành y tế.

Hướng về phía trước. Trong 10 năm kể từ khi ra đời các nguyên tắc YPs, đã có nhiều tiến bộ trong việc cải cách pháp luật liên quan đến SOGI, tuy vậy con đường phía trước vẫn còn dài. Một ví dụ đó là việc sử dụng thuật ngữ “ đặc điểm giới tính” để làm cơ sở biện minh cho những can thiệp y khoa không cần thiết đối với những đứa trẻ sinh ra liên giới tính. Quyền của những người chuyển giới làm nghề mại dâm và quyền của những người tị nạn là LGBT , cũng như quyền về biểu đạt giới, có thể cần phải được giải nghĩa cụ thể hơn trong khuôn khổ của nguyên tắc YP.

Chúng ta cần phải vừa làm nổi bật các nguyên tắc này đồng thời cũng phải thu hẹp các khoảng trống để các nguyên tắc Yogyakarta sẽ tiếp tục là trái tim không ngừng đập của hệ thống pháp luật về SOGI trong những năm tiếp theo. Nếu như các mục tiêu phát triển bền vững muốn thực sự đạt được tiêu chí: không để ai lại phía sau và “bảo vệ nhân phẩm con người,” thì tất nhiên các nguyên tắc YP phải là một phần không thể thiếu trong khung thực hiện SDG.

Ghi chú và tham khảo

“Nguyên tắc Yogyakarta: Áp dụng Luật Quốc tế về Quyền Con người liên quan tới Khuynh hướng Tình dục và Bản dạng giới” <http://www.yogyakartaprinciples.org/>. Các nguyên tắc này được phát triển từ Điều 1 của Tuyên bố phổ cập về Quyền con người (UDHR), trong đó nêu rõ rằng Tất cả mọi người đều được sinh ra tự do và bình đẳng về quyền và nhân phẩm. Điều 1 của UDHR là một nhắc nhở đau buồn về lịch sử đàn áp, tra tấn và sát hại người do thái,

người Romas, người Slavs, người khuyết tật và người đồng tính luyến ái dưới chế độ Nazi. Các tác giả đồng thuận rằng trong khi các phạm trù “đạo đức” và “phẩm hạnh” có một số hàm ý nhất định có thể được ghi nhận trong các bài thuyết giáo nhưng chúng cần phải được xem xét lại. Các ví dụ của việc xem xét lại trong luật pháp là ý tưởng về “quyền công dân đầy đủ đạo đức” được Justice Sachs tại Nam Phi làm rõ và khái niệm về phẩm hạnh pháp hiến do Ambedkar tại Ấn Độ đưa ra. Xem thêm: National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v. Minister of Justice and Others (CCT11/98) [1998] ZACC 15; 1999 (1) SA 6; 1998 (12) BCLR 1517 (9 October 1998). Also see Ambedkar's speech in the Constituent Assembly cited by C.J. Shah in Naz Foundation v. NCT Delhi, <https://indiankanoon.org/doc/100472805>. “Argentina Gender Identity Law,” September 12, 2013, Transgender Europe, <http://tgeu.org/argentina-gender-identity-law/>. “Naz Foundation v. NCT Delhi on July 2, 2009,” <https://indiankanoon.org/doc/100472805/>; National Legal Services Authority v. Union of India and Others on April 15, 2014,” <https://indiankanoon.org/doc/193543132/>. This principle emerged in international human rights law out of the struggle against the racist Nazi ideology, whereby Jews were stripped of legal identity and citizenship and rendered non-citizens with no rights. “Argentina Gender Identity Law.” “Gender Recognition Act 2015,” Transgender Europe, http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/08/IRELAND_Gender-Recognition-Act-2015.pdf. “Chapter 540 Gender Identity, Gender Expression, and Sex Characteristics Act,” April 14, 2015, <http://www.justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lo&itemid=12312&l=1>. See “National

Legal Services Authority v. Union of India,” <https://indiankanoon.org/doc/193543132/>. See Justice Sachs' concurring judgment in “National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v Minister of Justice and Others (CCT11/98) [1998] ZACC 15; 1999 (1) SA 6; 1998 (12) BCLR 1517 (9 October 1998),” South African Legal Information Institute, <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/1998/15.html>. See Justice Kennedy's majority judgment in “Lawrence v. Texas 539 US 558,” 2003, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/539/558/>.

Legal Services Authority v. Union of India,” <https://indiankanoon.org/doc/193543132/>. See Justice Sachs' concurring judgment in “National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v Minister of Justice and Others (CCT11/98) [1998] ZACC 15; 1999 (1) SA 6; 1998 (12) BCLR 1517 (9 October 1998),” South African Legal Information Institute, <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/1998/15.html>. See Justice Kennedy's majority judgment in “Lawrence v. Texas 539 US 558,” 2003, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/539/558/>.

TƯ LIỆU TỪ TRUNG TÂM CHIA SẺ KIẾN THỨC VỀ SKTD-SS VÀ QUYỀN CỦA ARROW

Tổng hợp bởi: Seow Kin Teong

Cán bộ chương trình cấp cao, ARROW

Email: kin@arrow.org.my

Trung tâm chia sẻ kiến thức của ARROW (viết tắt là ASK-us) có một bộ sưu tập đặc biệt các tài liệu về giới, quyền của phụ nữ, và SKSS-TD và quyền. Trung tâm mong muốn các thông tin quan trọng về các chủ đề này có thể được tiếp cận rộng rãi đối với tất cả mọi người. ASK-us sẽ được chia sẻ trên mạng vào quý 3 của năm 2017. Để liên hệ với ASK-us, hãy gửi email tới địa chỉ: km@arrow.org.my.

CÁC TƯ LIỆU VỀ TIẾP CẬN PHỔ QUÁT SKTD-SS VÀ QUYỀN

Hành động vì sức khỏe toàn cầu và đếm ngược tới châu Âu 2030.

Độ bao phủ sức khỏe phổ quát: SKTD-SS và quyền trong chương trình nghị sự. Bài tham luận, Tháng 3 năm 2017. <http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/universal-health-coverage-srhr-on-the-agenda-afgh-countdown2030.pdf>.

Bài tham luận cập nhật này mong muốn chỉ ra định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về bao phủ y tế phổ quát (UHC) và tầm nhìn của nó về các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe gắn với UHC liên quan như thế nào với SKSS-TD và quyền, cũng như các yếu tố hỗ trợ ảnh hưởng đến SKSS-TD và quyền. Bài tham luận cho rằng UHC không thể thành công thực sự nếu không ưu tiên giải quyết vấn đề SKSS-TD và quyền và rằng một cách thức tiếp cận với UHC được bắt nguồn từ quyền con người

có ý nghĩa rất quan trọng đối với tiến độ thực hiện SKSS-TD và quyền. Bài tham luận công nhận rằng một số khía cạnh của SKSS-TD và quyền còn chưa được quan tâm/ưu tiên và chúng ta cần tiếp tục nỗ lực và nỗ lực hơn, cũng như đặt trọng tâm cho công tác vận động. Kết luận của bài tham luận cũng đưa ra một số thông điệp và khuyến nghị chính về việc đạt được tiếp cận phổ quát đối với SKSS-TD và quyền có nghĩa là gì.

Beattie, Allison, Robert Yates, và Douglas Noble. *Đẩy nhanh tiến độ*

hướng tới Bao phủ y tế phổ quát cho phụ nữ và trẻ em tại Nam Á, Đông Á và Thái Bình Dương. Tham luận theo chủ đề.

Văn phòng UNICEF khu vực nam Á, 2016. <http://billion-brains.org/wp-content/uploads/2016/10/UHC-Paper.pdf>.

Bài tham luận chủ đề này xem xét các yếu tố cơ bản của UHC, bao gồm những lợi ích và thành phần thiết yếu của nó trong khi tổng hợp tình hình hiện nay tại khu vực châu Á TBD. Bài viết phân tích môi trường chính sách cấp khu vực và toàn cầu về y tế nói chung (và về UHC) bao gồm cả các mục tiêu phát triển bền vững, chương trình nghị sự mới về y tế toàn cầu cũng như những mối quan ngại đang nảy sinh về an ninh sức khỏe toàn cầu. Các bài học chính từ kinh nghiệm của các nước đã thực hiện UHC cũng được tổng hợp trong bài viết, bao gồm các ví dụ và các nghiên cứu điển hình từ khu vực, cũng như các yếu tố quyết định sự thành công và các khó khăn cản trở tiến độ thực hiện. Các khuyến nghị chính sách và các bước tiếp theo cũng được liệt kê trong phần cuối của bài viết.

Boldosser-Boesch, Amy, Dan Byrnes, Cindy Carr, Shiza Farid, Kimberly Lovell, Helena Minchew, Joanne Omang, Robyn Russell, và Ann Warner. *Các thể tóm tắt: SKSS-TD và quyền và chương trình nghị sự phát triển sau 2015. Dự án tiếp cận phổ quát của Quỹ UN, 2015.* <http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaigns-and-initiatives/universal-access-project/briefing-cards-srhr.pdf>.

Bộ thể tóm tắt này chỉ rõ các mối liên hệ giữa SKSS-TD và quyền với việc đạt được các ưu tiên phát triển khác, ví dụ như giáo dục; lợi ích kinh tế; chương trình nghị sự về sức khỏe rộng hơn; bình đẳng giới và môi trường.

Trung tâm vì bình đẳng giới và bình đẳng y tế (CHANGE). *Tất cả phụ nữ, Tất cả Các Quyền, Phụ nữ bán dâm đều được bao gồm: Viện trợ nước ngoài của chính phủ Mỹ*

và SKTD-SS và quyền của phụ nữ bán dâm.

CHANGE, 2016.

http://www.genderhealth.org/files/uploads/All_Women_All_Rights_Sex_Workers_Included_Report.pdf.

Báo cáo này được viết trên cơ sở phân tích các bài báo đã được thẩm định về chuyên môn, hướng dẫn và khuyến nghị hợp tác, và các tài liệu chưa công bố về nhu cầu SKSS-TD của phụ nữ bán dâm. CHANGE cũng thực hiện các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc, khuyết danh, với những người có thông tin, bao gồm cán bộ chính phủ Mỹ, những người thực hiện chương trình, nghiên cứu tại cấp quốc gia, các phụ nữ bán dâm, những người vận động chính sách cho việc bán dâm, đại diện cung cấp dịch vụ và các tổ chức đa phương. Trên cơ sở phân tích tài liệu và phỏng vấn, các lĩnh vực ưu tiên đã được xác định trong đó viện trợ nước ngoài của chính phủ Mỹ cần được thực hiện hài hòa với các thực hành tốt và các nguyên tắc nhân quyền căn bản để đảm bảo thúc đẩy một cách hiệu quả hơn sức khỏe và các quyền của phụ nữ bán dâm.

Hawkins, Kate, Stephen Wood, Tanya Charles, Xiaopei He, Zhen Li, Anne Lim, Ilana Mountian và Jaya Sharma. "Báo cáo tổng hợp về nghèo đói và tình dục." Báo cáo bằng chứng số 53,

Tình dục, nghèo đói và luật pháp. Viện nghiên cứu phát triển (IDS), 2014.

<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/3525/ER53.pdf?sequence=1>.

Báo cáo này tổng hợp các bài học từ một bộ các báo cáo đánh giá về nghèo đói và tình dục trong giai đoạn

2012-2013 và đây là một phần trong một dự án lớn hơn tập trung vào việc tìm hiểu mối liên hệ giữa tình dục, đa dạng giới và nghèo đói nhằm mục đích cải thiện các chính sách và chương trình phát triển kinh tế xã hội hướng tới hỗ trợ các nhóm dân bị gạt ra ngoài lề xã hội vì tình dục

của họ. Nghiên cứu này chỉ ra rằng tình dục liên quan trực tiếp đến đời sống kinh tế, xã hội và thể chất của con người, đến sự tham gia chính trị và tham gia kinh tế xã hội cũng như quá trình hiện thực hoá các quyền của con người, đặc biệt đối với người nghèo và những người bị gạt ra ngoài lề xã hội.

Ipas. *Tiếp cận của phụ nữ đối với dịch vụ nạo phá thai an toàn trong chương trình nghị sự 2030 về phát triển bền vững: thúc đẩy chăm sóc y tế cho bà mẹ, bình đẳng giới và quyền SKSS.* Ipas, 2015. <http://www.ipas.org/en/Resources/>

[Ipas%20Publications/Womens-access-to-safe-abortion-in-2030-agenda-for-sustainable-development.aspx](http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Womens-access-to-safe-abortion-in-2030-agenda-for-sustainable-development.aspx).

Đẩy mạnh tiếp cận của phụ nữ đến dịch vụ nạo phá thai an toàn là một ưu tiên trong các quyền SKSS-TD của phụ nữ, phù hợp với các mục tiêu mới về phát triển bền vững tập trung vào công bằng sức khỏe và bình đẳng giới. Bài tham luận tóm tắt này trình bày các mục tiêu phát triển bền vững và các chỉ số mà việc đạt được nó phụ thuộc vào dịch vụ nạo phá thai hợp pháp và an toàn và đưa ra các khuyến nghị về chỉ số tối thiểu để đánh giá tiến độ toàn cầu về tiếp cận dịch vụ nạo phá thai.

Livingstone, Amanda. *Bộ tài liệu tóm lược: SKSS-TD và quyền tại Nam Á.* White Ribbon Alliance, 2016. <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2016/03/Briefing-Kit-SRHR-in-South-Asia.pdf>.

Bộ tài liệu tóm lược này hướng tới các công dân muốn vận động để được tham gia vào các cơ chế giám sát và giải trình nhằm đảm bảo rằng chính phủ thực hiện những gì họ cam kết về SKSS-TD và quyền. Khi công dân tham gia và nâng cao nhận thức, và phụ nữ và trẻ em gái cảm thấy được nâng cao quyền năng để hành động như những tác nhân thay đổi, các nhà lãnh đạo cấp quốc gia và địa phương sẽ lắng nghe các yêu cầu của họ.

Mishra, Santosh Kumar. “KSS-TD và quyền và chương trình nghị sự sau 2015: Một cuộc điều tra về Kịch bản Phát triển.” *Sức khoẻ phụ nữ quốc tế* 2 : 1 (2 0 1 6) : 1 1 4 . <https://www.elynsgroup.com/journal/article/sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-post-2015-agenda-an-investigation-into-development-scenario>.

Bài báo này nhằm mục đích xem xét đánh giá vai trò và tầm quan trọng của SKSS-TD và quyền một cách tổng thể trong kịch bản phát triển mà các quyền đó có mối liên hệ với các quyền con người khác cũng như với các mục tiêu xoá đói giảm nghèo toàn cầu; và đưa ra các khuyến nghị thiết yếu cần phải được ưu tiên chính đáng trong chương trình nghị sự sau 2015. Nhằm đạt được phát triển bền vững, hoà bình và công lý cho mọi người, SKSS-TD và quyền phải được coi là một phần không thể tách rời trong toàn bộ các diễn ngôn và kế hoạch vì một thế giới tốt đẹp hơn.

Santhya, K.G. và Shireen J.

Jejeebhoy. “SKSS-TD và quyền của trẻ em gái vị thành niên: bằng chứng từ các nước có thu nhập trung bình và trung bình thấp.” *Y tế cộng đồng toàn cầu*, 10:2 (2015): 189-221.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318087/>.

Bài báo này đánh giá bằng chứng về SKSS-TD và quyền của trẻ em gái vị thành niên tại các nước có thu nhập trung bình và trung bình thấp (LMIC)

Trong khuôn khổ của các cam kết về chính sách và chương trình mà các chính phủ đã đồng ý tại Hội nghị về Dân số và Phát triển Quốc tế (ICPD), bài báo phân tích tiến độ từ năm 1994, và xác định các thách thức và cơ hội đối với công tác bảo vệ sức khoẻ và quyền con người. Các phát hiện của bài báo chỉ ra rằng nhiều quốc gia vẫn chưa đạt được những tiến bộ quan trọng trong việc đẩy lùi tảo hôn và sinh con ở tuổi vị thành niên, giảm sinh con ngoài ý muốn, thu hẹp các khoảng cách về giới

hiến trẻ em gái gặp nguy cơ liên quan đến SKSS-TD, mở rộng nhận thức về chăm sóc sức khoẻ và thúc đẩy tiếp cận với các dịch vụ SKSS-TD.

Quỹ dân số LHQ (UNFPA). *Tiếp cận phổ quát đối với sức khoẻ sinh sản: Tiến bộ và Thách thức*. UNFPA, 2016. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_2016_0120_online.pdf.

Tầm quan trọng của SKSS-TD và tiếp cận với dịch vụ kế hoạch hoá gia đình ngày nay được công nhận rộng rãi, không chỉ đối với việc cải thiện các cơ hội sống còn khi mang thai và sinh con cho phụ nữ, mà còn góp phần đóng góp vào các vấn đề có liên quan ví dụ như bình đẳng giới, cải thiện sức khoẻ trẻ em, đáp ứng tốt hơn với đại dịch HIV, kết quả giáo dục tốt hơn và giảm nghèo đói. Báo cáo này đưa ra các số liệu hiện có xung quanh các chỉ số của mục tiêu thiên niên kỷ 5b nhằm xác định các tiến bộ đã đạt được, và các thách thức cả mới và cũ cần phải giải quyết trong quá trình thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững, đặc biệt là 9 chỉ số dưới mục tiêu SDG3. Báo cáo chỉ ra các nhóm dân số dễ bị tổn thương và thiệt thòi nhất là ai và tiếp cận cũng tình hình sử dụng các dịch vụ SKSS-TD của họ như thế nào.

Tổ chức y tế thế giới (WHO).

Hướng dẫn tổng hợp về SKSS-TD và quyền của phụ nữ sống chung với HIV. Geneva: WHO, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254885/1/9789241549998-eng.pdf?ua=1>.

Tài liệu hướng dẫn này tổng hợp các khuyến nghị hiện có dành riêng cho nhóm phụ nữ sống chung với HIV cùng với các khuyến nghị mới cũng như các tuyên bố về bài học kinh nghiệm về thực hành tốt nhằm hỗ trợ các cán bộ y tế tuyến cơ sở, các cán bộ quản lý chương trình, và các nhà hoạch định chính sách y tế công cộng xung quanh vấn đề làm sao để thế giới giải quyết tốt hơn vấn đề SKSS-TD và quyền của phụ nữ sống chung với HIV. Tài liệu này cũng

nhằm giúp các quốc gia có kế hoạch đầy đủ và hiệu quả hơn, phát triển, và giám sát các chương trình và dịch vụ nhằm thúc đẩy bình đẳng giới, quyền con người và khiến các thay đổi đó dễ chấp nhận hơn và phù hợp hơn với các phụ nữ sống chung với HIV, trong khi vẫn chú ý đến bối cảnh dịch của địa phương, và quốc gia. Tài liệu thảo luận về các vấn đề thực tế rằng các can thiệp y tế và cung cấp dịch vụ y tế cần phải đáp ứng và đạt được bình đẳng giới và thúc đẩy quyền con người.

Thanh niên Lãnh Đạo. *Quyền của chúng tôi cũng có ý nghĩa: SKTD-SS và quyền của các nhóm thanh niên có nguy cơ cao tại Châu Á và TBD*. Thailand: Youth LEAD, 2015.

http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Youth_Lead_Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf. *Quyền của chúng tôi cũng có ý nghĩa: SKTD-SS và quyền của các nhóm thanh niên có nguy cơ cao tại Châu Á và TBD*. Thailand: Youth LEAD, 2015. http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Youth_Lead_Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf.

Báo cáo khu vực này được thực hiện bởi Youth LEAD- Thanh niên lãnh đạo- nhằm nêu bật mối liên hệ không thể tách rời giữa SKSS-TD và quyền và các nhóm thanh niên, cũng như cách thức để nhận biết, thúc đẩy và bảo vệ các quyền này như là các công cụ nòng cốt để tiến tới xoá bỏ đại dịch AIDS trong khu vực. Báo cáo cũng bao gồm tổng quan về SKSS-TD, và quyền, nhu cầu, các vấn đề và ưu tiên của các nhóm thanh niên có nguy cơ cao tại châu Á Thái Bình Dương. Báo cáo cũng đề cập đến các vấn đề tồn đọng, khoảng trống về kiến thức về SKSS-TD và quyền của các nhóm thanh niên có nguy cơ cao trong khu vực, đồng thời báo cáo cũng đưa ra các khuyến nghị dựa trên một nghiên cứu cấp khu vực, và đóng góp các thông tin thiết thực cho các nỗ lực vận động chính sách.

TƯ LIỆU KHÁC

Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development (AFPPD).

Parliamentarian Resource Kit on SRHR and Population and Development Links in Asia and the Pacific in the Post 2015, 2nd Edition. AFPPD, 2016. <https://www.afppd.org/Resources/27-2nd-edition-parliamentarian-resource-kit.pdf>.

Association for Women in Development (AWID).

"Feminist Standpoints on the Global Gag Rule." Web article. AWID, 2017. <https://www.awid.org/news-and-analysis/feminist-standpoints-global-gag-rule>.

Barclay, Heather, Raffaella Dattler, Katie Lau, Shadia Abdelrhim, Alison Marshall, and Laura Feeny. *Sustainable Development Goals: A SRHR CSO Guide for National Implementation*. International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2015. http://www.ippf.org/sites/default/files/sdg_a_srhr_guide_to_national_implementation_english_web.pdf.

Galati, Alanna J. "Onward to 2030: Sexual and Reproductive Health and Rights in the Context of the Sustainable Development Goals." *Guttman Policy Review*, 18:4 (2015). https://www.guttman.org/sites/default/files/article_files/gpr1807715.pdf.

Guttman Institute. *Abortion in Asia*. Fact sheet. Guttman Institute, 2016.

https://www.guttman.org/sites/default/files/factsheet/ib_aws-asia.pdf.

International Planned Parenthood Federation East and South East Asia and Oceania Region (IPPF-ESEAOR).

No Crisis Too Great. IPPF-ESEAOR, 2016. http://www.ippfeseaor.org/sites/ippfeseaor/files/2016-11/No_Crisis_Too_Great_0.pdf.

Joffe, Carole. "What Will Become of Reproductive Issues in Trump's America?" *Reproductive Health Matters*, 25:49 (2017).

Accessed May 19, 2017. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2017.1287826>.

New Zealand Parliamentarians' Group on Population and Development (NZPPD).

"Pacific Youth: Their Rights, Our Future." Report of the NZPPD Open Hearing on Adolescent Sexual and Reproductive Health in the Pacific, June 11, 2012.

<http://www.familyplanning.org.nz/media/302823/pacific-youth-their-rights-our-future.pdf>.

Ravindran, T.K. Sundari. "Poverty, Food Security and Universal Access to Sexual and Reproductive Health Services: A Call for Cross-movement Advocacy against Neoliberal Globalisation." *Reproductive Health Matters*, 22:43 (2014). Accessed May 19, 2017. <http://tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943751-0>.

Tư liệu

Rutgers. *Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People*. Rutgers, 2016. https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual_SRHR%20programmes%20for%20young%20people_%202016.pdf.

The Lancet (Editorial).

"Urbanisation, Inequality, and Health in Asia and the Pacific." *The Lancet*, 389:10077 (2017): 1370. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30941-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30941-8). [http://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736\(17\)30941-8/fulltext?elsca1=etoc](http://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736(17)30941-8/fulltext?elsca1=etoc).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (UNESCO). *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*. Bangkok: UNESCO, 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Policy brief. UNHCR, 2012. <http://www.unhcr.org/5077d9349.pdf>.

ẤN PHẨM ARROW CHỌN LỌC

ARROW xuất bản các ấn phẩm cập nhật chất lượng. Dưới đây là một số ấn phẩm chọn lọc về Tiếp cận phổ cập về Quyền SKTDSS do ARROW thực hiện trong 5 năm qua. Tất cả các ấn phẩm của ARROW từ năm 1993 có thể tải về từ <http://arrow.org.my/publications-overview/>.

Abdul Cader, Azra, Dhivya Kanagasingham, and Sai Jyothir Mai Racherla. *SDG Alternative Report: Girls and the Sustainable Development Goals in Selected Countries in the Asia-Pacific Region.* ARROW, 2017.

Various Authors. *Call for Action to Integrate SRHR into the Post-2015 Agenda.* Available for Africa, Bangladesh, Cambodia, India, Indonesia, Lao PDR (in English and Lao), Pakistan, and Latin America and the Caribbean (in English and Spanish). ARROW, 2014-2016.

Various Authors. *Country Profile Series on Universal Access to Sexual and Reproductive Health.* Available for Bangladesh, Cambodia, China, India, Indonesia, Lao PDR (also available in Lao), Malaysia, Mongolia, Nepal, Pakistan, Philippines, and Sri Lanka (available in English, Sinhala, and Tamil). ARROW, 2014-2016.

Various Authors. *Country Profile Series on Universal Access to Sexual and Reproductive Rights.* Available for Cambodia, China, India, Indonesia, Lao PDR (also available in Lao), Malaysia, Nepal, Pakistan, Philippines, Sri

Lanka, and Thailand. ARROW, 2014-2016.

ARROW. *SRHR in the 2030 Agenda: Looking Back, Moving Forward.* 2016.

ARROW. *Myanmar/Burma Country Study: Breaking Barriers: Advocating SRHR* (also available in Burmese). 2016.

Das, Arpita. *Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights Regional Profile: Asia.* ARROW, 2016.

Ravindran, T.K. Sundari. *An Advocate's Guide: Integrating Human Rights in Universal Access to Contraception.* ARROW, 2016.

Various Authors. *Advocacy Brief on Climate Change and SRHR.* Available for Bangladesh, Indonesia (in English and Bahasa Indonesia), Lao PDR, Malaysia, Maldives, Nepal, Pakistan, and the Philippines. ARROW, 2016.

Various Authors. *Scoping Study on Climate Change and SRHR.* Available for Bangladesh, Indonesia, Lao PDR, Malaysia, Nepal, Pakistan, and the Philippines.

ARROW, 2016.

ARROW. *Gender, SRHR and the Post-2015 Agenda* (also available in Russian). *ARROW for Change*, 2015.

ARROW. *Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Agenda: Taking Their Rightful Place* (also available in Bangla, Hindi, and Tamil). 2014.

ARROW. *Sexual and Reproductive Health and Rights beyond 2014: Opportunities and Challenges.* 2014.

ARROW. *Setting the Adolescent and Young People SRHR Agenda*

beyond ICPD+20. 2014.

ARROW. *ICPD+20 Asia Youth Factsheet.* 2014.

Racherla, Sai Jyothimal and Nurgul Dzhanaeva. *Country Profile on the Status of Sexual and Reproductive Health and Rights: Kyrgyz Republic* (also available in Russian). ARROW, 2014.

Ravindran, T.K. Sundari. *What It Takes: Addressing Poverty and Achieving Food Sovereignty, Food Security, and Universal Access to SRHR.* ARROW, 2014.

Turgabeci, Paulini and Bronwyn Tilbury. *Pacific Young People's SRHR Factsheet.* ARROW, 2014.

Woods, Zonibel. *Identifying Opportunities for Action on Climate Change and Sexual and Reproductive Health and Rights in Bangladesh, Indonesia, and the Philippines.* ARROW, 2014.

ARROW. (2nd ed.). *Sex and Rights: The Status of Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in Southeast Asia.* ARROW, 2013.

Ravindran, T.K. Sundari. *An Advocates' Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights.* ARROW, 2013.

Thanenthiran, Sivananthi, Sai Jyothimal Racherla, and Suloshini Jahanath.

Reclaiming and Redefining Rights: ICPD+20 Status of SRHR in Asia Pacific. ARROW, 2013.

Various Authors. *Reclaiming and Redefining Rights: Setting the Adolescent and Young People SRHR Agenda beyond ICPD+20.* ARROW, 2013.

CÁC ĐỊNH NGHĨA

Tiếp cận phổ quát: hiểu một cách đơn giản, tiếp cận phổ quát “có nghĩa là không một ai bị tước đi cơ hội được sử dụng các dịch vụ thích hợp khi cần thiết. Điều này thường được hiểu là không một ai phải chi trả ngay một khoản lớn tiền túi tại thời điểm tiếp cận dịch vụ; các dịch vụ có thể tiếp cận được cả về không gian địa lý và xã hội. và rằng các điểm cung cấp dịch vụ có đủ nhân viên, trang thiết bị và vật dụng cần thiết. Điều này cũng được hiểu là phải có các chính sách và phân bổ ngân sách phù hợp.”¹ “Điều này cũng được định nghĩa như là 'dịch vụ chăm sóc không có rào cản về giới, văn hoá, tổ chức, tài chính hay địa lý’²

Khái niệm tiếp cận bao gồm 3 khía cạnh, đó là:

* **Khả năng tiếp cận vật lý.** Điều này được hiểu là: các dịch vụ y tế tốt có sẵn với khoảng cách để người cần dùng có thể tiếp cận được một cách hợp lý, và thời gian mở cửa, hệ thống đặt lịch hẹn và các khía cạnh khác của việc tổ chức và cung cấp dịch vụ cho phép người dân có được loại dịch vụ khi họ cần.

* **Khả năng chi trả:** đây là cách tính khả năng người dân có thể trả cho các dịch vụ mà không phải chịu gánh nặng về tài chính. Điều này tính đến không chỉ giá cả của dịch vụ y tế mà còn cả các chi phí cơ hội khác (ví dụ chi phí vận chuyển đi và về từ cơ sở y tế và thời gian phải nghỉ làm). Khả năng chi trả chịu ảnh hưởng bởi hệ thống đầu tư y tế nói chung và thu nhập của hộ gia đình.

* **Tính chấp nhận:** nói đến sự sẵn sàng của người dân khi tìm kiếm dịch vụ. Tính chấp nhận được coi là

thấp nếu bệnh nhân cho rằng dịch vụ đó không hiệu quả hoặc khi các yếu tố về văn hoá xã hội ví dụ như ngôn ngữ hoặc tuổi, giới tính, dân tộc hoặc tôn giáo của người cung cấp dịch vụ không khuyến khích người dân tìm kiếm sử dụng dịch vụ đó.”³

“Có hai nhóm yếu tố có ảnh hưởng đến tiếp cận, đó là: 'về phía cung' hoặc các yếu tố về hệ thống y tế trong đó bao gồm khả năng chi trả, sự sẵn có, tính chấp nhận và chất lượng của dịch vụ; và các yếu tố 'phía cầu' ví dụ như thiếu thông tin và năng lực ra quyết định, các hạn chế về đi lại, sự biệt lập xã hội và phân biệt đối xử.”⁴

Bao phủ y tế phổ quát - UHC: Chỉ số 3.8 của mục tiêu phát triển bền vững tập trung vào “đạt được bao phủ y tế phổ quát, bao gồm bảo vệ các rủi ro về tài chính, tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế thiết yếu chất lượng cao và tiếp cận với các loại vắc xin, và thuốc men an toàn, hiệu quả, chất lượng cao và giá cả chấp nhận được cho mọi người.” UHC hiện là một ưu tiên của tổ chức y tế thế giới (WHO).

WHO định nghĩa UHC là “nhằm đảm bảo rằng tất cả người dân được tiếp cận với các dịch vụ dự phòng, điều trị và phục hồi cần thiết với chất lượng đủ tiêu chuẩn để đem lại hiệu quả, đồng thời đảm bảo rằng người dân không phải chịu gánh nặng về tài chính khi phải chi trả cho các dịch vụ này.”⁵

Ngoài ra, WHO giải thích rằng UHC “bao gồm 3 mục tiêu liên quan: bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế những ai cần dịch vụ sẽ có được dịch vụ, không chỉ đối với những ai có thể

chi trả cho dịch vụ; rằng chất lượng của dịch vụ y tế phải đủ tốt để cải thiện sức khoẻ của người sử dụng dịch vụ; và bảo vệ rủi ro về tài chính đảm bảo chi phí sử dụng dịch vụ không đặt người dân vào nguy cơ phải chịu gánh nặng về tài chính.”⁶

Một tài liệu trước đây của WHO cũng giải nghĩa rằng việc đạt được bao phủ y tế phổ quát “đòi hỏi tiến bộ trong ba khía cạnh, đó là: loại bỏ các rào cản về tài chính trong việc tiếp cận với dịch vụ chăm sóc và đảm bảo người sử dụng dịch vụ y tế được bảo vệ để không bị rơi vào thảm họa tài chính; tăng cường mức độ bao phủ chăm sóc y tế: dịch vụ nào được bao gồm trong gói dịch vụ thiết yếu và được cung cấp với giá bao cấp hoặc miễn phí; tăng cường mức độ bao phủ cho người dân: ai được tham gia.”⁷

Cũng cần phải ghi nhận rằng bao phủ y tế phổ quát với việc người dân có được các dịch vụ họ mong muốn và được hưởng lợi từ việc bảo vệ khỏi rủi ro không thể diễn ra nếu không có tiếp cận y tế phổ quát vì đây là cơ hội và khả năng để thực hiện cả hai.”⁸ Thực tế bao phủ phổ quát là điều kiện cần nhưng chưa đủ đối với tiếp cận. Ngay cả khi có bao phủ phổ quát, tiếp cận phổ quát cũng khó có thể đạt được bởi vì các rào cản đến từ phía cung ví dụ như tính sẵn có của các điểm cung cấp dịch vụ và của một số dịch vụ cụ thể' và cũng bởi vì các rào cản từ 'phía cầu' bao gồm các yếu tố văn hoá, cảm nhận của khách hàng về chất lượng và tính hiệu quả của dịch vụ cũng như các mối tương quan quyền lực giới ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sử dụng dịch vụ.”⁹

Tác giả: Maria Melinda Ando

Biên tập viên chính tạp chí - ARROW for Change & cán bộ chương trình cao cấp của ARROW

Email: malyn.ando@arrow.org.my,
malyn.ando@gmail.com

Trách nhiệm giải trình của chính phủ so với vai trò của khối tư nhân :

Trong các cuộc thảo luận về tiếp cận phổ quát và bao phủ phổ quát, chúng ta thường đặc biệt nhấn mạnh trách nhiệm giải trình và trách nhiệm chính trong việc đảm bảo sức khoẻ của người dân là của chính phủ. Các nhà hoạt động và vận động chính sách cần phải thận trọng hơn với vai trò ngày càng lớn của khối tư nhân trong phát triển bền vững, bao gồm trong cung cấp dịch vụ y tế. Cần ghi nhận rằng trước đây việc tăng ngân sách công thường tập trung chủ yếu vào cung cấp dịch vụ nhà nước và rằng phần lớn các dịch vụ SKSS-TD từ trước đã được tư nhân hoá. Điều này khiến dịch vụ SKSS-TD và quyền trở nên xa vời hơn nữa với mục tiêu tiếp cận cho mọi người, trừ những người có khả năng chi trả.¹⁰

Vai trò ngày càng lớn của khối tư nhân đã và đang được củng cố trong chương trình nghị sự về phát triển bền vững 2030, với bằng chứng là các báo cáo tự nguyện quốc gia trình bày tại diễn đàn chính trị cấp cao (HLPF), có đến “93% các quốc gia đã tham khảo ý kiến của khối tư nhân trong quá trình đánh giá chiến lược quốc gia và tiến độ đạt được các mục tiêu phát triển bền vững ...68%... công nhận đầu tư tư nhân là các công cụ thay thế quan trọng hỗ trợ ngân sách nhà nước chi cho các mục tiêu phát triển bền vững; và 43%... ghi nhận các nỗ lực của quốc gia trong việc phát triển nhiều hơn các mối quan hệ hợp tác công-tư trong thực hiện mục tiêu phát triển bền vững.”¹¹

Sức khoẻ sinh sản: “Một tình trạng khoẻ mạnh về mặt xã hội, tinh thần và thể chất toàn diện; không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc ốm đau, mà trong mọi vấn đề liên quan đến hệ thống sinh sản và các chức năng và quy trình của nó. SKSS vì vậy hàm ý rằng con người có khả năng có

một cuộc sống tình dục an toàn và thoải mái và rằng họ có khả năng sinh sản và được tự do quyết định có muốn hay không, khi nào và bao nhiêu lần họ thực hiện điều đó. Cụ thể trong điều kiện cuối cùng này là phụ nữ và nam giới có quyền được cung cấp thông tin và tiếp cận với các phương pháp kế hoạch hoá gia đình an toàn, hiệu quả, có thể chi trả và chấp nhận được cũng như các phương pháp khác do họ tự lựa chọn để điều tiết sinh sản miễn không vi phạm pháp luật và quyền được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ phù hợp để giúp phụ nữ mang thai và sinh con an toàn và để các cặp đôi có cơ hội tốt nhất có được đứa con khoẻ mạnh.”¹²

Quyền SKSS: “bao hàm một số quyền con người đã được công nhận trong pháp luật quốc gia, tài liệu về nhân quyền quốc tế và các tài liệu được các bên thống nhất khác. Các quyền này dựa trên sự công nhận quyền cơ bản của mọi cặp đôi và cá nhân được tự do quyết định và có trách nhiệm quyết định về số lượng, khoảng cách và thời điểm sinh con và có thông tin và công cụ để làm được điều này; và có quyền đạt được tình trạng sức khoẻ tình dục ở tiêu chuẩn cao nhất. Điều này cũng bao gồm quyền được ra quyết định liên quan đến việc sinh nở mà không bị bất kỳ phân biệt đối xử, ép buộc hay bạo lực nào như đã được nêu rõ trong các tài liệu nhân quyền.”¹³

Sức khoẻ tình dục: “Một tình trạng khoẻ mạnh về xã hội, tinh thần, tình cảm và thể chất liên quan đến tình dục; không chỉ đơn thuần là việc không bị bệnh tật; sự bất thường về bộ phận cơ thể hoặc ốm đau. Sức khoẻ tình dục đòi hỏi một cách tiếp cận tích cực và tôn trọng đối với các mối quan hệ tình dục cũng như khả năng đạt được các trải nghiệm tình dục an toàn và thoải mái mà không bị ép buộc, phân biệt đối xử hoặc

bạo lực. Để đạt được và duy trì sức khoẻ tình dục, các quyền về tình dục của mọi người phải được tôn trọng, bảo vệ và thực thi.”¹⁴

Quyền tình dục: “bao hàm các quyền của con người đã được công nhận trong pháp luật quốc gia, các tài liệu nhân quyền quốc tế và các tài liệu được các bên thống nhất khác. Các quyền này bao gồm các quyền của mọi người được hưởng tiêu chuẩn sức khoẻ cao nhất liên quan đến tình dục không bị ép buộc, phân biệt đối xử và bạo lực, bao gồm tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tình dục và sinh sản; tìm kiếm, tiếp nhận và phổ biến thông tin liên quan đến tình dục; giáo dục tình dục; tôn trọng tính toàn vẹn của cơ thể; lựa chọn đối tác; quyết định có hoạt động tình dục hay không; các mối quan hệ tình dục đồng thuận; kết hôn đồng thuận; quyết định có hay không, và khi nào có con; và theo đuổi một cuộc sống tình dục thoải mái, an toàn và thoải mái.”¹⁵

Ghi chú và tham khảo

1. Sundari Ravindran, *An Advocate's Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights* (Kuala Lumpur: ARROW, 2013), 15, http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2015/04/Advocates-Guide_SRHR-Indicators_2013.pdf.

2. Pan American Health Organization (PAHO), *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*, Washington D.C: PAHO, 2007), <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>. Cited in

T.K. Sundari Ravindran, “Thematic Paper 1: Universal Access to Sexual and Reproductive Health in the Asia-Pacific Region: How Far Are We from the Goal Post?,” in ARROW, *Thematic Papers Presented at Beyond ICPD and the MDGs: NGOs Strategising for Sexual and*

Reproductive Health and Rights in Asia-Pacific Region and Opportunities for NGOs at National, Regional, and International Levels in the Asia-Pacific Region in the Lead-up to 2014: NGO UNFPA Dialogue for Strategic Engagement (Kuala Lumpur: ARROW, 2012), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2012/12/Beyond-ICPD-and-the-MDGs_Thematic-Paper_2012-1.pdf.

3. David B. Evans, Justine Hsua, and Ties Boerma, "Universal Health Coverage and Universal Access," *Bulletin of the World Health Organisation*, 91 (2013): 546-546A, <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450.pdf>.

4. T.K. Sundari Ravindran, "Thematic Paper 1."

5. "Universal Health Coverage," World Health Organisation, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/.

6. Ibid.

7. World Health Organization (WHO),

Primary Health Care: Now More than Ever: World Health Report 2008 (Geneva: WHO, 2008), cited in T.K. Sundari Ravindran, *Reclaiming and Redefining Rights; Thematic Studies Series 2: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia* (Kuala Lumpur: ARROW, 2011), <http://arrow.org.my/publication/reclaiming-redefining-rights-pathways-to-universal-access-to-reproductive-health-care-in-asia/>.

8. Arpita Das, *Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights; Regional Profile: Asia* (Kuala Lumpur: ARROW, 2016), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/10/Regional-Profile-Universal-Access-to-SRHR_Asia.pdf.

9. T.K. Sundari Ravindran, "Thematic Paper 1."

10. Sundari Ravindran, e-mail message to author, June 23, 2017.

11. "Growing Role of the Private Sector

in the 2030 Agenda," GRI, August 9, 2017, <https://www.globalreporting.org/information/news-and-press-center/Pages/Growing-role-for-the-private-sector-in-the-2030-Agenda.aspx>.

12. United Nations, *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 513 September 1994, 20th Anniversary Edition* (New York: UNFPA, 2014), para 7.2, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.

13. United Nations, "Programme of Action," para 7.3.

14. Đây là một định nghĩa sử dụng trong công việc, không phải là một quan điểm chính thức của Tổ chức Y tế Thế Giới. Xem thêm: World Health Organization, "Sexual and Reproductive Health," http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.

15. Ibid.

PHẢI CHẴNG VẤN ĐỀ SKSS, SKTD VÀ QUYỀN ĐÃ BỊ LOẠI KHỎI BÀN THẢO LUẬN?

Xem xét các thông điệp chính của các quốc gia thành viên khu vực châu Á Thái Bình Dương tại Diễn đàn chính trị cấp cao

Maria Melinda Ando

ARROW Biên tập viên chính và Cán bộ chương trình cao cấp

Email: malyn.ando@arrow.org.my, malyn.ando@gmail.com

Trong các cuộc thương lượng về nội dung của cái sau này trở thành chương trình nghị sự về phát triển bền vững, các nhà hoạt động nữ quyền đã nhấn mạnh tầm quan trọng của trách nhiệm giải trình đối với sự thành công của một chương trình nghị sự với tầm nhìn mới là như thế nào. Chúng tôi vì vậy kêu gọi cần có các cơ chế về trách nhiệm giải trình mang tính bắt buộc, phổ quát

và được xây dựng trên cơ sở của các cơ chế giải trình về quyền con người hiện có.^{1,2} Tuy nhiên, chính phủ các nước đã né tránh thuật ngữ "trách nhiệm giải trình" và đưa ra một khái niệm ít tranh cãi hơn đó là "Tiếp tục và xem xét/đánh giá" (follow-up and review - FUR) trong đó diễn đàn chính trị cấp cao (HLPF) là diễn đàn toàn cầu chính. Hơn nữa, các quốc gia thành viên chỉ đồng ý với việc

báo cáo đánh giá tự nguyện, trên nguyên tắc là họ sẽ điều chỉnh các chỉ số theo điều kiện của quốc gia.³ Tại diễn đàn Châu Á TBD về phát triển bền vững (APFSD), các quốc gia thành viên cũng đã quyết định rằng sẽ không có "yêu cầu báo cáo thêm/nào khác" tại cấp khu vực.⁴

Đã 2 năm trôi qua, điều gì đã diễn ra đối với quy trình FUR tiếp tục và xem xét/đánh giá? Tại phiên họp cấp bộ

trường của HLPF diễn ra từ 17-19 tháng 7 năm 2017, có 43 quốc gia đã trình bày báo cáo đánh giá tự nguyện cấp quốc gia (VNRs), gần gấp đôi con số trình bày năm 2016.⁵ Trong số này có 12 báo cáo đến từ khu vực Châu Á TBD.

Năm nay là năm cơ hội để buộc các Chính phủ của chúng ta phải có trách nhiệm đối với các cam kết của họ trong lĩnh vực SKSS-TD và quyền bởi vì HLPF đã đánh giá việc thực hiện các nỗ lực liên quan đến mục tiêu phát triển bền vững số 3 và số 5 (theo thứ tự đó là đảm bảo cuộc sống lành mạnh và hạnh phúc cho mọi lứa tuổi và đạt được bình đẳng giới) cùng với bốn mục tiêu khác.⁶ Vì vậy câu hỏi đặt ra ở đây là liệu SKSS-TD và quyền đã bị loại ra khỏi bàn thảo luận? Trong bối cảnh thời gian hạn hẹp, nhu cầu báo cáo về tiến độ đạt trong việc thiết lập các quy trình và cơ chế thực hiện và giám sát các mục tiêu phát triển bền vững, cũng như tiến độ thực hiện các mục tiêu và chỉ số, liệu các chính phủ có báo cáo về các chỉ số liên quan đến SKSS-TD và quyền?

Cuộc rà soát các thông điệp chính của 12 nước Châu Á Thái Bình Dương liên quan đến các báo cáo của họ về các chỉ tiêu SKSS-TD và quyền đưa ra các kết quả khá ảm đạm. Cần phải phân tích kỹ hơn các báo cáo đầy đủ; Tuy nhiên, việc xem xét ban đầu này cũng đưa ra những chỉ dẫn quan trọng cho thấy các quốc gia ưu tiên vấn đề nào (xem thêm chi tiết ở bảng 1)

Chúng ta cũng cần phải thận trọng hơn đối với vai trò và tầm ảnh hưởng ngày càng tăng của khối tư nhân trong việc tài trợ, thực hiện và giám sát các mục tiêu phát triển bền vững của quốc gia.

Lúc đầu, chúng ta có thể thấy rằng

vẫn còn quá sớm. Hai năm trôi qua sau ngày thống nhất chương trình nghị sự 2030 và các mục tiêu phát triển bền vững, phần lớn các quốc gia vẫn còn trong giai đoạn (hoặc vừa mới hoàn thành) thiết lập các biện pháp khác nhau nhằm thực hiện và giám sát các mục tiêu này tại cấp quốc gia, bao gồm việc xác định các ưu tiên quốc gia và phát triển các khung giám sát. Vì vậy, trong số 12 báo cáo, có 7 báo cáo chỉ tập trung vào những gì họ đã làm hoặc dự định làm liên quan đến những lĩnh vực này, chứ không nói gì đến tiến độ đạt được của các mục tiêu đang được xem xét.

Thất vọng nữa là trong số 5 quốc gia châu Á-TBD có báo cáo về tiến độ thực hiện các mục tiêu bao gồm Ấn Độ, Indonesia, Malaysia, Tajikistan và Thái Lan, chỉ có một báo cáo nói đến quyền tiếp cận phổ quát đối với các dịch vụ chăm sóc SKSS-TD (chỉ số 3.7), hoặc tiếp cận phổ cập đối với SKTD-SS và quyền sinh sản (chỉ số 5.6). SKSS-TD và quyền dường như không nằm trong danh sách ưu tiên của các quốc gia châu Á-TBD và có lẽ đây chính là dấu hiệu tại sao các chỉ số này lại nằm trong số các chỉ số gây tranh cãi nhiều nhất trong các cuộc thương lượng sau 2015, cũng như tại sao các đóng góp của diễn đàn chính trị cấp cao từ Diễn đàn châu Á TBD về phát triển bền vững không đề cập đến SKSS-TD và quyền.⁷

Hơn nữa, các quốc gia thành viên Châu Á -TBD cũng thể hiện rõ họ coi trọng một số vấn đề này hơn vấn đề khác. Ngược lại với việc thiếu thông tin số liệu báo cáo về 2 chỉ số SKSS-TD và quyền, tất cả 5 quốc gia có gửi báo cáo về tiến độ mục tiêu phát triển bền vững đều có báo cáo trực tiếp về tỷ lệ tử vong mẹ (chỉ số 3.1) hoặc báo cáo về chương trình hỗ trợ

các bà mẹ ở quốc gia mình. Chỉ có Malaysia báo cáo về HIV (chỉ số 3.3), trong khi đó chỉ có Indonesia báo cáo về tảo hôn (5.3). Không có nước nào trong số này báo cáo về bạo hành đối với phụ nữ và trẻ em gái (chỉ số 5.2).

Trong bối cảnh như vậy, các nhà hoạt động và vận động chính sách phải nỗ lực hơn nữa trong việc nhắc nhở chính phủ về tầm quan trọng của việc giải quyết vấn đề SKSS-TD và quyền một cách tổng thể (không chỉ có tỷ lệ tử vong mẹ) trong việc được phát triển bền vững. Chúng ta cần đảm bảo chính phủ chịu trách nhiệm đối với các cam kết của mình, bao gồm tiếp cận phổ cập đối với SKSS-TD và quyền. Hơn nữa, chúng ta cũng cần tìm ra những cách thức để mang các vấn đề đã bị bỏ qua trong các cuộc thương lượng hậu 2015 hoặc chưa được đề cập tới quay trở lại bàn thảo luận, cụ thể như vấn đề nạo phá thai, quyền tình dục, khuyến khích tình dục và các đặc điểm tình dục (SOGIESC), cũng như giáo dục giới tính, tình dục toàn diện.

Như nhiều người dự đoán, không có quốc gia nào trong số các quốc gia này đề cập đến những vấn đề rất quan trọng về quyền của thanh niên và phụ nữ trong các báo cáo đánh giá đánh giá tự nguyện quốc gia, nhưng chúng ta cần khuyến khích và thúc đẩy họ hướng tới mục tiêu cao hơn. Sau tất cả, Chương trình nghị sự 2030 được cho là một kế hoạch tham vọng, và không phải là một cuộc đua xuống đáy.

Các phong trào xã hội và xã hội dân sự cũng cần đặt câu hỏi về độ minh bạch và bao phủ của các quy trình quốc gia hoá, địa phương hoá và làm báo cáo quốc gia về tiến độ thực hiện mục tiêu phát triển bền vững là như thế nào ở cấp quốc gia, thậm chí ngay cả sự tham gia tại diễn đàn chính trị cấp cao cũng là một thách thức.⁸ Trong khi 11 trên 12 quốc gia châu Á

TBD có thể cập đến việc họ có mời của các tổ chức phi chính phủ và xã hội dân sự tham gia, chúng ta vẫn đặt câu hỏi là mức độ tham gia ở đây là như thế nào, và liệu sự tham gia đó có thực sự có ý nghĩa hay không? Đại diện các tổ chức xã hội dân sự có là một phần thực sự của các cơ cấu chính thức trong việc thực hiện và giám sát mục tiêu phát triển bền vững hay không? Và nếu có thì ai là người được mời tham gia thảo luận? Chỉ có một số ít được ưu ái hay các đại diện này đến từ các liên minh và đại diện cho các vấn đề khác nhau? Trong diễn đàn chính trị cấp cao, một số can thiệp của các nhóm lớn đã thách thức sự tự tin của chính phủ khi tuyên bố rằng họ đã tham khảo ý kiến của các tổ chức xã hội dân sự trong các tiến trình này.⁹ Vì vậy chúng ta cần tiếp tục yêu cầu thể chế hoá sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự ở mọi cấp. Thực chất các trang của quốc gia trên Diễn đàn Kiến thức về Phát triển Bền vững cũng cần bao gồm các báo cáo của chính phủ và cả báo cáo thay thế nhằm tăng cường tính minh bạch và độ bao phủ tốt hơn trong quy trình báo cáo.

Chúng ta cũng cần phải thận trọng đối với vai trò và tầm ảnh hưởng ngày càng lớn của khối tư nhân trong việc tài trợ, thực hiện và giám sát các mục tiêu phát triển bền vững quốc gia. Chỉ trừ Ấn Độ, tất cả các nước khác đều đề cập đến khối tư nhân như là các bên tham gia chính trong chương trình nghị sự. Một phân tích khác cho thấy rằng 68% trong số 43 báo cáo đánh giá tự nguyện quốc gia (VNR) có công nhận sự đóng góp của tư nhân như là những nguồn bổ sung cho ngân sách thực hiện mục tiêu phát triển bền vững.¹⁰ Việc nhấn mạnh vào tầm quan trọng của mối quan hệ đối tác với khối tư nhân cũng được nhận thấy tại diễn đàn chính trị cấp cao,

trong đó diễn đàn doanh nghiệp về mục tiêu phát triển bền vững còn được dành cả sảnh chính của phiên họp toàn thể LHQ trong khi nhiều tổ chức xã hội dân sự yêu cầu nhưng đều bị từ chối tổ chức sự kiện ở đó.¹¹ Tác động chung của tầm ảnh hưởng này đối với phát triển bền vững, đối với nhân quyền và đối với những người thiệt thòi nhất cần phải được theo dõi chặt chẽ.

Trong bối cảnh của các chủ nghĩa dân tộc-tôn giáo, nguồn tài trợ sụt giảm, và các khủng hoảng khác, hơn bao giờ hết chúng ta cần phải khẳng định rằng sẽ không thể có phát triển bền vững, công bằng xã hội và bình đẳng giới thực sự nếu như phụ nữ không được tạo điều kiện để tự ra quyết định trên cơ sở có đủ thông tin về cơ thể, việc sinh đẻ và tình dục của mình.

Hơn nữa, chúng ta cần sử dụng các cách thức khác nhau hiện có trong cơ chế diễn đàn chính trị cấp cao bao gồm các cách thức như đệ trình các ý kiến góp ý cho các cuộc họp chuyên gia và việc để các nhóm lớn giám sát tiến độ thực hiện mục tiêu phát triển bền vững, báo cáo thay thế hay báo cáo “bóng”, là một phần của đoàn đại biểu quốc gia, vận động cùng với chính phủ và thực hiện các can thiệp trực tiếp tại các phiên họp của diễn đàn chính trị cấp cao và vận động để cho các cách thức này trở nên hiệu quả và có ý nghĩa hơn. Trên cơ sở các bài học kinh nghiệm từ diễn đàn chính trị cấp cao 2017, chúng ta cần bắt đầu tham gia cùng với chính phủ các nước đang bắt đầu chuẩn bị báo cáo đánh giá tự nguyện quốc gia năm 2018 và thúc giục các quốc gia khác chưa cam kết thì phải cam kết làm như vậy.

Ngoài chương trình nghị sự 2030 và các cơ chế tiếp tục và xem xét/đánh

giá (FUR), chúng ta không nên quên việc tiếp tục theo đuổi các cách thức toàn diện để buộc chính phủ

phải chịu trách nhiệm, ví dụ như các phiên họp của Ủy ban về Dân số và Phát triển (CPD) và Ủy ban về Tình trạng Phụ nữ (CSW), và các cơ chế về giải trình nhân quyền mạnh mẽ hơn, ví dụ như Đánh giá định kỳ phổ quát và Ủy ban CEDAW. Để làm những điều này, chúng ta cần cùng nhau vận động và đoàn kết đồng lòng với phong trào phụ nữ toàn cầu, cũng như với các phong trào xã hội khác.

Các nước Châu Á TBD đang thực hiện làm báo cáo đánh giá tự nguyện quốc gia năm 2018*

- Australia
- Bahrain
- Bhutan
- CHDCND Lào
- Singapore
- Sri Lanka
- Palestine
- Vietnam

Tham gia tại cấp khu vực và toàn cầu, xin theo dõi tại:

> ARROW: @ARROW_Women

> Liên minh phụ nữ châu Á-TBD và nhóm công tác về Giới, Tình dục và SKTD-SS và quyền: @AP_RCEM
> Nhóm lớn của Phụ nữ: @Women_Rio20

** Tính đến ngày 15/8/ 2017. Theo dõi trang “báo cáo đánh giá tự nguyện quốc gia” trên diễn đàn kiến thức về phát triển bền vững để có thông tin cập nhật:
<https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.*

BẢNG 1: THÔNG TIN MỤC TIÊU SKTDSS TRONG BÁO CÁO CÁC QUỐC GIA CHÂU Á TBD THAM GIA HLPF 2017

Các mục tiêu/chỉ số	Afghanistan	Bangladesh	India	Indonesia	Iran	Japan
Báo cáo về chương trình Chăm sóc Bà mẹ.	✗	✗	✓	✓	✗	✗
Không, nhưng nêu cụ thể sự tham gia của các nhà lãnh đạo tôn giáo và chính trị	✗	✗	◊	✓	✗	✗
Báo cáo về 3.3.1 AIDS?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Báo cáo về 3.7 Tiếp cận phổ quát dịch vụ chăm sóc SKSS-TD, thông tin và giáo dục?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Báo cáo về 5.2 Bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em gái	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Báo cáo về 5.3 Thực hành có hại VD: hôn nhân cưỡng ép, kết hôn sớm, kết hôn trẻ em?	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Báo cáo về 5.6 Tiếp cận phổ quát quyền SKSS-TD?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Nhắc đến sự tham gia của CSO/NGO?	✓	✓	◊◊	✓	✓	✓
Nhắc đến sự tham gia của khối tư nhân	✓	✓	✗	✓	✓	✓

◊ Báo cáo về Chương trình Chăm sóc Bà mẹ;
 ◊◊ Không, nhưng nêu cụ thể sự tham gia của các nhà lãnh đạo tôn giáo và chính trị

Ghi chú và tham khảo

Malaysia	Maldives	Nepal	Qatar	Tajikistan	Thailand
✓	✗	★	✗	✓	✓
✓	✗	★★★	✗	✓	✓
✓	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	★★★	✗	✗	✗
✗	✗	★★★	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✓	☉	★★★★	✓	✓	⌘
✓	✓	★★★★	✓	✓	⌘

☉
Có, có đưa
hòa nhập
trong Ủy ban
Kỹ thuật

★ Không. Liệt kê các mục tiêu quốc gia,
không thực sự có tiến triển
★★ Không, nhưng được nhắc đến như mục tiêu
★★★ Có, như là các thành viên của các Ủy ban
điều phối và làm việc về SDGs

⌘ Có, như là các
thành viên của
Ủy ban Vì sự
Phát triển Bền vững

1 Can thiệp của tác giả với tư cách đại diện cho Nhóm phụ nữ lớn là nhóm đại diện cho hơn 600 tổ chức làm việc vì quyền của phụ nữ trên toàn thế giới, tại cuộc thương lượng liên chính phủ về chương trình nghị sự sau 2015 diễn ra vào tháng 2 năm 2017. Đọc thêm tại: <https://www.facebook.com/ARROW.Women/posts/831086936949512?match=YWNjb3VudGFiaWxpdk%3D>. The video is here: <https://www.youtube.com/watch?v=spGqy9dpTR4>.

2 Để biết đề xuất đầy đủ về Khung giám sát và giải trình do nhóm phụ nữ lớn đề xuất, xem thêm: "Women's Major Group Recommendations for Accountability, Monitoring, and Review of the Post-2015 Agenda," May 18, 2015, accessed June 13, 2017, <http://www.twm.my/title2/unsd/2015/unsd150503.htm>.

3 Đoạn 74a trong Chương trình nghị sự 2030 về phát triển bền vững có nêu rõ rằng các quy trình về xem xét và tiếp tục (FUR) sẽ mang tính tự nguyện và do các quốc gia chủ động và sẽ tính đến các thực tế, năng lực và mức độ phát triển khác nhau của quốc gia và đồng thời sẽ tôn trọng môi trường chính sách và các ưu tiên của quốc gia đó. Bởi vì tính sở hữu của quốc gia là chìa khóa dẫn đến đạt được phát triển bền vững, kết quả đạt được từ các quy trình quốc gia sẽ là nền tảng cho việc đánh giá, xem xét lại tại cấp khu vực và toàn cầu với thực tế rằng việc đánh giá toàn cầu sẽ hoàn toàn dựa vào các thông tin và số liệu từ các báo cáo quốc gia. Xem thêm:

United Nations, *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* (2015), accessed June 13, 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

4 Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *ESCAP/FSD(3)/4 Report of the Asia-Pacific Forum on Sustainable Development on Its Third Session* (2016), accessed on June 13, 2017, http://www.unescap.org/sites/default/files/pre-ods/APFSD_2016_Report_English.pdf.

5 Năm 2016, các quốc gia châu Á, TBD đã được đánh giá bao gồm: Trung Quốc, Philippines, Hàn Quốc và Samoa. Các quốc gia nằm trong danh sách đánh giá năm 2017 bao gồm: Afghanistan, Argentina, Azerbaijan, Bangladesh, Belarus, Bỉ, Belize, Benin, Botswana, Brazil, Chile, Costa Rica, Đảo Síp, Cộng Hoà Séc, Đan Mạch, El Salvador, Ethiopia, Guatemala, Honduras, Ấn Độ, Indonesia, Iran, Italy, Nhật Bản, Jordan, Kenya, Luxemburg, Malaysia, Maldives, Monaco, Nepal, Hà Lan, Nigeria, Panama, Peru, Bồ Đào Nha, Qatar, Slovenia, Thụy Điển, Tajikistan, Thái Lan, Togo, Uruguay và Zimbabwe. Không có quốc gia TBD nào tình nguyện làm đánh giá năm 2017. Xin xem thêm tại đây: "Voluntary National Reviews," Sustainable Development Knowledge Platform, accessed June 13, 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.

6 Các mục tiêu phát triển bền vững khác được đánh giá bao gồm: Mục tiêu số 1: Xóa bỏ nghèo đói; Mục tiêu số 2: Xóa bỏ nạn đói; Mục tiêu số 9: Cải thiện hạ tầng; công nghiệp hoá và đổi mới; Mục tiêu số 14. Bảo tồn đại dương, biển và các nguồn tài nguyên biển; và Mục tiêu số 17: xây dựng các mối quan hệ đối tác nhằm đạt được mục tiêu.

7 Không có đề cập gì đến SKSS-TD và quyền hoặc bất kỳ cấu trúc nào của nó tại diễn đàn Châu Á TBD về báo cáo phát triển bền vững (APFSD) cho HLPF. Chỉ có vấn đề tiếp cận y tế là được đề cập đến, điều này có nghĩa là SKSS-TD và quyền không được xem là một ưu tiên của các chính phủ trong khu vực. Xem thêm: UNESCAP, "Input from the Fourth Asia-Pacific Forum on Sustainable Development to the High-level Political Forum on Sustainable Development: Note by the Secretariat" (2017), accessed 13 June 2017, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/HLPF/2017/1/Add.1&Lang=E.

8 Biplabi Shrestha, "Taking Stock of Gains and Losses—Thoughts from the 2017 High-Level Political Forum (HLPF)," August 1, 2017, <http://arrow.org.my/taking-stock-gains-losses-thoughts-2017-high-level-political-forum-hlpf/>.

9 Email by Sascha Gabizon to the Women's Major Group, July 22, 2017.

10 "Growing Role of the Private Sector in the 2030 Agenda," GRI, August 9, 2017, <https://www.globalreporting.org/information/news-and-press-center/Pages/Growing-role-for-the-private-sector-in-the-2030-Agenda.aspx>.

11 WILPF, "Beyond #HLPF2017: Integrating Feminist Peace in the 2030 Agenda," <http://wilpf.org/wp-content/uploads/2017/07/Second-High-Level-Political-Forum-2017-HLPF-Blog-report.pdf>.

Source: "Voluntary National Reviews," Sustainable Development Knowledge Platform, <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.

BAN BIÊN TẬP

Sivananthi Thanenthiran,
Executive Director

Maria Melinda Ando,
ARROW for Change Managing
Editor and Copy Editor; Senior
Programme Officer, Publications,
Communications & Advocacy

Mangala Namasivayam,
Programme Manager for Information
and Communications

Sai Jyothir Mai Racherla,
Programme Director

BÌNH DUYỆT

Babu Ram Pant,
Director of Programs, Association
of Youth Organizations Nepal
(AYON), Nepal; Member (Nepal),
Youth Coalition for Sexual and
Reproductive Rights

Cai Yiping, Executive Committee
Member, Development
Alternatives with Women for a
New Era (DAWN)

Emilia Reyes, Program Director, Policies
and Budgets for Equality and Sustainable
Development, in the feminist Mexican
NGO Gender Equity: Citizenship, Work
and Family

Lotti Rutter, Head of Policy and
Campaigns, Treatment Action
Campaign (TAC)

Ranjan Sengupta, Senior Researcher and
Coordinator, Trade and Development
Programme, Third World Network

Renu Khanna, Founder Trustee, Society
for Health Alternatives (SAHAJ),
Vadodara, Gujarat, India

Rupsa Mallik, Director,
Programmes and Innovation,
CREA

Sonia Correa, Associate Researcher,
Brazilian Interdisciplinary AIDS
Association (ABIA);
Co-chair, Sexuality Policy Watch (SPW)

T.K. Sundari Ravindran, Professor,
Achutha Menon Centre for Health
Science Studies (AMCHSS), Sree
Chitra Tirunal Institute for Medical
Sciences and Technology,
Trivandrum, India

THIẾT KẾ

Nicolette Mallari, Design and Layout

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các cán bộ của ARROW và các thành viên của Ban cố vấn chương trình có tên sau đây đã đóng góp ý kiến trong quá trình phát triển khung ý tưởng của tập san: **Azra Abdul Cader, Bagus Wibadsu Sosroseno, Dhivya Kanaga, Hwei Mian Lim, Seow Kin Teong, Mangala Namasivayam, Maria Melinda Ando, Pooja Badarinath, Renu Khanna, Sai Jyothir Mai Racherla, Samreen Shahbaz, and Sundari Ravindran.**

ARROW for Change (AFC) là tập san chuyên đề bình duyệt được thực hiện với mục đích nhằm đóng góp một cách nhìn và phân tích từ Nam/Châu Á Thái Bình Dương, dựa trên quyền, và tập trung vào phụ nữ và các thảo luận toàn cầu về các vấn đề mang tính thời sự và trường diễn liên quan tới sức khỏe, tình dục và quyền. AFC được biên soạn hai lần một năm bằng tiếng Anh và được dịch ra một số ngôn ngữ được lựa chọn theo năm. Tập san nhắm tới đối tượng chính là những người ra chính sách trong các tổ chức về quyền phụ nữ, sức khỏe, dân số, và sức khỏe và quyền về sinh sản và tình dục ở Châu Á- Thái Bình Dương và toàn cầu. Tập san được phát triển với sự đóng góp từ các cá nhân và tổ chức quan trọng ở khu vực Châu Á- Thái Bình Dương và Trung tâm SRHR Knowledge Sharing của ARROW (ASK-us!).



Tài liệu này được đăng ký dưới Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License. Vào link này để xem bản sao của đăng ký: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Nội dung của ấn phẩm có thể được sao chép, tái sản xuất và lưu trữ trong hệ thống, hay chuyển giao theo bất kỳ hình thức nào, bằng bất kỳ phương tiện nào, hoặc có thể được điều chỉnh và dịch để đáp ứng nhu cầu địa phương các mục đích phi thương mại và phi lợi nhuận. Tất cả các hình thức sao chép, tái sản xuất, điều chỉnh và dịch sử dụng các phương tiện cơ học, điện hay điện tử cần phải ghi nguồn tài liệu từ ARROW. Đơn vị thực hiện cần gửi một bản sao tài liệu cho ARROW. Xin phép sử dụng cho mục đích thương mại xin gửi về arrow@arrow.org.my. Bản quyền các hình ảnh trong tài liệu thuộc về các cá nhân và đơn vị giữ bản quyền liên quan.

Các vấn đề về đăng ký tài liệu xin gửi về afc@arrow.org.my. Chúng tôi cũng chào đón các ý tưởng về trao đổi ấn phẩm. Tất cả các số của AFC có thể tải miễn phí tại www.arrow.org.my. Tài liệu cũng được phát hành toàn cầu bởi EBSCO.

Nhận xét và yêu cầu về viết bài xin gửi về:

The Managing Editor, ARROW for Change

Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)

No. 1 & 2 Jalan Scott, Brickfields 50470 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel.: +603 2273 9913

Fax.: +603 2273 9916

Email: afc@arrow.org.my, arrow@arrow.org.my

Website: www.arrow.org.my

Facebook: <https://www.facebook.com/ARROW.Women>

Twitter: @ARROW_Women

YouTube: ARROWWomen

Pinterest: arrowwomen



TRUNG TÂM SÁNG KIẾN SỨC KHỎE VÀ DÂN SỐ
Vì Một Tương Lai Khỏe Mạnh Cho Mọi Người

TẦM NHÌN

CCIHP hướng tới một xã hội công bằng và bình đẳng nơi mọi người dân đều có cơ hội có cuộc sống khỏe mạnh và hạnh phúc.

SỨ MỆNH

Cải thiện cuộc sống của các cộng đồng bị lề hóa thông qua nghiên cứu hành động và các sáng kiến về sức khỏe mang lại các thay đổi tích cực và bền vững.

GIÁ TRỊ

Chúng tôi:

Nhiệt thành với các cộng đồng mà chúng tôi làm việc cùng

Sẵn sàng đương đầu với các vấn đề phức tạp

Sáng tạo trong thử nghiệm các ý tưởng mới

Học hỏi từ những điều nhỏ nhất

Chuyên nghiệp trong mọi bối cảnh

CENTRE FOR CREATIVE INITIATIVES IN HEALTH AND POPULATION

Building A Healthy Future For Everyone

VISION

A just and equitable society where all people have the opportunity to live healthy and fulfilled lives.

MISSION

To improve the lives of marginalised people through action research and creative initiatives in health that bring about positive and sustainable change.

VALUES

We are;

Passionate about the communities we work with

Bold in tackling complex issues

Creative in experimenting with new ideas

Learning from everything we do

Professional in our dealings with everyone

CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN NHÀ XUẤT BẢN HỒNG ĐỨC

Số 65, phố Tràng Thi, Phường Hàng Bông

Tel: 024.3926 0024 - Fax: 024.847 4831

Chịu trách nhiệm

Bùi Việt Bắc - Hoàng Tú Anh

Dịch nội dung

Hoàng Thị Huyền - Phan Linh Lan

Đọc bản dịch

Khuất Thu Hồng

Thiết kế

Nguyễn Thiều Hoa

CCIHP

TRUNG TÂM SÁNG KIẾN SỨC KHỎE VÀ DÂN SỐ (CCIHP)
CENTER FOR CREATIVE INITIATIVES IN HEALTH AND POPULATION

No2 Alley 49/41 Huỳnh Thúc Kháng, Dong Đa, Hà Nội, Việt Nam

Tel : 84 24 35770261

Email : ccihp@ccihp.org

Fax: 84 24 35770260

Web : <http://ccihp.org>

In 3000 cuốn, khổ 21cm x 29,7cm, 62 trang, Tại: Xí nghiệp in Trung tâm Thông tin Công nghệ và TM

Địa chỉ: Số 655 Phạm Văn Đồng, Quận Bắc Từ Liêm, TP. Hà Nội

Số XNDKXB:

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2018; Mã số sách tiêu chuẩn quốc tế (ISBN).....



SÁCH KHÔNG BÁN