women's, gender, and rights perspectives
in health policies and programmes

arrow for change

खंड 23, अंक 2, 2017
issn 1394-4444

एसडीजी के ज़माने में एसआरएचआर

भारतीय दंड संहिता की धारा 377 के विरुद्ध मुस्कान (मर्द और ट्रांसजेंडर यौनकर्मी कलेक्टिव) और संग्राम संस्था द्वारा विरोध प्रदर्शन। चित्र साभार: संग्राम

संपादकीय 2–6
सबके लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार : एक नामुमकिन मंज़िल?

स्पॉटलाइट 7–35
अराजक, अलग–थलग करने वाला और महिला–विरोधी : ट्रम्प सरकार और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों की स्थिति

व्यापार समझौते, एसडीजी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच

महिलाओं का आर्थिक सशक्तीकरण और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार : एक टूटी कड़ी

वायुमंडलीय परिवर्तन कार्यक्रमों और नीति निर्धारण में एसआरएचआर को प्राथमिकता क्यों दी जाए?

संयुक्त राष्ट्र में यौन अधिकारों का बदलता धरातल असुरक्षित गर्भपात से औरतें आज भी क्यों मर रही हैं?

हमारे अपने शब्दों में 36–41
एसडीजी : सेक्स वर्कर्स के लिए यहां भी जगह नहीं!

एसआरएचआर तथा 2030 एजेंडा: एचआईवी संक्रमित और प्रभावित युवाओं के लिए निहितार्थ

वैश्विक दक्षिण से आवाज़ें 42–45
एचआईवी संक्रमित महिलाओं और नशीली दवाएं लेने वाली महिलाओं के लिए प्रेरणा स्रोत: बेबी रिवोना के साथ बातचीत

राष्ट्रीय और क्षेत्रिय गतिविधियों की निगरानी 46–50
योग्यकर्ता सिद्धांत : एक नज़र पीछे, एक नज़र आगे

युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के हक में उठती आवाज़ें

पाकिस्तान में सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा पर युवाओं की ओर से जारी किया गया बयान

ऐरो के एसआरएचआर ज्ञान आदान–प्रदान केंद्र में उपलब्ध संसाधन 51–53

चुने गए एरो संसाधन 54

परिभाषाएं 55–57

फैक्टफाइल 57–61
एसआरएचआर फिर एजेंडा से बाहर?

सम्पादकीय और प्रस्तुतीकरण टीम 62

प्रकाशक
द एशियन पैसिफिक रिसोर्स एंड रिसर्च सेंटर फॉर वीमेन

championing
women's sexual and
reproductive rights

मैक आर्थर फाउंडेशन की वित्तीय सहायता से अनुवादित

एरो को संस्थागत सहायता फोर्ड फाउंडेशन और फाउंडेशन फॉर ए जस्ट सोसाइटी से प्राप्त है।

संपादकीय

सबके लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार :

एक नामुमकिन मंज़िल?

सिवानन्ती थानेथिरम
कार्यकारी निदेशक, ऐरो
ईमेल: *siva@arrow.org.my*
ट्विटर: *@SivananthiT*

जनता के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को साकार करने के लिए सरकारों से किया जा रहा आह्वान एक सर्वसमावेशी और बहुत महात्वाकांक्षी आह्वान है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (एसआरएच) तथा यौन एवं प्रजनन अधिकारों (एसआरआर) की सार्वभौमिकता सुनिश्चित करने की मांग अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन के प्रोग्राम ऑफ़ ऐक्शन (आईसीपीड पीओए), बीजिंग प्लेटफ़ॉर्म ऑफ़ ऐक्शन (बीपीएफ़ए), विभिन्न मानवाधिकार कन्वेंशनों एवं प्रस्तावों और हाल ही में, सतत विकास लक्ष्यों (सस्टेनेबल डेवलपमेंट गोल्ज़ – एसडीजी) में भी शामिल रही है।

अपने एजेंडा को आगे बढ़ाने के लिए एसडीजी लक्ष्यों में हमारे लिए क्या संभावनाएं छिपी हुई हैं, यह समझने के लिए हमें हाल के सालों में सामने आए गतिरोधों को नज़दीक से देखना होगा।

अगर हम यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तक सार्वभौमिक पहुंच के सवाल पर गौर करते हैं तो हमें तीन महत्वपूर्ण कसौटियों पर गौर करना होगा : क्या, किसके लिये और कैसे। दो दशक से भी पहले, 1994 में आईसीपीडी–पीओए[1] में "क्या" को इस तरह परिभाषित किया गया था :

> *प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल में अन्य चीज़ों के अलावा परिवार नियोजन के लिए काउंसलिंग, सूचना, शिक्षा, संचार एवं सेवाएं मुहैया कराना; प्रसव–पूर्व देखभाल हेतु शिक्षा एवं सेवाएं, सुरक्षित प्रसव एवं प्रसवोपरांत देखभाल, खासतौर से स्तनपान एवं शिशु और औरतों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए सुविधाएं मुहैया कराना; नपुंसकता/बांझपन की रोकथाम और उसका उचित उपचार करना; पैरा 8.25[2] में परिभाषित अर्थ में गर्भपात सेवाएं मुहैया कराना, जिनमें गर्भपात की रोकथाम और गर्भपात के निहितार्थों को संभालना भी शामिल है; प्रजनन नली में संक्रमण, यौन संक्रामक बीमारियों और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य रोगों का उपचार; एवं मानव यौनिकता, प्रजनन स्वास्थ्य एवं उचित अभिभावकत्व के बारे में सूचनाएं, शिक्षा व काउंसलिंग प्रदान करना भी शामिल हैं। परिवार नियोजन सेवाओं और गर्भावस्था, प्रसव, गर्भपात, नपुंसकता/बांझपन, प्रजनन नली में संक्रमण, स्तन कैंसर और प्रजनन तंत्र में कैंसर, यौन संक्रामक बीमारियों, जिनमें एचआईवी/एड्स भी शामिल है, के लिए रेफ़रल सुविधा आवश्यकता के अनुसार हमेशा उपलब्ध होनी चाहिए। इसके अलावा, महिला जननांग विकृति जैसी हानिकारिक प्रवृत्तियों को रोकने के प्रयास भी प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था और प्रजनन स्वास्थ्य कार्यक्रमों का हिस्सा होने चाहिए। (पैरा 7.6)*

प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के दायरे में गर्भपात को सबसे विवादास्पद मसला माना जाता रहा है। इस पर हमेशा ही "कानून का पालन किया जाए" और "यह परिवार नियोजन की पद्धति नहीं है" जैसी दलीलें और शर्तें नत्थी की जाती रही हैं। आज भी ये शर्तें अपनी जगह कायम हैं। दूसरी तरफ़, क्लेमाइडिया, सिफ़लिस, सूजाक (गोनोरिया) और एचपीवी जैसी बीमारियों के लिए उपलब्ध यौन स्वास्थ्य सेवाओं को भी प्रजनन स्वास्थ्य की श्रेणी में रख दिया जाता था जिससे वे लगभग अदृश्य हो जाती थीं। केवल एचआईवी और एड्स इसका अपवाद रहे हैं।

आईसीपीडी के प्रोग्राम ऑफ़ ऐक्शन (आईसीपीड पीओए) में यह सिफ़ारिश भी की गई थी कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की पूरी शृंखला प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था का एक अभिन्न अंग होनी चाहिए। यह स्वास्थ्य व्यवस्था का वह स्तर है जो आबादी के ज़्यादातर हिस्से की पहुंच में होता है। मगर, प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्थाओं की स्थापना सभी देशों में और देशों के सभी इलाकों में एक जैसी नहीं रही है। जिन देशों में आबादी कम है, खासतौर से जहां शहरी आबादी ज़्यादा है वहां सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था की स्थापना में काफ़ी हद तक सफलता मिली है मगर बड़े, दूर–दूर फैली आबादियों वाले देशों में इस व्यवस्था की स्थापना काफ़ी कठिन साबित हुई है।

आईसीपीडी पीओए में "किसके लिए" की कसौटी पर भी प्रकाश डाला गया था : सभी महिलाएं एवं पुरुष, जिनमें नौजवान भी शामिल हैं, चाहे वे एकल व्यक्ति हो या जोड़े।

अगर स्वास्थ्य सेवाओं का व्यापक सर्वेक्षण किया जाए तो आसानी से देखा जा सकता है कि सार्वभौमिक पहुंच का सवाल अभी भी हमारे लिए एक दूर की कौड़ी है। ख़ासतौर से गरीब और हाशियाई लोगों के लिए यह एक मुश्किल सपना है जबकि

संपादकीय

उन्हें ही स्वास्थ्य सेवाओं की ज़रूरत सबसे ज़्यादा है। विभिन्न ताकतें सार्वभौमिक पहुंच को अलग–अलग स्तरों पर अवरुद्ध करती रही हैं।

तीसरी कसौटी "कैसे", यह एक बहुत महत्वपूर्ण कसौटी है, क्योंकि यह इस बात को बहुत हद तक तय कर देती है कि कौन सी सेवाएं दी जाएंगी और किसको दी जाएंगी। लिहाज़ा इस पर हमें विस्तार से बात करनी चाहिए।

अस्सी के दशक में प्रचलित सोच यह थी कि सभी नागरिकों को स्वास्थ्य सेवाओं का अधिकार है और यह ज़िम्मेदारी सरकारें पूरा करेंगी और उनको यह ज़िम्मेदारी पूरी करनी चाहिए। आल्मा अता सम्मेलन में सरकारों से आह्वान किया गया था कि वे अपने सालाना बजट का 7: हिस्सा सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए खर्च करेंगी। कुछ देशों ने इस मॉडल को अपनाया भी और वे अपनी स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में एसआरएच सेवाएं मुहैया कराने में काफ़ी हद तक कामयाब भी हुए। उदाहरण के लिए, चीन की सरकार अपनी स्वास्थ्य व्यवस्था के माध्यम से देश भर में मातृ मृत्यु दर पर अंकुश लगाने और गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल को बढ़ावा देने में काफ़ी कामयाब रही है। मलेशिया, सिंगापुर और थाईलैंड ने भी अस्सी के दशक के शुरुआती सालों में अपनी स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में काफ़ी निवेश किया था। लिहाज़ा, इस भारी निवेश और कम आबादी के कारण इन देशों में स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुंच भी तुलनात्मक रूप से ज़्यादा लोगों तक थी। हाल के सालों में वियतनाम भी इस दिशा में काफ़ी कामयाब रहा है।

नब्बे के दशक में इंडोनेशिया, पाकिस्तान और फ़िलीपीन्स जैसे बड़े देशों ने स्वास्थ्य व्यवस्था का विकेंद्रीकरण करके उसका ज़िम्मा प्रांतीय सकारों को सौंप दिया था। इसके फलस्वरूप स्वास्थ्य व्यवस्था के बजट, योजना और क्रियान्वयन का ज़िम्मा स्थानीय बजट और स्थानीय कानूनों के तहत आ गया। अलग–अलग प्रांतों की सरकारों द्वारा मुहैया करायी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता में भी फ़र्क पैदा होने लगा। तुलनात्मक रूप से गरीब इलाकों के लोगों को सुविधाओं तक कम पहुंच मिली और जब बजट में कटौती की ज़रूरत पैदा हुई तो स्वास्थ्य सुविधाओं पर तो अंकुश लगा ही, सबसे ज़्यादा चोट एसआरएच सेवाओं को पहुंची। स्थानीय धार्मिक कानूनों और परंपराओं के चलते इस बात पर तो ज़ोर दिया गया कि परिवार नियोजन कार्यक्रमों में बच्चों के बीच फासले पर ध्यान दिया जाए मगर बच्चों की संख्या पर अंकुश की आवश्यकता को लगभग पूरी तरह नज़रअंदाज़ कर दिया गया। बहुत सारे समाज जन्म पर अंकुश को अभी भी एक धार्मिक वर्जना के रूप में देखते हैं।

सार्वभौमिक पहुंच की स्थिति सभी देशों के बीच और देशों के भीतर एक जैसी नहीं रही है। जिन देशों में स्वास्थ्य परिणाम और संकेतक एसडीजी संकेतकों के अनुसार ठीक–ठाक दिखायी देते हैं, वहां भी अभी बहुत सारे देशी समाजों, प्रवासियों, गरीबों और दुर्गम इलाकों में रह रहे लोगों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुंच बहुत सीमित है।

फिर भी, पिछले दशक में सरकारों को एक नए मॉडल का पाठ पढ़ाया गया। यह स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण का मॉडल था जिससे विभिन्न निजी कंपनियों को भी बाज़ार में पैठ बनाने और एक निश्चित कीमत पर सेवाएं मुहैया कराने की छूट मिली (यह फ़ीस लोगों को अपनी जेब से या विभिन्न प्रकार की बीमा योजनाओं के माध्यम से अदा की जानी थी)। हाल के सालों में, 'किफ़ायत' के नाम पर लागू किये जा रहे उपायों की आड़ में सरकारें स्वास्थ्य व्यवस्था से लगातार हाथ खींचती जा रही है। जो सरकारें बहुत सारी सेवाओं में निवेश कर रही थीं वे रातोरात तो इन सेवाओं से हाथ नहीं खींच पायीं क्योंकि तब उनके लिए राजनीतिक नुकसान बहुत ज़्यादा होता मगर उन्होंने अपनी सेवाओं का विस्तार करना भी बंद कर दिया। दूसरी तरफ़, जो गरीब देश पहले ही इन सेवाओं में ज़्यादा निवेश नहीं कर पा रहे थे और अभी तक स्वास्थ्य संबंधी खर्चों के लिए दाता संस्थाओं और कर्ज़ों पर आश्रित थे, वे एक अलग दिशा में जाने लगे।

इस पूरे माहौल को देखते हुए सार्वभौमिक पहुंच की स्थिति सभी देशों के बीच और देशों के भीतर एक जैसी नहीं रही है। जिन देशों में स्वास्थ्य परिणाम और संकेतक एसडीजी संकेतकों के अनुसार ठीक–ठाक दिखायी देते हैं, वहां भी अभी बहुत सारे देशी समाजों, प्रवासियों, गरीबों और दुर्गम इलाकों में रह रहे लोगों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुंच बहुत सीमित है। यह बात अलग–अलग आबादियों में स्वास्थ्य की स्थिति पर किए गए सर्वेक्षणों से ज़ाहिर हो चुकी है। संसाधनों के संकट से जूझ रही व्यवस्थाओं में सबसे कम ध्यान इन्ही समूहों पर दिया जाता है। विभिन्न सर्वेक्षणों में गरीब, ग्रामीण और अल्पशिक्षित लोगों के लिए ये सेवाएं सबसे कम दिखाई देती हैं।[3,4]

दूसरी बात, सार्वभौमिक पहुंच का एक मतलब यह भी है कि किसी भी व्यक्ति को पूरे जीवन चक्र के दौरान अधिकाधिक सेवाओं तक पहुंच मिलती रहे। मगर, जिन देशों में स्वास्थ्य व्यवस्था को स्थापित करने में निवेश किया गया है और जहां सभी न सही, मगर ज़्यादातर स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध हैं, वहां भी प्रजनन नली में संक्रमण और यौन संक्रामक बीमारियों जैसी बहुत सारी समस्याओं को लगभग नज़रअंदाज़ कर दिया जाता रहा है (एचआईवी के अलावा)। इस तरह की सेवाएं केवल मातृ स्वास्थ्य सुविधाओं या एचआईवी/एड्स कार्यक्रमों के नाम पर ही मिल पाती थीं और फलस्वरूप आबादी का एक बहुत बड़ा तबका ऐसे रोगों की जांच और उपचार के दायरे से बाहर छूट जाता था। इसके अलावा प्रजनन अंगों के कैंसर से संबंधित जानकारियां, जांच और उपचार सुविधाओं तक गरीबों और हाशियाई लोगों की पहुंच भी बहुत सीमित रही है। इसी

संपादकीय

तरह, नपुंसकता/बांझपन के उपचार की आवश्यकता वाले लोग भी हाशिए पर रहे हैं। नासूर (फ़िस्चुला) और गर्भाशय के खिसक जाने (यूटेराइन प्रोलेप्स) जैसी बीमारियों पर तो न बात की जाती थी और न ही उनको संबोधित किया गया। सुरक्षित गर्भपात तक पहुंच ऐसे देशों में और ज़्यादा सीमित हो गई जहां गर्भपात के लिए निश्चित शर्तों पर खरा उतरना ज़रूरी था। ऐसे देशों में गर्भपात की स्वीकार्यता की व्याख्याएं दिन–प्रतिदिन संकुचित होने लगीं, स्वास्थ्यकर्मी 'अंतरात्मा की आवाज़' का हवाला देकर महिलाओं को गर्भपात सुविधा प्रदान करने और रेफ़रल का पर्चा बनाने से भी इनकार करने लगे। 'लिंग चयनात्मक गर्भपात' पर पूरी तरह पाबंदी लगा दी गई।

इन सेवाओं में जीवन–चक्र की पद्धति को भी नहीं अपनाया गया। चूंकि 15 से 49 वर्ष की महिलाओं को ही प्रजननशील आयु श्रेणी में रखा जाता है, लिहाज़ा इन्हीं को गर्भनिरोधक एवं मातृ स्वास्थ्य सेवाओं के भी केंद्र में रखा गया। किशोर–किशोरियों के लिए व्यापक यौनिकता शिक्षा एवं एसआरएच सेवाएं मुहैया कराने पर कोई ध्यान नहीं दिया गया जबकि जनसंख्या में उनका हिस्सा काफ़ी बड़ा है। खासतौर से अविवाहित युवाओं व किशोर–किशोरियों के लिए ये सेवाएं बेहद सीमित रखी गईं। 49 वर्ष से अधिक उम्र की महिलाओं को तो एचआईवी संबंधी जागरूकता और जांच के लिए भी हाशिए पर ढकेल दिया गया क्योंकि मान लिया गया था कि वे अब प्रजननशील आयु के पार जा चुकी हैं और लिहाज़ा यौन संबंधों में सक्रिय नहीं होंगी।

तीसरी बात, सार्वभौमिक पहुंच का एक मतलब यह है कि समुदाय में मौजूद सभी समूह जब चाहें किसी भी सेवा का लाभ ले सकें। मगर, युवा, अविवाहित महिलाएं, एलजीबीटीआईक्यू लोग, सेक्स वर्कर्स और प्रवासी आदि आज भी व्यवस्थागत पूर्वाग्रह, भेदभाव, चिकित्सा कर्मियों के रवैये, पक्षपात और बदनामी के कारण इन सेवाओं का कोई खास इस्तेमाल नहीं कर पा रहे हैं। सार्वभौमिक पहुंच का मतलब ये भी है कि लड़कों और पुरुषों को भी सूचनाओं और सेवाओं के केंद्र में रखा जाए। मगर, देखने में आया है कि पिछले 30 वर्षों के दौरान गर्भनिरोध में पुरुषों व लड़कों की सहभागिता नगण्य ही रही है।

सार्वभौमिक पहुंच का एक मतलब यह है कि समुदाय में मौजूद सभी समूह जब चाहें किसी भी सेवा का लाभ ले सकें। मगर, युवा, अविवाहित महिलाएं, एलजीबीटीआईक्यू लोग, सेक्स वर्कर्स और प्रवासी आदि आज भी व्यवस्थागत पूर्वाग्रह, भेदभाव, चिकित्सा कर्मियों के रवैये, पक्षपात और बदनामी के कारण इन सेवाओं का कोई खास इस्तेमाल नहीं कर पा रहे हैं।

चौथी बात यह है कि जिन देशों ने प्रजनन दर में कटौती की नीतियां अपनायीं और फलस्वरूप जिनकी प्रजनन दर वर्तमान आबादी को स्थिर रखने के लिए आवश्यक दर से भी नीचे चली गई, वे अब उम्रदराज़ आबादी के बढ़ते अनुपात की वजह से परेशान हैं। इनमें जापान, सिंगापुर और दक्षिण कोरिया जैसे ऊंची आमदनी जैसे वाले देश भी हैं और चीन, मलेशिया और थाईलैंड जैसे मध्य आय एवं निम्न आय वाले देश भी हैं। इस संकट को देखते हुए बाद वाली श्रेणी के देशों ने अपनी नीतियों में संशोधन किया है और समग्र प्रजनन दर में इज़ाफे का प्रयास शुरू किया है (मसलन, चीन की सरकार ने 'एक बच्चा नीति' में ढील देना शुरू कर दिया है)। असल में जनसंख्या सिर्फ़ प्रजनन दर से तय नहीं होती बल्कि युवाओं को आप्रवासन की छूट देने से भी इस पर सीधा असर पड़ता है। इसके लिए ऐसी प्रवासन नीतियां बनायी जा सकती हैं जो युवाओं को आकर्षित करने में मददगार साबित हों। मगर, नृजातीय–धार्मिक राष्ट्रवाद पर आधारित राष्ट्रीय राजनीतिक विमर्श अकसर प्रभुत्वशाली या बहुल नृजातीय एवं धार्मिक समूह की महिलाओं को ही नस्ल, धर्म और राष्ट्र की उन्नति के लिए प्रजनन की ज़िम्मेदारी से बांध देता है और इस संभावना को नज़रअंदाज़ कर देता है कि प्रवासी आबादी क्या सकारात्मक भूमिका अदा कर सकती है। यह बात भारत और श्री लंका में देखी जा सकती है।

पांचवीं बात, हालांकि आह्वान ये किया गया था कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तक सभी को पहुंच मिले और सभी को यौन एवं प्रजनन अधिकार मिलें मगर सरकारें और दाता एजेंसियां प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसार पर ही ज़्यादा ज़ोर देती रही हैं। इनमें मातृ स्वास्थ्य सेवाएं, और एचआईवी व एड्स नियंत्रण सेवाएं भी शामिल हैं। यौन एवं प्रजनन अधिकारों की बहाली और उपलब्धता पर ध्यान नहीं दिया गया।

दरअसल एसआरएच और एसआरआर, दोनों ही अनिवार्य भी हैं और एक–दूसरे को पुष्ट भी करते हैं। यह तो सच है कि अगर स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता व पहुंच में असमानता को कम किया जाए तो महिलाओं को ज़्यादा फ़ायदा पहुंचता है (क्योंकि गरीबों में महिलाओं की संख्या ही ज़्यादा होती है) मगर पिछले दशकों के अनुभवों से साफ़ दिखाई देता है कि केवल इतना प्रयास करने से भी काम नहीं चलेगा। महिला जननांग विकृति (फीमेल जेनाइटल म्यूटिलेशन – एफ़जीएम), कम उम्र में शादी, सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की कमी, गर्भनिरोधकों तक पहुंच की कमी और अविवाहितों के लिए सुरक्षित यौन

हालांकि आह्वान ये किया गया था कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य तक सभी को पहुंच मिले और सभी को यौन एवं प्रजनन अधिकार मिलें मगर सरकारें और दाता एजेंसियां प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के प्रसार पर ही ज़्यादा ज़ोर देती रही हैं। इनमें मातृ स्वास्थ्य सेवाएं, और एचआईवी व एड्स नियंत्रण सेवाएं भी शामिल हैं। यौन एवं प्रजनन अधिकारों की बहाली और उपलब्धता पर ध्यान नहीं दिया गया।

सेवाओं की उपलब्धता जैसे 'विवादास्पद मुद्दों' का लगातार बने रहना इस बात को दर्शाता है कि हमारी सरकारें और दाता एजेंसियां आज भी अधिकारों के सवाल पर उतना निवेश नहीं कर रही हैं जितना उन्हें करना चाहिए था। यदि यौन एवं प्रजनन अधिकारों में और ज़्यादा निवेश किया जाता तो महिलाओं के आत्मबल/एजेंसी और निर्णय क्षमता को बल मिलता। इसके विपरीत, सभी समाजों में महिलाओं की अधीनता के कारण अकसर इस बात पर ध्यान ही नहीं दिया जाता है कि उनके भी कुछ अधिकार होते हैं। इसी के चलते उन्हें अपने अधिकारों के उपयोग के लिए सक्षम भी नहीं माना जाता है।[5] एसआरएच को केवल 'स्वास्थ्य' के चश्मे से देखने का नतीजा यह भी हुआ है कि कई जगह बहुत ही बेतुकी नीतियां भी लागू की गई हैं। मसलन, कई जगह खतना की प्रथा को रोकने की बजाय खुद अस्पतालों में ही महिलाओं का खतना किया जाने लगा है ताकि खतना करने के लिए हानिकारक पद्धतियों के चयन को रोका जा सके।[6]

एसआरएचआर की सार्वभौमिकता। अब हम अपने मुख्य एजेंडा – यौन एवं प्रजनन अधिकारों की सार्वभौमिकता – के एक और मुख्य पहलू पर आ जाते हैं। यौन एवं प्रजनन अधिकारों की सार्वभौमिकता का मतलब ये है कि ना केवल सबको यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएं मिलें बल्कि शारीरिक स्वायत्तता एवं शरीर पर अपने नियंत्रण को ठोस रूप देने और लोगों को फैसला लेने का अधिकार प्रदान करने के लिए उनके यौन एवं प्रजनन अधिकारों को पूरा सम्मान एवं मान्यता भी दी जाए। गौर करने की बात है कि परिवार नियोजन एवं मातृ स्वास्थ्य सेवाओं में अच्छे–खासे निवेश के बावजूद इन सेवाओं को हासिल करने के लिए अभी भी पति/पत्नी और माता–पिता की सहमति को बहुत ज़्यादा महत्व दिया जाता है।[7] इसके साथ ही, धार्मिक लोगों के माध्यम से परिवार नियोजन सेवाओं को एक सामुदायिक स्वीकार्यता प्रदान करने पर भी ज़ोर दिया जाता है। इस मामले में हम महिला जननांग विकृति, कम उम्र में शादी और प्रजनन अधिकारों के संबंध में जेंडर समानता के एसडीजी संकेतकों के आधार पर कदम उठा सकते हैं क्योंकि अब सरकारों को भी एसडीजी संकंतकों के माध्यम से अपने प्रयासों पर खुद निगरानी रखनी होगी और रिपोर्ट देनी होगी।

मगर, यौन एवं प्रजनन अधिकारों की सार्वभौमिकता का लक्ष्य हासिल करना अभी भी आसान नहीं है क्योंकि यह सवाल बेहद अपारदर्शी ढंग से संबोधित किया जाता रहा है।

इसका पहला कारण यह है कि मानवाधिकार कन्वेंशंस सहित तमाम महत्वपूर्ण अंतर्राष्ट्रीय दस्तावेज़ों और संधियों में राष्ट्रीय संप्रभुता को बेहद सम्मान की दृष्टि से देखा जाता है और लिहाज़ा उपरोक्त लक्ष्य को हासिल करना इस पर निर्भर करता है कि उस देश के धर्म और परंपरा किसको कितनी गुंजाइश देते हैं। परिवार के भीतर जेंडर समानता सुनिश्चित करने में यह एक मुख्य रुकावट रही है। यही रुकावटें महिलाओं, नौजवानों तथा यौन एवं धार्मिक अल्पसंख्यकों को अपने यौन एवं प्रजनन अधिकारों को हासिल करने से रोक देती हैं। यहां तक कि समाज की सबसे बुनियादी इकाई – परिवार – के भीतर भी जेंडर असमानता की कोई सीमा दिखाई नहीं देती। घर के भीतर भी यौन हिंसा सहित तमाम तरह की हिंसा बखूबी कायम है। वर्तमान और भावी संसाधनों (जिनमें भोजन, शिक्षा, खेल–कूद भी शामिल हैं) के बंटवारे और उत्तराधिकार जैसे सवालों पर पुरुषों और लड़कों के पक्ष में बहुत भारी झुकाव दिखाई देता है। पुरुषों को अभी भी एक से अधिक विवाह करने और तलाक देने के मामले में बहुत ज़्यादा रियायतें मिली हुई हैं (खासतौर से उन देशों में जहां का शासन धार्मिक कानूनों पर आधारित है)। कम उम्र में शादी और महिला जननांग विकृति जैसे चलन भी परिवार की देखरेख में ही जारी हैं। लिहाज़ा, व्यक्तिगत स्वायत्तता और अपने शरीर पर अपना नियंत्रण सुनिश्चित करने के लिए हमें परिवार के भीतर गहरी जड़ें जमाए बैठी परंपराओं को बदलना ही होगा।

दूसरी बात, तमाम किस्म के नृजातीय–धार्मिक राष्ट्रवादी राजनीतिक समूह इसी परिवार व्यवस्था के सबसे आक्रामक बचाव में उतर आए हैं। यह राजनीतिक विमर्श सभी देशों में मुखर होता जा रहा है। ज़मीन एवं अन्य संसाधनों के बराबर बंटवारे, तलाक और गुजारे–भत्ते के अधिकार, परिवार के भीतर सेवा–टहल की भूमिकाओं में बदलाव, गर्भनिरोध एवं गर्भपात सेवाओं पर महिलाओं के अधिकार और युवा अविवाहित लोगों को भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तक पहुंच प्रदान करना, ऐसे समानता–केंद्रित बदलावों को परिवार संस्था के लिए खतरनाक और परिवार के स्तर पर धर्म व परंपरा के पालन के लिए चुनौती के रूप में देखा जाता है। इसका नतीजा ये होता है कि तमाम शैक्षिक सफलताओं और श्रम शक्ति में महिलाओं व लड़कियों की बढ़ती सहभागिता के बावजूद परिवार और समुदाय के स्तर पर पुरुषों का वर्चस्व टूटने का नाम नहीं ले रहा है।

तीसरी बात यह है कि इन विमर्शों में यौनिकता का सवाल आज भी शादी और परिवार के दायरे तक ही सीमित है। इस दायरे के बाहर किसी भी तरह की यौन सक्रियता को 'गैरकानूनी' घोषित कर दिया जाता है। प्रजनन को यौन का उद्देश्य माना जाता है और लिहाज़ा कई बार गैर–प्रजननशील यौन संबंधों को भी गैर–कानूनी मान लिया जाता है। इसीलिए, विवाह–पूर्व यौन ही नहीं बल्कि समलैंगिक यौन का भी न केवल विरोध किया जाता है बल्कि उसके लिए लोगों को सज़ा दी जाती है। जिन माता–पिता को खुद एक

व्यापक यौनिकता शिक्षा नहीं मिली हैं वे ही पूरी स्थिति को समझे बिना यौनिकता शिक्षा की पाठ्यचर्याओं के खिलाफ़ शोर मचाने लगते हैं और स्कूल प्रशासन तथा स्थानीय एवं राष्ट्रीय सरकारों पर इस बात के लिए दबाव डालते हैं कि वे ऐसी पाठ्यचर्या और शिक्षा कार्यक्रमों का फौरन रद्द करें। जैसा कि इंडोनेशिया और मलेशिया में देखा जा सकता है, धार्मिक संस्थाओं व समूहों के लिए समलैंगिकों का 'पुनर्वास' यानी उन्हें समलैंगिक चाहतों से मुक्त करना एक मुख्य मुद्दा रहा है। युवाओं, यौन अल्पसंख्यकों एवं परंपरागत यौन संबंधों से अलग रुचि रखने वाली महिलाओं के यौन एवं प्रजनन अधिकारों को साकार करने के लिहाज़ से यह स्थिति बिलकुल भी अनुकूल नहीं है।

राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय स्तर हमें और ज़्यादा पैरवी करनी होगी तथा सरकारों की जवाबदेही के लिए दबाव बनाना होगा। इसके अलावा हमें दक्षिण-दक्षिण तथा क्षेत्रीय सहयोग पर भी ज़ोर देना होगा क्योंकि दाताओं से मिलने वाले संसाधान न केवल घट रहे हैं बल्कि (ट्रम्प की ताजपोशी के बाद बजट में हुई कटौती के कारण) हमारा क्षेत्र प्राथमिकता सूची में भी पीछे जा रहा है। हमें यौन एवं प्रजनन अधिकारों के एजेंडा को कायम रखने और यह सुनिश्चित करने के लिए लगातार प्रयास करना होगा कि एसआरएच सेवाओं को महिलाओं के अधिकारों और मानवाधिकारों की रूपरेखा का अभिन्न हिस्सा माना जाए।

चौथी बात, नृजातीय–धार्मिक समूह धर्मनिरपेक्ष कानूनी रूपरेखा को तोड़ने के लिए भरसक प्रयास कर रहे हैं ताकि ये व्यवस्थाएं प्रभुत्वशाली समूहों के परंपरागत एवं धार्मिक कानूनों पर आधारित हों और राष्ट्रीय धार्मिक पहचान और प्रबल बने। इसीलिए, महिलाओं को समानता और निर्णय प्रक्रिया में समान स्थान देने वाले संस्थागत आश्वासनों को कमज़ोर किया जा रहा है और इस मद में नई नीतियां बनाई जा रही है। पिछले एक दशक के दौरान हमने भारत ही नहीं बल्कि आसेह, इंडोनेशिया जैसे कई अन्य स्थानों पर भी महिलाओं व लड़कियों पर ड्रेस कोड और तमाम तरह की पाबंदियों को लागू होते हुए देखा है। ये ड्रेस कोड असल में महिलाओं और लड़कियों पर थोपे जा रहे सामाजिक और यौन नियंत्रण के कोड वर्ड हैं।

हमारी सरकारें लोगों के यौन एवं प्रजनन अधिकारों को मान्यता व सम्मान दें और उन्हें साकार करें, इसके लिए हमें अभी बहुत लंबा सफ़र तय करना है। अगर वाकई हमें सतत विकास के एजेंडा (एजेंडा फ़ॉर सस्टेनेबल डेवलपमेंट) के अनुसार अगले एक दशक के भीतर यह लक्ष्य हासिल करना है तो हमें दूरगामी योजना बनानी होगी और अपनी कोशिशों को गति देनी होगी। राष्ट्रीय एवं क्षेत्रीय स्तर हमें और ज़्यादा पैरवी करनी होगी तथा सरकारों की जवाबदेही के लिए दबाव बनाना होगा। इसके अलावा हमें दक्षिण–दक्षिण तथा क्षेत्रीय सहयोग पर भी ज़ोर देना होगा क्योंकि दाताओं से मिलने वाले संसाधन न केवल घट रहे हैं बल्कि (ट्रम्प की ताजपोशी के बाद बजट में हुई कटौती के कारण) हमारा क्षेत्र प्राथमिकता सूची में भी पीछे जा रहा है। हमें यौन एवं प्रजनन अधिकारों के एजेंडा को कायम रखने और यह सुनिश्चित करने के लिए लगातार प्रयास करना होगा कि एसआरएच सेवाओं को महिलाओं के अधिकारों और मानवाधिकारों की रूपरेखा का अभिन्न हिस्सा माना जाए।

नोट और संदर्भ

1. UNFPA, International Conference on Population and Development Programme of Action, Twentieth Anniversary Edition, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
2. आईसीडी पीओए के पैराग्राफ 8.25 में कहा गया है : "किसी भी स्थिति में गर्भपात को परिवार नियोजन के एक साधन के रूप में बढ़ावा नहीं दिया जाएगा। सभी सरकारों और संबंधित अंतर्सरकारी एवं गैरसरकारी संगठनों से आह्वान किया जाता है कि वे महिलाओं के स्वास्थ्य की रक्षा की अपनी प्रतिबद्धता को पुष्ट करें, असुरक्षित गर्भपात से स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभावों की रोकथाम को एक प्रमुख लोक स्वास्थ्य चुनौती के रूप में देखें और विस्तारित एवं संशोधित परिवार नियोजन सेवाओं के माध्यम से गर्भपात का विकल्प अपनाने को हतोत्साहित करें। अनचाहे गर्भ की रोकथाम को सबसे ऊंची प्राथमिकता दी जानी चाहिए और हर संभव कोशिश की जानी चाहिए कि गर्भपात की जरूरत ही न रहे। जो महिलाएं अनचाहे गर्भवती हो गई हैं उन्हें सही जानकारी और सहानुभूतिपूर्वक काउंसलिंग मिलनी चाहिए। स्वास्थ्य व्यवस्था के भीतर राष्ट्रीय व स्थानीय स्तर पर गर्भपात से संबंधित कोई भी उपाय या बदलाव राष्ट्रीय विधायी कानूनों के अनुरूप ही किया जाना चाहिए। जिन परिस्थितियों में गर्भपात करना कानून के विरुद्ध नहीं है वहां भी इस बात का पूरी तरह खयाल रखा जाना चाहिए कि गर्भपात पूरी तरह सुरक्षित हो। हर सूरत में महिलाओं को गर्भपात से पैदा होने वाली समस्याओं की रोकथाम के लिए बेहतरीन सेवाएं जरूर मिलनी चाहिए।"
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/wpcontent/uploads/2015/09/THEMAT1.pdf.
4. "स्थानीय स्तर पर क्षमता का अभाव, खराब योजना, अपर्याप्त आर्थिक साधन और कमजोर स्वास्थ्य व्यवस्था मुख्य समस्याएं हैं जिनको विकेंद्रीकृत यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं में सबसे पहले संबांधित किया जाना चाहिए।" देखें : 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-andadolescents.

अराजक, अलग–थलग करने वाला और महिला–विरोधी :

ट्रम्प सरकार और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों की स्थिति

बिएर्न रूज़–स्नाइडर
डायरेक्टर ऑफ़ पब्लिक पॉलिसी, सेंटर फ़ॉर हेल्थ ऐण्ड जेंडर इक्विटी (चेंज)
ईमेल: broosesnyder@genderhealth.org

ट्रम्प सरकार के शुरुआती कदम संयुक्त राज्य अमेरिका ही नहीं बल्कि दुनिया भर में लोकतंत्र तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों (एसआरएचआर) के एजेंडा के लिए उथल–पुथल पैदा करने वाले, हिम्मत तोड़ने वाले और विनाशकारी साबित हुए हैं। ट्रम्प सरकार ने सबसे पहले तो परिवार नियोजन के लिए फ़ंडिंग में कटौती का फैसला लिया। इसके बाद सरकार ने संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष (यूएनएफ़पीए) को दी जाने वाली फ़ंडिंग को रोकने का प्रस्ताव रखा। साथ ही ग्लोबल गैग रूल (जीजीआर) को भी नाटकीय विस्तार दे दिया गया जिससे लोकतांत्रिक संस्थानों पर हमला करने, वैश्विक प्रजनन स्वास्थ्य की दिशा में हो रही प्रगति को रोकने और महिलाओं के स्वास्थ्य एवं नागरिक स्वतंत्रताओं को खतरे में डालने वाला रूढ़िवादी एजेंडा और मज़बूत हुआ है। इस तरह की राजनीतिक अराजकता के माहौल में राष्ट्रीय एवं दाता सरकारों, फ़ंडिंग एजेंसियों और नागर समाज को अपनी प्राथमिकताओं पर और मज़बूती से डटना होगा। गर्भपात के अधिकार की पैरवी, मानवाधिकार और महिलाओं की ज़रूरतें इस विनाशकारी सरकार के कार्यकाल के बाद भी प्रासंगिक रहेंगे।

विस्तारित ग्लोबल गैग रूल रेगन सरकार ने 1984 में मैक्सिको सिटी पॉलिसी (एमसीपी) का ऐलान किया था जिसे ग्लोबल गैग रूल के नाम से भी जाना जाता है। इस नीति का हवाला देते हुए ऐसे गैर–अमेरिकी संस्थानों को अमेरिकी अंतर्राष्ट्रीय परिवार नियोजन फ़ंडिंग देने पर पाबंदी लगा दी गई जो "परिवार नियोजन की पद्धति के रूप में गर्भपात" की हिमायत करते हैं, ऐसा करने की सलाह देते हैं, इसके लिए रेफ़रल देते हैं या ऐसी सेवाएं मुहैया कराते हैं। ऊपर उद्धृत वाक्यांश नीतिगत दस्तावोजों में बच्चों के बीच फासले के उद्देश्य से किए जाने वाले गर्भपात के मद में इस्तेमाल किया जाता है। इसमें बलात्कार, कौटुंबिक व्याभिचार और जीवन के लिए खतरे की स्थिति में गर्भपात को शामिल नहीं किया जाता है। जीजीआर को रिपब्लिकन राष्ट्रपतियों के कार्यकाल में आमतौर पर बहाल कर दिया जाता है और डेमोक्रेटिक राष्ट्रपतियों के कार्यकाल में इसे रद्द कर दिया जाता है।

जीजीआर असल में बोलने की आज़ादी पर एक पाबंदी है और यह सिर्फ़ इस बात तक सीमित नहीं है कि कोई संस्था अमेरिकी पैसे के साथ क्या करती है या क्या नहीं कर सकती है। यह नीति इस बात पर पाबंदी लगा देती है कि कोई संस्थान किस तरह की सेवाएं प्रदान करता है और वह सरकार और नागर समाज के स्तर पर अपनी पैरवी के प्रयास किस तरह ज़ारी रखता है। पिछले तीन दशकों के दौरान जीजीआर को कई बार अदालतों में चुनौतियां दी जाती रही हैं मगर ऐसी हर कोशिश असफल साबित हुई है।[1]

राष्ट्रपति के रूप में पदभार संभालने के फौरन बाद ट्रम्प ने 23 जनवरी 2017 को उस जीजीआर को बहाल करने के आदेश पर दस्तखत किये जो बुश सरकार के ज़माने में हुआ करता था। इस आदेश के माध्यम से विदेश मंत्री को स्पष्ट निर्देश दिया गया कि वह जीजीआर को "समूची वैश्विक स्वास्थ्य सहायता" के अनुबंधों में लागू करें।[2] राष्ट्रपति के इस आदेश में यूएसएड जैसी सभी संस्थाओं से आह्वान किया गया कि वे इस नीति को लागू करने के लिए उचित मार्गदर्शन और मानक अनुबंध तैयार करें।

हालांकि यह कोशिश हमेशा ही नाकामयाब और हानिकारक रही है मगर ट्रम्प की जीजीआर नीति कई मायनों में अभूतपूर्व है।[3] दरअसल बीते सालों के दौरान दुनिया बहुत बदल चुकी है। 1984 से अब तक चालीस से ज़्यादा देशों ने अपने गर्भपात कानूनों में काफ़ी ढील कर दी है।[4,5] इसका मतलब है कि अब जीजीआर अपने दौर से पीछे छूट गया है और ऐसे देशों को पीछे खींचने की कोशिश कर रहा है जिनके नागरिक और सरकारें आगे बढ़ना चाहती हैं। वैश्विक स्वास्थ्य व्यवस्थाएं भी बदल चुकी हैं। दाताओं संगठनों और नागर समाज का फ़ोकस महिला–केंद्रित कार्यक्रमों, समेकन और संबंधित देशों के स्वामित्व पर केंद्रित हो गया है।[6]

> बीते सालों के दौरान दुनिया बहुत बदल चुकी है। 1984 से अब तक चालीस से ज़्यादा देशों ने अपने गर्भपात कानूनों में काफ़ी ढील कर दी है। इसका मतलब है कि अब जीजीआर अपने दौर से पीछे छूट गया है और ऐसे देशों को पीछे खींचने की कोशिश कर रहा है जिनके नागरिक और सरकारें आगे बढ़ना चाहती हैं।

मार्च 2017 में ट्रम्प के जीजीआर के पहले चरण का ब्यौरा सामने रखा गया। यह ब्यौरा यूएसएड के जनसंख्या एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यालय के मानक प्रावधानों

के रूप में सामने आया। दूसरे चरण में जीजीआर के प्रावधानों को समूची वैश्विक स्वास्थ्य सहायता पर लागू कर दिया गया। इस चक्र के प्रावधानों को विदेश मंत्री रेक्स टिलरसन ने 15 मई 2017 को मंज़ूरी दी और उनका ऐलान किया।

इस बार जीजीआर को "वैश्विक स्वास्थ्य सहायता में जीवन की रक्षा" के नाम से पेश किया गया है और एचआईवी, मातृ–शिशु स्वास्थ्य, मलेरिया, परिवार नियोजन और ज़ीका जैसे अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों को दी जाने वाली फ़ंडिंग को इसके दायरे में शामिल कर दिया गया है। ट्रम्प सरकार की इस जीजीआर नीति के तहत आज लगभग 9 अरब अमेरिकी डॉलर की रकम आती है जबकि पिछले रिपब्लिकन राष्ट्रपतियों के कार्यकालों में यह राशि केवल 60 करोड़ डॉलर के आसपास हुआ करती थी।[7]

जीजीआर के तहत दुनिया भर की स्वास्थ्य संस्थाओं को दो श्रेणियों में बोट दिया गया है : एक श्रेणी में ऐसी संस्थाएं हैं जो अमेरिका से फ़ंड लेती हैं और दूसरी श्रेणी में ऐसी संस्थाएं हैं जो अमेरिका से फ़ंड नहीं लेतीं। जो संस्थाएं अमेरिका से फ़ंड नहीं लेती हैं वे गर्भपात की सुविधा प्रदान कर सकती हैं या इसके लिए रेफ़र कर सकती हैं। वे गर्भावस्था के संबंध में तमाम तरह के विकल्प मुहैया करा सकती हैं और मातृ मृत्यु दर और गर्भपात से संबंधित नियमों में बदलाव के लिए आवाज़ उठा सकती हैं।

ट्रम्प की जीजीआर नीति से दुनिया भर में क्या असर पड़ेंगे इसका अभी ठीक से अनुमान लगाना भी संभव नहीं है मगर दो तरह के प्रभाव ज़रूर देखे जा सकते हैं : अब तक दी जा रही सेवाओं में और संबंधों में विघटन। जीजीआर से स्वास्थ्य एवं नागर समाज पर किस तरह के प्रभाव पड़ सकते हैं इसके बारे में हमारे पास मुकम्मल डेटा नहीं है मगर जीजीआर के फलस्वरूप गर्भनिरोधक सुविधाओं तक पहुंच में कमी[8] और गर्भपात (असुरक्षित गर्भपात) की घटनाओं में इज़ाफ़ा[9] ज़रूर दिखाई देता है। इसके अलावा कॉन्डोम आदि का वितरण बंद करना[10] और परिवार नियोजन क्लीनिक बंद होने लगना दिखाई देता है।

सेवाओं में इस विघटन के सबसे प्रत्यक्ष नतीजे हम ऐसे स्थानों पर देख सकते हैं जहां मैरी स्टोप्स इंटरनैशनल (एमएसआई) और इंटरनैशनल प्लान्ड पेरेंटहुड फ़ेडरेशन (आईपीपीएफ़) अमेरिकी फ़ंडिंग के सहारे काम कर रहे हैं। ये संगठन इस बात पर ज़ोर देते हैं कि वे ट्रम्प की जीजीआर नीति को नहीं मानते। एमएसआई ने अप्रैल 2015 में नेपाल में आए भीषण भूकंप के कुछ महीने बाद लिखा था कि उन्होंने अमेरिकी सहायता के आधार पर 2,843 महिलाओं की सामान्य और स्त्री रोग संबंधी जांच की हैं, 586 महिलाओं को गर्भनिरोधक इम्प्लांट लगाए हैं और 355 सुरक्षित प्रसव किट्स बांटे हैं और महिलाओं व शिशुओं के इलाज के लिए प्रसव से पहले और प्रसव के बाद 886 घरों का दौरा किया है।[11] अगर अभी भी ये सेवाएं अमेरिकी वैश्विक स्वास्थ्य अनुदानों से चलाई जा रही हैं तो एमएसआई को जीजीआर के अंतर्गत ये सेवाएं फौरन बंद करनी होंगी।[12]

> परिवार नियोजन से इस तरह हाथ खींच लेने का असर दुनिया के कम से कम 40 देशों में साफ़ दिखाई देगा। इससे बंगलादेश में 2.7 करोड़ डॉलर, भारत में 1.4 करोड़ डॉलर और फ़िलीपीन्स में 1.8 करोड़ डॉलर का सीधा नुकसान होगा (वित्त वर्ष 2015 की फ़ंडिंग के आधार पर गणना के अनुसार)।[14]

कम प्रत्यक्ष और ज़्यादा घातक असर संबंधों और पैरवी पर दिखाई देगा। बहुत सारे कार्यकर्ता मातृ मृत्यु दर पर अंकुश लगाने और सुरक्षित गर्भपात कानूनों को लागू करवाने के लिए दुनिया भर में बेहद चुनौतीपूर्ण या खतरनाक हालात में काम कर रहे हैं। कीनिया और स्वाज़ीलैंड जैसे कई देशों में हाल ही में संविधान में संशोधन करके गर्भपात को अपराध की श्रेणी से बाहर निकाला गया है या गर्भपात को कानूनी मान्यता देने वाले प्रावधान पारित किए हैं। कम्बोडिया और मोज़ाम्बीक जैसे अन्य देशों में भी रेगन की मूल नीति के दौर के मुकाबले बिलकुल अलग तरह के कानून लागू कर दिए हैं। 2009 में इंडोनेशिया की सरकार ने भी किसी औरत की ज़िंदगी बचाने या बलात्कार या भ्रूण के गंभीर रूप से विकलांग अथवा अक्षम होने की स्थिति में गर्भपात के अधिकार को मंज़ूरी दे दी थी।

अमेरिकी विकास सहायता मे हालिया बदलाव। ट्रम्प सरकार की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों से संबंधित दूसरी अंतर्राष्ट्रीय नीतियां साक्ष्यों पर नहीं बल्कि एक कृत्रिम अभाव पर आधारित हैं और इस अभाव की सबसे ज़्यादा मार भी उन लोगों पर ही पड़ती है जो पहले से ही हाशिए पर हैं।

23 मई 2017 को राष्ट्रपति ट्रम्प ने वित्त वर्ष 2018 का अपना राष्ट्रीय बजट जारी किया और उसे "अमेरिकी महानता की एक नई आधारशिला" का नाम दिया। यद्यपि नागर समाज के पैरोकार इस बात पर ज़ोर देते रहेंगे कि अमेरिकी कांग्रेस इन कटौतियों को कभी मंज़ूरी न दे मगर ट्रम्प सरकार की कार्रवाइयां खुद को अलग–थलग करने पर ही आमादा दिखाई देती हैं। वैश्विक स्तर पर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को प्रभावित करने वाली फ़ंडिंग से संबंधित मदों में वैश्विक फ़ंड में 17%, द्विपक्षीय पीईपीएफएआर में 11% कटौती, मातृ एवं बाल स्वास्थ्य के मद में 6.5 करोड़ द्विपक्षीय कटौती और अंतर्राष्ट्रीय परिवार नियोजन के लिए दी जाने वाली फ़ंडिंग में पूरी कटौती का प्रावधान रखा गया है।[13] परिवार नियोजन से इस तरह हाथ खींच लेने का असर दुनिया के कम से कम 40 देशों में साफ़ दिखाई देगा। इससे बंगलादेश में 2.7 करोड़ डॉलर, भारत में 1.4 करोड़ डॉलर और फ़िलीपीन्स में 1.8 करोड़ डॉलर का

सीधा नुकसान होगा (वित्त वर्ष 2015 की फ़ंडिंग के आधार पर गणना के अनुसार)।[14]

30 मार्च 2017 को ट्रम्प सरकार ने यूएनएफ़पीए को दी जाने वाली फ़ंडिंग पूरी तरह बंद करने का संकल्प व्यक्त किया।[15] यूएनएफ़पीए से हाथ खींचने का फैसला फौरन लागू किया गया और इसके लिए कांग्रेस से मंज़ूरी की भी ज़रूरत नहीं थी। चूंकि फ़ंडिंग रोकने का फैसला किसी नई जानकारी या निष्कर्ष के आधार पर नहीं बल्कि राजनीतिक उद्देश्यों को ध्यान में रखकर लिया गया था इसलिए यह फैसला तब तक बदलने वाला नहीं है जब तक कोई नया राष्ट्रपति इस दिशा में कोई नई पहल लेने को तैयार न हो। हालांकि यूएनएफ़पीए की फ़ंडिंग रोकने का फैसला एक खास कानून के तहत और परिवार नियोजन विरोधी खास विचारधारा को ध्यान में रखकर लिया गया है मगर इसे बहुपक्षीय समझौतों के प्रति एक नए विरोध (और नई गलतफ़हमी) की शुरुआत के रूप में भी देखा जा सकता है। कई प्रस्तावित कार्रवाइयों के मसविदे लीक हुए हैं जिनसे पता चलता है कि सरकार विभिन्न एजेंसियों के लिए संयुक्त राष्ट्र को दिए जाने वाले अपने अंशदान में भारी कटौती करने जा रही है।

ट्रम्प सरकार द्वारा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर एक घातक हमला यह है कि उसने 'जेंडर सशक्तीकरण' की एक ऐसी भाषा अपनाई है जिसमें परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, गर्भपात और यौन अधिकारों से संबंधित नीतियों और इन मदों में होने वाले निवेश का कोई ज़िक्र नहीं है। सरकार के पहले कुछ महीनों में ही कनाडा की कुछ अव्वल तबके की महिलाओं के साथ उद्यमशीलता कार्यक्रम आयोजित किये गए[16] और 20 शिखर सम्मेलन में इवांका ट्रम्प को सरकार का अधिकृत प्रतिनिधि बनाकर भेजा गया जहां उन्होंने न केवल अपने पिता की नीतियों या विश्वासों का बखान किया बल्कि इस पर भी रोशनी डाली कि ट्रम्प उनके साथ किस तरह का बर्ताव करते हैं।[17] इन्हीं कार्रवाइयों के साथ–साथ कट्टर गर्भपात–विरोधी तथा एलजीबीटीआईक्यू–विरोधी मत रखने वाले सेंटर फॉर फेमिली ऐण्ड ह्यूमन राइट्स (सी–फ़ैम) को यूएन कमीशन ऑन दि स्टेटस ऑफ़ वीमेन (सीएसडब्ल्यू) में भेजे जाने वाले अमेरिका के अधिकृत प्रतिनिधि मंडल में नागर समाज के रूप में शामिल किया गया।[18]

> जब अमेरिका की सरकार यथास्थिति से कोसों दूर जाना चाहती हो और 2030 के एजेंडा में सार्वभौमिकता की जो शर्त रखी गयी है उसे मानने के लिए तैयार नहीं है तो यह नारीवादी कार्यकताओं के लिए विकास की पूरी रूपरेखा को चुनौती देने का एक मौका है। दाता सरकारों की प्राथमिकताओं और उनकी नवउदारवादी सत्ता संरचना ने एक मज़बूत और स्थायी नागर समाज की रचना पर बहुत ज़्यादा और बहुत हानिकारक प्रभाव डाला है। साथ ही इससे सरकारों की खुद अपनी प्राथमिकताएं तय करने की क्षमता पर भी बहुत गहरा और बहुत हानिकारक प्रभाव पड़ा है।

एलजीबीटीआईक्यू समुदाय के अधिकारों और जेंडर आधारित हिंसा के सवालों पर भी ट्रम्प सरकार ने कुछ इसी तरह की भाषा अपनाई है। संयुक्त राष्ट्र में अमेरिका की राजदूत निकी हा–ली ने चेचन्या में समलैंगिक पुरुषों के मानवाधिकारों की भीषण अवहेलना का ज़िक्र किया मगर ऐसे अंतर्राष्ट्रीय संस्थानों और यौन अधिकारों की उस रूपरेखा पर भी सख्त हमला बोला जो इन पीड़ितों को मनुष्य के रूप में सहायता दे सकते हैं।[19] अमेरिका की राजदूत इस हद तक जा सकती हैं, यह हमारे लिए चिंता की बात है। जेंडर विरोधी हिंसा के खिलाफ़ दिए जा रहे बयानों के इस भयानक दुरुपयोग और पीड़ितों को अलग–थलग करने और इस्लाम के प्रति घृणा फैलाने के इस माहौल को सरकार द्वारा जारी किए गए मुसलमानों पर पाबंदी के आदेशों में भी साफ़ देखा जा सकता है (यह पाबंदी वैश्विक समुदाय के साथ सरकार की मूल प्रतिबद्धताओं को क्षीण करती है और फिलहाल अमेरिकी न्यायालयों में विचाराधीन है)। दोनों कार्यकारी आदेशों के मूल पाठ में इस बात पर ज़ोर दिया गया है कि अमेरिका में विदेशी नागरिकों द्वारा की जाने वाली जेंडर आधारित हिंसा के बारे में डेटा इकट्ठा किया जाएगा। इस्लाम के प्रति घृणा फैलाने के लिए जेंडर विरोधी हिंसा के इन आंकड़ों का इस्तेमाल इस मिथ्या धारणा को जन्म देगा कि जेंडर आधारित हिंसा मुसलमानों या गैर–पश्चिमी देशों में ही की जाती है।

दुनिया की प्रतिक्रिया

दुनिया भर में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के सवाल पर आए इस नाटकीय बदलाव को देखते हुए क्या किया जा सकता है?

जब अमेरिका की सरकार यथास्थिति से कोसों दूर जाना चाहती हो और 2030 के एजेंडा में सार्वभौमिकता की जो शर्त रखी गयी है उसे मानने के लिए तैयार नहीं है तो यह नारीवादी कार्यकताओं के लिए विकास की पूरी रूपरेखा को चुनौती देने का एक मौका है। दाता सरकारों की प्राथमिकताओं और उनकी नवउदारवादी सत्ता संरचना ने एक मज़बूत और स्थायी नागर समाज की रचना पर बहुत ज़्यादा और बहुत हानिकारक प्रभाव डाला है। साथ ही इससे सरकारों की खुद अपनी प्राथमिकताएं तय करने की क्षमता पर भी बहुत गहरा और बहुत हानिकारक प्रभाव पड़ा है।[20]

भले ही ट्रम्प सरकार की इन उलटी–सीधी करतूतों से दीर्घकालिक समाधानों को अनचाहे ही गति मिल जाए मगर वित्तीय एवं राजनीतिक नेतृत्व का यह शून्य सेक्स वर्कर्स और किशोरियों व युवतियों जैसे उन हाशियाई तबकों को और ज़्यादा संकट में डाल देगा जो पहले ही सरकारों की प्राथमिकता सूची में बहुत नीचे हैं। इसके

अलावा, हम यह भी देख चुके हैं कि किस तरह बुश सरकार ने सामाजिक रूढ़िवादी, धार्मिक गैर–सरकारी संगठनों को बड़ी तादाद में फ़ंड दिए थे। ये ऐसे संगठन थे जो समलैंगिक पुरुषों, सेक्स वर्कर्स, अविवाहित महिलाओं की आबादी को सेवाएं मुहैया कराने, और कॉन्डोम, आधुनिक गर्भनिरोधक और आपातकालिक गर्भपात जैसी सेवाओं व उत्पादों के वितरण व उपलब्धता का विरोध करते थे। इन ताकतों ने जो माहैल पैदा किया उसके असर कीनिया और युगांडा जैसे देशों में अभी भी बहुत ज़्यादा महसूस किए जा सकते हैं। अब ऐसा नहीं हो सकता कि दाता संस्थाएं केवल संसाधनों की कमी को पूरी करती रहें और नागर समाज लगातर संकट में घिरता चला जाए।

'शी–डिसाइड्स' जैसी सहायता व्यवस्थाओं सहित दाता सरकारों को ऐसे नए रास्ते ढूंढने होंगे जिन पर चल कर अमेरिकी सरकार के इस तरह पीछे हट जाने के बाद पैदा हुई कमियों की भरपाई की जा सके। राजनीतिक तौर पर भले ही चार साल का वक्फ़ा बहुत बड़ा न हो मगर गर्भनिरोध, बलात्कार और महिलाओं व लड़कियों के लिए एंटी–रिट्रोवायरल दवाओं की पूर्ति के लिहाज़ से यह निश्चय ही बहुत लंबा वक्त है।

राजनीतिक तौर पर भले ही चार साल का वक्फ़ा बहुत बड़ा न हो मगर गर्भनिरोध, बलात्कार और महिलाओं व लड़कियों के लिए एंटी–रिट्रोवायरल दवाओं की पूर्ति के लिहाज़ से यह निश्चय ही बहुत लंबा वक्त है।

दूसरी दाता संस्थाओं और दाता सरकारों को अंतःदेशीय पैरवी संगठनों को आर्थिक और बंदोबस्ती सहायता जारी रखनी होगी। मातृ मृत्यु दर, सुरक्षित गर्भपात और हाशियाई आबादी के अधिकारों पर काम कर रहे संगठन और नेटवर्क पहले ही संकट में हैं। अब उन्हें यह देखना है कि जीजीआर में 'पैरवी' का क्या मतलब है, इसमें कौन सक्रिय रह सकते हैं और पैरवी की गति व साझेदारियों को कायम रखने के लिए इसका क्या मतलब है। पैरवी के क्षेत्र में पहले से ही फ़ंडिंग के अभाव को देखते हुए ज़ाहिर है कि अमेरिका की सहायता से चलायी जा रही विशाल उत्तरदायित्व परियोजनाएं एक ज़हर में तब्दील होती चली जाएंगी और लिहाज़ा दूसरी सरकारों को इस संकट का सामना करने के लिए आगे आना होगा। हमें सुनिश्चित करना होगा कि इस हमले से हमारे पैरवी नेटवर्क टूट–फूट न जाएं। साथ ही हमें यह खयाल भी रखना होगा कि वे अमेरिका की तमाम शर्तों के बावजूद अपनी पैरवी का काम जारी रखें।

कानूनी सहायता के हिमायतियों और कर्ताधर्ताओं के लिए यह कानूनी पहुंच को विस्तार देने का एक महत्वपूर्ण समय है। दूसरी दाता सरकारों और संस्थाओं को जीजीआर क्रियान्वयन को और संकुचित करने पर ज़ोर देना चाहिए और खयाल रखना चाहिए कि तमाम ऐसे छोटे–बड़े सरकारी संगठनों को कानूनी सहायता मिलती रहे जो इन पाबंदियों को उत्साहपूर्वक नहीं बल्कि एक हद तक ही लागू कर रहे हैं। नागर समाज को जो चोट पहुंच रही है उसको रोकने के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के दूसरे हिमायती परस्पर सीख, आदान–प्रदान और संबंधों के निर्माण व रखरखाव के लिए सुरक्षित परिधियां मुहैया करा सकते हैं।

व्यक्तियों और संगठनों के रूप में हमें अपने सभी सहकर्मियों और साझीदारों को मदद देनी चाहिए – चाहे वे अमेरिका से फ़ंडिंग लेते हों या न लेते हों। हमें अपने नए संबंध बनाने होंगे और अपने कामों में साझेदारी करनी होगी। हमारे पास करने को बहुत कुछ है और अब हम अपने पुराने तौर–तरीकों पर चलकार नए नतीजों की उम्मीद नहीं कर सकते। ऐसे उथल–पुथल भरे दौर और क्रूर एसआरएचआर नीतियों के ज़माने में हमें सोचने के नए ढंग और आगे बढ़ने के लिए नए रास्ते ढूंढने ही होंगे।

नोट और संदर्भ

1. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), "Policy Brief: Impact of the Global Gag Rule on Women's Health" (Washington DC: CHANGE, 2017, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/GGR_Fact_Sheet_UPDATED_March_7_2017.pdf.
2. U.S. Office of the Press Secretary, "Presidential Memorandum Regarding the Mexico City Policy," January 23, 2017, https://www.whitehouse.gov/the-pressoffice/2017/01/23/presidential-memorandum-regarding-mexicocity-policy.
3. U.S. Dept. of State, "Protecting Life in Global Health Assistance, Fact Sheet," May 15, 2017, https://www.state.gov/r/pa/prs/ps/2017/05/270866.htm.
4. Center for Reproductive Rights (CRR), Abortion Worldwide:20 Years of Reform, (New York: CRR, 2014), https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf.
5. Anika Rahman, Laura Katzive, and Stanley K. Henshaw, "A Global Review of Laws on Induced Abortion," International Family Planning Perspectives 24, no. 2 (1998): 60, https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/06/global-review-lawsinduced-abortion-1985-1997.
6. Center for Health and Gender Equity, "SRHR and the U.S. Global Health Initiative," 2011, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/SRHR_and_GHI_CHANGE_2011F.pdf.
7. Center for Health and Gender Equity, "Policy Brief: Impact of the Global Gag Rule on Women's Health."
8. Sneha Barot and Susan A. Cohen, "The Global Gag Rule and Fights Over Funding UNFPA: The Issues That Won't Go Away," Guttmacher Policy Review 18, No. 2 (2015): 27-33, https://www.guttmacher.org/gpr/2015/06/global-gag-rule-and-fights-overfunding-unfpa-issues-wont-go-away.
9. Eran Bendavid, Patrick Avila, and Miller, "United States Aid Policy and Induced Abortion in Sub-Saharan Africa," Bulletin of the World Health Organization 12 (2001): 873-880, http://www.who.int/bulletin/volumes/89/12/11-091660/en/.
10. Mehlika Hoodbhoy, Martin S. Flaherty, and Tracy E. Higgins, "Exporting Despair: The Human Rights Implications of U.S. Restrictions on Foreign Health Care Funding in Kenya," Fordham International Law Journal 29, no. 1 (2005): 1-126, http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1998&context=ilj.
11. Marie Stopes International (MSI), "The US Presidential Election: What Will It Mean for the Women We Serve?," November 9, 2016, https://www.mariestopes-us.org/2016/usfunding-international-family-planning/.
12. MSI, "The Mexico City Policy: A World Without Choice" (London: MSI, 2017), https://www.mariestopes-us.org/wpcontent/uploads/2017/01/Mexico-City-Policy-A-World-Without-Choice.pdf.
13. ऑफिस ऑफ मैनेजमेंट ऐण्ड बजट के अनुसार, "अंतर्राष्ट्रीय परिवार नियोजन कार्यक्रमों के लिए वैश्विक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के खाते में जाने वाली फंडिंग को खत्म करके बजट के ज़रिए और ज़्यादा बचत सुनिश्चित करने में कामयाबी मिली

है। इससे 52.3 करोड़ अमेरिकी डॉलर की कटौती हुई है जो 2017 के सीअर स्तर से नीचे है...। वैश्विक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में अपना उचित हिस्सा देने के लिए दूसरे संबंधित पक्षों को भी अनिवार्य रूप से आगे आना चाहिए।' Office of Management and Budget, Major Savings and Reforms: Budget of the U.S. Government Fiscal Year 2018 (Washington: US Government Publishing Office, 2017), 70, https://www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/omb/budget/fy2018/msar.pdf.

14. Kaiser Family Foundation, "U.S. Funding for International Family Planning and Reproductive Health," 2016, http://files.kff.org/attachment/issue-brief-u-s-funding-for-international-familyplanning-reproductive-health.
15. Kaiser Family Foundation, "UNFPA Funding & Kemp-Kasten: An Explainer," May 12, 2017, http://kff.org/global-health-policy/fact-sheet/unfpa-funding-kemp-kasten-an-explainer/. यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के संदर्भ में तर्क दिया जाता है कि "दवा उद्योग यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व चिकित्सा के लिए आवश्यक दवाइयों का अभाव पैदा करने में एक अहम भूमिका अदा करता है।
16. "Empowering Female Leadership," White House, February 15, 2017, https://www.whitehouse.gov/blog/2017/02/14/establishment-canada-united-states-council-advancementwomen-entrepreneurs.
17. Alison Smale, "Ivanka Trump Is Jeered in Berlin After Defending Her Father," The New York Times, April 25, 2017, https://www.nytimes.com/2017/04/25/world/europe/ivankatrump-is-jeered-in-berlin-after-defending-her-father.html.
18. Christina Cauterucci, "Trump Sends Hate Group Leader to U.N. Women's Commission, Echoing George W. Bush," Slate, March 16 2017, http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2017/03/16/trump_sends_hate_group_leader_to_u_n_women_s_commission_echoing_george_w.html.
19. "Statement from U.S. Ambassador Nikki Haley on Reports of Detentions and Killings in Chechnya," April 17, 2017, https://usun.state.gov/remarks/7770.
20. Margarita Aguinaga, Miriam Lang, Dunia Mokrani, and Alejandra Santillana. "Development Critiquesa nd Alternatives: A Feminist Perspective," Beyond Development: Alternative Visions from Latin America, eds. Miriam Lang and Dunia Mokrani (Amsterdam: Rosa Luxemburg Foundation and Transnational Institute, 2013), 41-59, https://www.tni.org/files/download/beyonddevelopment_critiques.pdf.

व्यापार समझौते, एसडीजी और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच

काजल भारद्वाज
वकील, भारत
ईमेल: kobo@yahoo.com

वर्ष 2015 में संयुक्त राष्ट्र के सभी सदस्य देशों ने संकल्प व्यक्त किया कि वे 2030 तक सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी – सस्टेनेबल डेवलपमेंट गोल्स) को हासिल कर लेंगे।[1] एसडीजी के लक्ष्य 3 में यह संकल्प व्यक्त किया गया है कि सरकारें "स्वस्थ जीवन सुनिश्चित करेंगी और सभी आयु वर्गों के सभी व्यक्तियों की कुशलक्षेम को बढ़ावा देंगी।" लक्ष्य 3ख में इस लक्ष्य की सफलता और व्यापार समझौतों, खासतौर से उन समझौतों के क्रियान्वयन के बीच गहरा संबंध बताया गया है जिनमें जनता के स्वास्थ्य से संबंधित बौद्धिक संपदा के बारे में प्रावधान किए गए हैं। लिहाज़ा, सरकारों से उम्मीद की गई है कि :

वे मुख्य रूप से विकासशील देशों की जनता को प्रभावित करने वाली संक्रामक एवं गैर–संक्रामक बीमारियों के लिए टीकों और दवाइयों के विकास में सहायता देंगी। साथ ही वे अपने लोगों को ट्रिप्स एग्रीमेंट ऑन पब्लिक हेल्थ के बारे में जारी किए गए दोहा घोषणापत्र के प्रावधानों के अनुसार लोगों को किफ़ायती दर पर आवश्यक दवाइयां और टीके भी उपलब्ध कराएंगी। दोहा घोषणापत्र में कहा गया था कि विकासशील देश बौद्धिक संपदा अधिकारों के व्यापार संबंधी आयामों के उन प्रावधानों का पूरा उपयोग कर सकते हैं जिनमें लोक स्वास्थ्य की रक्षा के लिए लचीले प्रावधान करने और खासतौर से सभी को दवाइयों की सुविधा प्रदान कराने के लिए प्रावधान किया गया है।

ये एसडीजी लक्ष्य विश्व व्यापार संगठन (डब्ल्यूटीओ) के तहत ट्रिप्स समझौते (एग्रीमेंट ऑन ट्रेड रिलेटेड आस्पेक्ट्स ऑफ़ इंटेलेक्चुअल प्रॉपर्टी राइट्स – ट्रिप्स) पर सहमति के दो दशक बाद तय किए गए हैं। ट्रिप्स समझौते में प्रावधान किया गया था कि डब्ल्यूटीओ के सभी सदस्य देश दवाइयों सहित तमाम तकनीकी क्षेत्रों में 20 वर्ष के पेटेंट देंगी।[2] 2005 तक डब्ल्यूटीओ के सभी विकासशील देश सदस्यों ने इस प्रावधान को लागू कर दिया था जबकि न्यूनतम विकसित देशों (लीस्ट डेवेलप्ड कंट्रीज़ – एलडीसी) के पास इसके लिए 2033 तक का समय है।

जब पेटेंट्स के माध्यम से किसी को एकतरफ़ा अधिकार मिल जाता है तो संबंधित दवाई पर उस कंपनी का एकाधिकार ही नहीं स्थापित होता बल्कि उसे मनमानी कीमतें तय करने की छूट भी मिल जाती है। इस बारे में लक्ष्य 3ख में स्पष्ट रूप से चिंता व्यक्त की गई है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों (एसआरएचआर) के संबंध में अकसर यह

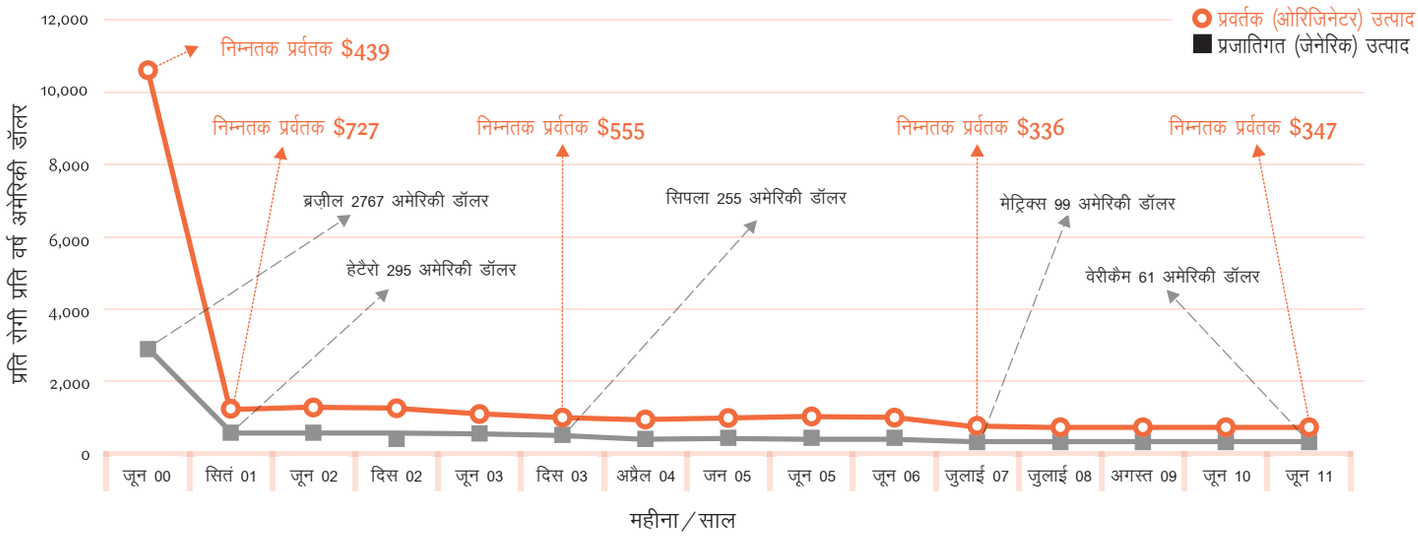
दलील दी जाती रही है कि "यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य उपचार के मामले में औषधि उद्योग ही दवाइयों की कमी पैदा कर रहा है। इसकी वजह यह है कि दवाई उद्योग (क) कई ऐसे उत्पादों में निवेश करता है जिनसे उद्योग को ज़्यादा मुनाफ़ा होता है भले ही इससे लोगों की सेहत को नुकसान पहुंच रहा हो (मसलन हॉर्मोन रिप्लेसमेंट थैरेपी), (ख) ऐसी नई अत्यावश्यक दवाइयां बेची जाती हैं जिनकी कीमत उन देशों की क्षमता से बहुत ज़्यादा है जहां उनकी ज़रूरत सबसे ज़्यादा होती है (मसलन, एचपीवी के टीके), तथा (ग) नए उत्पादों (जैसे माइक्रोबीसाइड्स और चिकित्सकीय गर्भपात की गोलियां) के विकास में निवेश न करके।"[3] अंतर्राष्ट्रीय व्यापार समझौते और पेटेंट लाइसेंस मौजूदा दवाइयों तक पहुंच और नए आविष्कारों को रोकने में एक बड़ी रुकावट साबित होते हैं।

आगे के पन्नों में एचआईवी उपचार और स्तन कैंसर उपचार के उदाहरणों पर तो विस्तार से चर्चा की गई है मगर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार संबंधी दूसरी महत्वपूर्ण बीमारियों और स्थितियों पर पेटेंट सुरक्षा के प्रभावों पर भी गौर करना ज़रूरी है। मसलन, सस्ते एचपीवी टीकों की ज़रूरत[4] और सर्विकल तथा पोस्ट्रेट कैंसर के सस्ते उपचार की ज़रूरत को देखते हुए यह सवाल और भी गंभीर हो जताा है।[5]

पिछले एक दशक के दौरान औषध (आर एंड डी) के क्षेत्र में संकट साफ़ दिखाई देने लगा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के बौद्धिक संपदा अधिकार, आविष्कार एवं लोक स्वास्थ्य आयोग (कमीशन ऑन इंटेलेक्चुअल प्रॉपर्टी राइट्स, इनोवेशन ऐण्ड पब्लिक हैल्थ – सीआईपीआईएच) ने पाया है कि विकासशील देशों में ट्रिप्स समझौते के क्रियान्वयन से ऐसी बीमारियों पर अनुसंधान एवं विकास गतिविधियों में कोई इजाफ़ा नहीं हुआ है जो मुख्य रूप से विकासशील देशों के लोगों को ही प्रभावित करती हैं।[6] प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य के क्षेत्र में आर एंड डी का अभाव इसका एक बढ़िया उदाहरण है।[7] सूजाक की दवाइयां लगातार बेअसर होती जा रही हैं मगर इसके बावजूद नई दवाइयों की खोज पर कोई ध्यान नहीं दिया जा रहा है। डब्ल्यूएचओ के अनुसार, "नई एंटीबायॉटिक्स का विकास व्यावसायिक दवा कंपनियों के लिए बहुत आकर्षक सौदा नहीं है। इस तरह का इलाज केवल कुछ दिन तक ही चलता है (जबकि स्थायी बीमारियों का इलाज लंबे समय तक चलता है) क्योंकि उनके इस्तेमाल से शरीर में प्रतिरोधी क्षमता विकसित होती है और फलस्वरूप उनका असर घटने लगता है। इसका नतीजा यह होता है कि नई दवाइयों की ज़रूरत लगातार बनी रहती है।[8] डब्ल्यूएचओ और ड्रग्स फ़ॉर नेग्लेक्टेड डिज़ीज़ेज़ इनिशिएटिव (डीएनडीआई – उपेक्षित बीमारियों के लिए औषध विकास कार्यक्रम) ने अब नवजात शिशुओं में सेप्सिस, औषध प्रतिरोधी यौन संक्रामक बीमारियों और बाल चिकित्सा के लिए आवश्यक एंटीबायॉटिक्स की खोज के लिए एक वैश्विक एंटीबायॉटिक अनुसंधान एवं विकास साझेदारी (जीएआरडीपी – ग्लोबल एंटीबायॉटिक रिसर्च ऐण्ड डेवपमेंट पार्टनरशिप) शुरू करने का फैसला लिया है। इसमें ये भी प्रस्ताव रखा गया है कि आर एंड डी की लागत को उत्पादों की कीमत के ज़रिए वसूल नहीं किया जाएगा।[9]

iVsaV~l] fVªIl ¶yDlhfcfyVht vkSj ,pvkbZoh dk bykt डब्ल्यूटीओ के गठन के पांच साल के भीतर एचआईवी अफ़्रीका, एशिया और लैटिन अमेरिका में एक महामारी की शक्ल ले चुका था।

ग्राफ़ 1 : कीमतों में कटौती के लिए जेनेरिक प्रतिस्पर्धा की भूमिका
वर्ष 2000 से स्टावूडाइन (d4T), लैमीवुडाइन (3TC) और नेवीरेपाइन (NVP) के फर्स्ट–लाइन कंबिनेशंस की कीमतों में गिरावट



स्रोतः MSF एक्सेस अभियान, "अनटेग्लिंगद वेब ऑफ़ एनटायरट्रोवीरल प्राइस रिडक्शनस," 14वां संस्करण 2011, https://www.msfaccess.org/content/untangling-web-antiretroviral-price-reductions.

इसके लिए एंटी–रिट्रोवायरल (एआरवी) दवाइयों की सबसे सस्ती कीमत भी प्रति वर्ष 10,000 डॉलर के आसपास थी। इन दवाइयों का पेटेंट आमतौर पर बहुराष्ट्रीय दवा कंपनियों (एमएनसी) के पास होता था। 2001 में एक भारतीय जेनेरिक कंपनी ने ऐलान किया कि वह प्रति दिन एक डॉलर से भी कम कीमत पर दवाइयां मुहैया करा सकती है। इसके बाद जेनेरिक कंपनियों के बीच प्रतिस्पर्द्धा के फलस्वरूप इस लागत में कमी आई तथा दुनिया भर में सरकारी उपचार कार्यक्रमों का दायरा तेज़ी से फैलने लगा (देखें ग्राफ़ 1)

उसी साल बाद में, नवंबर 2001 में डब्ल्यूटीओ के सभी सदस्य देशों ने ट्रिप्स एवं लोक स्वास्थ्य पर दोहा घोषणापत्र पर दस्तखत किए जिसमें कहा गया था कि यह (ट्रिप्स) समझौता इस तरह लागू किया जाएगा कि डब्ल्यूटीओ के सदस्य देशों को जनता के स्वास्थ्य की रक्षा करने और खासतौर सभी के लिए दवाइयों तक पहुंच सुनिश्चित करने में मदद मिलेगी।"[10] दोहा घोषणापत्र में इस बात को फिर दोहराया गया कि दवाइयों पर 20 साल के पेटेंट की शर्त के बावजूद सभी देशों को ट्रिप्स समझौतों में दिए गए सुरक्षा प्रावधानों के इस्तेमाल का पूरा अधिकार है जिससे वे सभी लोगों को दवाइयों तक पहुंच मुहैया करा सकें।

इन सुरक्षात्मक प्रावधानों को ट्रिप्स फ़्लेक्सीबिलिटीज़ के नाम से भी जाना जाता है। एसडीजी के लक्ष्य 3ख में इन्ही लचीले प्रावधानों का हवाला दिया जा रहा है।

दोहा घोषणापत्र पर दस्तखत करने की ज़रूरत इसलिए पैदा हुई क्योंकि बहुत सारे विकासशील देशों को ट्रिप्स की शर्तों और बहुराष्ट्रीय कंपनियों द्वारा की जा रही कानूनी कार्रवाइयों और विकसित देशों द्वारा लगाई जा रही पाबंदियों के कारण जेनेरिक एआरवी दवाइयां जुटाने में भारी मुश्किलों का सामना करना पड़ रहा था।[11] 1999 में मेडिसिन्स ऐक्ट आफ़ साउथ अफ़्रीका में संशोधन किया गया और जेनेरिक दवाइयों के समानांतर आयात का फैसला लिया गया। जिसके जवाब में 39 दवा कंपनियों ने सरकार के खिलाफ़ मुकदमा दायर कर दिया। इस मुकदमे की दुनिया भर में आलोचना हुई और फलस्वरूप 2001 में इन कंपनियों ने मुकदमा वापस ले लिया और उसी समय दोहा घोषणापत्र पर दस्तखत किये गए।

कई विकासशील देश एआरवी दवाइयों की लगातार उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए ट्रिप्स फ़्लेक्सीबिलिटीज़ का इस्तेमाल करने लगे हैं। थाईलैंड की सरकार ने 2007 और 2008 में इफ़ेविरेन्ज़ और लोपीनाविर/रिटोनाविर जैसी जेनेरिक एआरवी दवाइयों के उत्पादन के लिए अनिवार्य लाइसेंस जारी किए थे। साथ ही उन्होंने कैंसर और हृदय रोगों की दवाइयों के लिए भी अनिवार्य लाइसेंस जारी किए थे।[12] इसी तरह भारत के पेटेंट कानून में भी ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटीज़ के एक पहलू का इस्तेमाल किया गया है। सख्त पेटेंट का यह मानदंड "एवरग्रीनिंग"[13] पर अंकुश लगाता है और पुरानी दवाइयों के नए रूपों को तब तक पेटेंट नहीं देता जब तक कि नई दवाई के असर में किसी उल्लेखनीय इज़ाफे का साक्ष्य पेश न किया गया हो। उदाहरण के लिए, नेवीरेपाईन सीरप एचआईवी के लिए फर्स्ट–लाइन दवाई मानी जाती है। यह दवाई पहले गोली के रूप में मौजूद थी मगर एचआईवी ग्रस्त बच्चों के उपचार के लिए गोली की बजाय सीरप को ज़्यादा बेहतर माना गया। मगर यह पेटेंट खारिज कर दिया गया क्योंकि मूल रूप से दवाई एक ही थी। भारत में पहली और दूसरी पंक्ति की एआरवी दवाइयों में से ज़्यादातर पेटेंट से मुक्त हैं और यह इसी महत्वपूर्ण ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटी की बदौलत है जिससे इन दवाइयों के जेनेरिक उत्पादन और निर्यात को बढ़ावा मिलता है।

आज एचआईवी का इलाज करा रहे 1.7 करोड़ लोगों में से लगभग 80% जेनेरिक दवाइयों के सहारे काम चला रहे हैं।[14–15] जेनेरिक कंपनियों ने एआरवी दवाइयों को फ़िक्स्ड डोज़ कम्बिनेशन (एफ़डीसी) में तब्दील करके एचआईवी के इलाज को भी आसान बना दिया है। यहां तक कि यूएस

हम टोबेका डेकी के लिए न्याय की मांग करते हैं। वह दक्षिण अफ़्रीका की एक निडर कार्यकर्ता थीं जो 2013 से भ्म्2 स्तन कैंसर से पीड़ित थीं। हालांकि उन्हें त्रास्तुजुमाब दवाई मिलनी चाहिए थी मगर इसकी भारी–भरकम लागत की वजह से यह दवाई उन्हें कभी नहीं मिल पाई। आखिरकार 14 नवंबर 2016 को उन्होंने अपने घर में दम तोड़ दिया। हमें नहीं पता कि त्रास्तुजुमाब से टोबेका की जिंदगी बच जाती या नहीं क्योंकि यह दवाई भी हर स्थिति में कारगर नहीं होती। मगर, हम यह जरूर जानते हैं कि टोबेका को इस दवाई के सहारे एक और मौका मिल सकता था जो उन्हें नहीं मिला। वह मौत की तरफ बढ़ रही थीं और उनको बचाने वाली दवाइयां मौजूद थीं मगर उन्हें कभी वे दवाइयां नहीं मिल पाईं। स्तन

कैंसर की दवाइयों की रोशे कंपनी द्वारा तय की गई भारी–भरकम कीमतों के खिलाफ फरवरी 2017 में हुए वैश्विक प्रदर्शनों में यह पोस्टर इस्तेमाल किया गया था जिसमें टेबेका डेकी की तस्वीर दिखाई दे रही है। चित्र सौजन्य : टोबेका डेकी कैम्पेंन फॉर एक्सेस टु एफोर्डेबल त्रास्तुजुमाब।

स्वास्थ्य व्यवस्थाओं पर मंहगी पेटेंटयुक्त दवाइयों का असर

"...स्तन कैंसर सरवाईवर के तौर पर एक समय ऐसा भी था जब मैं पेटेंट की हकीकत और इससे पैदा होने वाली समस्याओं से प्रत्यक्ष रूप से जूझ रही थी। मैं एचईआर पॉज़िटिव 2 कैंसर से ग्रस्त थी और मुझे हरसेप्टिन दवाई की लगातार ज़रूरत होती थी। मुझे यह दवाई नहीं मिल पाती थी क्योंकि... मैं एक निजी अस्पताल में इलाज करा रही थी। ...मेरी मेडिकल एड ने कहा कि यह दवाई बहुत मंहगी है और लिहाज़ा वह हरसेप्टिन से मेरे इलाज की सलाह नहीं दे सकती। मुझे संघर्ष करना पड़ रहा था और मैं लागतों की हकीकत से जूझ रही थी। एक तरफ़ तो अपनी मेडिकल एड के साथ जूझने की लागत और फिर सरकारी अस्पतालों से दवाई जुटाने की कोशिश। मुझे निजी अस्पताल से एक सरकारी अस्पताल में फेंक दिया गया। जब मैं सरकारी अस्पताल में पहुंची तो पता चला कि वे स्तन कैंसर की मरीज़ों को हरसेप्टिन दवाई नहीं देते हैं। पड़ताल करने पर मैंने पाया कि दक्षिण अफ़्रीका में केवल (किंबर्ली) अस्पताल ही है जहां रोगियों को हरसेप्टिन की दवाई दी जाती है। यह अस्पताल भी सिर्फ़ अपनी मरीज़ों को ही यह दवाई देता है...। और पता करने पर मुझे मालूम हुआ कि हरसेप्टिन पर दिया गया पेटेंट 2033 में जाकर खत्म होगा...। 2033... मतलब तब मैं मर चुकी हूंगी।'

– बाबालवा मलगास, वकील, कार्यकर्ता तथा स्तन कैंसर सर्वाइवर, यह योहानेसबर्ग हियरिंग ऑफ़ यूएन हाई लेवल पैनल ऑन एक्सेस टु मेडिसिन्स, मार्च 2017[25]

प्रेज़िडेंट्स इमरजेंसी प्लान फ़ॉर एड्स रिलीफ़ (पीईपीएफ़एआर) भी पेटेंट की दवाइयों पर निरर्भता को जारी नहीं रख पाया। 2008 में पीईपीएफ़एआर ने अपनी 90% एआरवी दवाइयां जेनेरिक कंपनियों से ही खरीद कर लगभग 21.5 करोड़ डॉलर की बचत की थी।[16]

पेटेंट्स का विपरीत प्रभाव स्तन कैंसर के निदान और उपचार में भी देखा जा सकता है। बीआरसीए1 और बीआरसीए2 जीन्स के म्यूटेशन से स्तन कैंसर और गर्भाशय के कैंसर की आशंका में ख़ास इज़ाफा हो जाता है।[17] कई देशों में माई–रीड नामक एक ही कंपनी इन म्यूटेशंस के लिए निदान और जांच की सुविधा मुहैया करा रही थी क्योंकि उसने इन जीन्स पर भी पेटेंट हासिल कर लिया था। फलस्वरूप इस जीन्स के दूसरे संस्करणों पर शोध में भी भारी रुकावटें पैदा हुईं।[18] 2013 में अमेरिकी सर्वोच्च न्यायालय ने व्यवस्था दी कि "जीन्स और उनमें मौजूद सूचनाओं पर पेटेंट नहीं दिया जा सकता... क्योंकि उनको शेष जेनेटिक सामग्री में से ही अलग किया जाता है।"[19] अब इन म्यूटेशंस की जांच दूसरी कंपनियां 249 डॉलर में कर रही हैं जबकि माई–रीड की दर 4,000 डॉलर प्रति जांच हुआ करती थी।[20]

एचईआर2[21] से ग्रस्त स्तन कैंसर रोगी कुछ महिलाओं के लिए ट्रास्टुज़ुमाब नामक दवाई काफ़ी असरदार साबित होती है। इसका 1994 में रोशे द्वारा पेटेंट कराया गया था और इसे आमतौर पर हरसेप्टिन के नाम से बेचा जाता है। हालांकि अब इसको पेटेंट के दायरे से बाहर कर दिया गया है मगर रोशे ने इसके बाद कई सेकेंडरी पेटेंट भी दायर किए जिनकी मियाद 2033 तक खत्म होने की उम्मीद है। दक्षिण अफ़्रीका में निजी क्षेत्र में इसकी सालाना लागत 38,165 डॉलर बैठती है जबकि कुछ सरकारी संस्थाओं में यही लागत 15,735 डॉलर है। ब्राज़ील में इस कैंसर के इलाज की लागत 17,562 डॉलर, मलेशिया में 17,929 और भारत में 10,938 डॉलर बैठती है।[22] भारत में सख्त पेटेंट मानकों की वजह से रोशे की सेकेंडरी पेटेंट की अर्ज़ियां खारिज हो गईं या उन पर कोई कार्रवाई नहीं की गई जिससे ऐसी बहुत सारी कंपनियों को मैदान में आने का मौका मिला जिनके उत्पादों की कीमत काफ़ी कम थी।

किफ़ायती दर पर ट्रास्टुज़ुमाब मुहैया कराने के लिए शुरू किया गया टोबेका डेकी अभियान[23] 2017 में रोशे की भारी–भरकत कीमतों और मुकदमेबाज़ी के खिलाफ़ सबसे बड़ा वैश्विक अभियान रहा है। ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटी का एक और उदाहरण दक्षिण अफ़्रीका में साउथ अफ़्रीकन कॉम्पिटीशन कमीशन के रूप में दिखाई देता है। यह आयोग अब रोशे द्वारा तय की गई अपनी दवाइयों की कीमतों की जांच कर रही है[24] क्योंकि अब कार्यकर्ता ये भी मांग करने लगे हैं कि विभिन्न देश सस्ते विकल्प हासिल करने के लिए कंपनियों को अनिवार्य लाइसेंस जारी करें।

जहां एक तरफ़ विकासशील देश दवाइयों तक पहुंच मुहैया कराने के लिए डब्ल्यूटीओ की रूपरेखा के तहत जैसे–तैसे संघर्ष कर रहे हैं वहीं दूसरी तरफ़ विकसित देश अपने व्यापार 'साझीदारों' को मुक्त व्यापार समझौते (एफ़पीए – फ़्री ट्रेड एग्रीमेंट) पर दस्तखत करने के लिए भी मजबूर कर रहे हैं। मुक्त व्यापार समझौते अलग–अलग देशों के बीच या कई बार एक ही क्षेत्र के कई देशों के बीच किए जाते हैं। इन समझौतों में व्यापार उदारीकरण के पक्ष में प्रावधान किए जाते हैं, और ट्रिप्स से भी ज़्यादा व्यापक प्रावधान शामिल किए जाते हैं ताकि ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटीज़ से छुटकारा मिल सके।

रीजनल कॉम्प्रीहेंसिव इकोनॉमिक पार्टनरशिप (आरसीईपी) ऐसा ही एक मुक्त व्यापार समझौता है जिस पर एशिया–प्रशांत क्षेत्र के 16 देशों के बीच 2012 से वार्ताएं चल रही हैं। इन वार्ताओं में विकसित देश (आस्ट्रेलिया, जापान, न्यू ज़ीलैंड, सिंगापुर और दक्षिण कोरिया), विकासशील देश (ब्रुनेई दारेसलाम, चीन, भारत, इंडोनेशिया, मलेशिया, फ़िलीपीन्स, थाईलैंड और वियतनाम) तथा न्यूनतम विकसित देश (कम्बोडिया, लाओस और म्यान्मार) भी शामिल हैं।

दूसरे मुक्त व्यापार समझौतों की तरह आरसीईपी पर भी सारी वार्ताएं गुप्त ढंग से ही चलाई जा रही हैं। 2016 में इन वार्ताओं के बौद्धिक संपदा और निवेश संबंधी ब्यौरों के लीक होने से कार्यकर्ताओं का यह डर एक बार फिर साबित हुआ कि इन वार्ताओं में जापान और दक्षिण कोरिया ने ट्रिप्स–प्लस बौद्धिक संपदा प्रावधानों का प्रस्ताव रखा है। इन प्रावधानों के ज़रिए सदस्य देशों में जेनेरिक दवाइयों के उत्पादन, पंजीकरण, परिवहन और निर्यात पर पाबंदी लग सकती है। आज भी दवाई तक पहुंच पर ट्रिप्स–प्लस प्रावधानों का प्रभाव साफ़ देखा जा सकता है। जॉर्डन में डेटा एक्सक्लूसिविटी पर किए गए अध्ययन (जो अमेरिका–जॉर्डन मुक्त व्यापार समझौते का एक हिस्सा था) में पाया गया है कि यहां 2001 से जिन 103 पेटेंट मुक्त दवाइयों का पंजीकरण और बिक्री की जा रही है उनमें से 79% दवाइयों का जेनेरिक प्रतिस्पर्द्धा नहीं है।[26]

आरसीईपी वार्ताओं में जेनेरिक दवाइयों के तीन महत्वपूर्ण उत्पादक और प्रदायक शामिल हैं : चीन, भारत और थाईलैंड।

कुछ हद तक विकासशील देश, खासतौर से भारत[27] और आसियान[28] के सदस्य देश ट्रिप्स–प्लस के प्रावधानों के खिलाफ़ आवाज़ उठाने की कोशिश कर रहे हैं। मगर जैसे–जैसे अंतिम समझौते पर मंज़ूरी का दबाव बढ़ता जा रहा है, यह कहना मुश्किल है कि आरसीईपी वार्ताओं में शामिल विकासशील देश विकसित देशों के दबावों का मुकाबला किस हद तक कर पाएंगे।

डब्ल्यूटीओ और एफ़टीए के ज़माने में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच का सवाल। जहां एक तरफ़ व्यापार समझौते बौद्धिक संपदा कानूनों को संकुचित करते जा रहे हैं, वहीं दूसरी तरफ़ स्वास्थ्य संबंधी अंतर्राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं को कमज़ोर करने के लिए भी कोशिशें की जाने लगी हैं। एसडीजी लक्ष्यों में दिया गया लक्ष्य 3ख अपने आप में एक महत्वपूर्ण मगर सीमित लक्ष्य है। यह विडंबना की बात है कि 2001 में दोहा घोषणापत्र पर दस्तखत करने वाले व्यापार मंत्रियों और प्रतिनिधियों ने सबको दवाइयों तक पहुंच प्रदान करने के लिए एक ज़्यादा व्यापक प्रतिबद्धता को मंज़ूरी दी जबकि सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) में विकसित देशों की गुंडागर्दी की बदौलत यह प्रतिबद्धता केवल अनिवार्य दवाइयों तक सीमित कर दी गई है।

सरकारों को चाहिए कि वे एसडीजी के लक्ष्य 3 को स्वास्थ्य अधिकार की ओर बढ़ने के लिए एक आधारशिला के तौर पर देखें। हमें याद रखना होगा कि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों में केवल बच्चों की मृत्यु दर, मातृ स्वास्थ्य, एचआईवी, टीबी और मलेरिया पर ज़ोर दिया गया था। इस लिहाज़ से एसडीजी का लक्ष्य 3 स्वास्थ्य के क्षेत्र में अगले दौर के अंतर्राष्ट्रीय लक्ष्य का प्रतिनिधित्व करता है। मगर स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकारों की राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय प्रतिबद्धताओं को सर्वोच्च स्वास्थ्य मानकों के अधिकार की रोशनी में ही परिभाषित किया जाना चाहिए।

मगर व्यापार समझौतों और निवेश वार्ताओं की लगातार बढ़ती संख्या के बावजूद सतत विकास लक्ष्यों में इनका कोई खास ज़िक्र नहीं किया गया है। दरअसल एसडीजी का लक्ष्य 17 व्यापार से ही संबंधित है और इसे इन लक्ष्यों को क्रियान्वित करने के एक साधन के रूप में शामिल किया गया है। एसडीजी पर मंज़ूरी से मात्र कुछ महीने पहले संयुक्त राष्ट्र के दस विशेषज्ञों और लोकपालों ने संयुक्त बयान में कहा था कि इस पद्धति में गंभीर खामियां हैं। उन्होंने कहा था कि "यह चिंता बिलकुल जायज़ है कि द्विपक्षीय और बहुपक्षीय निवेश संधियां भीषण गरीबी की समस्या को और गंभीर बना सकती हैं, विदेशी कर्ज़ों के बारे में होने वाली निष्पक्ष वार्ताओं को खतरे में डाल सकती हैं और देशी समुदायों, अल्पसंख्यकों, विकलांगों, वृद्धों और नाज़ुक हालात में फंसे दूसरे लोगों के अधिकारों को खतरे में डाल सकती हैं।"[29] एसडीजी पर मंज़ूरी के दो महीने के भीतर संयुक्त राष्ट्र महासचिव ने स्वास्थ्य एवं विकास की परस्पर निर्भरता को रेखांकित करते हुए हाई लेवल पैनल ऑन एक्सेस टु मेडिसिन्स (दवाइयों तक पहुंच हेतु उच्चस्तरीय पैनल) का गठन किया था। इस पैनल की सितंबर 2016 की रिपोर्ट में भी मुक्त व्यापार समझौतों पर गंभीर चिंताएं व्यक्त की गई है और सिफ़ारिश दी गई थी कि : द्विपक्षीय एवं क्षेत्रीय व्यापार एवं निवेश संधियों में शामिल सरकारों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि इन संधियों में ऐसे प्रावधान न हों जो स्वास्थ्य अधिकार की पूर्ति के उनके दायित्व की अवहेलना करते हों।"[30]

स्वास्थ्य के अधिकार और व्यापारिक संधियों के बीच एक तनाव अरसे से डब्ल्यूटीओ की स्थापना के समय से ही शुरू हो गया था। हलांकि एफ़टीए स्वास्थ्य तकनीकों तक पहुंच और एसडीजी के लक्ष्य 3 की पूर्ति के लिए एक ज़्यादा बड़ा खतरा हैं मगर हमें याद रखना चाहिए कि विकासशील देश अभी भी दवाइयों तक पहुंच के मामले में ट्रिप्स समझौते से पैदा हुई कठिनाइयों से उबभर नहीं पाए हैं। तथाकथित मध्य आय देश बहुराष्ट्रीय कंपनियों द्वारा अपनाए जाने वाले स्वैच्छिक लाइसेंसिंग प्रणाली से बाहर कर दिए गए हैं ताकि ये सरकारें ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटीज़ का इस्तेमाल ही न कर सकें। एफ़टीए के

प्रावधानों और विकसित देशों के व्यापारिक दबावों से जूझती ये सरकारें पेटेंट धारकों के साथ मूल्य वार्ताओं में उलझी हुई हैं क्योंकि ये कंपनियां बहुत भारी–भरकम कीमत पर अपनी दवाइयां बेचना चाहती हैं। इतना ही नहीं, वे सीमित मात्रा में दवाइयां उपलब्ध कराती हैं जिससे सरकार को उपचार पर राशन की व्यवस्था करनी पड़ती है। जैसा कि हाई लेवल पैनल ऑन एक्सेस टू मेडिसिन्स ने पाया है, इस तरह की मूल्य वार्ताओं के स्थान पर सरकार असल में "ट्रिप्स फ़्लेक्सिबिलिटीज़ का प्रयोग करते हुए अपने नागरिकों के अधिकारों की रक्षा" के लिए प्रतिबद्ध हैं।[31] आरसीईपी जैसी मौजूदा एफ़टीए वार्ताओं के मामले में सार्वजनिक चर्चा बहुत ज़रूरी है और लिहाज़ा सरकारों को चाहिए कि वे वार्ताओं का पूरा ब्यौरा जनता के सामने पेश करें। इसके अलावा, जैसा कि हाई लेवल पैनल ने कहा है, "इस तरह के समझौतों को अंतिम रूप देने से पहले उनके प्रभावों का ठोस आकलन न करना असल में स्वास्थ्य के अधिकार की रक्षा के सरकारी दायित्व की अवहेलना है।"[32] ट्रिप्स–प्लस प्रावधानों को इस तरह के व्यापार समझौतों में सख्ती से खारिज किया जाना चहिए।

ऐसे माहौल में समुदाय आधारित समूहों और लोक स्वास्थ्य संगठनों का सक्रियता, पैरवी और कानूनी हस्तक्षेप जनता के स्वास्थ्य की रक्षा करने और दवाइयों तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए बहुत महत्वपूर्ण रहे हैं। एफ़टीए वार्ताओं के इर्द–गिर्द एक वैश्विक आंदोलन खड़ा हुआ है जिसे हाल के समय में कुछ सफलताएं भी हासिल हुई हैं। भारत में स्थानीय संगठनों द्वारा चलाए गए अभियान के फलस्वरूप सरकार को यूरोपीय संघ और भारत मुक्त व्यापार समझौते[33] और आरसीईपी में ट्रिप्स–प्लस मांगों के खिलाफ़ सार्वजनिक रूप से अपना वक्तव्य देना पड़ा। यूरोपीय संसद ने भी एंटी–काउंटरफ़ीटिंग ट्रेड एग्रीमेंट

आरसीईपी वार्ताओं में ट्रिप्स–प्लस प्रावधानों की एक झलक[27]

आरसीईपी के बौद्धिक संपदा और निवेश से संबंधित जो अध्याय लीक हो गए हैं, उनसे पता चलता है कि ट्रिप्स–प्लस प्रावधान अभी भी इन वार्ताओं का हिस्सा हैं। इन प्रावधानों से लोगों के स्वास्थ्य और दवाइयों तक उनकी पहुंच पर बहुत गहरा असर पड़ सकता है। इन प्रावधानों में से कुछ ये हैं :

- डेटा एक्सक्लुसिविटी का मतलब है कि अब सरकार किसी दवाई के जेनेरिक संस्करण के पंजीकरण के लिए क्लिनिकल ट्रायल के डेटा पर निर्भर नहीं होगी भले ही संबंधित दवाई पेटेंट से मुक्त हो या उसके पेटेंट की मियाद पूरी हो चुकी हो या पेटेंट रद्द किया जा चुका हो। इस प्रकार, यह प्रावधान अनिवार्य लाइसेंस जारी करने की प्रक्रिया को पेचीदा बना देता है।
- पेटेंट की अवधि विस्तार का मतलब है कि पेटेंट की मियाद 20 साल के बाद भी बढ़ाई जा सकती है जिससे जेनेरिक उत्पादकों को बाज़ार में जगह नहीं मिलेगी।
- पेटेंट कसौटी कमज़ोर की जाए : अगर ऐसा होता है तो पेटेंट कार्यालय को यह जांचने के लिए बहुत सारी नई चीज़ों और समय अवधि पर भी गौर करना पड़ेगा कि संबंधित दवाई नई है या नहीं।
- ऐक्सीलेरेटेड पेटेंट एग्ज़ामिनेशन की वजह से विकासशील देशों के पेटेंट दफ़्तरों पर और ज़्यादा दबाव पड़ जाएगा क्योंकि इन दफ़्तरों में ऐसे औषध पेटेंट आवेदनों पर फटाफट फैसले लेने के लिए ज़रूरी विशेषज्ञ और आर्थिक संसाधन नहीं हैं जिनकी विस्तार से और तेज़ी से जांच करना ज़रूरी होता है।
- तकनीकी सहायता उपाय जिनके माध्यम से पेटेंट एग्ज़ामिनर ट्रेनिंग तथा पेटेंट एग्ज़ामिनेशन रिपोर्ट पर निर्भरता बढ़ती जाती है और विकासशील देशों के कार्यालयों में विकसित देशों के कमज़ोर पेटेंट मानकों को अप्रत्यक्ष रूप से लागू कर दिया जाता है;
- कमज़ोर पेटेंट अपवादों की वजह से इस पर पाबंदी भी लगाई जा सकती है कि एशिया–प्रशांत क्षेत्र के विकासशील देश शोध एवं प्रयोगों के लिए पेटेंट अधिकारों से अपवाद की व्यवस्था कैसे करते हैं;
- सीमा प्रावधानों की वजह से ये हो सकता है कि दूसरे विकासशील देशों में दवाइयों का पेटेंट न हो पाए और वहां के कस्टम अधिकारी आयात या निर्यात की जा रही जेनेरिक दवाइयों को ज़ब्त कर लें।
- पाबंदियों और क्षतिपूर्ति की व्यवस्था के कारण न्यायपालिका को भी रोगियों के स्वास्थ्य अधिकारों को प्राथमिकता देते हुए पेटेंट की शर्तों में संशोधन की स्वतंत्रता नहीं देती;
- अन्य बौद्धिक संपदा क्रियान्वयन उपायों से उपचार प्रदाता जैसे अन्य पक्षों पर मुकदमों की आशंका बढ़ जाती है और इसकी वजह से जेनेरिक दवाइयों के निर्माण, वितरण और आपूर्ति की पूरी श्रृंखला मुकदमेबाज़ी की शिकार हो जाती है;
- डब्ल्यूटीओ–प्लस टीआरआईपीएस विवाद निपटारा व्यवस्था जिसमें आरसीईपी वार्ताओं में टीआरआईपीएस अनुपालन भी शामिल है; आरसीईपी देश डब्ल्यूटीओ के बाहर टीआरआईपीएस के कथित उल्लंघन का आरोप लगाते हुए एक–दूसरे के खिलाफ़ मुकदमा भी दायर कर सकते हैं;
- निवेशक सुरक्षा नियमावली की वजह से अनिवार्य लाइसेंस, पेटेंट निरस्तीकरण या अस्वीकृति, पेटेंट कानूनों में स्वास्थ्य प्रावधानों के समावेश, मूल्यों में कमी, मोलभाव और खर्च अदायगी (रीइम्बर्समेंट) प्रावधान जैसी घरेलू स्वास्थ्य नीतियों पर निजी कंपनियां राष्ट्रीय सरकारों के खिलाफ़ मुकदमा दायर कर सकती हैं और सरकारों को स्थानीय स्तर पर उन दवाइयों के उत्पादन को प्रोत्साहन देने से रोक सकती हैं।

स्रोत : शीबा फ़ुराईलातपम एवं काजल भारद्वाज, "आरसीईपी एवं स्वास्थ्य : दिस काइंड ऑफ़ 'प्रोग्रेस' इज़ नॉट व्हाट इंडिया ऐण्ड दी वर्ल्ड नीड", दि वायर, 27 फ़रवरी 2017, https://thewire.in/112260/rcepthiskind-of-progress-is-not-what-india-and-the-world-need/

(एसीटीए – जालसाजी विरोधी व्यापार समझौता) को खारिज कर दिया है क्योंकि जनहित पर उसके प्रभाव बहुत गहरे हो सकते हैं।[34] साथ ही, यूरोपीय संसद ने ट्रांसपेसिफ़िक पार्टनरशिप एग्रीमेंट (टीपीपीए – अंतर्प्रशांत साझेदारी) को भी फिलहाल ठंडे बस्ते में डाल दिया है जोकि दुनिया भर के प्रगतिशील संगठनों के लिए एक उल्लेखनीय सफलता है।[35] लोक स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम कर रहे कार्यकर्ता और संगठन अपने सीमित साधनों के बावजूद आरसीईपी वार्ताओं के हर चक्र में शामिल होने की कोशिश करते हैं ताकि व्यापार वार्ताकारों को सीधे अपनी चिंताओं से अवगत करा सकें और यह सुनिश्चित करें कि ट्रिप्स–प्लस प्रावधान इन समझौतों में शामिल न किए जाएं।[36]

एचआईवी ग्रस्त लोगों के नेटवर्क, जो लंबे समय से पेटेंट और मुक्त व्यापार समझौतों के खिलाफ़ अगली कतार में रहे हैं, उनके साथ अब स्वास्थ्य के क्षेत्र में सक्रिय और भी बहुत सारे नेटवर्क व संगठन जुड़ते जा रहे हैं। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर काम करने वाले समूहों को फौरन इस संघर्ष में शामिल होना चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच व स्वास्थ्य का अधिकार व्यापार समझौतों की वजह से कमज़ोर न पड़ जाए।

नोट और संदर्भ

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. पेटेंट एक तरह की बौद्धिक संपदा होती है। पेटेंटधारक दूसरों को उन उत्पादों या प्रक्रियाओं के उत्पादन, प्रयोग, बिक्री, आयात या विनिमय से रोक सकता है जिनका उसके पास पेटेंट है।
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-possiblewithout-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-supremecourt-of-appeal-to-consider-public-health-in-patent-disputeover-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-andprofit/bf7bd742-b153-46ee-a50a-666b2c4c30d6/?utm_term=.213b920396a3.
12. अनिवार्य लाइसेंट ट्रिप्स का एक प्रमुख लचीला प्रावधान है जिसके माध्यम से सरकारें जेनेरिक दवाइयां बनाने वाली कंपनियों को ऐसी दवाइयों की आपूर्ति की अनुमति दे सकती हैं जो उनके देश में उपलब्ध नहीं हैं या उन दवाइयों पर जारी किए गए पेटेंट के कारण बहुत मंहगी हैं।
13. "एवरग्रीनिंग" असल में बहुराष्ट्रीय कंपनियों द्वारा दवाइयों में मामूली बदलाव करके उन पर मिले पेटेंट को आगे बढ़ाने का बहुराष्ट्रीय कंपनियों (एमएनसी) का एक आम हथकंडा है।
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. 12–398, 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/colorbreast-cancer-gene-testing-brca-myriad.
21. HER2 एक ऐसा प्रोटीन होता है जो स्तन कैंसर की कोशिकाओं को बढ़ने में मदद देता है।
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/globalday-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/coalitionwelcomes-landmark-competition-commission-probe-into-pricesof-cancer-medicines/.
25. "Global Dialogue Live from Johannesburg," 16-17 March 2016, UN Secretary General's High-Level Panel onAccess 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—RCEP Negotiations," http://keionline.org/sites/default/files/06-RCEPTNC6-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/57d9c6ebf5e23

1b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf.

31. उपरोक्त

32. उपरोक्त

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-victorytrans-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-inhyderabad-against-impact-of-rcep-on-women/article9786732.ece.

महिलाओं का आर्थिक सशक्तीकरण और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार :

एक टूटी कड़ी

बैशाली चटर्जी

इंटरनैशनल मैनेजर, यंग अर्बन वीमेन – लाइफ़ चॉइसेज़ ऐण्ड लाइवलीहुड, एक्शनएड इंटरनैशनल

ईमेलः Baishali.Chatterjee@actionaid.org

भूमिका इस बारे में अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर लंबे समय से एक सहमति रही है कि महिलाओं का आर्थिक सशक्तीकरण जेंडर समानता का लक्ष्य हासिल करने के लिए एक निर्णायक ज़रूरत है। यह बात 1995 के बीजिंग प्लेटफ़ार्म फ़ॉर ऐक्शन[1] और बीस साल बाद, हाल ही में आए सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के खाके में भी साफ़ देखी जा सकती है। मगर, इस दिशा में प्रगति बेहद असमान रही है। अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ)[2] के ताज़ा आकड़ों को देखने पर पता चलता है कि वैश्विक श्रम बाज़ार में आज भी अच्छी–खासी लैंगिक असमानता[3] बनी हुई है। मसलन, महिलाओं की श्रम शक्ति सहभागिता में गिरावट आई है।[4] बेरोज़गारी की मार लड़कियों व महिलाओं को ज़्यादा झेलनी पड़ रही है। उनके पास सामाजिक सुरक्षा कम है।[5] घरेलू सेवा–टहल के अवैतनिक काम ज़्यादातर औरतों को ही करने पड़ रहे हैं।[6]

एक गायब कड़ी? इन्हीं चिंताओं को दूर करने के लिए संयुक्त राष्ट्र महासचिव ने 2015 में एक उच्च स्तरीय महिला आर्थिक सशक्तीकरण पैनल[7] का गठन किया था जिसने परिवर्तन के लिए सात मुख्य चीज़ें गिनाई हैं।[8] इसके अलावा, अंतर्राष्ट्रीय मुद्राकोष (आईएमएफ़)[9] और वैश्विक कंसल्टेंसी फ़ॉर्म मैकेंज़ी[10] जैसे दूसरे प्रमुख संस्थाओं की वैश्विक रिपोर्ट्स में भी महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण और वैश्विक आर्थिक उन्नति के अंतर्संबंधों पर प्रकाश डाला गया है। मगर, महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण को एक उपकरणवादी ढंग से देखने के अलावा दुनिया भर में महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर ज़्यादा ध्यान नहीं दिया गया है। लिहाज़ा यह बात उपेक्षित रह गई है कि इन महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वस्थ्य की उपेक्षा से महिलाओं की आर्थिक सुरक्षा पर क्या असर पड़ता है और इस असुरक्षा से उनके यौन स्वास्थ्य और अधिकारों पर क्या असर पड़ते हैं।

अपने शरीर पर अपना नियंत्रण, किसके साथ और कब यौन संबंध रखने की आज़ादी, बच्चे पैदा करने हैं या नहीं और करने हैं तो कितने पैदा करने हैं, यह तय करने की आज़ादी से आर्थिक गतिविधियों में महिलाओं की सहभागिता पर बहुत गहरा असर पड़ता है। विभिन्न अध्ययनों से पता चलता है कि दुनिया भर में 25–39 की महिलाओं की श्रम शक्ति सहभागिता हर बच्चे के जन्म के साथ 10.15ः तक कम हो जाती है।[11] विकासशील देशों में आज भी प्रजननशील आयु की महिलाओं में मौत और विकलांगता के लिए गर्भावस्था और प्रसव बड़े कारण दिखाई पड़ रहे हैं।[12] दुनिया की गरीब और हाशियाई महिलाओं, जो ज़्यादातर अनौपचारिक अर्थव्यवस्था में काम करती हैं, उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों की अनदेखी के कारण वे गरीबी के और स्थाई चक्र में फंस जाती हैं। वर्ष 2030 तक हम सतत विकास लक्ष्यों को हासिल कर सकें, इसके लिए ज़रूरी है कि हम लक्ष्य 1 (गरीबी का खात्मा), लक्ष्य 3 (अच्छा स्वास्थ्य और कुशलक्षेम), लक्ष्य 5 (जेंडर समानता), लक्ष्य 8 (सम्मानजनक श्रम एवं आर्थिक उन्नति), तथा लक्ष्य 10 (गैरबराबरी पर अंकुश) के जटिल संबंधों और उनके बहुआयामी स्वरूप को ध्यान में रखें।

इससे पहले कि हम इन लक्ष्यों के अंतर्संबंधों पर और बात करें, हमें इस बात को ज़हन में रखना चाहिए कि अलग–अलग आयु वर्गों की महिलाओं के लिए सम्मानजनक रोज़गार हासिल करने और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य का अधिकार हासिल करने के संघर्ष से अलग–अलग असर पड़ते हैं। कम उम्र की महिलाओं व लड़कियों के लिए कठिनाई ज़्यादा गंभीर होती है क्योंकि वे अपनी उम्र और जेंडर,

दोनों की वजह से कमज़ोर स्थिति में आ जाती हैं। जब वे श्रमिक वर्ग प्रहेपस में प्रवेश करती हैं, एसआरएच सेवाओं का प्रयोग शुरू करती हैं और किशोरावस्था से वयस्क अवस्था की ओर बढ़ती हैं तो उन्हें अन्य महिलाओं से ज़्यादा कठिनाइयों का समाना करना पड़ता है।

आर्थिक न्याय और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य न्याय को एक-दूसरे से जोड़कर देखने की ज़रूरत। "यंग अर्बन वीमेन : लाइफ़ चॉइसेज़ ऐण्ड लाइवलीहुड (वाईयूडब्ल्यूपी)" कार्यक्रम की शुरुआत जुलाई 2013 में ऐक्शनएड ने की थी ताकि मानवाधिकारों की रूपरेखा के तहत लड़कियों व युवतियों को अपने शरीर पर नियंत्रण और आर्थिक सुरक्षा प्रदान की जा सके। यह कार्यक्रम घाना, भारत और दक्षिण अफ़्रीका में लागू किया जा रहा है। इस कार्यक्रम में 15 से 25 साल की शहरी युवतियों की खास कठिनाइयों पर ध्यान दिया जाता है। यह कार्यक्रम उन्हें सम्मानजनक रोज़गार के अवसर हासिल करने, देखभाल की अवैतनिक ज़िम्मेदारियों में संतुलन बिठाने, एसआरएच सेवाएं हासिल करने और अपने भविष्य के बारे में खुद फैसले लेने में मदद देता है। 2012 से 2017 के बीच यह समझने के लिए कई गुणात्मक अध्ययन[13] किए गए कि उनकी ज़िंदगी के ये अलग–अलग आयाम किस तरह आपस में गुंथे होते हैं। इन अध्ययनों से हमारी इस मान्यता को बहुत ठोस बल मिला है कि महिलओं का आर्थिक सशक्तीकरण और उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार आपस में बहुत गहरे तौर पर जुड़े हैं। प्रस्तुत पर्चे में इन्हीं निष्कर्षों को दोहराते हुए इस कड़ी पर एक बार फिर प्रकाश डालने की कोशिश की जा रही है।

युवतियां, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार तथा अनौपचारिक अर्थव्यवस्था। तमाम शहरों में[14] जहां यह कार्यक्रम लागू किया जा रहा है, वहां शहरी युवतियां पिरामिड के सबसे निचले छोर पर हैं। या तो वे अवैतनिक पारिवारिक श्रम तक सीमित हैं या वे घरखाता मज़दूर हैं या अनौपचारिक क्षेत्र में दिहाड़ी मज़दूरी कर रही हैं। यह प्रवृत्ति लगातार बढ़ती दिखाई दे रही है। वैश्विक मूल्य श्रृंखला[15] सहित विभिन्न प्रकार से उत्पादन की आउटसोर्सिंग का नतीजा यह हुआ है कि घरखाता कामों (होम बेस्ड वर्क) की मात्रा तेजी से बढ़ रही है और इन कामों में प्रायः लड़कियां और युवतियां ही ज़्यादा काम कर रही हैं। जाहिर है कि ये युवतियां सामान्य मज़दूरों की कतार में दिखाई नहीं देतीं। अनौपचारिक क्षेत्र के श्रम की कुछ खासियतें होती हैं (जैसे, काम का माहौल असुरक्षित होता है, उचित कायदे–कानून नहीं होते और न ही मौजूदा श्रम कानूनों को लागू किया जाता है)। इसकी वजह से इन युवतियों के लिए और ज़्यादा मुश्किल हालात पैदा हो जाते हैं। फलस्वरूप, उनकी आर्थिक सुरक्षा और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार, दोनों पर सीधा असर पड़ता है।

असुरक्षित कार्य परिस्थितियों से इन युवतियों के प्रजनन स्वास्थ्य पर सीधा असर डलता है। उन्हें या तो बच्चा पैदा होने के बाद उसकी देखभाल के लिए मज़दूरी/नौकरी छोड़ देनी पड़ती है या जचगी के पहले अथवा जचगी के दौरान छुट्टी लेने की वजह से नौकरी से हटा दिया जाता है। दूसरी तरफ़, इन लड़कियों व महिलाओं को बच्चा पैदा करने के बाद वैसे भी घर की तंगी के चलते जल्दी से जल्दी काम पर लौटना पड़ता है। इससे न केवल उनकी सेहत को बल्कि उनके शिशु की सेहत को भी गहरा नुकसान पहुंचता है। अनौपचारिक क्षेत्र में प्रसूति लाभ यानी जचगी के दौरान मिलने वाले कोई फायदे इन महिलाओं का नहीं मिलते। ऊपर से छुट्टी लेने के कारण उनकी मज़दूरी भी मारी जाती है। जिन देशों में यह परियोजना लागू की जा रही है वहां हर जगह यही स्थिति दिखाई पड़ती है। यहां तक कि हाल ही में भारत सरकार द्वारा लागू किया गया प्रसूति लाभ कानून भी मज़दूरी के इस नुकसान की भरपाई करने में नाकामयाब साबित हुआ है।[16]

आर्थिक असुरक्षा और नाजुक कार्य परिस्थितियों के कारण महिलाओं को तरह–तरह की शारीरिक व्याधियों का भी सामना करना पड़ता है। बदन दर्द, सिर दर्द, पेट दर्द, नज़र कमज़ोर होना और प्रजनन अंगों में संक्रमण आदि समस्याएं रह–रह कर उन्हें परेशान करती हैं। यह स्थिति हैदराबाद की घरखाता मज़दूर लड़कियों व युवतियों, खासतौर से चूड़ी बनाने वाली घरखाता कामगारों में सबसे ज़्यादा दिखाई दी क्योंकि अपने काम की वजह से वे शीशे और दूसरे खतरनाक रसायनों की लगातर चपेट में रहती हैं। हैदराबाद में ये महिलाएं व लड़कियां छोटे–छोटे कारखानों[17] में काम करती हैं जहां उनके पास न तो साफ़–सुथरे शौचालय होते हैं और ना ही पीने का पानी होता है। इसकी वजह से उनके प्रजनन अंगों और मूत्र मार्ग में कई तरह के संक्रमण फैल जाते हैं। फिर भी, ये सारे मुद्दे महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण पर केंद्रित किसी भी तरह के नीतिगत एजेंडा का हिस्सा नहीं हैं।

जहां ये युवतियां काम करती हैं और अपने कार्यस्थलों पर उन्हें संबंधित सुरक्षा प्रावधानों की जिस कमी से जूझना पड़ता है उससे भी उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर सीधा असर पड़ता है। इन युवतियों व लड़कियों के शरीर को बहुधा एक ऐसे साधन के रूप में भी देखा जाता है जिसका उनके पुरुष सहकर्मी और बॉस अपने सुख के लिए मज़ा ले सकते हैं। उदाहरण के लिए, हमारे अध्ययन में कार्यस्थल पर यौन उत्पीड़न की समस्या बड़े पैमाने पर दिखाई दी। इन कार्यस्थलों पर इस समस्या से निपटने के लिए कोई प्रभावी व्यवस्था भी नहीं थी। भारत में कानून भी अनौपचारिक क्षेत्र की महिलाओं को इस तरह के अपराधों से सुरक्षा प्रदान करने में विफल रहे हैं। हैदराबाद की

घरखाता मज़दूर लड़कियों व युवतियों को बिचौलियों की वजह से यौन उत्पीड़न का सामना करना पड़ता है जबकि कारखानों में शौच आदि के लिए इस्तेमाल होने वाले अंधेरे कोनों में उनके साथ ज़ोर–ज़बर्दस्ती होती है। दक्षिण अफ़्रीका की युवतियों को अपने बॉसों की यौन हरकतों का अनुकूल जवाब न देने पर नौकरी से निकाल दिया जाता है। ऐक्शनएड के शोध में पाया गया है कि इन देशों में स्वरोज़गार में लगी महिलाएं ज़्यादा असुरक्षित कार्यपरिस्थितियों में काम करती हैं। उनके साथ अंतरंग जोड़ीदार द्वारा हिंसा (इंटीमेट पार्टनर वायलेंस – आईपीवी) की समस्या भी आमतौर पर ज़्यादा दिखायी देती है।

दूसरी तरफ़, जब इन महिलाओं की स्वतंत्र आय हासिल करने की क्षमता बढ़ने लगती है तो उनकी गर्भनिरोधक खरीदने और स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ उठाने की क्षमता भी बढ़ जाती है। बेहतर आर्थिक स्थिति से उन्हें अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में स्वतंत्र रूप से या उचित सलाह के आधार पर फैसले लेने की ताकत मिलती है और वे हिंसा का ज़्यादा आसानी से मुकाबला कर सकती हैं। विवाहित युवतियों के मामले में आर्थिक सुरक्षा का सवाल सत्ता संतुलन को महिलाओं के पक्ष में मोड़ देता है। लड़कियां व युवतियां भी आर्थिक स्वतंत्रता और यौन स्वायत्तता के अंतर्संबंधों को तो भली–भांति समझती हैं मगर वे अपने शरीर पर अपने जोड़ीदारों के नियंत्रण को चुनौती देने की स्थिति में नहीं होतीं।[18]

जब इन महिलाओं की स्वतंत्र आय हासिल करने की क्षमता बढ़ने लगती है तो उनकी गर्भनिरोधक खरीदने और स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ उठाने की क्षमता भी बढ़ जाती है। बेहतर आर्थिक स्थिति से उन्हें अपने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के बारे में स्वतंत्र रूप से या उचित सलाह के आधार पर फैसले लेने की ताकत मिलती है और वे हिंसा का ज़्यादा आसानी से मुकाबला कर सकती हैं।

vkfFkd l'kDrhdj.k] vkSrfud Je vkj ;kSu ,o ituu LokLF; o vfèkdkjk d lacèkA श्रम का लैंगिक विभाजन एक मुख्य वजह है जिसके चलते युवतियां और लड़कियां रोज़गारों की श्रृंखला में सबसे निचले पायदान पर दिखाई पड़ती हैं। कमा कर लाने के दबाव और घर की अवैतनिक ज़िम्मेदारियों का बोझ उनकी ज़िंदगी में बहुत ज़्यादा होता है। हमने महिलाओं की सेवा–टहल की ज़िम्मेदारियों और उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के बीच एक सीधा संबंध पाया है। अगर इन महिलाओं व लड़कियों के पास यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार के बारे में आवश्यक ज्ञान व जानकारियां नहीं हैं और उनके पास एसआरएच सेवाओं तक पहुंच बहुत कम है या बिल्कुल पहुंच नहीं है[19] तो वे बार–बार गर्भवती होने लगती हैं। इसकी वजह से उनकी पढ़ाई छूट जाती है जिससे उनकी आर्थिक सुरक्षा की संभावनाओं को चोट पहुंचती है और उनके ऊपर घर की देखभाल की ज़िम्मेदारियां बढ़ जाती हैं। दक्षिण अफ़्रीका में बहुत सारी युवतियां और लड़कियां बहुत कम उम्र में मां बनने के कारण पढ़ाई छोड़ देती हैं।[20] इसी तरह, दक्षिण अफ़्रीका में युवा बेरोज़गारों की संख्या भी बहुत ज़्यादा है। इनमें भी लड़कियों व युवतियों का हिस्सा सबसे अधिक है।[21] न ही यहां बच्चों की देखभाल के लिए सरकार की तरफ़ से ऐसा कोई कार्यक्रम चलाया जा रहा है जो सबकी पहुंच के भीतर और किफ़ायती हो।

इसके बावजूद कम उम्र में गर्भावस्था की ऊंची दर, देखभाल की ज़िम्मेदारियों और युवाओं के लिए रोज़गार, इन सारे आयामों के अंतर्संबंधों पर नीतिगत स्तर पर विरले ही कभी बात की जाती है। न ही जेंडर अनुकूल सार्वजनिक सेवाओं की उपलब्धता को नीतिगत प्राथमिकता दी जाती है। यहां तक कि भारत में भी लंबे समय से चली आ रही समेकित बाल विकास योजना (आईसीडीएस)[22] को भी बच्चों की देखभाल के लिए एक मुकम्मल और प्रभावी कार्यक्रम नहीं माना जा सकता क्योंकि इसके क्रियान्वयन में भी बहुत सारी खामियां पायी जा चुकी हैं।[23] अर्थव्यवस्था के स्तर पर भी नीतिगत प्राथमिकताएं बदलती जा रही हैं। अब सरकारी सेवाओं की उपलब्धता की बजाय सरकारी संसाधनों के निजीकरण पर ज़्यादा ज़ोर दिया जा रहा है। इससे सरकारी अनुदानों से चलने वाली एसआरएच सेवाओं और बच्चों की देखभाल के कार्यक्रमों पर काफ़ी असर पड़ा है। फलस्वरूप, महिलाओं, खासतौर से लड़कियों व युवतियों पर इस देखभाल का बोझ काफ़ी बढ़ गया है।[24]

अंतर्संबंधों को मानने के लिए आह्वान। डेटा हम सबके पास है। हम सबको मालूम है कि किस तरह महिलाओं की ज़िंदगी में न केवल कार्यस्थल पर बल्कि उनके घरों और समुदायों में भी लैंगिक भेदभाव कितने बड़े पैमाने पर दिखाई देता है। हम इतिहास के एक ऐसे दौर में हैं जब महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण पर विशेष रूप से ज़ोर दिया जा रहा है और हम इस फ़ोकस का पूरा फायदा उठा सकते हैं। सतत विकास लक्ष्यों में समावेशी संदेश साफ़ दिखाई देता है : "कोई पीछे न छूट जाए।" मगर, यदि हम सही मायनों में एक समावेशी रवैया अपनाना चाहते हैं और दुनिया भर की लड़कियों व युवतियों को अपने आर्थिक भविष्य पर नियंत्रण प्रदान करना चाहते हैं तो हमें अपनी सारी ऊर्जा और संसाधन सही मायनों में रूपांतरकारी पद्धतियों को समर्पित करने होंगे। तभी हम एसडीजी के लक्ष्य 1, 3, 5, 8 और 10 को सही मायनों में हासिल कर पाएंगे।

हमने महिलाओं की सेवा–टहल की ज़िम्मेदारियों और उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के बीच एक सीधा संबंध पाया है। अगर इन महिलाओं व लड़कियों के पास यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार के बारे में आवश्यक ज्ञान व जानकारियां नहीं हैं और उनके पास एसआरएच सेवाओं तक पहुंच बहुत कम है

या बिल्कुल पहुंच नहीं है[19] तो वे बार–बार गर्भवती होने लगती हैं। इसकी वजह से उनकी पढ़ाई छूट जाती है जिससे उनकी आर्थिक सुरक्षा की संभावनाओं को चोट पहुंचती है और उनके ऊपर घर की देखभाल की ज़िम्मेदारियां बढ़ जाती हैं।

महिलाओं का आर्थिक सशक्तीकरण एक जटिल विषय है और यह उनकी ज़िंदगी के बहुत सारे पहलुओं से गहरे तौर पर जुड़ा हुआ है। जब सरकारें महिलाओं के लिए रोज़गार नीतियां तैयार करती हैं तो हमें उनमें यह समझदारी दिखाई नहीं देती कि इनसे औपचारिक नौकरियों में महिलाओं की बढ़ती हिस्सेदारी से उनकी निर्णय लेने की क्षमता भी बढ़ सकती है। इससे खुद–ब–खुद उनके शरीर पर उनका नियंत्रण नहीं बढ़ता और न ही अवैतनिक सेवा–टहल का बोझ कम होता है। लिहाज़ा, बेहतर होगा कि महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण की चर्चा क्रेडिट और उद्यमिता जैसे परिचित समाधानों (जोकि महत्वपूर्ण हैं) से आगे बढ़कर ऐसे आर्थिक विकल्प मुहैया कराने की ओर जाए और महिलाओं के जीवन में अधिकारों की अवहेलना पर अंकुश लगाने की दिशा में केंद्रित होनी चाहिए।

अब समय आ गया है कि सरकारों की आर्थिक नीतिगत रूपरेखा के साझा सूत्र में इन सारे मुद्दों को भी पिरोया जाए। किसी भी नीति में इस बात पर ज़रूर ध्यान दिया जाना चाहिए कि इससे सबसे निर्धन महिलाओं के जीवन पर क्या असर पड़ने वाला है। श्रम अधिकार और लोक स्वास्थ्य, दोनों प्रकार के आंदोलनों के कार्यकर्ताओं को मिलकर मूलभूत सेवाओं के निजीकरण के विमर्श को चुनौती देनी चाहिए और महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को पुष्ट करने वाली जनसेवाओं की मांग और अवैतनिक सेवा–टहल की ज़िम्मेदारियों में कटौती और पुनर्वितरण के लिए मांग करनी चाहिए।

सरकार की ज़िम्मेदारी है कि वह कई महत्वपूर्ण कानूनों को फौरन लागू करे जो अभी तक लागू नहीं किए जा रहे हैं। उदाहरण के लिए, सरकार को कार्यस्थल पर यौन उत्पीड़न की रोकथाम के लिए बनाए गए कानूनों को सख्ती से लागू करना चाहिए। सरकार को महिलाओं के लिए रोज़गार ही नहीं बल्कि "सम्मानजनक रोज़गार" पर ज़ोर देना चाहिए। सरकार को अपनी आर्थिक रणनीति में सामाजिक मानकों पर ध्यान देना चाहिए, एसआरएच तथा सेवा–टहल की ज़िम्मेदारियों में हाथ बंटाने के लिए सार्वजनिक संसाधन मुहैया कराने चाहिए और यह सुनिश्चित करना चाहिए कि एक मज़बूत कानूनी व्यवस्था और बजट भी मौजूद हो।

नोट और संदर्भ

1. बीजिंग प्लेटफॉर्म फॉर ऐक्शन में भी "आर्थिक संरचनाओं व नीतियों, सभी प्रकार की उत्पादक गतिविधियों और संसाधनों तक पहुंच में मौजूद जेंडर असमानता को रेखांकित किया गया है।" 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/WCMS_457317/lang--en/index.htm.
3. वर्ष 2016 में आईएलओ ने अपनी वीमेन ऐट वर्क ट्रेण्ड्स 2016 रिपोर्ट के कार्यकारी सारांश में कहा था कि "1995 में आयोजित चौथे बीजिंग विश्व महिला सम्मेलन से अब तक महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण के मामले में केवल आंशिक सुधार ही आ सका है।"
4. महिला श्रम शक्ति सहभागिता 52.4 प्रतिशत से गिर कर 49.6 प्रतिशत रह गयी थी। इसी दौरान पुरुषों के मामले में यह आंकड़ा 79.9 प्रतिशत और 76.1 प्रतिशत था। मुख्य रूप से दक्षिण एशिया में यह फासला और तेज़ी से बढ़ा है।
5. उपसहारा अफ्रीका (63.2 प्रतिशत) और दक्षिण एशिया (74.2 प्रतिशत) में बहुत सारी महिला कामगारों के पास सामाजिक सुरक्षा की कोई सुविधा नहीं है और वे अनौपचारिक रोज़गारों में हैं।
6. यद्यपि महिलाएं अवैतनिक या गैर–उजरती श्रम और घरेलू कामों में पुरुषों के मुकाबले 2.5 गुना ज़्यादा समय देती हैं मगर दुनिया भर में महिलाओं को पुरुषों के मुकाबले औसतन 24 प्रतिशत कम मज़दूरी मिलती है।
7. "Economic Empowerment," https://www.empowerwomen.org/en/who-we-are/initiatives/sg-high-level-panel-on-womenseconomic-empowerment.
8. ये सात चालक शक्तियां हैं : अनुकूल वातावरण (जिसमें व्यापक आर्थिक नीतियां भी शामिल हैं), जेंडर आधारित कायदे–कानून और भेदभाव, कानूनी सुधार, सेवा सुश्रुषा में निवेश, व्यवसाय संस्कृति और व्यवहार में बदलाव, रोजगार एवं सरकारी खरीद में सार्वजनिक क्षेत्र का बेहतर प्रदर्शन।
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-globalgrowth.
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. उपरोक्त
13. ये शोध हैं :
    - क Prabha Kosla, Young Urban Women: Life Choicesa nd Livelihoods in Poor Urban Areas (Johannesburg: Action Aid, 2012), http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/young_women_-urban.pdf.
    - ख Young Urban Women: Exploring Inter-linkages-Bodily Integrity, Economic Security and Equitable Distribution of Unpaid Care Work (Johannesburg: ActionAid, 2015), http://www.actionaid.org/publications/young-urbanwomen-exploring-interlinkages-bodily-integrityeconomic-security-and-equita.
    - ग Rachel Noble, Double Jeopardy: Violence against Women and Economic Inequality (London: ActionAid, 2017), http://www.actionaid.org/publications/doublejeopardy-violence-against-women-and-economicinequality.
    - घ जेंडर संवेदी लोक सेवाओं तथा युवा महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण के साथ उसके संबंधों पर केंद्रित एक शोध अध्ययन एक्शनएड तथा इंस्टीट्यूट ऑफ डेवलमेंट स्टडीज द्वारा भी किया गया है। यह रिपोर्ट अभी भी मसविदे की शक्ल में है और इसे अंतिम रूप दिया जा रहा है।
14. यह कार्यक्रम तीन देशों के सात शहरों में लागू किया जा रहा है – घाना में अकरा एवं तमाले, दक्षिण अफ्रीका में केपटाउन और जोहानेसबर्ग, भारत में मुम्बई, चेन्नई और हैदराबाद।
15. अंकटाड विश्व निवेश रिपोर्ट 2013 में कहा गया है कि "वैश्विक मूल्य शृंखला, (ग्लोबल वैल्यू चेन – जीवीसी) आज की वैश्विक अर्थव्यवस्था की विशिष्टता बन गई हैं। इन मूल शृंखलाओं में माध्यमिक वस्तुओं एवं सेवाओं (जैसे कि परिधान) का व्यापार खंडित ढंग से चलता है और उत्पादन प्रक्रिया अंतराष्ट्रीय स्तर पर फैली होती है। बहुराष्ट्रीय कंपनियों के नियंत्रण में चलने

वाली वैश्विक मूल्य शृंखलाओं का हिस्सा वैश्विक व्यापार में 80 प्रतिशत के आसपास पहुंच चुका है। कई देशों में फैले उत्पादन साधनों के इस विस्तार से ठेकेदारी पर होने वाले घरखाता कामों में भारी इज़ाफा हुआ है। इस तरह के ज़्यादातर काम कानूनों के दायरे से बाहर चलते हैं।" देखें: UNCTAD, World Investment Report 2013—Global Value Chains: Investment and Trade for Development (Geneva: UNCTAD, 2013), http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2013_en.pdf.

16. गर्भवती महिलाओं और दूध पिलाने वाली माताओं को क्रमशः 6,000 रुपये और 5,000 रुपये मिलेंगे। यह पैसा उन्हें तीन किस्तों में मिलेगा बशर्ते वे कुछ खास शर्तों का पालन करें, मसलन उन्हें अपने गर्भ और प्रसव का पंजीकरण कराना होगा, प्रसव–पूर्व चिकित्सा और पूरा टीकाकरण कराना होगा। यह योजना केवल पहले जीवित प्रसव के मामले में ही उपलब्ध है। देखें: 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-benefitprogramme/.

17. ये बहुत छोटे आकार के आवास होते हैं। जहां लगभग 100 वर्ग फुट की जगह में लगभग 25 महिलाएं काम कर रही होती हैं।

18 उदाहरण के लिए, भारत में वैवाहिक संबंधों में बलात्कार को अभी भी अपराध की श्रेणी में नहीं रखा गया है।

19 घाना डेमोग्राफ्रिक ऐण्ड हेल्थ सर्वे के आंकड़ों से पता चलता है कि वहां 15 से 19 साल की विवाहित महिलाओं में गर्भपात के साधनों के इस्तेमाल का चलन सबसे कम है। यहां लगभग 14 प्रतिशत लड़कियां 15–19 साल के बीच बच्चे पैदा करने लगती हैं। जो किशोरियां बच्चे पैदा करने लगी हैं उनका अनुपात उम्र के साथ तेज़ी से बढ़ता है। 15 साल में बच्चे को जन्म देने वाली लड़कियों की संख्या 1 प्रतिशत होती है जो 19 साल की उम्र तक 31 प्रतिशत पहुंच जाती है। देखें: 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.

20. द साउथ अफ्रीका डेमोग्राफिक ऐण्ड हेल्थ सर्वे 2016 की इंडीकेटर्स रिपोर्ट में बताया गया है कि दक्षिण अफ्रीका की 16 प्रतिशत महिलाएं 15 से 19 साल की उम्र के बीच बच्चे पैदा करने लगती हैं। देखें: South Africa Demographic and Health Survey, May 15, 2017, http://www.statssa.gov.za/?s=teenage+pregnancy.

21. 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/.

22 आंगनवाड़ी भारत सरकार का एक ग्रामीण जच्चा–बच्चा स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम है। यह कार्यक्रम भारत सरकार द्वारा 1975 में शुरू किया गया था। यह कार्यक्रम बाल विकास सेवा कार्यक्रम (आईसीडीसी) का हिस्सा था। इसका मकसद बच्चों में भुखमरी और कुपोषण को रोकना था।

23 भारतीय कार्यकर्ताओं का कहना है कि "पुनर्गठित समेकित बात विकास सेवा कार्यक्रम के तहत 12वीं पंचवर्षीय योजना के दौरान 70,000 आंगनवाड़ियां एवं बालवाड़ियां स्वीकृत की गई थीं। पिछले तीन साल के दौरान शुरू किए गए ऐसे केंद्रों की संख्या 500 से ज़्यादा नहीं है।" देखें: "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/.

24. 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.

वायुमंडलीय परिवर्तन कार्यक्रमों और नीति निर्धारण में एसआरएचआर को प्राथमिकता क्यों दी जाए?

हुएई मियान लिम
सीनियर प्रोग्राम ऑफ़िसर, ऐरो
ईमेल: hweimian@arrow.org.my

जैसा कि 2030 एजेंडा फॉर सेस्टेनेबल डवलपमेंट[1] (सतत विकास का एजेंडा 2030) के लक्ष्य 3 में उल्लेख किया गया है, यौन एवं प्रजनन अधिकारों (एचआरएचआर) तक सार्वभौमिक पहुंच मुहैया कराने के प्रसंग में हम महिलाओं के स्वास्थ्य और यौन व प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर वायुमंडलीय परिवर्तन के प्रभावों को नज़रअंदाज़ नहीं कर सकते।[2] महिलाएं वायुमंडलीय परिवर्तन को बढ़ावा देने वाली गतिविधियों की रोकथाम में पहल ले सकें और इस बदलाव के प्रभावों के हिसाब से खुद को ढाल सकें, इसके लिए ज़रूरी है कि उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों पर ध्यान दिया जाए। ऐसे में यह ज़रूरी हो जाता है कि वायुमंडलीय परिवर्तन से संबंधित नीतियों, योजनाओं, अनुदान आवंटन और कार्यक्रमों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को ऊंची प्राथमिकता दी जाए।

एशिया के आठ देशों में[3] ऐरो द्वारा किए गए अध्ययनों में पाया गया है कि वायुमंडलीय परिवर्तन से जेंडर तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों से संबंधित समस्याएं और गंभीर हो जाती हैं। विकासशील देशों में महिलाएं पहले ही जेंडर असमानता और गरीबी से जूझ रही हैं। वायुमंडलीय परिवर्तन उनको और ज़्यादा कठिन परिस्थिति में ढकेल देता है।[4]

वायुमंडलीय परिवर्तन की बहुत गंभीर घटनाओं के चलते[5] भोजन प्राप्त करने की कठिनाई[6] महिलाओं के भोजन उपभोग स्तर को गंभीर रूप से कम कर देती है (खासतौर से इसलिए क्योंकि इलाके के बहुत सारे देशों में महिलाएं पहले ही सबसे आखिर में और सबसे कम खा पा रही हैं।)[7] इसकी वजह से उनके कुपोषण की आशंका बढ़ जाती है और वे कई तरह की बीमारियों का मुकाबला नहीं कर पाती हैं।[8] अल्पपोषित महिलाओं के सामने गर्भावस्था और प्रसव संबंधी पेचीदगियों का खतरा, माहवारी में अनियमितता और बांझपन की आशंका बढ़ जाती है। इसी तरह, बहुत सारी लड़कियों का यौवनारंभ (प्यूबर्टी) भी सामान्य समय पर शुरू नहीं हो पाता है।[9]

वायुमंडलीय परिवर्तन से महिलाओं के

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर किस तरह असर पड़ते हैं, इसके कुछ उदाहरण ये हैं : (1) तापमान और वर्षा के रुझानों में बदलाव से मच्छर ज़्यादा पनपने लगते हैं जिससे मलेरिया जैसी बीमारियां ज़्यादा फैलती हैं। इन बीमारियों के कारण खुद–ब–खुद गर्भपात हो जाने, समय से पहले प्रसव, पेट में ही बच्चे के मर जाने या जन्म के समय बच्चे के कम वज़न की आशंका काफ़ी बढ़ जाती है। (2) समुद्र का जलस्तर बढ़ने लगता है और तटीय इलाकों में बाढ़ आने लगती है। (3) इससे पीने के पानी में खारापन पैदा होता है और फलस्वरूप महिलाओं में प्री–एक्लेम्प्सिया, एक्लेम्प्सिया व उच्च रक्तचाप जैसी समस्याएं पैदा होने लगती हैं। इसकी वजह से संसाधनों (जैसे पानी और कृषि योग्य ज़मीन) के लिए टकराव बढ़ जाता है, लोग विस्थापित होने लगते हैं। इस तरह विस्थापित होने वाली महिलाओं के लिए एसआरएच सेवाएं और आपूर्तियां और भी ज़्यादा सीमित रह जाती हैं।[10] कठिन दौर में महिलाएं यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को पूरी तरह नज़रअंदाज़ करने पर मजबूर हो जाती हैं। इससे उनके बीमार होने और मरने की आशंका और बढ़ जाती है।[11]

वायुमंडलीय परिवर्तन के कारण औरतों पर काम का बोझ भी बढ़ जाता है क्योंकि जेंडर आधारित भूमिकाओं के बंटवारे में बीमारों, बच्चों और बूढ़ों की देखभाल का ज़िम्मा उन्हीं के सिर पर आता है। इसके अलावा खाना पकाने, पानी भरकर लाने, परिवार के लिए ईंधन जुटाने की ज़िम्मेदारी भी उन्हीं पर आती है।[12] वायुमंडलीय परिवर्तन की बहुत कठोर स्थितियों की वजह से महिलाओं के यौन उत्पीड़न और बलात्कार और उनके साथ अन्य प्रकार की लैंगिक हिंसा का खतरा भी बढ़ जाता है। जब वे पानी या ईंधन लेने जाती हैं या टेम्परेरी शिविरों में रहती हैं तो उनके साथ इस तरह की हिंसा का खतरा कई गुना बढ़ जाता है।[13]

बंग्लादेश, नेपाल और फ़िलीपींस में सक्रिय हमारे साझीदार संगठनों[14] ने बताया कि इन समाजों में लड़कियों की कम उम्र में शादी की घटनाएं भी बहुत बड़ी संख्या में सामने आ रही हैं। हमारे निष्कर्षों से पता चलता है कि बहुत सारे गरीब परिवार वायुमंडलीय परिवर्तन के कारण बढ़ रही गरीबी से बचने के लिए भी कम उम्र में शादी का रास्ता अपनाने लगे हैं। जेंडर असमानता बढ़ने से महिलाओं की आवाज़ाही भी और कम हो जाती है। इसके कारण वे नए जीवन कौशल (जैसे तैराकी या पेड़ों पर चढ़ना) नहीं सीख पातीं और फलस्वरूप, उनके घायल होने या मरने की आशंका पुरुषों के मुकाबले ज़्यादा हो जाती है।[15]

> यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार महिलाओं के मानवाधिकारों का एक ऐसा हिस्सा हैं जिस पर कोई समझौता या काट-छांट नहीं की जा सकती। ऐसा नहीं हो सकता कि सरकारें अपनी मर्ज़ी से महिलाओं को कुछ मानवाधिकार दें और कुछ मानवाधिकार न दें।

जैसा कि ऊपर बताया गया है, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर वायुमंडलीय परिवर्तन के प्रभावों से औरतों को शारीरिक और मानसिक, दोनों स्तर पर नुकसान पहुंचते हैं। अगर महिलाओं को वायुमंडलीय परिवर्तन के संदर्भ में सही जानकारियां और मानवाधिकारों की रूपरेखा के अंतर्गत यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार सेवाएं मुहैया कराई जाएं तो महिलाओं और पर्यावरण दोनों को लाभ होगा। आमतौर पर महिलाएं कम बच्चे पैदा करना चाहती हैं (यह बात परिवार नियोजन साधनों की मांग और आपूर्ति के फासले से स्पष्ट हो जाती है)। वे एक स्वस्थ और सशक्त जीवन चाहती हैं जिसके दम पर वे अपने बच्चों को स्वस्थ ढंग से पाल सकें, बेहतर काम–धंधे ढूंढ सकें, अपने परिवार की सामाजिक/आर्थिक हैसियत को बेहतर बना सकें और अपने समुदाय में पर्यावरण और प्राकृतिक संसाधनों की रक्षा कर सकें। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच के माध्यम से महिलाएं वायुमंडलीय परिवर्तन के लिए सक्षम समुदायों की रचना में एक महत्वपूर्ण योगदान दे सकती हैं।

वायुमंडलीय परिवर्तन से संबंधित नीतियों, रणनीतियों, आर्थिक आवंटन और कार्यक्रमों में महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को प्राथमिकता क्यों नहीं दी जाती है, इसकी कई वजहें बताई जाती रही हैं।[16] पहली बात तो यह है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तथा वायुमंडलीय परिवर्तन के एक–दूसरे पर पड़ने वाले प्रभावों के बारे में सरकारों के पास पर्याप्त समझदारी ही नहीं है। यहां तक कि बहुत सारे महिला संगठनों और नागर समाज संगठनों के पास भी इसकी समझदारी बहुत सीमित है। पांचवें अंतर्सरकारी वायुमंडलीय परिवर्तन पैनल (फ़िफ़्थ इंटरगवर्नमेंटल पैनल ऑन क्लाइमेट चेंज – आईपीसीसी) की रिपोर्ट में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को एक "सहलाभ" के रूप में मान्यता दी गई है, यानी यह एक ऐसी मानवीय गतिविधि है जो वायुमंडलीय परिवर्तन को सीमित करती है और मानव स्वास्थ्य को भी लाभ पहुंचाती है।[17] मगर, इसी रिपोर्ट में प्रजनन एवं यौन स्वास्थ्य व अधिकारों के बारे में कुछ नहीं कहा गया है। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को मान्यता देने का मतलब है महिलाओं को और अधिकार मिलें। मसलन, उन्हें यह चुनने का अधिकार मिले कि वे किससे शादी करना चाहती हैं, यह तय करने का अधिकार मिले कि वे कितने बच्चे पैदा करना चाहती हैं, कब बच्चे पैदा करना चाहती हैं और वे जेंडर आधारित हिंसा से आज़ाद ज़िंदगी जी सकें। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार महिलाओं के मानवाधिकारों का एक ऐसा हिस्सा हैं जिस पर कोई समझौता या काट–छांट नहीं की जा सकती। ऐसा नहीं हो सकता कि सरकारें अपनी मर्ज़ी से महिलाओं को कुछ मानवाधिकार दें और कुछ मानवाधिकार न दें।

दूसरी बात, हालांकि परिवर्तन के वाहकों के रूप में महिलाओं की भूमिका और उनकी सामर्थ्य व क्षमताओं को युनाइटेड नेशंस फ़्रेमवर्क कन्वेंशन ऑन क्लाइमेट चेंड (यूएनएफ़सीसीसी – संयुक्त राष्ट्र वायुमंडलीय परिवर्तन रूपरेखा कन्वेंशन) के दस्तावेज़ों में भी मान्यता दी गई है मगर क्रियान्वयन के स्तर पर उनके योगदान को जेंडर असमानता की वजह से "अकसर नज़रअंदाज़" कर दिया जाता है।[18] उन्हें अकसर वायुमंडल संबंधी आपदाओं के 'पीड़ितों' के रूप में देखा जाता है और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों सहित उनकी आवाज़ों और ज़रूरतों की कोई परवाह नहीं की जाती है। वायुमंडलीय परिवर्तन से संबंधित निर्णय प्रक्रिया और क्रियान्वयन में उनको प्रायः शामिल ही नहीं किया जाता है। इन कार्रवाइयों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों सहित उनकी ज़रूरतों को भी अकसर नज़रअंदाज़ कर दिया जाता है।

तीसरी बात, पितृसत्तात्मक व्यवस्था और संरचनाओं की बदौलत आमतौर पर सभी महत्वपूर्ण फैसले हमारे पुरुष नेताओं या नीति निर्माताओं द्वारा ही लिए जाते हैं भले ही ये फैसले औरतों के शरीर से संबंधित ही क्यों न हों। महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों से संबंधित फैसले भी इसका अपवाद नहीं हैं। यह समस्या सिर्फ़ विकासशील देशों तक ही सीमित नहीं है। अमेरिकी राष्ट्रपति द्वारा ग्लोबल गैग रूल/मैक्सिको सिटी पॉलिसी पर हाल ही में किए गए दस्तखत इसका एक बढ़िया उदाहरण है।[19]

स्थानीय, राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर वायुमंडलीय परिवर्तन से संबंधित वार्ताओं और फैसलों में पारदर्शिता का अभाव चौथी बड़ी समस्या है। उदाहरण के लिए, संबंधित पक्ष सम्मेलन (कांफ्रेंस ऑफ़ दि पार्टीज – सीओपी) में महिलाओं के संगठनों और नागर समाज के अन्य प्रेक्षकों को उच्चस्तरीय वार्ताओं में या तो बहुत सीमित पहुंच मिलती है या उन्हें पूरी तरह बाहर कर दिया जाता है। इतना ही नहीं, नागर समाज के प्रेक्षकों को इन वार्ताओं के दस्तावेज़ भी या तो बहुत कम मिलते हैं या बिलकुल नहीं मिलते। निर्धारित आयोजनों या गतिविधियों की तारीख और एजेंडा भी बहुत देर से घोषित किया जाता है।[20] कुछ ऐसा ही नज़ारा ग्रीन क्लाइमेट फ़ंड बोर्ड की मीटिंगों में दिखाई पड़ता है।

एसआरएचआर[25] सेवाओं की उपलब्धता मुख्य रूप से अधिकार आधारित पद्धति के माध्यम से अधूरी ज़रूरतों को पूरा करने पर केंद्रित होनी चाहिए और इसकी आड़ में जनसंख्या नियंत्रण के एजेंडा को आगे न बढ़ाया जाए।

ऐसे में सवाल यहां आकर ठहरता है कि वायुमंडलीय परिवर्तन के हालात में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को प्राथमिकता देने के लिए हमें क्या करना चाहिए :

1. पर्यावरण संगठनों सहित सभी नागर समाज संगठनों व महिला संगठनों को इस बात से अवगत कराया जाना चाहिए कि वायुमंडलीय परिवर्तन से महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर किस तरह के नकारात्मक प्रभाव पड़ रहे हैं। इसके लिए आंदोलनों के बीच संवाद और महिलाओं के समूहों व नागर समाज संगठनों के साथ साझेदारियों के माध्यम से व्यापक जनसमर्थन भी जुटाया जा सकता है। इसके बाद ये संस्थाएं अपने राष्ट्रीय एवं स्थानीय शासन व नीति–निर्माताओं पर इसके लिए दबाव डाल सकती हैं कि वे अपनी वायुमंडलीय परिवर्तन संबंधी नीतियों, बजट और कार्यक्रमों में महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को भी शामिल करें। साथ ही उन्हें अपनी सरकारों के क्रियाकलापों पर भी लगातार नज़र रखनी चाहिए और उनकी जवाबदेही सुनिश्चित करनी चाहिए।
2. आजकल अर्तराष्टीय स्तर पर, पेरिस समझौते और सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के बीज सुसंगति पर काफ़ी ज़ोर दिया जा रहा है। एसजीडी 13[21] में वायुमंडलीय परिवर्तन की रोकथाम के लिए कार्रवाई करने पर ज़ोर दिया गया है। उसके अलावा ज़्यादातर दूसरे मदों में दोनों दस्तावोज़ों के बीच क्या संबंध हैं, और विभिनन देशों के बीच यह सुसंगति कैसे बनाई जा सकती है, इस बारे में ज़्यादातर लोगों को जानकारी नहीं है। वर्ल्ड रिसोर्सेज़ इंस्टीट्यूट द्वारा तैयार किए गए एक वर्किंग पेपर से पता चलता है कि सैद्धांतिक रूप से एसडीजी के सभी 17 लक्ष्य और सारे टारगेट पेरिस समझौते के अंतर्गत इंटेडेड नैशनली डिटर्मिंड कॉन्ट्रीब्यूशंस (आईएनडीसी – राष्ट्रीय स्तर पर निर्धारित योगदान)[22] की सूची से मेल खाते हैं।[23] इस परचे में ये भी रेखांकित किया गया है कि पेरिस समझौते और एसजीडी लक्ष्यों के बीच राष्ट्रीय स्तर पर सुसंगति बनाने से दोनों कार्यक्रमों को लाभ पहुंच सकता है।[24]

   इस साक्ष्य के आधार पर नागर समाज संगठनों को इसका आधार मिल जाता है कि वे सरकारों को इस बात के लिए प्रेरित करें कि वे एसडीजी और आईएनडीसी नीतियों, बजट और कार्यक्रमों को समन्वित ढंग से लागू करें। यह एक व्यावहारिक पद्धति होगी क्योंकि ज़्यादातर विकासशील देशों के पास अभी भी संसाधन और क्षमताएं सीमित हैं। इस पद्धति के माध्यम से गरीबी, स्वास्थ्य, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों, शिक्षा, जेंडर, महिला सशक्तीकरण, और वायुमंडलीय परिवर्तन से निपटने की क्षमता और विकास जैसे सभी मुद्दों को योजना, बजट और क्रियान्वयन के स्तर पर

समन्वित ढंग से संबोधित किया जा सकता है।

3. अंतर्सरकारी वायुमंडलीय परिवर्तन पैनल (इंटरगवर्नमेंटल पैनल ऑन क्लाइमेट चेंज – आईपीसीसी) की पांचवीं आकलन रिपोर्ट में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक उपलब्धता को केवल एक 'सहलाभ' बताया गया है। इसके आधार पर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के पैरोकार अपनी सरकारों पर इस बात के लिए दबाव डाल सकते हैं कि वे यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को वायुमंडलीय परिवर्तन की नीतियों, बजट, कार्यक्रमों और अंकुश योजनाओं[25] में भी शामिल करें। एसआरएचआर[26] सेवाओं की उपलब्धता मुख्य रूप से अधिकार आधारित पद्धति के माध्यम से अधूरी ज़रूरतों को पूरा करने पर केंद्रित होनी चाहिए और इसकी आड़ में जनसंख्या नियंत्रण के एजेंडा को आगे न बढ़ाया जाए।

4. यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के पैरोकारों को चाहिए कि वे हर स्तर पर चल रहे वायुमंडलीय परिवर्तन के विमर्श व वार्ताओं को जेंडर आधारित समाधानों[27] और अधिकार आधारित पद्ध तियों की तरफ़ मोड़ने का प्रयास करें। साथ ही उन्हें वायुमंडलीय परिवर्तन से संबंधित नीतियों, बजट और कार्यक्रमों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को शामिल करने पर भी ज़ोर देना चाहिए। उन्हें हर स्तर पर माँग करनी चाहिए कि वायुमंडलीय परिवर्तन संबंधी कार्यक्रमों व आयोजनों में महिलाओं को पूरी पहुंच[28] और सहभागिता ज़रूर मिले।

5. संयुक्त राष्ट्र की एजेंसियों और दाता संस्थाओं को राष्ट्रीय महिला संगठनों व नागर समाज संगठनों के साथ मिलकर काम करना चाहिए। नागर समाज संगठनों व महिला संगठनों को महिलाओं के स्वास्थ्य तथा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर वायुमंडलीय परिवर्तन के प्रभावों और उनकी रोकथाम के तरीकों पर जागरूकता अभियान चलाने के लिए गोलबंद किया जा सकता है। ये अभियान नीति–निर्माताओं, केंद्रीय एवं स्थानीय सरकारी निकायों, स्थानीय समुदायों, खासतौर से महिलाओं में जागरूकता फैलाने के उद्देश्य से चलाए जाएं।

6. एसडीजी लक्ष्यों तथा आईएनडीसी नीतियों के समन्वित क्रियान्वयन की दिशा में काम करने के लिए सरकारों को सुनिश्चित करना चाहिए कि सारे मंत्रालय अलग–अलग काम करने की बजाय मिलजुल कर काम करें। सभी मंत्रालयों को जेंडर संवेदी समाधानों पर ज़ोर देना चाहिए। इसके लिए उन्हें अपनी योजनाओं और बजट में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों को भी शामिल करना चाहिए और साथ ही इस बात पर भी ध्यान देना चाहिए कि उनके क्रियाकलाप राष्ट्रीय वायुमंडलीय परिवर्तन कार्रवाइयों के अनुरूप हों।

नोट और संदर्भ

1. लक्ष्य 3 में कहा गया है कि, "वर्ष 2030 तक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित की जाएगी। इसमें परिवार नियोजन सेवाएं, सूचना व शिक्षा भी शामिल हैं। साथ ही प्रजनन स्वास्थ्य के आयामों को राष्ट्रीय रणनीतियों व कार्यक्रमों में भी शामिल किया जाएगा।" संयुक्त राष्ट्र, "Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-being for All at All Ages," 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/humanrights-council/en/.
3. इस परियोजना को नॉर्वेजियन एजेंसी फॉर डेवलपमेंट कोऑपरेशन (नोराड) की ओर से आर्थिक सहायता मिली और इसका शीर्षक था "वर्किंग विद राइट्स बेस्ड क्लाइमेट चेंज/एन्वायर्नमेंटल ग्रुप्स ऐण्ड फेथ बेस्ड ग्रुप्स टु बिल्ड मोमेंटम फॉर एसआरएचआर : इन द लीड–अप टु दि न्यू डेवलपमेंट फ्रेमवर्क।" इस परियोजना में 8 संस्थाएं शामिल थीं जिनके नाम इस प्रकार हैं : खान फाउंडेशन (बांग्लादेश), यायासन जर्नल पेरेम्पुआन (इंडोनेशिया), यूनिवर्सिटी हेल्थ साइंसेज (लाओ पीडीआर), पेनीटा इनीशिएटिव (मलेशिया), हुआधू एड (मालदीव), वीमेन रिहेबिलिटेशन सेंटर (नेपाल), सिंध फाउंडेशन (पाकिस्तान), पाथ फाउंडेशन (फिलीपीन्स)।
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. सूखा, बाढ़, चक्रवात, समुद्री जलस्तर में इज़ाफे, तापमान में इज़ाफे और वायु प्रदूषण आदि को गंभीर वायुमंडलीय परिवर्तन की घटनाओं में गिना जाता है।
6. यह फसलों के चौपट हो जाने और फलस्वरूप खाद्य पदार्थों की कीमतों में इज़ाफे का परिणाम है।
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. उपरोक्त
10. उपरोक्त, तथा 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-actionon-climate-change-and-sexual-and-reproductive-health-andrights-in-bangladesh-indonesia-and-the-philippines/.
11. Lim Hwei Mian, Women's Health and Climate Change.
12. उपरोक्त
13. उपरोक्त
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-Changeand-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/wpcontent/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. इसमें वे लक्ष्य भी शामिल हैं जिनका उल्लेख स्टेट्स नैशनल एडेप्टेशन प्लान (एनएपी) तथा नैशनल एडेप्टेशन प्रोग्राम आफ ऐक्शन (एनएपीए) में भी किया गया है।
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. दि वीमेन ऐण्ड जेंडर कांस्टिट्यूएंसी नामक संगठन ने यूएनएफसीसीसी को चिन्हित मुद्दों पर ज्ञापन दिया है। देखें: "Rightsholders and Duty-bearers," WGC, March 6, 2017, http://womengenderclimate.org/rights-holders-duty-bearers/.
21. लक्ष्य 13 है "वायुमंडलीय परिवर्तन और उसके के प्रभावों को रोकने के लिए फौरन कदम उठाए जाएं।"
22. कॉन्फ्रेंस ऑफ दि पार्टीज़ (सीओपी) में शामिल पक्षों की ज़िम्मेदारी है कि वे यूएनएफसीसीसी के समक्ष अपनी आईएनडीसी रिपोर्टें जमा कराएं। प्रत्येक देश को आईएनडीसी रिपोर्ट में इस बात का स्पष्टीकरण देना होगा कि ग्रीनहाउस गैसों के उत्सर्जन पर अंकुश लगाने के लिए संबंधित देश 2020 के बाद वायुमंडलीय परिवर्तन की रोकथाम के लिए क्या कदम उठाने वाला है। साथ ही इसमें इस बात का उल्लेख भी किया जा सकता है कि "वे वायुमंडलीय परिवर्तन के प्रभावों का सामना कैसे करेंगे और वे अन्य विकल्पों को अपनाने तथा वायुमंडलीय परिवर्तन के अनुसार खुद को ढालने के लिए दूसरे देशों से क्या मदद चाहते हैं या दूसरे देशों को क्या मदद दे सकते हैं।"
24. वर्किंग पेपर में ज़िक्र किया गया है कि राष्ट्रीय स्तर पर सुनियोजित टिकाऊ विकास नीतियों और कार्रवाइयों से "ग्रीनहाउस गैसों के उत्सर्जन में कमी आएगी और वायुमंडलीय परिवर्तन के प्रभावों से निपटने की क्षमता में इजाफा होगा।" दूसरी तरफ, राष्ट्रीय वायुमंडलीय नीतियों, रणनीतियों, अंकुश व अनुकूलन कार्यक्रमों से टिकाऊ विकास लक्ष्यों में भी मदद मिल सकती है।"
25. प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता अपने आप में काफी नहीं है। इसमें एसआरएचआर सेवाओं और परिवार नियोजन से संबंधित सूचनाओं को भी शामिल किया जाना चाहिए। इसमें गर्भावस्था से संबंधित सेवाओं, प्रसव के लिए कुशल सहायता, आपातकालिक प्रसव चिकित्सा, तथा गर्भपात के बाद देखभाल की सुविधाओं पर भी ज़ोर दिया जाना चाहिए। इसमें यौन संग्रामक बीमारियों और एचआईवी की रोकथाम व निदान और उपचार को भी शामिल किया जाना चाहिए। इसमें स्तन एवं सरवाइकल कैंसर की रोकथाम और समयोचित निदान को भी शामिल किया जाना चाहिए। इसमें जेंडर आधारित हिंसा तथा सरवाइवर्स की चिकित्सा व देखभाल को शामिल किया जाना चाहिए। इसमें एचआईवी की रोकथाम, प्रबंधन व देखभाल को भी शामिल किया जाना चाहिए। इसमें जेंडर संवेदी जीवन कौशल आधारित एसआरएच शिक्षा को शामिल किया जाना चाहिए। देखें: 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/pubpdf/SRH_Framework.pdf.
26. प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को अंकुश की पद्धतियों से जोडते हुए इस बात से आगाह करना ज़रूरी है कि अधिकार आधारित पद्धति का अनिवार्य रूप से पालन किया जाना चाहिए और महिलाओं को संबंधित सेवाओं के बारे में पूरी जानकारी दी जानी चाहिए ताकि वे बच्चों में फासला रखने और बच्चों की संख्या सीमित करने के लिए सोच–समझकर फैसले ले सकें। प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को जनसंख्या वृद्धि पर अंकुश के लिए बिल्कुल इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिए क्योंकि ऐसी स्थिति में अकसर महिलाओं के मानवाधिकारों का हनन होता है, उनके साथ ज़ोर–ज़बर्दस्ती की जाती है और उनका उत्पीड़न किया जाता है। इसे भी यह अकसर ग्रीनहाउस गैसों के उत्सर्जन पर अंकुश का साधन मान लिया जाता है। हालांकि आईपीसीसी की रिपोर्ट में प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं को ही वायुमंडलीय परिवर्तन पर अंकुश के साथ जोड़ कर दिखाया गया है मगर एसआरएचआर को अनुकूलन के साथ जोड़ना सबसे ज़्यादा महत्वपूर्ण है। अनुकूलन परियोजना में आमतौर पर विकास के आयामों का समावेश होता है। एसआरएचआर के समावेश से गैर–कार्बन लाभों/सामाजिक एंव जेंडर संबंधी लाभों में इज़ाफा होगा।
27. इसमें देशी, संकटग्रस्त और हाशियाई समुदायों की महिलाएं भी शामिल हैं।

संयुक्त राष्ट्र में यौन अधिकारों का बदलता धरातल

मेगान डॉहर्ती
सेक्सुअल राइट्स इनिशिएटिव (एसआरआई)/ऐक्शन कनाडा फ़ॉर सेक्शुअल हेल्थ ऐण्ड राइट्स
ईमेल: *meghan@sexualhealthandrights.ca*

संयुक्त राष्ट्र के मंचों पर विभिन्न सरकारों और पैरोकारों का जितना गुस्सा और जोश यौन अधिकारों के मसले पर दिखाई देता है वैसा और किसी सवाल पर शायद नहीं दिखाई पड़ता। यह विषय दुनिया भर में भू–राजनैतिक तनाव का विषय और बहुत सारे पक्षों के लिए भारी गलतफ़हमियों का सबब बन चुका है।

अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार व्यवस्था में यौन अधिकारों पर अच्छी–खासी नियामक और न्यायिक सफलताओं के बावजूद कई देश यौन अधिकारों के वजूद को ही मानने को तैयार नहीं हैं जबकि बहुत सारे पक्षों की राय में इनका मतलब सिर्फ़ यौन रुझान और जेंडर पहचानों को मान्यता देने तक ही सीमित है।

इसके अलावा, बहुत सारे लोग यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य, यौन अधिकारों, प्रजनन अधिकारों और जेंडर से संबंधित अधिकारों को एक–दूसरे से बिलकुल अलग–अलग ख़ानों में रख देते हैं। यौन अधिकारों को सार्वभौमिक, सकारात्मक, अंतर्विषयक और स्वायत्तता के सिद्धांत पर आधारित अधिकारों के रूप में न देख पाने की वजह

से ही संयुक्त राष्ट्र व्यवस्था के भीतर भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों (एसआरएचआर)[1] पर एक विखंडित रवैया दिखाई देता है। 2030 एजेंडा फॉर सस्टेनेबल डेवलपमेंट की मंज़ूरी के बाद संयुक्त राष्ट्र व्यवस्था के तहत यौन अधिकारों की दशा–दिशा पर गौर करना अच्छा रहेगा। साथ ही हमें इस पर भी ध्यान देना चाहिए कि विभिन्न प्रकार की पद्धतियां किस हद तक इन अधिकारों के धरातल को बदल सकती हैं जिससे हम वैश्विक नीतियों में यौन अधिकारों के एक सुसंगित विज़न की ओर आगे बढ़ सकें।

वर्ष 1993 के विएना विश्व मानवाधिकार सम्मेलन, 1994 के काहिरा अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन (आईसीपीडी) और 1995 के चौथे विश्व महिला सम्मेलन (बीजिंग) के दौरान और उनकी तैयारी के सिलसिले में दुनिया भर की नारीवादियों ने जिस तरह अभूतपूर्व गोलबंदी, राजनीतिकरण और पैरवी का परिचय दिया, उससे जनसंख्या नीतियों, विकास और महिलाओं के अधिकारों के विमर्श और दिशा पर निर्णायक असर पड़े हैं। फलस्वरूप, बहुत सारी सफलताएं हासिल हुई हैं जिनमें प्रजनन अधिकारों को प्रत्यक्ष रूप से मान्यता दी गई और उन्हें परिभाषित किया गया है। अंतर्राष्ट्रीय संधियों में महिलाओं के अधिकारों को निर्विववाद रूप से मानवाधिकारों के रूप में मान्यता दी गई है और अपनी यौनिकता पर अपने नियंत्रण के महिलाओं के अधिकार को भी मान्यता दी गई है।

बड़ी मुश्किल से मिली ये सफलताएं निश्चित रूप से जश्न का सबब थीं मगर इनके लिए महिलाओं ने भी बहुत बड़ी कीमत अदा की है। आईसीपीडी की वार्ताओं में गर्भपात के सवाल पर न केवल कमज़ोर भाषा का इस्तेमाल किया गया बल्कि राष्ट्रीय संप्रभुता को भी ज़रूरत से कुछ ज़्यादा ही महत्व दिया गया। इसी तरह, कई दूसरे फायदों के लिए भी यौन अधिकारों पर हमें समझौता करना पड़ा। किशोरावस्था यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी प्रावधानों को बीमारियों और गर्भ की रोकथाम तक सीमित कर दिया गया। अगले साल हुए बीजिंग सम्मेलन में भी न केवल गर्भपात पर आईसीपीडी की ज़्यादातर शब्दावली और भाषा को दोहराया गया बल्कि अपनी यौनिकता पर महिलाओं के नियंत्रण के अधिकार पर केंद्रित बहुप्रशंसित पैराग्राफ को भी कुल मिलाकर एक विषमलैंगिक सांचे में ही सीमित कर दिया गया।[2]

अगले 20 साल के दौरान आईसीपीडी और बीजिंग दस्तावेज़ों की फॉलोंअप समीक्षा में कुछ प्रगति हुई है मगर कुल मिलाकर सरकारें पहले तय हो चुकी भाषा की कैद से आज़ाद नहीं हो पाई हैं और उन्होंने कोई खास प्रगति नहीं की है। एक सार्थक उत्तदरदायित्व की व्यवस्था के अभाव, काहिरा और बीजिंग में मिली कामयाबियों के खिलाफ़ आई प्रतिक्रिया, फ़ंडिंग की प्राथमिकताओं में आए बदलाव, आर्थिक संकटों, अमेरिकी ग्लोबल गैग रूल की बहाली और सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (एमडीजी) (जिनमें सात साल तक तो प्रजनन स्वास्थ्य के संबंध में कोई लक्ष्य तय ही नहीं किया गया था) में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों की उपेक्षा, ये सब ऐसे कारक हैं जिन्होंने संयुक्त राष्ट्र के स्तर पर यौन अधिकारों की प्रगति को अवरुद्ध किया हुआ है।

यौन अधिकारों को व्यक्तिगत आचरण की बजाय सरकारों की ज़िम्मेदारी के दायरे में लाना यह समझने की दिशा में एक बहुत महत्वपूर्ण सफलता थी कि यौनिकता, जेंडर और प्रजनन, ये सारे आयाम आपस में जुड़े होते हैं, किस तरह ये आयाम नस्ल, जाति, वर्ग, विकलांगता, भौगोलिक स्थिति, प्रवासन, धर्म और ऐसे ही दूसरे पहलुओं से प्रभावित होते हैं। इस बदलाव का एक फायदा यह हुआ है कि सरकारों पर इस बात की ज़िम्मेदारी तय की गई है कि वे इन अधिकारों की अवहेलना को रोकें और यौन अधिकारों की पूर्ति के लिए एक सुगम वातावरण की रचना करें।

ऐसी कई राजनीतिक विफलताओं के बावजूद एसआरएचआर अधिकारों के पैरोकार संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार व्यवस्था के भीतर मिली सफलताओं का फायदा उठाने की कोशिश करते रहे हैं। 2002 में संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार आयोग (संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद का पुराना संस्करण) में मौजूद मानवाधिकार समर्थकों ने इस रूपरेखा का इस्तेमाल करते हुए संयुक्त राष्ट्र व्यवस्था के तहत यौन अधिकारों की दिशा में प्रगति के लिए यह वैकल्पिक रास्ता तलाशना शुरू किया था। यह कोशिश इस उद्देश्य पर केंद्रित थी कि एक तरफ़ तो अधिकारधारकों और उनके अधिकारों की शिनाख्त की जाए और दूसरी तरफ़ यह तय किया जाए कि ज़िम्मेदारी किसकी बनती है। संयुक्त राष्ट्र द्वारा तय किए गए स्वतंत्र विशेषज्ञों की व्यवस्था[3] का सहारा लेते हुए और बहुत सारे मानवाधिकार के मुद्दों व राष्ट्रीय परिस्थितियों से संबंधित रिपोर्ट्स के आधार पर लोगों की जिंदगियों की जटिलता को केंद्र में रखते हुए सरकारों की जवाबदेही पर ज़ोर दिया गया। यौन अधिकारों को व्यक्तिगत आचरण की बजाय सरकारों की ज़िम्मेदारी के दायरे में लाना यह समझने की दिशा में एक बहुत महत्वपूर्ण सफलता थी कि यौनिकता, जेंडर और प्रजनन, ये सारे आयाम आपस में जुड़े होते हैं, किस तरह ये आयाम नस्ल, जाति, वर्ग, विकलांगता, भौगोलिक स्थिति, प्रवासन, धर्म और ऐसे ही दूसरे पहलुओं से प्रभावित होते हैं। इस बदलाव का एक फायदा यह हुआ है कि सरकारों पर इस बात की ज़िम्मेदारी तय की गई है कि वे इन अधिकारों की अवहेलना को रोकें और यौन अधिकारों की पूर्ति के लिए एक सुगम वातावरण की रचना करें।

बीते सालों के दौरान संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद में इस ठोस आधारशिला की बदौलत बहुत सारे यौन अधिकारों के मुद्दे पर उल्लेखनीय सफलता हासिल हुई है।[4] मगर, वैश्विक विकास की

प्रक्रियाओं के साथ कटाव अभी भी साफ़ देखा जा सकता है। जैसे–जैसे सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों (एमजीडी) की मियाद खत्म हो रही थी और आईसीपीडी व बीजिंग दस्तावेज़ों का ज़्यादातर एजेंडा अधूरा छूटता जा रहा था, दुनिया भर के पैरोकार 2015 के बाद होने वाली वार्ताओं को सही दिशा देने के लिए एकजुट होते जा रहे थे ताकि यौनिकता, जेंडर और प्रजनन से संबंधित मानवाधिकार मानकों को सार्थक ढंग से अंतर्राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता दिलाई जा सके। अंततः सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के लिए जो भाषा अपनायी गई है वह सहस्राब्दी विकास के लक्ष्यों के मुकाबले एक उल्लेखनीय प्रगति को दर्शाती है। फिर भी, यहां भी यौन अधिकारों को प्रजनन अधिकारों से पृथक कर दिया गया है और सारी वार्ताएं इसलिए संकुचित रहीं कि यौन अधिकारों की प्रासंगिकता को यौन रुझान के सवाल पर होने वाली हिंसा और भेदभाव से रक्षा की आवश्यकता तक सीमित कर दिया गया था। इन वार्ताओं में भी स्वायत्तता, अलग–अलग अधिकारों के अंतर्संबंध और आत्मनिर्णय जैसे सिद्धांतों के आधार पर यौन अधिकारों के समावेश की अपील पर शुरू से ही ज़्यादा ध्यान नहीं दिया गया।

हालांकि सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों के ब्लूप्रिंट में यौन अधिकारों को स्पष्ट रूप से शामिल नहीं किया गया था मगर इन लक्ष्यों की रूपरेखा में इतनी गुंजाइश ज़रूर है कि राष्ट्रीय, क्षेत्रीय एवं वैश्विक स्तरों पर यौन अधिकारों को आगे बढ़ाने के नए अवसर ढूंढे जा सकते हैं। पहली बात यह है कि अब विभिन्न राजनीतिक घोषणाओं में भी विकास के लिए मानवाधिकारों के केंद्रीय महत्व को मान्यता दी जाने लगी है। इन घोषणाओं में अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य, प्रजनन अधिकारों, असमानता, भेदभाव, न्याय तक पहुंच और सबसे कमज़ोर तबकों तक पहुंचने की प्रतिबद्धता जैसे सिद्धांतों का भी बार–बार हवाला दिया जाने लगा है। दूसरी बात, एसडीजी लक्ष्यों के कुछ संकेतक यौन एवं प्रजनन अधिकार मानकों के अनुरूप हैं। इनमें से कुछ संकेतक यौन संबंधों में स्वायत्त निर्णय क्षमता, भेदभाव से मुक्ति (5.1.1, 10.3.1), गर्भनिरोध एवं प्रजनन स्वास्थ्य चिकित्सा (5.6.1) की आवश्यकता से संबंधित हैं। इसी तरह, कई दूसरे संकेतक यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुंच प्रदान करने के सरकारों के दायित्व को सुनिश्चित करते हैं (5.6.2), जबकि कुछ संकेतक मुख्य आबादियों सहित एचआईवी के नए संक्रमितों से संबंधित डेटा संग्रह (3.3.1) तथा स्वास्थ्य सेवाओं की स्वीकार्यता (16.6.2) से संबंधित हैं। तीसरी बात, जो कतार में सबसे पीछे हैं उनके पास सबसे पहले पहुंचने की आवश्यकता पर जिस तरह से ज़ोर दिया जा रहा है, उससे सरकारों को ऐसे व्यवस्थागत एवं संरचनात्मक भेदभावों और दुर्बलताओं पर ध्यान देने का अवसर मिला है जो यौन अधिकारों की अवहेलना को नज़रों से ओझल कर देती हैं।

अब कुछ सरकारें अपनी विकास नीतियों में संशोधन करके उन्हें एसडीजी के अनुकूल बनाने के लिए प्रयास कर रही हैं। साथ ही संयुक्त राष्ट्र की संस्थागत प्रणालियों को भी लागू किया जा रहा है। इससे हमें यह सुनिश्चित करने का एक बढ़िया मौका मिला है कि बाध्यकारी अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों और स्वैच्छिक प्रतिबद्धताओं के बीच समन्वय हो, एसडीजी संकेतकों को मानवाधिकार संकेतकों के अनुरूप बनाया जाए[5], और यह मांग की जाए कि क्रियान्वयन और फॉलोअप की सारी प्रक्रियाओं के सभी स्तरों पर सहभागिता, जवाबदेही, परदर्शिता, अंतर्राष्ट्रीय सहयोग, सशक्तीकरण, स्थिरता और निष्पक्षता के मानवाधिकार सिद्धांतों का व्यवस्थागत ढंग से समावेश और पालन किया जाएगा।

न्यू यॉर्क स्थित संयुक्त राष्ट्र मुख्यालय में एसडीजी पर होने वाली उच्चस्तरीय राजनीतिक मंच (हाईलेवल पोलिटिकल फ़ोरम – एचएलपीएफ़) की सालाना बैठक एक स्वाभाविक मंच है जहां मानवाधिकारों की रूपरेखा पर आधारित यौन अधिकारों के लिए आवाज़ उठाई जा सकती है। मगर यह रणनीति अपनाने के अपने जोख़िम भी हैं। अगर यहां आवाज़ उठाई जाएगी तो हो सकता है कि मानवाधिकारों की रूपरेखा विकास के एजेंडा का हिस्सा बन जाए मगर इस एजेंडा में यौन अधिकारों के प्रति वैसी प्रतिबद्धता नहीं है और अंततः इससे मानवाधिकारों की रूपरेखा को नुकसान भी पहुंच सकता है। दूसरा खतरा यह है कि कई बार राजनीतिक व्यावहारिकता के नाम पर कुछ खास यौन अधिकारों को तिलांजलि दे दी जाती है और स्वायत्तता के सर्वसमावेशी सिद्धांत पर शर्तें थोप दी जाती हैं। यह बात वहां साफ़ देखी जा सकती है जहां सरकार परिवार नियोजन सुविधाएं मुहैया कराने के लिए तो प्रयास कर रही है मगर सुरक्षित गर्भपात के लिए मदद नहीं देना चाहती[6] और ऐसी भाषा का इस्तेमाल करती है जिसमें आर्थिक उन्नति का लक्ष्य हासिल करने के लिए महिलाओं के अधिकारों को एक साधन की तरह इस्तेमाल किया जा रहा है।[7] इतना ही नहीं, हालांकि एसडीजी, एमडीजी के मुकाबले काफ़ी बेहतर हैं मगर नई व्यवस्था में भी उत्तरदायित्व की व्यवस्था काफ़ी कमज़ोर है[8] क्योंकि यह व्यवस्था केवल सरकारों द्वारा भेजी जाने वाली शैक्षिक समीक्षा रिपोर्टों पर ही आधारित है। दूसरी तरफ़, अलग–अलग लक्ष्यों पर हुई प्रगति को मापने के लिए मौजूद डेटा संग्रह का बुनियादी ढांचा भी बहुत सारे देशों में नाकाफ़ी है और नागर समाज की औपचारिक सहभागिता अभी भी पूरी तरह परिभाषित नहीं है।

यौन अधिकारों के हिमायतियों को एसडीजी प्रक्रियाओं में योगदान की अपनी कोशिशों के दौरान चौकस नज़र रखनी चाहिए और यौन अधिकारों की पुष्टि के लिए वैकल्पिक रास्तों पर भी ध्यान देना चाहिए।

मानवाधिकार परिषद और संधियों से संबंधित मंच ऐसा ही एक वैकल्पिक रास्ता हो सकते हैं। सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा (यूनिवर्सल पीरियॉडिक रिव्यू – यूपीआर) के तहत संयुक्त राष्ट्र के सभी 193 सदस्य देशों से उम्मीद की जाती है कि वे हर साढ़े चार साल में अपने मानवाधिकारों के रिकॉर्ड की समीक्षा करेंगे। यह समीक्षा पीयर रिव्यू यानी एक–दूसरे की समीक्षा की प्रक्रिया होती है। इसमें नागर समाज का भी काफ़ी योगदान होता है और राष्ट्रीय स्तर पर इसको लेकर काफ़ी गहमागहमी होती है। यह प्रक्रिया यौन अधिकारों के उपेक्षित पहलुओं पर ध्यान आकृष्ट कराने के लिए काफ़ी कारगर सिद्ध हुई है। स्वतंत्र विशेषज्ञों (और फलस्वरूप अंतर्सरकारी राजनीति की बंदिशों से मुक्त) के रूप में स्पेशल प्रॉसिजर्स की थिमेटिक रिपोर्ट्स, कंट्री विज़िट्स और संचार व्यवस्था के माध्यम से यौन अधिकारों के विश्लेषण को लगातार बल मिल रहा है। इसी तरह, अंतर्राष्ट्रीय कानूनों के आधार पर गठित और फलस्वरूप उन कानूनों से वैधता प्राप्त करने वाले संधि निकाय ऐस कानूनों, नीतियों और व्यवहारों का विश्लेषण करते हैं जो राष्ट्रीय स्तर पर यौन अधिकारों की पूर्ति में बाधक बन रहे हैं। फलस्वरूप, ये निकाय एकल शिकायत व्यवस्था के माध्यम से न्याय प्रदान करने की कोशिश करते हैं।

एचएलपीएफ़ की मदद के लिए गठित क्षेत्रीय सतत विकास मंच (सस्टेनेबल डेवलपमेंट फ़ोरम – एसडीएफ़) ऐसा ही एक और माध्यम हो सकता है। ये मंच अलग–अलग इलाकों के सामने मौजूद मुद्दों पर एक ज़्यादा संदर्भ आश्रित और रचनात्मक बहस की गुंजाइश मुहैया करा सकते हैं क्योंकि इनका नेतृत्व क्षेत्रीय नेताओं के हाथ में होता है, इन्हें स्थानीय नागर समाज संगठनों से जानकारियां मिलती हैं और ये मंच पहले से मौजूद क्षेत्रीय मानवाधिकार संस्थाओं की मदद से काम करते हैं।

ये वैकल्पिक रास्ते भी जोख़िमों से मुक्त नहीं हैं। मानवाधिकार परिषद में यौन एवं प्रजनन अधिकारों पर हो रहे लगातार हमले अलग–अलग क्षेत्रों की सरकारों की मिलीभगत से किए जा रहे सुनियोजित हमले हैं। रूस, मिस्र, पाकिस्तान, एल सल्वाडोर, भारत, सऊदी अरब, नाइजीरिया, युगांडा, चीन और अब अमेरिका भी अलग–अलग मुद्दों को लेकर इन देशों की फेरहरिस्त में शामिल हो गए हैं। इनमें से बहुत सारे देशों की सरकारें "परिवार संस्था की रक्षा" के प्रस्ताव को समर्थन देती रही हैं जिससे एक बहुत ख़तरनाक मिसाल सामने आई है। फलस्वरूप, अब इनमें से बहुत सारे देश विषमलैंगिक और पितृसत्तात्मक परिवार व्यवस्था को विशेष सुरक्षा प्रदान करने के लिए एक–दूसरे के नज़दीक आने लगे हैं। इस क्रम में वे परिवार के भीतर होने वाली हिंसा से बचाव के अधिकारों को भी कमज़ोर करते जा रहे हैं।[9] क्षेत्रीय सतत विकास मंचों के संदर्भ में इस बात पर गौर करना ज़रूरी है कि कुछ इलाकों पर आज भी ऐसी सरकारों का दबदबा है जो यौन अधिकारों के प्रति बहुत ही कठोर रवैया रखती हैं और जहां क्षेत्रीय मानवाधिकार संस्थाएं भी बहुत कमज़ोर हैं जिससे सार्थक संवाद और प्रगति की संभावनाएं बहुत सीमित हो जाती हैं।

इसके अलावा, संयुक्त राष्ट्र प्रणालियों के साथ काम करने की संभावना इस पर निर्भर करती है कि नागर समाज और कार्यकर्ताओं के पास स्वतंत्र रूप संगठित होने, अपनी असहमति को व्यक्त करने, मीटिंगों में जाने और भय व नतीजों के डर से आज़ाद रहते हुए सरकारों व संयुक्त राष्ट्र अधिकारियों के साथ रचनात्मक संवाद में जाने की क्षमता कितनी है। जब निरंकुश सरकारों की संख्या बढ़ती जा रही है और पितृसत्तामक मानकों की रक्षा के लिए प्रयासरत प्रतिगामी ताकतों का असर बढ़ता जा रहा है, ऐसे में यौन अधिकारों की पैरवी की गुंजाइश हर स्तर पर सिमटती दिखायी दे रही है।[10] अंत में, इन सारे मंचों पर 'नागर समाज' का प्रतिनिधित्व कौन कर रहा है? ये प्रतिनिधि किसके पक्ष में बोल रहे हैं? और यदि वार्ताओं और समझौतों का ब्यौरा स्थानीय स्तर तक नहीं पहुंचता है तो राष्ट्रीय संदर्भों के लिए संयुक्त राष्ट्र व्यवस्था की क्या प्रासंगिता है? ऐसे में यह सवाल उठाना महत्वपूर्ण हो जाता है कि संयुक्त राष्ट्र प्रक्रियाओं में कौन – या कौन नहीं – हिस्सा ले रहा है।

इन सारी कठिनाइयों के बावजूद मानवाधिकारों की रूपरेखा में सरकारी जवाबदेही और अधिकारों की सार्वभौमिकता को लेकर जितना ज़ोर दिया जा रहा है, उससे कुछ ऐसे महत्वपूर्ण प्रवेशबिंदु ज़रूर सामने आते हैं जो देशों की संप्रभुता और सांस्कृतिक सापेक्षता के पूरे तर्क को अस्तव्यस्त कर सकते हैं। यौन अधिकारों के वैश्विक विमर्श पर अकसर इन्हीं सिद्ध ांतों का साया मंडराता रहा है। एसडीजी सहित इन सारी संयुक्त राष्ट्र प्रणालियों के बीच और बेहतर समन्वय हो तथा ऊपर गिनाई गई चिंताओं पर तत्काल ध्यान दिया जाए तो बहुत सारे आपस में जुड़े यौन अधिकारों के सम्मान, रक्षा और पूर्ति की सरकारी जवाबदेही को और बढ़ाया जा सकता है। जवाबदेही की इन प्रक्रियाओं से कुल मिलाकर प्रत्येक सरकार पर इस बात के लिए दबाव पैदा होता है कि वे अपने कानूनों, नीतियों, शासकीय प्रक्रियाओं और बजट आवंटनों में ऐसे बदलाव करें कि उनके दायरे में आने वाले सभी व्यक्तियों के यौन अधिकारों की पूर्ति में मदद मिल सके। जैसे–जैसे नागर समाज के इस दबाव के फलस्वरूप घरेलू स्थिति में बदलाव आ रहा है वैसे–वैसे अंतर्राष्ट्रीय राजनीतिक स्थिति भी बदलती जा रही है, जिससे एसडीजी लक्ष्यों के भीतर ही नहीं बल्कि व्यापक स्तर पर यौन अधिकारों के पक्ष में भी एक वैश्विक समर्थन पैदा होने लगा है।[11]

संयुक्त राष्ट्र के स्तर पर और एसडीजी प्रक्रियाओं के तहत यौन अधिकारों की मान्यता तब तक निरर्थक है जब तक यह लोगों की ज़िंदगी के लिए प्रासंगिक

नहीं होगी। वैश्विक स्तर पर सक्रिय यौन अधिकार समर्थकों के रूप में हमें इस बात को कभी भी नज़रअंदाज़ नहीं करना चाहिए और अपने पास उपलब्ध साधनों की मदद से लगातार इस बात पर ध्यान देना चाहिए कि राष्ट्रीय, क्षेत्रीय और अंतर्राष्ट्रीय मानकों के बीच और ज़्यादा गहरे, ज़्यादा समन्वित संबंध विकसित हों और वे इस सिद्धांत पर आधारित हों कि प्रत्येक मनुष्य को यौनिकता, जेंडर और प्रजनन से संबंधित सारे मामलों में स्वतंत्र रूप से निर्णय लेने का एक अविभाज्य मानवाधिकार मिला है।

अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार संधियों पर हस्ताक्षर करने वाली सभी सरकारों को इसके लिए जवाबदेह ठहराया जाना चाहिए कि वे जहां भी और जब भी संभव हो इस दिशा में अपनी क्रियाओं या निष्क्रियताओं का हिस्सा दें। संयुक्त राष्ट्र के स्तर पर पैरवी यौन अधिकारों की बेहद उलझी पहेली का सिर्फ़ एक टुकड़ा है और इसकी बहुत सारी सीमाएं हैं। फिर भी इसने ऐसी नीतियों की रचना में निर्णायक योगदान तो दिया ही है जो सम्मानपूर्वक जीने के प्रत्येक मनुष्य के अधिकार की रक्षा के लिए आवश्यक व्यवस्थाओं को सींचती हैं।

नोट और संदर्भ

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.
2. बीजिंग डेक्लेरेशन ऐण्ड प्लेटफॉर्म फॉर ऐक्शन, फोर्थ वर्ल्ड कॉन्फ्रेंस ऑन वीमेन (1995) A/CONF/177/20 पैरा 96 : "महिलाओं के मानवाधिकारों में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सहित अपनी यौनिकता से संबंधित सारे मामलों में मुक्त रूप से और ज़िम्मेदारी के साथ फैसला लेने का अधिकार भी शामिल है। साथ ही इसमें किसी भी तरह की ज़ोर–ज़बर्दस्ती, भेदभाव और हिंसा से मुक्त रहते हुए इन अधिकारों के सदुपयोग को भी शामिल किया गया है। यौन संबंधों एवं प्रजनन से संबंधित मामलों में महिलाओं और पुरुषों के बीच समानता पर आधारित संबंध हों, जिनमें एक–दूसरे के शरीर के प्रति पूर्ण सम्मान, परस्पर सहमति और यौन आचरण व उसके निहितार्थों के प्रति साझा ज़िम्मेदारी का भाव भी शामिल है।"
3. संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार व्यवस्था में शामिल स्वतंत्र विशेषज्ञों में ऐसी समितियों के सदस्य भी शामिल हैं जिनको मानवाधिकार संधियों एवं संयुक्त राष्ट्र परिषद द्वारा नियुक्त विशेष प्रावधानों के विभिन्न देशों द्वारा क्रियान्वयन पर नज़र रखने के लिए नियुक्त किया जाता है। ये विशेषज्ञ किसी भी ऐसी सरकार से स्वतंत्र होते हैं जो विषयवार अथवा राष्ट्रीय दृष्टिकोण से मानवाधिकारों पर रिपोर्टिंग और परामर्श दे रही है।
4. उदाहरण के लिए, देखें : 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. 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. उदाहरण के लिए, देखें : "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-positionon-human-rights-council-resolution-on-violence-againstwomen/.
7. उदाहरण के लिए देखें : किंगडम ऑफ एसोथो के प्रधानमंत्री एवं राष्ट्राध्यक्ष डॉ. अकालिता बी. मोसिसिली द्वारा पोस्ट–2015 डेवलेपमेंट एजेंडा समिट इंटरेक्टिव डॉयलॉग : टेक्लिंग इनिक्वॉलिटी, ऍपावरिंग गर्ल ऐण्ड वीमें, ऐण्ड लीविंग नो वन बिहाइंड के अवसर पर सितंबर 25 2015 को दिया गया वक्तव्य। उन्होंने कहा था, "महिलाओं का सशक्तीकरण एक राष्ट्र का सशक्तीकरण है। यह कथन दुनिया के नेताओं के रूप में हमें इसके लिए प्रोत्साहित करता है कि हम एकमत, एक उद्देश्य से काम करें ताकि महिलाएं व लड़कियां समग्र मानवता के हित में एक टिकाऊ वैश्विक अर्थव्यवस्था के निर्माण में उचित भूमिका अदा करने के लिए आगे आ सकें।" https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19216lesotho.pdf.
8. उदाहरण के लिए देखें : Centre for Economic and Social Rights, "Accountability Left Behind in SDG Follow up and Review," http://www.cesr.org/accountability-left-behind-sdg-follow-andreview.
9. उदाहरण के लिए देखें : "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-strongconcerns-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. यह स्थिति हाल ही में बोट्स्वाना के मामले में दिखाई दी। इससे पहले यहां की सरकार ने भी संयुक्त राष्ट्र प्रस्तावों में समग्र यौनिकता शिक्षा (सीएसई) के समावेशन का विरोध किया था। मगर राष्ट्रीय स्तर पर कई साल की एडवोकेसी और सीडा की सिफारिशों के आधार पर बोट्स्वाना की नीति में बदलाव आया है और अब सरकार संयुक्त राष्ट्र परिषद में सीएसई के पक्ष में मतदान करती है। बोटस्वाना इसके पक्ष में मतदान करने वाले मुट्ठी भर देशों में से एक है। जहां एक तरफ बोटस्वाना ने संयुक्त राष्ट्र परिषद में सीएसई का समर्थन किया है वहीं दूसरी तरफ उसने यौन रुझान एवं जेंडर पहचान से संबंधित किसी भी तरह की बहस का भी सख्त विरोध किया है। यह इस बात का द्योतक है कि तमाम यौन अधिकारों को एक दूसरे से जोड़ कर देखना कितना ज़रूरी है।

असुरक्षित गर्भपात से औरतें आज भी क्यों मर रही हैं?

सुचित्रा दलवी, एमडी, एमआरसीओजी
कोऑर्डिनेटर, एशिया सेफ़ एबॉर्शन पार्टनरशिप
ईमेलः *suchidoc@hotmail.com*

भूमिका

अपने समाज में महिलाएं भी एक सामान्य मनुष्य के रूप में अपनी संभावनाओं को साकार कर सकें, इसके लिए ज़रूरी है कि उनके पास अपनी प्रजनन क्षमता को नियंत्रित करने का अधिकार और ताकत हो। चूंकि औरत को गर्भ अपने शरीर के भीतर धारण करना होता है और लिहाज़ा इससे उसके स्वास्थ्य और कई दफ़े जीवन के लिए भी खतरे पैदा हो जाते हैं इसलिए इस बारे में फैसला लेने का अधिकार भी उसी का होना चाहिए कि वह गर्भ धारण करना चाहती है या नहीं और उसे प्रसव तक ले जाना चाहती है या नहीं। पिछले कुछ दशकों के दौरान यौवनारंभ/प्रथम माहवारी की उम्र लगातार घटती गई है और अब यह 10 साल के आसपास पहुंच चुकी है। दूसरी तरफ़, रजोनिवृत्ति की उम्र अभी भी 50 साल के आसपास ही है।[1] इसका मतलब यह है कि आज जो लड़की 10 साल की है उसे अपने पूरे जीवनकाल में लगभग 480 बार माहवारी से गुज़रना है जबकि वह केवल एक या दो ही बच्चे पैदा करना चाहती होगी। इस तरह, उसे लगातार ऐसे गर्भनिरोधकों की आवश्यकता होगी जो उसे 398 बार अवांछित गर्भ से बचा सकें।

गर्भनिरोधक विकासशील देशों में प्रजननशील आयु की यौन सक्रिय महिलाओं (यानी लगभग 81.8 करोड़) में से लगभग आधी महिलाएं गर्भधारण से बचना चाहती हैं मगर इन महिलाओं में से लगभग 17 प्रतिशत यानी तकरीबन 14 करोड़ अभी भी परिवार नियोजन का कोई भी साधन इस्तेमाल नहीं कर पा रही हैं। इनमें से 9 प्रतिशत (यानी 7.5 करोड़) महिलाएं ऐसी हैं जो गर्भपात के साधन तो इस्तेमाल कर रही हैं मगर वे ऐसे परंपरागत साधन हैं जो बहुत प्रभावी नहीं हैं[2] या उनका इस्तेमाल केवल इसलिए किया जा रहा है क्योंकि आधुनिक गर्भपात साधन उपलब्ध नहीं हैं।[3] जानकारियों की कमी, मिथकों, गलतफहमियों तथा महिलाओं की स्वायत्तता और फैसले लेने की क्षमता पर लगे अंकुशों का नतीजा यह है कि[4] ऐसी पद्धतियों तक उन महिलाओं की पहुंच बहुत सीमित है जो इसके लिए खुद आवाज़ उठाने की स्थिति में नहीं हैं।

इतना ही नहीं, गर्भनिरोधक साधनों का प्रयोग करने से भी सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की आवश्यकता खत्म नहीं होती। विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) का अनुमान है कि दुनिया भर में 3.3 करोड़ प्रयोक्ताओं को गर्भपात के बावजूद हर साल संयोगवश या अनचाहे गर्भ का सामना करना ही पड़ता है।[5] पहले भी डब्ल्यूएचओ का लगभग यही अनुमान था कि अगर सभी प्रयोक्ता बिलकुल सही ढंग से गर्भनिरोधकों का प्रयोग करें तो भी हर साल लगभग 6 करोड़ महिलाएं गर्भधारण करेंगी।[6]

अनचाहा गर्भ पहुंच की कमी और गर्भनिरोधक साधनों की विफलता के कारण भी बहुत सारी महिलाएं ऐसे हालात से गुज़रती हैं जब वे गर्भ नहीं रखना चाहतीं। मसलन, यदि उनके साथ बलात्कार हुआ हो, या गर्भ को रखने से उनके स्वास्थ्य और/या जीवन के लिए खतरा पैदा होता हो, भ्रूण की शारीरिक बनावट असामान्य हो तो वे प्रायः गर्भ जारी नहीं रखना चाहती हैं। इसी प्रकार, आर्थिक या निजी वजहों से भी बच्चा पैदा करना संकटप्रद हो सकता है। जैसे, वैवाहिक संबंधों में हिंसा और कलह हो सकती है या पहले से एक छोटा बच्चा होने के कारण या बच्चा पैदा करने और पालने की क्षमता कम होने की स्थिति में भी गर्भपात की ज़रूरत पड़ सकती है। बढ़ते मानवीय संकटों को देखते हुए ऐसी महिलाओं की संख्या संभवतः आने वाले समय में भी बढ़ती ही जाएगी जो अनचाहे गर्भ की समस्या से जूझ रही होंगी और लिहाज़ा उन्हें सुरक्षित गर्भपात सुविधाओं की आश्यकता होगी।

गर्भपात के तरीके अनचाहे गर्भ को या तो शल्य चिकित्सा के माध्यम से या गर्भपात की गोलियां खाकर खत्म किया जा सकता है। गोलियों से गर्भपात के लिए मिफेप्रिस्टोन और मीसोप्रोस्टोल की गोलियां खायी जाती हैं। अगर किसी देश में मिफेप्रिस्टोन प्रजीकृत नहीं है तो केवल मीसोप्रोस्टोल की गोली खाकर गर्भपात किया जा सकता है।[7] इन दोनों पद्धतियों के अपने फायदे और नुकसान हैं।[8]

एशिया में पहुंच की समस्याएं

दुनिया भर में गर्भपात सुविधाओं तक पहुंच पर नियंत्रण का सवाल एक लंबे ऐतिहासिक संघर्ष का हिस्सा रहा है जिसमें पितृसत्तात्मक संस्कृति, मातृत्व का महिमामंडन, धर्म, स्थानीय राजनीति और आर्थिक स्थिति आदि सभी कारक बहुत अहम भूमिका अदा करते रहे हैं। चाहे गर्भ वांछित हो या अवांछित हो, जब भी महिलाओं ने अनचाहे गर्भ को खत्म करने

की इच्छा व्यक्त की है, उन्हें असंख्य बाधाओं का सामना करना ही पड़ता है। उन्हें अवरोधक कानूनों,[9] स्वास्थ्यकर्मियों के नकारात्मक रवैये[10] और संबंधित कानूनों की मनमानी व्याख्या,[11] सेवा डिलीवरी संस्थाओं की कमी,[12] और गर्भपात की गोलियों की अनुपलब्धता जैसे बहुत सारे कारणों का सामना करना पड़ता है।

ऐसा लगता है कि 2003 से 2008 के बीच एशिया में असुरक्षित गर्भपात की घटनाएं 98 लाख से बढ़कर 108 लाख तक पहुंच गई थी।[13,14] यहां तक कि भारत और नेपाल जैसे उदार कानूनों वाले देशों में भी महिलाओं के पास सुरक्षित गर्भपात सुविधाओं तक पहुंच में समस्याएं दिखाई पड़ती हैं और आज भी यहां बहुत सारी महिलाएं असुरक्षित गर्भपात के कारण दम तोड़ रही हैं।[15] जो महिलाएं दूसरी तिमाही के दौरान गर्भपात का फैसला लेती हैं उन्हें और भी ज़्यादा कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है।[16]

पिछले दो दशकों के दौरान एशिया में लिंग चयन की बढ़ती प्रवृत्ति और उसके जवाब में बनाई गई नीतियों व कार्यक्रमों से भी गर्भपात सुविधाओं के इस्तेमाल में नई तरह की रुकावटें पैदा हुई हैं।[17] इन संरक्षणवादी तौर–तरीकों, जेंडर आधारित भेदभावों, तथा सुरक्षित गर्भपात व शरीर पर अपने नियंत्रण को न मानने की प्रवृत्ति ही लिंग चयन की समस्या का मूल कारण है।[18]

एशिया में पहुंच से संबंधित कानून और उनका प्रभाव ज़्यादातर एशियाई देशों के कानून आज भी अपने उपनिवेशकारों द्वारा विरासत में छोड़े गए दंड संहिता (पीनल कोड) पर आधारित हैं[19] जबकि जिन यूरोपीय देशों से आए उपनिवेशकारों ने ये कानून बनाए थे वे अपनी उस समझदारी से काफ़ी आगे जा चुके हैं।

नेपाल में गर्भपात को 2002 में व्यापक धरातल पर कानूनी मान्यता दी गई थी। फलस्वरूप वहां गर्भपात से संबंधित जटिलताएं अब कम दिखाई देने लगी हैं। देश के आठ ज़िलों में किए गए ताज़ा अध्ययन से पता चला है कि जहां एक तरफ़ 1998 में सभी संस्थानों में आए मातृ रोगों के मामलों में से 54ः मामले गर्भपात से संबंधित जटिलताओं के थे जबकि 2008–2009 में यह संख्या केवल 28ः थी।[20] दूसरी तरफ़, इंडोनेशिया और फ़िलीपींस जैसे देश हैं जहां गर्भपात संबंधी कानून अभी भी बहुत संकुचित हैं और लिहाज़ा यहां सुरक्षित गर्भपात सेवाओं तक पहुंच बहुत कठिन है। इसकी वजह से यहां असुरक्षित गर्भपात कराने वाली महिलाओं की संख्या काफ़ी ज़्यादा रहती है। ऐसी कई महिलाएं गर्भपात संबंधी विकृयों के कारण मर भी जाती हैं।[21, 22]

पिछले एक दशक के दौरान बहुत सारे देशों ने अपने गर्भपात कानूनों को सरल बनाया है।[23] इसके बावजूद, अभी हमें बहुत लंबा फासला तय करना है। अक्तूबर 2011 में संयुक्त राष्ट्र महासभा के सामने बोलते हुए संयुक्त राष्ट्र स्वास्थ्य लोकपाल आनंद ग्रोवर ने सभी सरकारों से अपील की थी कि गर्भपात को पूरी तरह अपराध की श्रेणी से बाहर कर दिया जाए।[24]

दरअसल उन्नीसवीं शताब्दी की शुरुआत तक गर्भपात के खिलाफ़ कानूनी पाबंदियां बहुत कम थीं और विभिन्न संस्कृतियों व इलाकों में दाई ही गर्भपात कराया करती थीं। आगे चलकर यूरोप में गर्भपात को अपराध की श्रेणी में रखने का सिलसिला शुरू हुआ। इसके लिए भी प्रायः महिलाओं की 'हिफ़ाजत' का ही हवाला दिया गया। जैसा कि बहुत सारे इतिहासकारों का कहना है, असल में यह महिलाओं के अधिकारों के लिए तेज़ होते जा रहे संघर्षों के खिलाफ़ एक महिला विरोधी प्रतिक्रिया थी। गर्भपात तक पहुंच पर अंकुश से महिलाओं को बच्चों के लालन–पालन की परंपरागत भूमिकाओं से बांधकर रखना आसान हो जाता था। दाइयों और स्थानीय महिलाओं को गर्भपात करने से रोक देना, गर्भपात के अधिकार पर अंकुश लगाने का एक और तरीका था।[25] इस तरह आधुनिक डॉक्टरों ने गर्भपात की प्रक्रिया पर अपना पूरा नियंत्रण स्थापित कर लिया। नवगठित अमेरिकी मेडिकल एसोसिएशन (एएमए) ने दलील दी कि गर्भपात अनैतिक भी है और शरीर के लिए खतरनाक भी है। लिहाज़ा, 1910 तक आते–आते अमेरिका के एक राज्य को छोड़कर बाकी पूरे देश में गर्भपात को अपराध घोषित कर दिया गया था। वहां गर्भपात केवल तभी संभव था जब एक योग्य डॉक्टर की राय में संबंधित महिला की जान बचाने के लिए गर्भपात करना ज़रूरी हो। कानूनन गर्भपात को 'केवल डॉक्टरों की बपौती' बना दिया गया।

हाल के सालों के दौरान फ़ेडरेशन ऑफ़ ऑब्स्टेट्रीशियन ऐण्ड गाइनेकॉलॉजिस्ट्स ऑफ़ इंडिया (एफ़ओजीएसआई) तथा इंडियन मेडिकल एशोसिएशन (आईएमआई) ने भी कुछ इसी तरह की भूमिका अदा की है। कुछ साल पहले सरकार ने प्रस्ताव रखा था कि गर्भपात कानून में संशोधन करके गैर–ऐलोपैथिक डॉक्टरों और नर्सों को भी गर्भपात का अधिकार दिया जाए। एफ़ओजीएसआई और आईएमए, दोनों ने इस प्रस्ताव का खुलकर विरोध किया। उनका विरोध तब है जबकि कई अध्ययन यह साबित कर चुके हैं कि गैर–ऐलोपैथिक डॉक्टरों और नर्सों को सुरक्षित गर्भपात का प्रशिक्षण दिया जाए तो वे सफलतापूर्वक इस ज़िम्मेदारी को निभा सकते हैं।[26,27]

गर्भपात की राजनीति और अर्थशास्त्र 1984 में जब पहली मेक्सिको पॉलिसी (या ग्लोबल गैग रूल) को लागू किया गया तभी से गर्भपात का अधिकार वैश्विक राजनीतिक मुद्दा बना हुआ है और अमेरिका इस विवाद के मध्य में रहा है। 1994 में हुआ अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन (आईसीपीडी) इस वैश्विक राजनीति में एक मुख्य अध्याय रहा है। इस

सम्मेलन में गर्भपात को एक बड़ी वैश्विक स्वास्थ्य समस्या के रूप में परिभाषित किया गया और प्रजनन अधिकारों की अवधारणा को मान्यता दी गई। मगर, आईसीपीडी के प्रोग्राम ऑफ़ ऐक्शन में भी गर्भपात के सवाल पर एक केवल समझौतापरक भाषा का इस्तेमाल किया गया और ये कहा गया कि गर्भपात "केवल तभी सुरक्षित है जब उसे कानूनी मान्यता प्राप्त हो।" इसके बाद हमें यह कहना पड़ा कि गर्भपात परिवार नियोजन की पद्धति नहीं है जबकि कुछ महिलाओं के लिए यह वास्तव में परिवार नियोजन का साधन भी रहा है। हमें यह भी मानना पड़ा कि "बार–बार गर्भपात" की स्थिति में महिलाओं को गर्भनिरोधकों के बारे मे ज़्यादा सलाह–मशविरा दिया जाना चाहिए। हमने यह भी मान लिया है कि गर्भपात न केवल सुरक्षित और कानूनी होना चाहिए बलिक 'कभी–कभार' भी होना चहिए। इस बात पर हमारा विरोध बहुत मामूली ही रहा है कि गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल में इज़ाफा गर्भपात की दर में कमी लाने का एक समाधान हो सकता है।[28]

अमेरिकी राष्ट्रपति ने सत्ता संभालने के तीसरे ही दिन जिस ग्लोबल गैग रूल पर फिर से दस्तखत किए हैं वह अपने पीछे महिलाओं की लाशों और तबाही का एक लंबा सिलसिला छोड़ कर जाने वाला है। कम्बोडिया, म्यान्मार और यहां तक कि नेपाल जैसे देशों में भी – जहां यूएसएड फ़ंडिंग से ऐसे बहुत सारी स्थानीय गैर–सरकारी संगठनों (एनजीओ) को मदद दी जाती है जो गर्भनिरोधक मुहैया कराते हैं और सुरक्षित गर्भपात रेफ़रल अथवा सेवाएं मुहैया कराते हैं – ग्लोबल गैल रूल की मेहरबानी से लगभग दो लाख महिलाएं अनचाहे गर्भ का शिकार होंगी और उनमें से लगभग 50,000 को असुरक्षित गर्भपात का विकल्प अपनाना पड़ेगा।[29]

बड़े दाता और बड़ी दवाई कंपनियां अलग–अलग प्राथमिकताओं को तय करने, नई सीमाएं खड़ी करने और प्रजनन स्वास्थ्य को पुन:परिभाषित करने में जो भूमिका अदा करती हैं वह भी एक गंभीर मसला है जिस पर नागर समाज ने अभी तक पर्याप्त सख्ती से अपनी बात नहीं कही है। क्या डॉक्टरों से उम्मीद की जाती है कि वे महिलाओं को सुरक्षित गर्भपात के विकल्पों की जानकारी न दें जबकि उन्हें मालूम है कि इसकी वजह से उनमें से कई महिलाओं की जान भी जा सकती है? क्या भारी–भरकम फ़ंडिंग से चलने वाले 'परिवार नियोजन' कार्यक्रम शरीर में केवल दीर्घकालिक गर्भपात साधनों को डाल कर अपनी ज़िम्मेदारी से हाथ झाड़ सकते हैं? क्या इस बात से पूरी तरह इनकार किया जा सकता है कि गर्भनिरोधक भी विफल हो सकते हैं और ऐसे में बहुत सारी महिलाओं को अनचाहे गर्भ को खत्म करने के लिए सुरक्षित गर्भपात की ज़रूरत हो सकती है? गर्भपात के बाद गर्भनिरोध की ज़रूरत पर मचे सारे हो–हल्ले में हम इस पर कब बात करेंगे कि गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल के बाद भी गर्भपात की ज़रूरत पड़ सकती है।

बड़े दाता और बड़ी दवाई कंपनियां अलग–अलग प्राथमिकताओं को तय करने, नई सीमाएं खड़ी करने और प्रजनन स्वास्थ्य को पुन:परिभषित करने में जो भूमिका अदा करती हैं वह भी एक गंभीर मसला है जिस पर नागर समाज ने अभी तक पर्याप्त सख्ती से अपनी बात नहीं कही है।

जैसे–जैसे नवउदारवादी आर्थिक नीतियों की जकड़ मज़बूत होती जा रही है, वैसे–वैसे सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) में भी सार्वजनिक–निजी साझेदारी (पब्लिक–प्राइवेट पार्टनरशिप – पीपीपी) पर ज़ोर बढ़ता जा रहा है। इस विकल्प की बहुत सारी आलोचनाओं और इसके खिलाफ़ मौजूद बहुत सारे साक्ष्यों के बावजूद इस 'समन्वय' को संभव बनाने के लिए अलग से एक नीति भी तय कर दी गई है।[30,31,32,33]

इतना ही नहीं, चिकित्सा सेवाओं को निजी क्षेत्र के हवाले कर देने की सिफ़ारिशों में इस बारे में भी कोई दिशानिर्देश नहीं दिए गए हैं कि कौन सी चिकित्सा सेवाओं को महत्वपूर्ण माना जाएगा और लिहाज़ा उन्हें हर हाल में सरकार की ही ज़िम्मेदारी और जवाबदेही में रखा जाना चाहिए। यह भी साफ़ नहीं है कि क्या पीपीपी के पक्ष में हस्तांतरण एक समयबद्ध प्रक्रिया होगी जिसमें समानांतर रूप से सार्वजनिक क्षेत्र का क्षमतावर्द्धन भी किया जाएगा ताकि एक निश्चित अवधि के बाद इन सेवाओं को सार्वजनिक क्षेत्र के संस्थान खुद संभाल सकें या ये सेवाएं हमेशा के लिए निजी हाथों में सौंप दी जाएंगी और इस तरह लोग हमेशा के लिए पीपीपी मॉडल पर आश्रित हो जाएंगे क्योंकि उनके पास और कोई विकल्प नहीं बचेगा।[34]

अगर सरकार सुरक्षित गर्भपात सेवाओं को पीपीपी मॉडल के हवाले कर देती है और खुद अपनी सेवाओं व सुविधाओं को बेहतर बनाने के लिए खर्चा करने की बजाय अपने बजट का एक बड़ा हिस्सा इन साझेदारियों पर खर्च कर देती है और दस–पांच साल के भीतर वह निजी संस्थान बंद हो जाता है या किसी ऐसे इलाके में चला जाता है जहां उसका कारोबार ज़्यादा अच्छा चल सकता है तो उस इलाके की महिलाओं को ये सेवाएं कौन मुहैया कराएगा? इसकी किससे जवाबदेही मांगी जाएगी?[35]

lok fMyojh e u, i;kxA अनुमान लगाया जाता है कि फिलहाल एशिया और प्रशांत क्षेत्र में लगभग 288.2 करोड़ लोग स्मार्ट फ़ोन का इस्तेमाल कर रहे हैं। सोशल मीडिया तथा स्मार्ट फ़ोन आधारित अन्य तकनीकों या एमहेल्थ (mHealth)[36] का इस्तेमाल बहुत सारे लोगों के लिए सशक्तीकरण का साधन हो सकता है। यह तरीका चिकित्सा प्रदाताओं और डॉक्टरों के परंपरागत दबदबे से बच निकलने में मदद देता है।[37]

महिलाएं हमेशा ही परिवर्तन की वाहक रही हैं और गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता की सीमाओं को लगातार पीछे ढकेल रही हैं।

महिलाएं हमेशा ही परिवर्तन की वाहक रही हैं और गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता की सीमाओं को लगातार पीछे ढकेल रही हैं। एक ज़माना था जब गर्भपात की गोलियां भी केवल स्त्री रोग विशेषज्ञ ही देती थी। इसके बाद, सभी डॉक्टर और नर्स, और उसके बाद केमिस्ट यह दवाई देने लगे। आज औरतें खुद इस गोली को चुनने और इस्तेमाल करने लगी हैं। अगर यह फैसला एक उचित रणनीति के अनुसार हो तो यह सशक्तीकरण का स्रोत हो सकता है मगर यदि महिलाओं को यह मानकर लाचार छोड़ दिया जाता है कि सार्वजनिक क्षेत्र अपनी ज़िम्मेदारी निभाने को तैयार नहीं है तो यह स्थिति महिलाओं के लिए सशक्तीकरण का साधन नहीं बनेगी। ऐसे में होगा ये कि जो कानून अभी तक चिकित्सा प्रदाताओं द्वारा नियमों के उल्लंघन के लिए उन्हें अपराधी मानता था, अब वही महिलाओं को ही इस गोली का खुद इस्तेमाल करने की वजह से अपराधी मानने लगेगा। हाल ही में महिलाओं द्वारा गर्भपात की गोलियों का खुद इस्तेमाल करना काफ़ी बढ़ गया है और इस पर काफ़ी नकरात्मक प्रतिक्रियाएं भी आई हैं[38,39] जबकि सच्चाई यह है कि ऐसी ज़्यादातर महिलाओं के लिए यह परंपरागत अनौपचारिक क्षेत्र के मुकाबले बहुत सुरक्षित पद्धति है।[40] महिलाओं द्वारा खुद इन गोलियों के सुरक्षित ढंग से इस्तेमाल करने (जो कि महिलाओं को गर्भपात सेवाएं प्रदान न करने वाली मुख्यधारा को चुनौती देने का तरीका भी है) को एक बहाना बनाने की बजाय ज़रूरत इस बात की है कि सार्वजनिक क्षेत्र को इसके लिए जवाबदेह ठहराया जाए कि वह दूसरे योन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं की श्रृंखला में चिकित्सकीय गर्भपात सेवाएं मुहैया कराने में नाकामयाब क्यों हो रहा है।[41]

हम भविष्य में क्या चाहते हैं?

सबसे पहली बात, हमारी मांग है कि सभी को सुरक्षित गर्भपात का अधिकार मिले। उन्हें सर्जिकल और चिकित्सकीय, दोनों पद्धतियों में से किसी भी विकल्प को चुनने का अधिकार मिले। उन्हें ज़ोर–ज़बर्दस्ती से मुक्त और गर्भपात के पश्चात गर्भनिरोधकों की सुविधा अपनाने का अधिकार और काउंसलिंग मिले। उन्हें गर्भनिरोधकों के इस्तेमाल के बाद भी गर्भपात के विकल्प का इस्तेमाल करने की छूट दी जाए। और सभी को संवेदनशीलता के साथ गर्भपात और उसके पश्चात समुचित देखभाल व चिकित्सा की सुविधा मिले।

हमें एक ऐसी दुनिया की रचना करनी है जहां किसी भी औरत को केवल असुरक्षित गर्भपात के कारण दम ना तोड़ना पड़े।

हमें सुरक्षित गर्भपात को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के व्यापक फलक पर रखना होगा और इसके लिए मांग करनी होगी कि इसे अपराध न माना जाए, इसे कानूनी मान्यता दी जाए और गर्भपात सेवाओं की उपलधता के बारे में सटीक जानकारियां मुहैया कराई जाएं। हमें यौनिकता और गर्भपात के सवाल पर फैले बदनामी और कलंक के एहसास को खत्म करना होगा और अपना ध्यान पितृसत्ता पर केंद्रित करना होगा जो जेंडर असमानता और महिलाओं की अधीनता को इस हद तक बढ़ा देती है कि उनके पास अपनी ही यौनिकता और शरीर पर नियंत्रण तक नहीं बचता।

हमें अपनी चर्चाओं को 'चयन के लिए' की हिमायत से 'अधिकार के लिए' की हिमायत पर केंद्रित करना होगा[42] क्योंकि अधिकारों के बिना चयन की कोई क्षमता नहीं होती। हमें इस पर सवाल उठाना होगा कि जो कानून लिंग निर्धारण को रोकते हैं और ऐसा करने वालों को दंडित करते हैं वे फैसला लेने का बोझ तो संबंधित व्यक्तियों पर डाल देते हैं मगर जेंडर भेदभाव को खत्म करने में किसी भी तरह योगदान नहीं देते।

हम चाहते हैं कि सरकार सार्वजनिक क्षेत्र में सेवाएं मुहैया कराने और निजी क्षेत्र में सेवाओं की गुणवत्ता सुनिश्चित करने और लागतों पर अंकुश लगाने के लिए पर्याप्त बजट तय करे।

हमें न केवल तकनीकी गुणवत्ता के लिहाज़ से बल्कि महिलाओं के दृष्टिकोण से भी डेटा संग्रह, निगरानी और मूल्यांकन के और बेहतर साधन व उपकरण विकसित करने होंगे।

हमें नौकरी के पहले और नौकरी के दौरान भी स्वास्थ्य कर्मियों को जेंडर और अधिकारों का प्रशिक्षण देने के लिए व्यय का बंदोबस्त करना होगा। हमें सुनिश्चित करना होगा कि सार्वजनिक और निजी, दोनों क्षेत्रों में मौजूद सभी चिकित्साकर्मी डेटा सुरक्षा और उपायों के बारे में जागरूक हों, खासतौर से डिजिटल सुरक्षा पर ध्यान दें ताकि महिलाओं और चिकित्साकर्मियों, दोनों की गोपनीयता और सुरक्षा सुनिश्चित की जा सके।

हमें सुरक्षित मातृत्व, प्रसूति/ऑस्ब्टेक्ट्रिक हिंसा, यौन स्वास्थ्य एवं अधिकारों, प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों, एलजीबीटीआईक्यू अधिकारों, बाल विवाहों की रोकथाम, यौनिकता शिक्षा और महिलाओं के विरुद्ध हिंसा जैसे मुद्दों पर चल रहे आंदोलनों में सुरक्षित गर्भपात के अधिकार के समर्थन में किए जा रहे प्रयासों को भी शामिल करना होगा।

हमें एक ऐसी दुनिया की रचना करनी है जहां किसी भी औरत को केवल असुरक्षित गर्भपात के कारण दम ना तोड़ना पड़े।

नोट और संदर्भ

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): 300–302, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383190/.

2. "Family Planning," UNDESA Population Division, http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/familyplanning/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): 181–192, 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. एशिया में सिर्फ 3 ऐसे देश हैं जो किसी भी सूरत में गर्भपात की अनुमति नहीं देते : ईराक, लाओ पीडिआर तथा फिलीपींस। "Abortion in Asia," New York: Guttmacher Institute, 2016, https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-asia.
10. R. Kumar, "Abortion in Sri Lanka: The Double Standard," American Journal of Public Health 103, no. 3 (2013): 400–404, 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 Project—India: 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-worldwidedecade-uneven-progress.
15. M. Puri, D. Vohra, C. Gerdts, 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-saveour-daughtersfrom-us/#sthash.LzdduluR.dpbs.
19. इनमें शामिल हैं बंगलादेश, भारत, मलेशिया, म्यांमार, पाकिस्तान और श्रीलंका, जहां 1860 की ब्रिटिश दंड संहिता लागू है; और इंडोनेशिया, जहां 1848 का फ्रांसीसी दंड संहिता लागू है।
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-unsafeabortion-philippines-context-and-consequences.
23. "Facts on Induced Abortion Worldwide," Guttmacher Institute.
24. "Several Aspects of Sexual, Reproductive Health—Providing Information, Using Contraception, Abortion—Should 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-allowmidwives-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-safeabortion-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-jeopardisesasia-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. उपरोक्त
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-usersin-asia-pacific/.
37. Suchitra Dalvie, "mHealth: To Boldly Go Where No Woman Has Gone Before," The ASAP Blog, June 21, 2013, http://asapasia.org/blog/mhealth-to-boldly-go-where-no-woman-has-gonebefore/#sthash.1ECKJjmX.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.
42 "Twelve Human Rights Key to Reproductive Rights," Centre for Reproductive Rights, 2009, https://www.reproductiverights.org/document/twelve-human-rights-key-to-reproductive-rights

हमारे अपने शब्दों में

एसडीजीएस : यौनकर्मियों के लिए यहां भी जगह नहीं!

मीना सरस्वती सेशु
कार्यकर्ता और महासचिव, संग्राम
आरती पई
वकील और निदेशक, सेंटर फॉर पैरवी ऑन स्टिग्मा ऐण्ड मार्जिनलाइज़ेशन (सीएएसएएम)
ईमेल: *meenaseshu@gmail.com and*
ईमेल: *Aarthi.pai@gmail.com*

यौनकर्मी चाहे महिलाएं हों या पुरुष हों या ट्रांसजेंडर हों, पूरी आशंका यही है कि वे सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) की प्रक्रिया में रह गई दरारों के बीच से एक बार फिर फिसल जाएंगे जबकि इस बारे में किसी को इनकार नहीं है कि यौनकर्म में लगे लोग[1] भी आर्थिक, राजनीतिक, सामाजिक, नागरिक एवं सांस्कृतिक धरातल पर अन्य नागरिकों की तरह सभी अधिकारों के हकदार होते हैं। सरकार और गैर–सरकारी पक्ष, सभी यौनकर्मियों के अधिकारों की बेधड़क अवहेलना करते जा रहे हैं। यौनकर्मियों के खिलाफ़ भेदभाव और हिंसा की प्रवृत्ति असल में इस सोच से पैदा होती है कि उन्हें समाज बाकी नागरिकों के समकक्ष ही नहीं मानता। इसकी वजह से उनके मानवाधिकारों एवं मौलिक अधिकारों की व्यवस्थागत अवहेलना होने लगती है। उनके जीवन के अधिकार, प्रतिष्ठा के अधिकार, समानता के अधिकार और यहां तक कि कानून के समक्ष समान सुरक्षा के अधिकार की भी धज्जियां उड़ायी जाती हैं। कई बार उनके अधिकारों की अवहेलना इसलिए होती है क्योंकि यौनकर्मियों के रूप में उनकी हैसियत एकदम हाशिए की होती है। इसके चलते, यौनकर्मियों के लिए एसडीजी लक्ष्य भी तब तक सिर्फ़ एक अव्यवहारिक सपना ही बने रहेंगे जब तक कि एक समयबद्ध और सुनियोजित ढंग से इन मुद्दों को संबोधित नहीं किया जाएगा।

सतत विकास लक्ष्यों में से तीसरा लक्ष्य "सभी आयु वर्गों के सभी लोगों के लिए स्वस्थ जीवन और खुशहाली" सुनिश्चित करने पर केंद्रित है। प्रजनन नली में संक्रमण (आरटीआई), यौन संक्रामक बीमारियों (एसटीआई), सर्वाइकल कैंसर और रोग प्रतिरोधी क्षमता की कमी के कारण होने वाले तरह–तरह की बीमारियों का खतरा यौनकर्मियों के सामने सामान्य से कहीं ज़्यादा रहता है। बदनामी में घिरे जीवन और आर्थिक व सामाजिक असुरक्षा के चलते ये लोग न तो आवश्यक चीज़ें (जैसे कॉन्डोम) हासिल कर पाते हैं और न ही जांच सुविधाएं (मसलन, स्पैकुलम एग्ज़ामिनेशन), गर्भावस्था और गर्भपात संबंधी सेवाएं हासिल कर पाते हैं। अगर उन्हें कैंसर जैसी बीमारियों या किसी अन्य गंभीर संक्रमण के लिए लंबे समय तक इलाज कराना हो तो उनकी समस्या और बढ़ जाती है।[2]

यौनकर्मी चाहे महिलाएं हों या पुरुष हों या ट्रांसजेंडर हों, पूरी आशंका यही है कि वे सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) की प्रक्रिया में रह गई दरारों के बीच से एक बार फिर फिसल जाएंगे जबकि इस बारे में किसी को इनकार नहीं है कि यौनकर्म में लगे लोग[1] भी आर्थिक, राजनीतिक, सामाजिक, नागरिक एवं सांस्कृतिक धरातल पर अन्य नागरिकों की तरह सभी अधिकारों के हकदार होते हैं।

एचआईवी को लेकर चले विमर्श में यौनकर्मियों को इस वायरस के फैलाव का मुख्य माध्यम मान लिया गया है और लिहाज़ा एचआईवी नियंत्रण व रोकथाम की कोशिशों में उन्हें सबसे प्रमुख निशाना बनाया जा रहा है। मगर, अस्सी के दशक से ही लगातार ऐसे साक्ष्य और अध्ययन भी सामने आते रहे हैं जो बताते हैं कि यौनकर्मियों के साथ जो हिंसा होती है उससे एचआईवी के फैलने की संभावना पर सीधा असर पड़ता है। यौन हिंसा की घटनाओं में ग्राहक यौनकर्मियों के साथ असुरक्षित यौन संबंध बनाने की कोशिश करते हैं और ऐसी स्थिति में यौनकर्मियों की कॉन्डोम के इस्तेमाल के लिए ज़ोर देने की क्षमता बहुत सीमित रह जाती है। इसके अलावा उन्हें हिंसक यौन क्रियाओं के दौरान तरह–तरह की चोटों को भी झेलना पड़ता है।[3] लोक स्वास्थ्य के दृष्टिकोण पर आधारित ज़्यादातर शोधों में पाया गया है कि यौनकर्मियों के विरुद्ध होने वाली हिंसा से एचआईवी तथा अन्य यौन संक्रामक बीमारियों की आशंका बढ़ जाती है। यह पूरी मान्यता इस सोच पर आधारित है कि यौनकर्मी ही इस बीमारी की/के मुख्य वाहक होती/होते हैं। बीते दशकों के दौरान यह धारणा गलत साबित हो चुकी है और अब काफ़ी लोग इस बात को समझने लगे हैं कि यौनकर्मी भी असल में एचआईवी के यौन संक्रमण के पूरे नेटवर्क में एक कड़ी होती/होते हैं।[4,5,6]

यौनकर्मियों को समय–समय पर बीमारियों की जांच और बदनामी के भय से मुक्त स्वास्थ्य सेवाएं ज़रूर मिलनी चाहिए। उन्हें ऐसी यौन संक्रामक बीमारियों के इलाज की सुविधा मिलनी चाहिए जिनके लक्षण आसानी से दिखाई नहीं पड़ते। एचआईवी संक्रमण की स्थिति में उन्हें एंटीरिट्रोवायरल दवाइयां दी जानी चाहिए। नशीली दवाइयों का सेवन करने वाली/वाले यौनकर्मियों के लिए सुई और सीरिंज एक्सचेंज कार्यक्रम शुरू किए जाने चाहिए। पुरुष एवं महिला कॉन्डोम तथा लुब्रिकेंट्स की आपूर्ति को भी बदनामी और कलंक से अलग करके देखा जाना चाहिए। स्थानीय स्वास्थ्य केंद्रों

के माध्यम से ये सुविधाएं यौनकर्मियों को आसानी से उपलब्ध होनी चाहिए।

जेंडर का सवाल अहम है। जेंडर समानता और महिलाओं व लड़कियों के सशक्तीकरण का ज़िक्र एसडीजी लक्ष्य 5 में किया गया है। यदि इस लक्ष्य को यौनकर्मियों की ज़िंदगी से जोड़कर देखें तो इसका अर्थ बहुत सीमित रह जाता है। असल में बौद्धिक जमात की चर्चाओं में भी महिलाओं के विरुद्ध होने वाली हिंसा को ही जेंडर आधारित हिंसा मान लिया जाता है। आम धारणा में 'यौनकर्मी' भी मुख्य रूप से महिलाएं ही होती हैं। लिहाज़ा, महिला विरोधी हिंसा के इर्द–गिर्द होने वाली चर्चाओं में महिला यौनकर्मियों का स्पष्ट रूप शायद ही कभी उल्लेख किया जाता है। महिला, पुरुष एवं ट्रांस यौनकर्मियों के खिलाफ़ होने वाली हिंसा की चर्चा तो जेंडर आधारित हिंसा के वैश्विक विमर्श से पूरी तरह से गायब है।[7,8] इसकी दो संभावित वजहें हो सकती हैं। एक तो ये कि आमतौर पर वेश्यावृत्ति को भी हिंसा के रूप में ही देखा जाता है और लिहाज़ा लोगों को यही लगता है कि 'यौनकर्म' कुल मिला कर एक हिंसक स्थिति को दिया गया गलत नाम है। लिहाज़ा यौनककर्मी जिस हिंसा का सामना करते/करती हैं उसे यौनकर्म की पूरी 'प्रक्रिया/संस्था' का स्वाभाविक अंग मान लिया जाता है।

दूसरी बात यह है कि यौनकर्म और मानव व्यापार दोनों को आपस में उलझा दिया जाता है जिससे यौनकर्मियों के मानवाधिकार क्षीण पड़ जाते हैं और प्रवासी महिला कामगारों के अधिकार भी सीमित रह जाते हैं। यह धारणा की वजह से सारे संसाधन यौनकर्म की रोकथाम और पहरेदारी पर खर्च होने लगते हैं और मानव व्यापार के पिड़ितों के अधिकारों पर ध्यान नहीं दिया जाता। इसकी बजाय, अगर ऐसे लोगों की शिनाख्त पर ज़ोर दिया जाए जिनके साथ ज़ोर–ज़बर्दस्ती हुई है और उन्हें उचित सहायता दी जाए तो ज़्यादा बेहतर होगा। इस सोच के कारण हिंसा की रोकथाम के लिए उपलब्ध कानूनी उपाय और भी कम रह जाते हैं। फलस्वरूप, सम्मान एवं आजीविका अधिकार की कानूनी व सामाजिक मान्यता के लिए संघर्षरत यौनकर्मियों की कोशिशों को नुकसान पहुंचता है।[9] महिलाओं की आवाज़ाही पर लगी पितृसत्तात्मक पाबंदियों की वजह से देश के भीतर और देश की सीमाओं के आरपार महिलाओं के प्रवासन पर भी अंकुश लग जाते हैं।[10] इसकी वजह से महिलाओं की अपने परिवार या समुदाय के दायरे से दूर जाने और एक बेहतर जीवन के अवसरों का लाभ उठाने की संभावना बहुत सीमित रह जाती है।

धोखे से किसी व्यक्ति को एक जगह से दूसरी जगह ले जाने और उसके स्वेच्छापूर्वक यात्रा करने के बीच कैसे फ़र्क किया जाए, यह आसान काम नहीं है (और जीवन के अलग–अलग बिंदुओं पर ज़्यादातर औरतें इन दोनों स्थितियों से गुज़रती ही हैं)। ऐसे में औरतों की आवाज़ाही पर पूरा अंकुश लगा देना समस्या का हल नहीं है। मानव व्यापार की रोकथाम के लिए मांग पक्ष को अपराधी घोषित करने के लिए पड़ रहे वैश्विक दबाव यौनकर्मियों को खतरनाक कार्य परिस्थितियों में ढकेल रहे हैं और उन्हें पहले से ज़्यादा हिंसा का शिकार बना रहे हैं।

सरकारों को समझना चाहिए कि यौनकर्मियों को भी बेहतर आजीविका अवसरों का लाभ उठाने का पूरा अधिकार है। उन्हें भी अपने मूल देश और जहां वे जा रही/रहे हैं, उस देश में कानून के समक्ष समान सुरक्षा का अधिकार है। उन्हें भी आवागमन के सुरक्षित विकल्पों का उपयोग करने का अधिकार है। मानव व्यापार विरोधी कार्यक्रमों और रणनीतियों को स्वेच्छापूर्वक यौनकर्म कर रहे/रही यौनकर्मियों और उनके ग्राहकों के खिलाफ़ केंद्रित नहीं किया जाना चाहिए। ऐसे कानूनों को फौरन खत्म कर दिया जाना चाहिए जो आपसी रज़ामंदी के आधार पर वयस्कों द्वारा सेक्स की खरीद–फरोख्त या यौनकर्म से होने वाली आय के सहारे जीवनयापन करने, वेश्यालय चलाने और ग्राहकों को आकर्षित करने जैसी क्रियाओं को अपराध घोषित करते हैं। सभी सरकारों को चाहिए कि वे यौनकर्म को अपराध की श्रेणी से बाहर निकालें ताकि यौनकर्मियों को भी सुरक्षित कार्य परिस्थितियां मुहैया कराई जा सकें।

सम्मानजनक श्रम के रूप में यौनकर्म। सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों में आठवां विकास लक्ष्य सभी को सतत, समावेशी और स्थिर आर्थिक उन्नति, पूर्ण, उत्पादनशील एवं सम्मानजनक रोज़गारी प्रदान करने पर ज़ोर देता है। अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ) और यूएनडीपी ने इस पर ज़ोर दिया है कि यौनकर्मियों को भी व्यावसायिक स्वास्थ्य व सुरक्षा का ऐसा अधिकार मिलना चाहिए जिसको वे कानूनन मनवा सकें। साथ ही उन्हें कार्यस्थल स्वास्थ्य व सुरक्षा के मानक व नियम तय करने में हिस्सेदारी का अधिकार भी मिलना चाहिए।[11,12]

अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन ने सम्मानजनक रोज़गार की जो परिभाषा दी है उसके चार पहलू होते हैं : रोज़गार, सामाजिक सुरक्षा, मज़दूरों के अधिकार और सामाजिक संवाद। बीते दशकों के दौरान यौनकर्मी भी अपने अपने समुदायों में इन लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए प्रयास करते/करती रही हैं। सम्मानजनक श्रम का अधिकार इससे तय नहीं होता कि किसी खास व्यवसाय के बारे में हमारी सरकार या समाज का नैतिक अथवा कानूनी रवैया कैसा है। चाहे सरकारें यौनकर्म को एक श्रम के रूप में मान्यता दें या न दें, यह लाज़िमी है कि यौनकर्मियों के अधिकारों को सम्मान दिया जाए, सुरक्षा दी जाए और उनको साकार करने के लिए कदम उठाए जाएं।[13]

आर्थिक उन्नति के लिए ज़मीन और संपत्तियों पर महिलाओं का स्वामित्व एक महत्वपूर्ण आवश्यकता होती है। यौनकर्मी प्रायः अपने परिवार की मुख्य आय अर्जक सदस्य होती हैं और परिवार की संपत्ति उन्हीं की कमाई से पैदा हो रही होती है। मगर वे अपनी इस आमदनी का पूरी तरह उपभोग नहीं कर पातीं क्योंकि उन्हें असंगठित क्षेत्र की एकल महिला होने के नाते संपत्ति अपने नाम पर दर्ज कराने या बैंक खाते खोलने या सुरक्षित मकान हासिल करने में भी कठिनाइयों का सामना करना पड़ता है।

सांकेतिक प्रयासों से आगे बढ़कर आज हमें इस बात के लिए प्रयास करना चाहिए कि हमारे नीति निर्माता और कानून बनाने वाली संस्थाएं पारदर्शी, जवाबदेह और ज़िम्मेदार के भाव से अपना काम करें और इन कानूनों व नीतियों के निर्धारण व क्रियान्वयन की हर अवस्था में यौनकर्मियों को सही मायनों में शामिल करें। संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों, शोधकर्ताओं और कार्यकर्ताओं ने समय समय पर इस बात की पुष्टि की है कि सार्वभौमिकता, मानवाधिकारों और किसी को भी न छोड़ने के सिद्धांतों को नीतियों, कानूनों और ऐसे व्यवहारों में भी रूपांतरित किया जाना चाहिए जो यौनकर्मियों की सुरक्षा, सम्मान और अधिकारों की बहाली के लिए बनाई जानी चाहिए।

सम्मानजनक रोज़गार का अधिकार सभी को बिना भेदभाव के मिलना चाहिए। इसका मतलब है कि यौनकर्मियों को भी कानून के समक्ष समान अधिकार मिले। इनमें आवागमन का अधिकार, अपने संगठन बनाने और कानूनी सुधारों की मांग करने, भेदभाव मुक्त ढंग से स्वस्थ और सुरक्षित कार्य परिस्थितियों के लिए प्रयास करने, सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवाएं हासिल करने, और शोषण, उत्पीड़न व हिंसा से कानूनी व अन्य प्रकार की सुरक्षा प्राप्त करने का अधिकार भी शामिल है।

समावेशन को फिर से परिभाषित करना। शिक्षा का अधिकार, राजनीतिक सहभागिता का अधिकार (जिसमें राष्ट्रीय एवं अंतर्राष्ट्रीय प्रतिनिधित्व का अधिकार भी शामिल है), नागरिकता, आजीविका, स्वास्थ्य तथा कानून के समक्ष समानता का अधिकार, ये सभी अधिकार तभी पूरी तरह साकार किए जा सकते हैं जब जीवन के हर क्षेत्र से सभी प्रकार के भेदभाव को खत्म कर दिया जाए। यौनकर्मियों के मानवाधिकारों को साकार करने की एक समग्र पद्धति तथा यौनकर्मियों को प्रभावित करने वाले हस्तक्षेप यौनकर्मी के विस्तृत कंसल्टेशन, उनकी सहभागिता और उनके नेतृत्व से ही लागू किया जाने चाहिए। यौनकर्मियों को शारीरिक एवं भावनात्मक हिंसा से बचाने के लिए सबसे पहली शर्त यह है कि यौनकर्म को अपराध की श्रेणी से बाहर निकाला जाए। तभी वे अपने जीवन के अधिकार और यौन एवं प्रजनन अधिकारों का पूरा लाभ उठा सकते/सकती हैं।[14,15]

सांकेतिक प्रयासों से आगे बढ़कर आज हमें इस बात के लिए प्रयास करना चाहिए कि हमारे नीति निर्माता और कानून बनाने वाली संस्थाएं पारदर्शी, जवाबदेह और ज़िम्मेदार के भाव से अपना काम करें और इन कानूनों व नीतियों के निर्धारण व क्रियान्वयन की हर अवस्था में यौनकर्मियों को सही मायनों में शामिल करें। संयुक्त राष्ट्र एजेंसियों, शोधकर्ताओं और कार्यकर्ताओं ने समय समय पर इस बात की पुष्टि की है कि सार्वभौमिकता, मानवाधिकारों और किसी को भी न छोड़ने के सिद्धांतों को नीतियों, कानूनों और ऐसे व्यवहारों में भी रूपांतरित किया जाना चाहिए जो यौनकर्मियों की सुरक्षा, सम्मान और अधिकारों की बहाली के लिए बनाई जानी चाहिए। इस तरह की नीतियां और कानून यौनकर्मियों के सम्मानजनक रोज़गार के अधिकार (आईएलओ मानक) की रक्षा व पुष्टि करें, काम के दौरान हिंसा और शोषण से सुरक्षा का अधिकार दें, पुलिस के गैर–कानूनी हथकंडों पर अंकुश लगाएं और यौनकर्मियों को कानून के समक्ष समानता का अधिकार दें।

नोट और संदर्भ

1 "यौनकर्मियों के संगठन, संयुक्त राष्ट्र, यूएन एजेंसियों और आयोगों के अनुसार यौनकर्म को इस प्रकार परिभाषित किया जाता है: "एक ऐसा अनुबंध जिसमें परस्पर सहमति के आधार पर दो वयस्कों के बीच यौन सेवाओं के लिए सौदा होता है। यौनकर्म भी एक श्रम है और इसमें महिला, पुरुष और ट्रांसजेंडर कामगार काम करते हैं।" 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 "यह बात अक्तूबर 2016 में सेक्स वर्कर्स एलायंस साउथ एशिया (स्वासा) द्वारा बांगलादेश, भारत, नेपाल और श्रीलंका के यौनकर्मियों व नेटवर्कों के साथ टिकाऊ विकास लक्ष्यों पर आयोजित एक कन्सलटेशन में सामने आयी। यह प्रतिक्रिया यौनकर्मियों के लिए प्रजनन अधिकारों से संबंधित लक्ष्य 3 एवं लक्ष्य 5 पर हुई चर्चा के संदर्भ में व्यक्त की गई। देखें : 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 Victimisation, 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. हालांकि सीडा ने महिला विरोधी हिंसा का स्पष्ट रूप से उल्लेख नहीं किया है मगर 1989 में गठित कमेटी ने सुझाव दिया कि संबंधित देशों को ऐसे कानून बनाने चाहिए जो विभिन्न प्रकार की हिंसा से पीड़ित महिलाओं को सुरक्षा प्रदान कर सकें।
8. विश्व मानवाधिकार सम्मेलन (1993) के अवसर पर पारित वियेना डिक्लेरेशन प्रोग्राम ऑफ एक्शन (वीडीपीए) में इस बात की पुष्टि की गई थी कि सांस्कृतिक पूर्वाग्रहों से पैदा होने वाली जेंडर आधारित हिंसा सहित विभिन्न प्रकार की जेंडर आधारित हिंसा को पूरी तरह खत्म किया जाना चाहिए ताकि मानव प्रतिष्ठा एवं मूल्य को साकार किया जा सके। मगर, इनमें से कोई भी घोषणापत्र यौनकर्मियों के खिलाफ होने वाली हिंसा को मान्यता नहीं देता। http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf.
9. अप्रैल 2014 में भारत के अपने दौरे के समय स्पेशल रेपर्टियर ऑन वायलेंस अगेंस्ट वीमेन (एसआर–वीएडब्ल्यू) ने कहा था, "मानव व्यापार की रोकथाम के लिए किए गए उपायों में यौनकर्मियों के मानवाधिकारों की रक्षा के लिए प्रभावी उपायों की आवश्यकता को नजरअंदाज नहीं किया जाना चाहिए।" एसआर–वीएडब्ल्यू ने भारत के अनैतिक मानव व्यापार निषेध अधिनियम, 1956 में संशोधन का भी आह्वाहन किया जिसमें यौनकर्म को अपराध घोषित किया गया है। 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/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf.
13. भारत में, सर्वोच्च न्यायालय ने आजीविका के अधिकार को स्पष्ट रूप से जीवन के अधिकार का एक अभिन्न अंग घोषित किया है।
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_Convence_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.

एसआरएचआर तथा 2030 एजेंडा :

एचआईवी संक्रमित और प्रभावित युवाओं के लिए निहितार्थ

जेफ़्री पी. अकाबा
प्रोग्राम ऑफ़िसर, एपीसीएएसओ
ट्विटर: @jpacaba

एशिया और प्रशांत क्षेत्र में नए एचआईवी संक्रमित लोगों में 37% संख्या 15 से 24 साल के युवाओं की है।[1] इनमें से 95% नए संक्रमण ऐसे युवाओं में पाए गए हैं जिन्हें 'एचआईवी की सबसे अधिक आशंका से ग्रस्त' (मोस्ट ऐट रिस्क टू एचआईवी)[2] की श्रेणी में माना जाता है। 'सबसे अधिक जोख़िमग्रस्त' युवा अथवा 'मुख्य आबादियों'[3] का आशय ऐसे युवा समलैंगिक पुरुषों और अन्य पुरुषों से है जो पुरुषों के साथ यौन संबंध बनाते हैं। इनमें सेक्स बेचने वाले युवा,[4] ट्रांसजेंडर युवा,[5] और इंजेक्शन से नशीली दवाइयां लेने वाले युवा भी शामिल हैं। सभी देशों में इन श्रेणियों के नौजवान एचआईवी से सबसे ज़्यादा प्रभावित हो रहे हैं। मुख्य आबादियों के प्रत्येक चार में से तीन व्यक्तियों को मालूम भी नहीं है कि वे एचआईवी से संक्रमित हैं या नहीं जबकि इन आबादियों में एचआईवी की रोकथाम की कवरेज का स्तर केवल 5–18 प्रतिशत के बीच है। गौरतलब है कि 25 साल या इससे अधिक उम्र के लोगों में एचआईवी रोकथाम की कवरेज इससे कहीं ज़्यादा है।[6,7] जांच में एचआईवी पॉजिटिव पाए जाने पर इस क्षेत्र के एचआईवी संक्रमित ज़्यादातर लोगों को न तो इसके लिए आवश्यक उपचार मिल पाता है और न ही उनके पास ज़रूरी आर्थिक और मनोवैज्ञानिक सहायता होती है जिससे वे बेहतर जीवन की कोई उम्मीद रख सकें।[8]

यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक युवाओं की पहुंच का सवाल। युवाओं को भी अपने आपको एचआईवी सहित विभिन्न यौन संक्रामक बीमारियों (एसटीआई) से बचाने के लिए एचआईवी के बारे में पूरी जानकारियों और सेवाओं की ज़रूरत होती है। मगर, मुख्य युवा आबादियों को अकसर इन सेवाओं के दायरे से बाहर ही रखा जाता है। एशिया प्रशांत क्षेत्र के ज़्यादातर देशों में से यौन संबंधों हेतु सहमति की आयु संबंधी कानून[9] नाबालिगों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (एसआरएच) संबंधी सूचनाएं, सेवाएं और उत्पाद हासिल करने से रोक देते हैं। फलस्वरूप वे गर्भनिरोधक और कॉन्डोम जैसे साधन भी हासिल नहीं कर पाते।

एशिया प्रशांत क्षेत्र के ज़्यादातर देशों में से यौन संबंधों हेतु सहमति की आयु संबंधी कानून[9] नाबालिगों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य (एसआरएच) संबंधी सूचनाएं, सेवाएं और उत्पाद हासिल करने से रोक देते हैं। फलस्वरूप वे गर्भनिरोधक और कॉन्डोम जैसे साधन भी हासिल नहीं कर पाते।

बाल अधिकार संधि (सीआरसी, 1989) में पहली बार बच्चे की विकसित होती क्षमताओं की अवधारणा का ज़िक्र किया गया था। इस अवधारणा का मतलब ये है कि बच्चे के भी पास "अपनी राय बनाने और अपने जीवन को प्रभावित करने वाले

मामलों में अपनी इस राय को स्ववंत्र रूप से व्यक्त करने की क्षमता होती है।[10] मगर, रज़ामंदी के कानून अभिभावक या माता–पिता की ज़िम्मेदारी पर ज़्यादा ज़ोर देते हैं जिससे बच्चों के लिए सूचना, साधन या सेवाएं हासिल करने का फैसला बच्चे की ओर से मां–बाप को सौंप दिया जाता है। इसके अलावा, इंडोनेशिया और मलेशिया जैसे देशों में भी, जहां यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी चर्चाएं विवाहित युगलों पर ही केंद्रित रहती हैं, वहां 'सिंगल/एकल' नौजवानों को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों अथवा एचआईवी संबंधी सेवाएं या साधन हासिल करने से रोक दिया जाता है। इसके लिए ज़रूरी है कि पहले वे अपने पति/पत्नी/जोड़ीदार से सहमति का साक्ष्य पेश करें मगर सिंगल युवा भला ऐसा साक्ष्य कैसे ला सकते हैं।[11]

युवाओं की मुख्य आबादी के लिए आयु अनुकूल समग्र यौनिकता शिक्षा से लेकर यौन संक्रामक बीमारियों और एचआईवी जांच उपचार व विभिन्न बीमारियों के लिए रेफ़रल सहित एक लगातार उपलब्ध चिकित्सा व्यवस्था बहुत ज़रूरी होती है। मगर खेद की बात है कि इन्ही समूहों के लिए इन सुविधाओं की उपलब्धता सबसे कम दिखाई देती है।[12]

फ़िलीपींस के एक समलैंगिक युवक के रूप में मुझे भी समग्र यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व चिकित्सा सुविधाएं मुहैया कराने वाली सेवाएं ढूंढने में बहुत सारी मुश्किलों का सामना करना पड़ा। यौन संक्रामक बीमारियों और एचआईवी के बारे में जानकारियां सिर्फ़ सोशल हाइजीन क्लीनिक में तैनात स्वास्थ्य कर्मियों के पास उपलब्ध तकनीकी जानकारियों तक ही सीमित थी। मगर ये कर्मचारी भी प्रायः इतने प्रशिक्षित नहीं होते कि समलैंगिक युवकों की खास ज़रूरतों को समझ सकें। दूसरी तरफ़, स्कूली पाठ्यचर्याओं में एचआईवी से संबंधित शिक्षा अभी भी जीवविज्ञान विषय के तहत ही आती है। ऐसे मनोवैज्ञानिक या काउंसिलर्स भी आसानी से नहीं मिलते जिनसे मैं अपने भावनात्मक मुद्दों पर बात कर सकूं। न ही ऐसी परिधियां मिलती हैं जहां मैं किसी तरह की शर्म या झिझक महसूस किए बिना अपनी परेशानियों को साझा कर सकूं। एचआईवी संक्रमित व्यक्ति के रूप में मेरे लिए ऐसी परिधियां ढूंढना बहुत मुश्किल साबित होता है जहां मैं अपने अंतरंग संबंधों और एसआरएचआर संबंधों यानी डिस्क्लोज़र, रज़ामंदी और सुरक्षित शारीरिक संबंध आदि अलग–अलग विषयों पर खुलकर बात कर सकूं। दरअसल, मेरे जैसे लोगों के जीवन के इन जटिल अनुभवों को राष्ट्रीय एसआरएचआर कार्यक्रमों में कोई जगह नहीं मिल रही है।

एसडीजी और एड्स का लक्ष्य। आज एड्स दुनिया भर में 10–19 साल के किशोर–किशोरियों की मौत का दूसरा सबसे आम कारण बनता जा रहा है।[13] 2017 ऑल–इन टू ऐण्ड एडोलेसेंट एड्स लॉन्च रिपोर्ट, यूनिसेफ़ (यूनिसेफ़ द्वारा जारी की गई किशोरावस्था एड्स उन्मूलन हेतु सबकी एकजुटता कार्यक्रम 2017 की रिपोर्ट) में बताया गया है कि जेंडर आधारित असमानता, अलग–अलग आयु वर्गों के बीच शारीरिक संबंधों और अंतरंग जोड़ीदारों के साथ हिंसा की सबसे ज़्यादा मार किशोरियों पर पड़ती है।[14] सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी) विभिन्न देशों के लिए एचआईवी से जुड़े मुद्दों को संबोधित करने की एक धुरी बन सकते हैं[15] मगर ये लक्ष्य गैर–बाध्यकारी नीति पर आधारित हैं जिसकी वजह से किसी भी देश के लिए सतत विकास लक्ष्यों को हासिल करने के रास्ते में रुकावट बनने वाले कानूनों में संशोधन की कोई आवश्यकता नहीं रहती। इसके अलावा, जिन आबादियों को ऐतिहासिक रूप से अपराधी माना जाता रहा है, जैसे युवा मुख्य आबादी और एचआईवी संक्रमित युवा, वे भी इस तरह की कवायद में हर बार पीछे छूट जाते हैं।

इस समस्या को संबोधित करने के लिए नागर समाज और मुख्य आबादियों के प्रतिनिधियों ने संयुक्त राष्ट्र के सदस्य देशों पर दबाव बनाने के लिए संयुक्त राष्ट्र के साथ मिलकर भी प्रयास किया है। इसी क्रम में जून 2016 में एचआईवी/एड्स पर एक उच्चस्तरीय मीटिंग भी बुलाई गई थी जिसमें एचआईवी के विरुद्ध लड़ाई को गति प्रदान करने और 2030 तक एड्स की महामारी को खत्म करने का घोषणापत्र जारी किया गया। इसी घोषणापत्र में 10 फास्ट ट्रैक कमिटमेंट्स (तेजी से प्राप्त की जाने वाली प्रतिबद्धताएं) भी शामिल की गईं।[16] इससे क्षेत्रीय आयोगों और सदस्य देशों को इस महामारी को खत्म करने की योजना बनाने का अवसर मिल रहा है। सबसे महत्वपूर्ण बात यह है कि इस घोषणापत्र में एसडीजी 3 (स्वास्थ्य और कुशलक्षेम), एसडीजी 5 (जेंडर समानता), एसडीजी 10 (असमानता पर अंकुश), एसडीजी 16 (शांति, न्याय एवं शक्तिशाली संस्थाएं) तथा एसडीजी 17 (लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए साझेदारी) सहित कई एसडीजी लक्ष्यों को एक–दूसरे के साथ रखकर देखते हुए एक समग्र पद्धति अपनाने की आवश्यकता पर ज़ोर दिया गया है। इससे एचआईवी और एसआरएचआर, इन दोनों मुद्दों को एक–दूसरे के साथ जोड़कर देखने का एक मंच सामने आता है। ऐसी पद्धति में किसी एक पर ज़ोर देने की बजाय इन दोनों मुद्दों पर समान रूप से ध्यान दिया जा सकता है और मुख्य आबादियों के युवाओं की ज़रूरतों पर व्यक्ति केंद्रित पद्धति से ध्यान दिया जा सकता है। हालांकि कुछ देशों ने इस बात पर ज़ोर दिया है कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार कार्यक्रमों के क्रियान्वयन तथा नीति निर्धारण में कई स्तरों पर युवाओं को सहभागिता का मौका दिया जाना चाहिए मगर मुख्य युवा आबादियां अभी भी इन कार्यक्रमों में पूरी तरह हिस्सा नहीं ले पा रही हैं। उनके हाशियाकरण, बदनामी, उनके साथ होने वाले भेदभाव तथा उनकी कम उम्र के कारण सहज ही

यह मान लिया जाता था कि वे योगदान देने में सक्षम नहीं हैं और लिहाज़ा उनकी सहभागिता नहीं हो पाती है। खासतौर से, नशीली दवाओं का सेवन करने वाली युवतियों, सेक्स बेचने वाली युवतियों, और युवा ट्रांस महिला प्रवासियों को इन वार्ताओं से बाहर कर दिया जाता है। फलस्वरूप, उनके यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों संबंधी मुद्दों पर भी पर्याप्त रूप से ध्यान नहीं दिया जाता क्योंकि वे तरह–तरह की बदनामी और भेदभाव से जूझ रही हैं। उदाहरण के लिए, सेक्स बेचने वाली एक युवा ट्रांस महिला प्रवासी का इसलिए बहिष्कार कर दिया जाता है क्योंकि उसकी जेंडर पहचान लोगों को समझ में नहीं आती। उसको अपराधी घोषित कर दिया जाता है। उसके व्यवसाय की वजह से सरकारी नुमाइंदे उससे वसूली करते हैं। उसकी अस्पष्ट नागरिकता की वजह से स्वास्थ्य संस्थान उसका इलाज नहीं करते। ऐसी आबादियों को अलग–थलग छोड़ देने की प्रवृत्ति के कारण ऐसे सामुदायिक संगठनों और नागर समाज संगठनों की ज़रूरत और बढ़ जाती है जो मिलकर इस बात पर ज़ोर दें कि इन युवा मुख्य आबादियों को एसआरएचआर एजेंडा के व्यापक दायरे में शामिल किया जाए।[17]

यौन एवं प्रजनन अधिकार हमारे सहायक अधिकार नहीं हैं बल्कि ये मानवाधिकारों की उस पूरी समग्र धारणा का हिस्सा हैं जो सभी के लिए सतत विकास और जीवन की गुणवत्ता सुनिश्चित करने की आवश्यकता पर केंद्रित है। ये अधिकार सभी युवाओं के अधिकतम विकास का लक्ष्य हासिल करने के लिए आवश्यक हैं। मुख्य युवा आबादियों के सदस्यों के लिए एचआईवी के अलावा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के मुद्दे भी अहम हैं और इनको भी मान्यता दी जानी चाहिए और उन पर ध्यान दिया जाना चाहिए।

अगर हम 2030 तक सभी मुख्य युवा आबादियों में एड्स को खत्म करना चाहते हैं तो हमें इस बात पर ध्यान देना होगा कि एसआरएचआर मुद्दों, जेंडर समानता और रज़ामंदी की उम्र से जुड़े मुद्दों को एक व्यक्ति केंद्रित, अधिकार केंद्रित पद्धति से संबोधित किया जाए। साथ ही इन मुख्य युवा आबादियों के जीवन अनुभवों की विविधता को भी मान्यता दी जानी चाहिए। यौन एवं प्रजनन अधिकार हमारे सहायक अधिकार नहीं हैं बल्कि ये मानवाधिकारों की उस पूरी समग्र धारण ा का हिस्सा हैं जो सभी के लिए सतत विकास और जीवन की गुणवत्ता सुनिश्चित करने की आवश्यकता पर केंद्रित है। ये अधिकार सभी युवाओं के अधिकतम विकास का लक्ष्य हासिल करने के लिए आवश्यक हैं। मुख्य युवा आबादियों के सदस्यों के लिए एचआईवी के अलावा यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के मुद्दे भी अहम हैं और इनको भी मान्यता दी जानी चाहिए और उन पर ध्यान दिया जाना चाहिए।

नोट और संदर्भ

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. वर्ष 2015 की शब्दावली में यूएनएड ने "मुख्य आबादियों" (की पापुलेशंस) का प्रयोग किया गया है क्योंकि इन्हें इस महामारी के प्रसार और रोकथाम के संदर्भ में महत्वपूर्ण माना जाता है। यह 'संवेदनशील आबादी' (वलनरेबल पापुलेशन) शब्द के मुकाबले एक ज़्यादा सटीक शब्द है क्योंकि संवेदनशील आबादियों को उनके हालात या सामाजिक दबावों की वजह से जोखिमग्रस्त माना जाता है। देखें : UNAIDS, UNAIDS Terminology Guidelines (Geneva: UNAIDS, 2015), http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.
4. खासतौर से युवा महिला यौनकर्मी सेक्स उद्योग में 20 साल की उम्र से पहले दाखिल हो जाती हैं। यह बात एड्स डेटा हब की इंडोनेशिया, फिलीपींस एवं वियतनाम की 2013–14 की नेशनल बिहेवियरल सर्वेलांस रिपोर्ट्स में कही गई है। अपनी कम उम्र के कारण उनके पास कॉन्डोम के इस्तेमाल पर अपनी बात मनवाने की उतनी ताकत नहीं होती और लिहाज़ा उनके साथ पुराने ग्राहकों द्वारा हिंसा की ज्यादा आशंका रहती है। देखें : "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. विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा एचआईवी और युवा ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के बारे में जारी की गई 2015 टेक्नीकल ब्रीफ के मुताबिक असुरक्षित गुदा मैथुन के कारण एचआईवी संक्रमण की आशंका युवा ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के सामने 18 गुना ज़्यादा होती है। रिपोर्ट में इस बात का भी ज़िक्र किया गया था कि थाईलैंड में युवा ट्रांसजेंडर आबादी में आत्महत्या के रुझान भी ज़्यादा उम्र के ट्रांसजेंडर व्यक्तियों के मुकाबले सघन पाई गई है। यह दस्तावेज़ आप यहां देख सकते हैं :: 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. एशिया एवं प्रशांत क्षेत्र के 31 देशों में यौन संबंधों के लिए सहमति की उम्र 14 से 18 साल के बीच है। इनमें फिलीपींस में सहमति की उम्र सबसे कम है – लड़कों और लड़कियों, दोनों के लिए 12 साल। देखें : See: 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. सितंबर 2015 में पारित टिकाऊ विकास लक्ष्यों में लक्ष्य 3.3 भी है जिसमें 2030 तक तपेदिक, मलेरिया और दूसरी गैर–संक्रामक बीमारियों के साथ–साथ एड्स को भी पूरी तरह खत्म करने का दावा किया गया है।
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. अनजिप और लिप्स जैसे क्षेत्रीय इनीशिएटिव और एचआईवी/एड्स एलायंस के लिंकअप जैसे वैश्विक इनीशिएटिव्स ऐसे बढ़िया मंच हैं जहां समुदायों को भी एसआरएचआर तथा एचआईवी की रोकथाम के लिए चलाए जाने वाले व्यापक प्रयासों में सहभागिता का मौका मिलता है।

एचआईवी संक्रमित महिलाओं और नशीली दवाएं लेने वाली महिलाओं के लिए प्रेरणा स्रोतः

बेबी रिवोना के साथ बातचीत

मारिया मेलिंडा (मेलिन) ऐन्डो
ऐरो फॉर चेंज मैनेजिंग एडीटर, सीनियर प्रोग्राम ऑफ़िसर, पब्लिकेशंस, कम्युनिकेशन ऐण्ड पैरवी, ऐरो

इस साक्षात्कार में ऐरो ने बेबी रिवोना से बातचीत की है। **बेबी रिवोना** एचआईवी पॉज़िटिव हैं और लंबे समय से इंडोनेशिया में एचआईवी प्रभावित लोगों के अधिकारों के लिए काम कर रही हैं। वह इंडेनेशियन पॉज़िटिव वीमेन्स नेटवर्क (आईपीपीआई) की सहसंस्थापक और संयोजक भी हैं। यह इंडोनेशिया में एचआईवी संक्रमित एवं एचआईवी प्रभावित महिलाओं का एकमात्र राष्ट्रीय नेटवर्क है। फिलहाल देश के 25 प्रांतों में इस नेटवर्क की 600 सदस्याएं हैं। 2006 में गठित आईपीपीआई नेटवर्क एचआईवी प्रभावित एवं एचआईवी संक्रमित महिलाओं का शक्तिशाली आंदोलन खड़ा करना चाहता है; यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों (एसआरएचआर) की समझ व जानकारी बढ़ाना चाहता है; विभिन्न सेवाओं तक महिलाओं की पहुंच में सुधार लाना चाहता है। यह नेटवर्क फिलहाल नीति निर्धारण एवं पैरवी के मंचों पर उनकी सार्थक सहभागिता को बढ़ाने के लिए काम कर रहा है।[1] बेबी रिवोना ने इस इंटरव्यू में एचआईवी संक्रमित/प्रभावित तथा नशीली सेवाओं का सेवन करने वाली महिलाओं के सामने आने वाली कठिनाइयों के बारे में बताया है। साथ ही वे यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों की पैरवी और सांगठनिक सुदृढ़ीकरण के लिए फ़ंडिंग जुटाने में पेश आ रही कठिनाइयों के बारे में भी बता रही हैं।

सबसे पहले हमें संक्षिप्त में कार्यकर्ता के रूप में अपनी यात्रा के बारे में बताएं। अपने एचआईवी, यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तथा नशीली दवाओं का इस्तेमाल करने वाली

आप एचआईवी संक्रमित एवं प्रभावित महिलाओं के अधिकारों पर काम करना कैसे शुरू किया?

पहले मैं भी नशीली दवाइयां लिया करती थी। उसी समय मैं मलेशिया में घरेलू कामगार के तौर पर नौकरी करने भी गई। वहां काम करने के दौरान दूसरे साल मैंने पाया कि मैं एचआईवी पॉज़िटिव हूं। इसके बाद मुझे मलेशिया से वापस इंडोनेशिया भेज दिया गया। यहां लौटने पर न तो मेरे पास नौकरी थी, न पैसा था और न जानकारियां थीं। मैं बस मरने का इंतज़ार कर रही थी। इसी दौरान मैं किताबें पढ़ती रही। कुछ समय बाद मैं एचआईवी प्रभावित लोगों के एक सपोर्ट ग्रुप से जुड़ गई। मैं फ़ील्ड में गई और डॉक्टरों, मरीज़ों और एचआईवी प्रभावित लोगों के परिवारों से मिली। इस तरह मैं बहुत सारे मरीज़ों के काफ़ी नज़दीक आ गई थी। इसके बाद 2006 में, आसेह प्रांत में सुनामी के बाद मैंने अपना संगठन शुरू किया। तभी से मैं एक कार्यकर्ता के रूप में तरह–तरह की भूमिकाए निभाती आ रही हूं।

मैं एक एचआईवी संक्रमित महिला हूं। मैं नशीली दवाइयां लेती थी और भूतपूर्व प्रवासी मज़दूर भी हूं (मैं इंडोनेशिया में प्रवासियों के लिए दूरगामी योजना तैयार करने के वास्ते गठित राष्ट्रीय एड्स आयोग की भी सदस्य रह चुकी हूं)। मैं एक मां भी हूं। 2009 में मुझे यह जानकर बहुत गहरा सदमा लगा कि 42 साल की उम्र में मैं एक बार फिर गर्भवती हो गई हूं। खैर, खुशनसीबी थी कि मुझे मां से बच्चे में एचआईवी संक्रमण को रोकने वाली सेवाओं का लाभ मिला। इन सेवाओं के विकास में मेरा भी योगदान था।

क्या आप हमें बता सकती हैं कि आईपीपीआई ने यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारों पर ध्यान केंद्रित करने का फ़ैसला क्यों लिया और इस फ़ैसले को पाटन के लिए आपने अभी तक क्या कदम उठाए हैं?

2011 में हमने अपनी सदस्यों से ये पूछना शुरू किया कि क्षमतावर्द्धन और पैरवी के लिहाज़ से वे किन चीज़ों पर फ़ोकस करना चाहती हैं। इस सर्वेक्षण में पता चला कि सबसे पहले एचआईवी ग्रस्त महिलाओं को एसआरएचआर संबंधी जानकारियों और इन अधिकारों की अनुपलब्धता के नतीजों को जानने की ज़रूरत है।

चूंकि हममें से किसी को भी इस बारे में ज़्यादा जानकारी नहीं थी इसलिए हमने कई विशेषज्ञों को लेकर एक प्रशिक्षण मॉड्यूल तैयार करने का फैसला लिया।[2] इसी प्रक्रिया में हमने एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के तौर पर गर्भपात, यौन संक्रामक बीमारियों, महिला विरोधी हिंसा, उपचार तक पहुंच और जेंडर से जुड़े बहुत सारे मुद्दों पर अपने अनुभव भी साझा किए। बहुत मामूली फ़ंडिग के बावजूद हमने कई फ़ेसिलिटेटर्स को प्रशिक्षण दिया। इसके बाद इन प्रशिक्षकों ने एचआईवी ग्रस्त महिलाओं को प्रशिक्षण दिए।

2013 में हमने जो मूल्यांकन किए उनसे पता चला कि इस प्रशिक्षण की बदौलत एचआईवी ग्रस्त महिलाओं को ये समझ में आने लगा है कि वे खुद को अवांछित गर्भ

और यौन संक्रामक बीमारियों से कैसे बचा सकती हैं। और कैसे वे अपनी जागरूकता के सहारे एसआरएच सेवाएं हासिल कर सकती हैं, पैप स्मियर जैसी सुविधाएं पा सकती हैं और यह समझ सकती हैं कि उन पर जबरन गर्भनिरोधक थोपना और जबरन नसबंदी करना उनके अधिकारों की अवहेलना है।

मगर, इन प्रशिक्षणों में भी कई खामियां रही। जैसे, प्रशिक्षण मॉड्यूल में ऐसी महिलाओं के बारे में ज़्यादा जानकारियां नहीं थीं जो नशीली दवाइयां लेती हैं। उनकी खास तरह की एसआरएचआर संबंधी ज़रूरतों पर कोई खास जानकारियां नहीं थीं। उदाहरण के लिए, हमारे पास इस बारे में कोई जानकारी नहीं थी कि मे–था–डान सहित विभिन्न नशीली दवाओं से महिलाओं के गर्भ पर क्या असर पड़ते हैं। यौन रुझान और जेंडर पहचान व अभिव्यक्ति (सेक्सुअल ओरिएंटेशन ऐण्ड जेंडर आईडेंटिटी ऐण्ड एक्सप्रेशन – एसओजीआईई) से संबंधित मुद्दों को भी शामिल नहीं किया गया था।

मुख्य आबादियों के दूसरे बहुत सारे नेटवर्कों ने भी अपने सदस्यों के लिए हमारे इस मॉड्यूल को अपनाया है। इन नेटवर्कों में इंटरनैशनल कम्युनिटी ऑफ़ वीमेन लिविंग विद एचआईवी एशिया पेसिफ़िक (आईसीडब्ल्यूएपी) और इंडोनेशियन सेक्स वर्कर्स नेटवर्क भी शामिल हैं। हानि अंकुश (हार्म रिडक्शन) पर काम कर रहे एक समूह ने भी इस मॉड्यूल को अपनाने में दिलचस्पी जताई है। अब मैं इस मॉड्यूल के प्रभावों का एक मुकम्मल मूल्यांकन करना चाहती हूं ताकि इसमें ज़रूरी संशोधन कर सकूं। साथ ही हम यह भी चाहते हैं कि और भी ज़्यादा महिलाओं को प्रशिक्षण दिया जाए क्योंकि अभी भी आईपीपीआई की केवल 15% सदस्याओं को ही प्रशिक्षण दिया गया है। इस सबके लिए फ़ंडिंग जुटाना सबसे बड़ी समस्या बना हुआ है।

D;k vki crk ldrh gSa fd bl bykd esa ,pvkbZoh ihfM+r efgykvksa vkSj u'khyh nokvksa dk lsou djus okyh efgykvksa d fy, ,lvkj,pvkj lca/kh eq[; fparkq, dkSu lh jgrh gSa?

एचआईवी से आज भी बहुत सारे लोग दहशत खाते हैं। आज भी इस बीमारी को लेकर बदनामी और भेदभाव बहुत बड़े पैमाने पर जारी है। मगर, जब प्रजनन स्वास्थ्य की बात आती है तो यह तो सभी मान लेते हैं कि विवाहित महिलाओं के लिए यह एक महत्वपूर्ण सवाल है। यहां तक कि एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के लिए भी इसका महत्व मान लिया जाता है मगर जैसे ही अविवाहित किशोर–किशोरियों और युवाओं की बात आती है तो लोगों का दिमाग काम करना बंद कर देता है। इन आबादियों के लिए यौन अभी भी एक वर्जित चीज़ मानी जाती है। मेरी राय में सभी महिलाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार के बारे में पूरी जानकारी होनी चाहिए। चाहे वे किसी भी उम्र की क्यों न हों। उन्हें अनचाहे गर्भ से बचने के तरीकों, यौन संक्रामक बीमारियों, एचआईवी, सबके बारे में पूरा पता होना चाहिए। उन्हें यह भी पता होना चाहिए कि वे 'मुख्य प्रभावित' या 'उच्च जोख़िमग्रस्त' महिलाओं की श्रेणी में तो नहीं है।

मेरी राय में सभी महिलाओं को यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार के बारे में पूरी जानकारी होनी चाहिए। चाहे वे किसी भी उम्र की क्यों न हों। उन्हें अनचाहे गर्भ से बचने के तरीकों, यौन संक्रामक बीमारियों, एचआईवी, सबके बारे में पूरा पता होना चाहिए। उन्हें यह भी पता होना चाहिए कि वे 'मुख्य प्रभावित' या 'उच्च जोख़िमग्रस्त' महिलाओं की श्रेणी में तो नहीं है।

एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के लिए महिला विरोधी हिंसा और जबरन नसबंदी बहुत गंभीर समस्याएं हैं। 2012 में हमने इंडोनेशिया में इस समस्या पर एक अध्ययन किया था।[3] इस अध्ययन में जिन महिलाओं से बात की गई थी उनमें से 30.2% ने बताया कि वे आर्थिक हिंसा से गुज़र चुकी हैं, 29.7% ने बताया कि वे मनोवैज्ञानिक हिंसा से गुज़री हैं, 28.9% ने बताया कि वे यौन हिंसा से गुज़र चुकी हैं और 24.8% ने मारपीट का सामना किया था। 13-5% महिलाओं की जबरन नसबंदी की जा चुकी थी। जबरन नसबंदी का सवाल मैंने 2012 में एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के बीच सीडा कमेटी (सीइडीएडब्ल्यू) के सामने भी उठाया था। उसके बाद से जबरन नसबंदी की ज़्यादा घटनाएं तो सामने नहीं आईं मगर इसी साल मई में हमें 23 साल की एक एचआईवी संक्रमित महिला की जबरन नसंबदी की खबर ज़रूर सुनने को मिली थी। हम अभी इस बारे में जानकारी इकट्ठा कर रहे हैं कि उसने नसबंदी क्यों कराई और अगर हमें ऐसा पता चलता है कि उसकी नसबंदी जबरन की गई थी तो हम इस मुद्दे पर फिर से आवाज़ उठाएंगे।

नशीली दवाओं का इस्तेमाल करने वाली महिलाओं के लिए एक समस्या यह है कि मी–थे–डान का सेवन करने वाली महिलाओं का मासिक चक्र अनियमित हो जाता है। इसकी वजह से उन्हें फौरन यह पता नहीं चलता कि वे गर्भवती हैं या नहीं। इसका पता उन्हें आमतौर पर तब चलता है जब वे किसी नशामुक्ति/पुनर्वास संस्थान में इलाज के लिए जाती हैं। जबकि वे वहां पहुंचती हैं तो उनके लिए सबसे अच्छा विकल्प क्या हो सकता है : या तो वे गर्भपात करा लें या मी–थे–डान का इस्तेमाल करती रहें और बच्चे को पेट में पलने दें। इंडोनेशियान ड्रग यूज़र्स नेटवर्क (पीकेएनआई) ने इस समस्या पर भी एक अध्ययन किया है।

जैसा कि मैंने पीछे ज़िक्र किया था, एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के लिए फ़ंडिंग का अभाव हमारे लिए एक बहुत बड़ी समस्या है। इन मुद्दों को सरकारी नीतियों में भी शामिल नहीं किया गया है

इसलिए भी इनके लिए सरकारी फ़ंडिंग आमतौर पर नहीं मिल पाती है।[4] हालांकि हमने नैशनल स्ट्रेटेजी ऐण्ड एक्शन प्लान फॉर एचआईवी ऐण्ड एड्स रिस्पॉन्स 2015–2019 (राष्ट्रीय एचआईवी एवं एड्स रणनीति एवं कार्ययोजना 2015–2019) में एसआरएचआर, हिंसा व एचआईवी सेवाओं के अभाव को शामिल कराया है मगर अभी भी स्वास्थ्य मंत्रालय की ओर से इस पर मंज़ूरी नहीं मिली है। हिंसा और एचआईवी सेवाओं पर तो ग्लोबल फंड से फ़ंडिंग मिल रही है मगर यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के लिए अभी भी कोई फ़ंडिंग हमारे पास नहीं है। पिछले साल यूएनएफ़पीए ने हमें तथा नैशनल सेक्स वर्कर्स नेटवर्क को कुछ पैसा दिया था ताकि हम फ़ेसिलिटेटर्स के लिए संयुक्त रूप से कुछ प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित कर सकें। यह सहायता भी लगातार चलने वाले कार्यक्रम के लिए पर्याप्त नहीं थी। दुर्भाग्यवश, ऐसा लगता है कि हमारे पास अभी भी यह साबित करने के लिए पर्याप्त साक्ष्य नहीं हैं कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के जीवन के लिए एक महत्वपूर्ण मुद्दा हैं।

lrr fodkl y{;ksa d fØ;kUo;u vkSj fuxjkuh esa ,pvkbZoh xzLr ,oa iHkkfor efgykvksa rFkk u'kkyh nokvksa dk lsou djus okyh efgykvksa d leqg D;k Hkfedk vnk dj ldrs gSa? mudh lgHkkfxrk dk dSl vkSj c<+k;k tk ldrk gS?

फिलहाल एचआईवी कार्यकर्ताओं और समुदायों को एसडीजी लक्ष्यों के महत्व का ज़्यादा पता ही नहीं है जबकि इन लक्ष्यों में एसआरएचआर तथा एचआईवी, दोनों के बारे में निश्चित लक्ष्य तय किए गए हैं।

एसडीजी लक्ष्यों के क्रियान्वयन की दीर्घकालिक योजना तैयार करने में नागर समाज को शामिल करने की सरकार की कोशिशों के बारे में मेरा मानना है कि सरकार को इस बारे में और पारदर्शी रवैया अपनाना चाहिए कि वे किसे और क्यों आमंत्रित करना चाहते हैं। साथ ही उन्हें नागर समाज के अलग–अलग संगठनों व समूहों को आमंत्रित करना चाहिए ताकि विविधता रहे। जब मैंने इस बारे में उनसे पूछा तो उन्होंने कहा कि कुछ संगठन पहले ही नैशनल प्लानिंग ब्यूरो के साथ जुड़े हुए हैं। मैंने कहा कि अगली बार मुझे बुलाना न भूलें क्योंकि मेरी इस काम में दिलचस्पी है और मैं एचआईवी ग्रस्त महिलाओं की ज़िंदगी से जुड़े मुद्दों को उठाना चाहती हूं।

सरकार के पास एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के लिए सेवाएं तो उपलब्ध हैं मगर सरकार को समुदाय को भी साथ लेकर चलना चाहिए। तभी सरकार को ज़मीनी स्तर पर इन सेवाओं की गुणवत्ता का पता चलेगा। यह एक ऐसा विषय है जिसे स्वास्थ्य मंत्रालय के साथ मिलकर हमने ग्लोबल फ़ंड के पास भेजे ताज़ा प्रस्तावों में भी शामिल किया है।

सरकार के पास एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के लिए सेवाएं तो उपलब्ध हैं मगर सरकार को समुदाय को भी साथ लेकर चलना चाहिए। तभी सरकार को ज़मीनी स्तर पर इन सेवाओं की गुणवत्ता का पता चलेगा।

,pvkbZoh xzLr ,oa iHkkfor efgykvksa rFkk u'kkyh nokvksa dk lsou djus okyh efgykvksa d ;kSu ,oa ituu LokLF; o vfèkdkjksa dk utjvnkt u fd;k tk ld] bld fy, vki ljdkjksa] la;Dr jk"V vkSj MksVk lLFkkvksa dk D;k lykg nsuk pkgrh gSa?

सबसे पहली ज़रूरत तो यह है कि इंडोनेशिया में सरकार और दाता संस्थाएं, दोनों एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर और निवेश करें। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के बारे में जानकारी एचआईवी ग्रस्त महिलाओं के लिए बहुत मायने रखती है ताकि वे अच्छी तरह अपनी ज़िंदगी जी सकें और खुद को अवांछित गर्भ तथा यौन संक्रामक बीमारियों से भी बचा सकें। दूसरा मुख्य मुद्दा यह है कि दाता संस्थाएं सांगठनिक सुदृढ़ीकरण की ज़रूरत को समझें। दाता संस्थाएं हमारे कुछ कार्यक्रमों के लिए पैसा तो देना चाहती हैं मगर वे हमें तनख्वाह नहीं देना चाहतीं। अगर हमें तनख्वाह नहीं मिलेगी तो हम कोई भी कार्यक्रम कैसे चलाएंगे? हम अपना समय और ताकत तो पहले ही लगा रहे हैं। हमें सिर्फ़ वॉलंटियर के रूप में देखने की आदत छोड़ दें। हमें विशेषज्ञ के रूप में देखें क्योंकि हमने इन सारी ज़िंदगियों को जिया भी है। हमें सारी समझ और ताकत अपने अनुभवों से हासिल हुई है।

मैं सरकार से भी यही अपील कर रही हूं। महिलाओं के संगठनों को मदद दें ताकि ये संगठन एसआरएचआर और दूसरे मुद्दों पर महिलाओं की जागरूकता बढ़ा सकें और इस काम में लगे संगठनों को मज़बूती दे सकें। सरकार को चाहिए कि वह हमें आर्थिक मदद दे और इसे अपनी ज़िम्मेदारी समझे बजाय इसके कि हम विदेशी दाता संस्थाओं के पास जाते रहें। सरकार को राष्ट्रीय बजट में ऐसे नागर समाज संगठनों के लिए फ़ंडिंग की व्यवस्था तय करनी चाहिए।

दूसरा मुख्य मुद्दा यह है कि दाता संस्थाएं सांगठनिक सुदृढ़ीकरण की ज़रूरत को समझें। दाता संस्थाएं हमारे कुछ कार्यक्रमों के लिए पैसा तो देना चाहती हैं मगर वे हमें तनख्वाह नहीं देना चाहतीं। अगर हमें तनख्वाह नहीं मिलेगी तो हम कोई भी कार्यक्रम कैसे चलाएंगे ? हम अपना समय और ताकत तो पहले ही लगा रहे हैं। हमें सिर्फ़ वॉलंटियर के रूप में देखने की आदत छोड़ दें। हमें विशेषज्ञ के रूप में देखें क्योंकि हमने इन सारी ज़िंदगियों को जिया भी है। हमें सारी समझ और ताकत अपने अनुभवों से हासिल हुई है।

जहां तक कानूनों और नीतियों का सवाल

है तो एचआईवी ग्रस्त लोगों को भेदभाव से बचाने वाले कानूनों को अच्छी तरह लागू किया जाना चाहिए। उदाहरण के लिए, हाल ही में एक स्कूल ने केवल एचआईवी पॉज़िटिव होने की वजह से एक बच्चे को दाखिला देने से इनकार कर दिया था। नशीली दवाओं का कारोबार करने वालों और सेवन करने वालों के लिए मौत की सज़ा आज भी बरकरार है। ऐसे बहुत सारे लोग नशामुक्ति/पुनर्वास केंद्रों में जा रहे हैं जबकि बहुत सारे जेलों में सड़ रहे हैं। मैं सरकार द्वारा 2020 के लिए तय किए गए लक्ष्यों को लेकर चिंतित हूं। सरकार ने तय किया है कि 2020 तक इंडोनेशिया को नशीली दवाओं से मुक्त करा लिया जाएगा और फलस्वरूप नशीली दवाओं के खिलाफ़ जंग छेड़ दी जाएगी। अगर नैशनल नारकॉटिक्स ब्यूरो (राष्ट्रीय मादक पदार्थ ब्यूरो) हर साल नशामुक्त किए जाने वाले लोगों की निधारित संख्या का लक्ष्य हासिल नहीं कर पाता है तो आप कल्पना कर सकती हैं कि किस तरह का हंगामा खड़ा हो जाएगा। कहने का मतलब है कि हमें अपने कानूनों और नीतियों को अधिकार आधारित पद्धति से तय करना होगा।

जहां तक दवाइयों और इलाज का सवाल है, तो हम यही चाहते हैं कि सरकार हेपेटाइटिस सी के लिए दवाइयां मुहैया कराए। फिलहाल ये दवाइयां इंडोनेशिया के अस्पतालों में उपलब्ध नहीं हैं। ये दवाइयां भारत में दुगनी कीमत पर केवल व्यावसायिक दुकानों पर ही उपलब्ध हैं। विभिन्न नेटवर्कों को थाईलैंड के रास्ते भारत से ये दवाइयां मंगानी पड़ती हैं।[5] विभिन्न समुदायों के लिए प्रयोगशाला परीक्षण भी बहुत मंहगे होते हैं। वक्त की मांग है कि ये जांच निशुल्क हों या काफ़ी सस्ती कीमत पर उपलब्ध हों।

और अंत में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा पर ध्यान देना भी ज़रूरी है। फिलहाल सरकार अपने सभी नागरिकों को स्वास्थ्य बीमा देती है मगर फिलहाल इसमें यह प्रावधान किया गया है कि अगर आप नशीली दवाओं की वजह से बीमार पड़ते हैं तो आपको स्वास्थ्य बीमा की कवरेज नहीं मिलेगी। इस प्रावधान को फौरन खत्म किया जाना चाहिए। अगर आप बीमा देना चाहते हैं तो सभी को और हर स्थिति में मिलना चाहिए।

और कोई चीज़ जो आप जानना चाहती हैं?

मैं एक एचआईवी ग्रस्त व्यक्ति के रूप में जीते–जीते थक गई हूं। एचआईवी पॉज़िटिव लोगों की संख्या लगातार बढ़ती जा रही है और उनकी बदनामी का एहसास खत्म होने का नाम नहीं ले रहा है। इतने सारे सम्मेलन हमने किए हैं मगर फिर भी ऐसा क्यों हो रहा है कि एक बार फिर हम किसी की जबरन नसबंदी की खबर सुन रहे हैं? क्यों मेरे बेटे को (जोकि एचआईवी पॉज़िटिव नहीं है) स्कूल से बाहर निकाल दिया गया है? दूसरे मां–बाप उसकी मौजूदगी के कारण भयभीत क्यों थे? मेरे दिलोदिमाग में ऐसी बहुत सारी चीजें घूम रही हैं जो तमाम कोशिशों के बावजूद हम नहीं कर पा रहे हैं।

इसके बावजूद क्या चीज़ है जो आपको लगातार प्रेरणा देती है? क्या है जो आपको आगे बढ़ने का हौसला दे रही है?

बहुत सारी औरतों को इस बात का एहसास ही नहीं है कि वे भी समान अधिकारों की हकदार हैं, खासतौर से एचआईवी ग्रस्त महिलाएं। यही बात मुझे लगातार आगे बढ़ते रहने के लिए प्रेरित करती है।

आप बेबी रिवोना से **baby.rivona@gmail.com** संपर्क कर सकते हैं।

नोट और संदर्भ

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%99snetwork-takes-action-address-violence-against-women-living-hiv.
2. The module, Sexual Health of Women: Rights Fulfillment, Sexual Health, and Women's Reproduction, can be accessed by interested groups by writing to the author or to IPPI.
3. IPPI, Studi Kualitatif Dan Pendokumentasian; Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan Dengan Hiv Dan Aids Di 8 (Delapan) Provins—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. इंडोनेशिया में एचआईवी के स्रोतों और उस पर होने वाले व्यय के विश्लेषण के लिए देखें : http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/indonesia_2011-2012_en.pdf.
5. भारत में हेपेटाइटिस–सी की दवाई की लागत 150 डॉलर प्रति बोतल के आसपास है जबकि इंडोनेशिया में इसी बोतल की कीमत 300 अमेरिकी डॉलर के आसपास होती है।

योग्यकर्ता सिद्धांत : एक नज़र पीछे, एक नज़र आगे

पूजा पटेल
प्रोग्राम मैनेजर (वीमेन्स राइट्स ऐण्ड एलजीबीटी राइट्स), इंटरनैशनल सर्विस फॉर ह्यूमन राइट्स

अरविंद नारायण
जिनेवा डायरेक्टर, एआरसी इंटरनैशनल

ईमेल: p.patel@ishr.ch, ट्विटर: @Pooja_ISHR
ईमेल: anarrain@gmail.com, ट्विटर: @anarrain

सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) का एक मुख्य उसूल ये है कि "कोई पीछे न छूटे" और इस आधार पर कदम आगे बढ़ाया जाए कि "मानव मात्र की प्रतिष्ठा आधारभूत महत्व रखती है।" यौन रुझान एवं जेंडर पहचान आधारित संघर्षों के संदर्भ में ये दोनों पहलू बहुत महत्वपूर्ण हो जाते हैं क्योंकि दुनिया के बहुत सारे भागों में यौनिकता और जेंडर से संबंधित ऐसी अभिव्यक्तियों और पहचानों को आज भी अपराध की श्रेणी में रखा जाता है जो बनी–बनायी परिपाटी से अलग दिखायी पड़ती हैं।

यौन रुझान एवं जेंडर पहचान (सेक्सुअल ओरिएंटेशन ऐण्ड जेंडर आइडेंटिटी – एसओजीआई) के आधार पर होने वाली हिंसा और भेदभाव के खिलाफ़ इस संघर्ष में 28 संयुक्त राष्ट्र विशेषज्ञों, मानवाधिकार वकीलों और बुद्धिजीवियों द्वारा एसओजीआई पर 2006 में पारित किए गए योग्यकर्ता सिद्धांत (वाईपी) एक महत्वपूर्ण मोड़बिंदु रहे हैं।[1] अब इस दस्तावेज़ को दस साल पूरे होने जा रहे हैं। इस अवसर पर हमें न केवल एलजीबीटीआईक्यू व्यक्तियों पर दुनिया भर में हुई अकथनीय हिंसा को याद करना चाहिए बल्कि एक ऐसे भविष्य की ओर कदम भी उठाना चाहिए जहां इस तरह की हिंसा अंततः खत्म हो जाएगी।

योग्यकर्ता सिद्धांतों ने क्या हासिल किया है, आइए इसका एक जायज़ा लें।

अधिकारों की सार्वभौमिकता पर ज़ोर

योग्यकर्ता सिद्धांतों का मूल दर्शन इसके पहले सिद्धांत में दिखाई पड़ता है। यहां कहा गया है कि "सभी मनुष्य स्वतंत्र और समान प्रतिष्ठा व अधिकारों के साथ जन्म लेते हैं।" तथा, "सभी यौन रुझानों एवं जेंडर पहचानों वाले मनुष्यों को सारे मानवाधिकारों के उपभोग का अधिकार है।"[2] खेद की बात है कि सार्वभौमिकता के इस सिद्धांत की दुनिया भर के देशों में आज भी खुलेआम अवहेलना हो रही है। यह साबित करने का संघर्ष अभी भी जारी है कि एलजीबीटीआई व्यक्ति भी मनुष्य होते हैं और लिहाज़ा उनके साथ भी पूरी तरह नैतिक[3] बर्ताव किया जाना चाहिए।

> यह साबित करने का संघर्ष अभी भी जारी है कि एलजीबीटीआई व्यक्ति भी मनुष्य होते हैं और लिहाज़ा उनके साथ भी पूरी तरह नैतिक[3] बर्ताव किया जाना चाहिए।

एसओजीआई की परिभाषाएं

योग्यकर्ता सिद्धांतों में एसओजीआई की मोटा–मोटी परिभाषा केवल समलैंगिक पुरुषों, लेस्बियन, बाईसेक्सुअल या ट्रांसजेंडर जैसी कमोबेश जानी–मानी पहचानों तक ही सीमित नहीं हैं। इन परिभाषाओं में ऐसे सभी लोगों के अधिकारों और हितों की रक्षा पर ज़ोर दिया गया है जिनको उनके यौन व्यवहार, यौन क्रियाओं, यौन पहचानों, जेंडर की अभिव्यक्ति या जेंडर की पहचान के आधार पर निशाना बनाया जा सकता है। अर्जेंटीना में पारित किए गए ऐतिहासिक जेंडर पहचान कानून में जेंडर पहचान की परिभाषा योग्यकर्ता सिद्धांतों से ही ली गई है।[4] भारत में नाज़ फाउंडेशन बनाम दिल्ली सरकार के मुकदमें में दिल्ली उच्च न्यायालय द्वारा दिए गए फैसले में भी योग्यकर्ता सिद्धांतों का हवाला दिया गया है। इस फैसले में भारतीय दंड संहिता की धारा 377 को समाप्त घोषित किया गया था। इसी तरह, राष्ट्रीय विधि सेवा प्राधिकरण बनाम भारत सरकार (नालसा) के मुकदमे में ट्रांसजेंडर नागरिकों के अधिकारों को मान्यता देने वाले सर्वोच्च न्यायालय के फैसलों में भी इन सिद्धांतों का उल्लेख मिलता है।[5]

कानून के समक्ष मान्यता का अधिकार

तीसरे सिद्धांत में कानून के समक्ष मान्यता पर ज़ोर दिया गया है।[6] यहां यह अधिकार जेंडर पहचान और यौन अधिकारों के संदर्भ में लिया गया है। यह दुनिया भर में ट्रांसजेंडर लोगों के लिए संघर्ष की एक धुरी है। दुनिया भर की विधि व्यवस्थाएं लोगों द्वारा खुद चुने गए जेंडर को कानूनी मान्यता नहीं देतीं और इस तरह उन्हें अपनी इच्छा के जेंडर के साथ जीने के अधिकार का निषेध करके "अधिकारहीन" बना देती है। बीते दस सालों के दौरान इस सिद्धांत को अर्जेंटीना,[7] आरयलैंड,[8] और माल्टा[9] के घरेलू कानूनों में भी जगह मिली है। इन सभी कानूनों में लोगों को अपना जेंडर खुद चुनने के अधिकार को मान्यता दी गई है।

ज़ोनल प्राइवेसी से आगे जाना

योग्यकर्ता सिद्धांतों के छठे सिद्धांत में प्राइवेसी के अधिकार को परिभाषित किया गया है। प्राइवेसी के अधिकार को आमतौर पर घर के भीतर शांतिपूर्वक जीवन में व्यवधान से रक्षा के अधिकार के रूप में देखा जाता रहा है। योग्यकर्ता सिद्धांत इस समझदारी से आगे जाते हैं और उनमें "अपने शरीर तथा अन्य व्यक्तियों के साथ परस्पर सहमति आधारित

यौन संबंधों अथवा अन्य संबंधों के बारे में फैसले लेने की क्षमता" को भी प्राइवेसी के अधिकार में शामिल किया गया है। सिद्धांत 6 प्राइवेसी को केवल "ज़ोनल प्राइवेसी" की धारणा तक सीमित नहीं रखता बल्कि इसमें "निर्णय लेने की प्राइवेसी" और "संबंधों की प्राइवेसी" को भी शामिल करता है। लिहाज़ा, जब हम यह कहते हैं कि गुदामैथुन विरोधी कानून प्राइवेसी के अधिकार की अवहेलना करते हैं तो हम इस पितृसत्तात्मक कुतर्क की हिमायत नहीं कर रहे हैं कि "एक मर्द का घर ही उसका दुर्ग होता है" (यानी हमें अपने घर की चारदिवारी के भीतर पूरी तरह अपनी मर्जी से जीने का निर्बाध अधिकार है) बल्कि इस बात पर ज़ोर दे रहे हैं कि दूसरों के साथ अंतरंग संबंध बनाने का अधिकार और अपनी इच्छा के व्यक्ति के साथ संबंध बनाने के अधिकार की रक्षा के साथ जुड़ा होता है। योग्यकर्ता सिद्धांतों ने प्राइवेसी की धारणा को "ज़ोनल" हदों से आगे ले जाकर "सम्मान" और "स्वायत्तता" की अवधारणात्मक रूपरेखा के साथ जोड़ दिया है। सम्मान, प्राइवेसी और आज़ादी के बीच यह संबंध भारत,[10] दक्षिण अफ़्रीका,[11] और अमेरिका[12] के न्याय विमर्श में बहुत स्पष्ट रूप से मुखर हुआ है जहां ये कहा गया है कि प्राइवेसी की सुरक्षा के अधिकार से ही अंतरंग संबंध बनाने के फैसलों का दायरा सामने आता है।

जब हम यह कहते हैं कि गुदामैथुन विरोधी कानून प्राइवेसी के अधिकार की अवहेलना करते हैं तो हम इस पितृसत्तात्मक कुतर्क की हिमायत नहीं कर रहे हैं कि "एक मर्द का घर ही उसका दुर्ग होता है" (यानी हमें अपने घर की चारदिवारी के भीतर पूरी तरह अपनी मर्ज़ी से जीने का निर्बाध अधिकार है) बल्कि इस बात पर ज़ोर दे रहे हैं कि दूसरों के साथ अंतरंग संबंध बनाने का अधिकार और अपनी इच्छा के व्यक्ति के साथ संबंध बनाने के अधिकार की रक्षा के साथ जुड़ा होता है।

चिकित्सीय दुरुपयोग से सुरक्षा की ज़रूरत। सिद्धांत 18 में इस बात पर ज़ोर दिया गया है कि एसओजीआई का नियंत्रण और नियमन सिर्फ़ सरकार और कानूनों के ज़रिए नहीं होता बल्कि इसमें कई तरह के सामाजिक संस्थान भी अपनी भूमिका अदा करते हैं। इसके लिए ये भी ज़रूरी है कि अधिकारों की अवहेलना करने वाले एक और संभावित किरदार यानी चिकित्सा व्यवसाय पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए। इस सिद्धांत में एसओजीआई के कारण चिकित्सकीय दुरुपयोग को परिभाषित करने वाली तीन स्थितियां गिनाई गई हैं।

- चिकित्सकीय अथवा मनोवैज्ञानिक उपचार, प्रक्रिया अथवा परीक्षण;
- किसी चिकित्सा संस्थान से बाहर न जाने देना; और
- एसओजीआई पहचान अपने आप में कोई ऐसी स्थिति नहीं है जिसका इलाज किया जाना चाहिए या जिसको दबाना ज़रूरी हो।

सिद्धांत 18 में इस बात पर ज़ोर दिया गया है कि एसओजीआई का नियंत्रण और नियमन सिर्फ़ सरकार और कानूनों के ज़रिए नहीं होता बल्कि इसमें कई तरह के सामाजिक संस्थान भी अपनी भूमिका अदा करते हैं। इसके लिए ये भी ज़रूरी है कि अधिकारों की अवहेलना करने वाले एक और संभावित किरदार यानी चिकित्सा व्यवसाय पर भी ध्यान दिया जाना चाहिए।

यह न्यायिक प्रगति एसओजीआई के आधार पर पीड़ित व्यक्तियों को चिकित्सीय दुर्व्यवहार से बचाने के लिए किए गए प्रावधानों का एक महत्वपूर्ण विस्तार है। यह समझ इंटरसेक्स शिशुओं के संदर्भ में सबसे ज़्यादा महत्वपूर्ण हो जाती है। ये ऐसे शिशु होते हैं जिनके शरीर पर ऐसी शल्य चिकित्सा की जाती है जिसको उलटा नहीं किया जा सकता। यह शल्य चिकित्सा आमतौर पर बच्चों के हितों की रक्षा के नाम पर ही की जाती है। यह सिद्धांत ऐसी शल्य चिकित्सा को गैर–कानूनी घोषित करने वाली कानूनी रूपरेखा विकसित करने के लिए एक महत्वपूर्ण प्रस्थानबिंदु हो सकता है।

आगे का रास्ता। योग्यकर्ता सिद्धांतों की स्वीकृति के बाद के 10 सालों में एसओजीआई की न्यायिक व्याख्याओं में भारी सुधार आया है मगर अभी भी हमें एक लंबा फासला तय करना है। मिसाल के तौर पर, हमें "लैंगिक विशिष्टताओं" शब्द के इस्तेमाल पर ध्यान देना होगा जिसकी आड़ में इंटरसेक्स शिशुओं को अनावश्यक रूप से शल्य चिकित्सा का शिकार बनाया जाता है। ट्रांससेक्स वर्कर्स तथा एलजीबीटी शरणार्थियों के अधिकारों तथा जेंडर अभिव्यक्तियों के मामले में भी योग्यकर्ता सिद्धांतों की और व्याख्या करनी होगी।

अब हमें न केवल इन सिद्धांतों को और तेज़ी से साकार करना है बल्कि इनमें छूट गई कमियों को भी भरना है ताकि योग्यकर्ता सिद्धांत आने वाले सालों में एसओजीआई संबंधी न्यायिक विमर्श में एक महत्वपूर्ण प्रकाशस्तंभ की भूमिका निभाते रहें। अगर एसडीजी लक्ष्य वाकई इस उम्मीद के साथ तय किए गए हैं कि "कोई पीछे न छूट जाए" और "प्रत्येक मनुष्य की प्रतिष्ठा की रक्षा की जाए" तो यह ज़रूरी हो जाता है कि इन योग्यकर्ता सिद्धांतों को क्रियान्वयन की रूपरेखा का हिस्सा बनाया जाए।

नोट और संदर्भ

1. "The Yogyakarta Principles: The Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity," http://www.yogyakartaprinciples.org/.
2. यह सिद्धांत सार्वभौमिक मानवाधिकार घोषणापत्र (यूडीएचआर) के अनुच्छेद 1 पर आधारित है जिस में कहा गया है कि 'सभी मनुष्य जन्म से ही स्वतंत्र और समान प्रतिष्ठा व अधिकारों से लैस होते हैं।' यूडीएचआर का अनुच्छेद 1 नात्सियों द्वारा यहूदियों, रोमाओं, स्लाव, विकलांगों और समलैंगिक के उत्पीड़न, यातनाओं और हत्याओं के एक दर्दनाक इतिहास की याद दिलाता है।

3. लेखकों का कहना है कि "नैतिक" और "नैतिकता" के कुछ निश्चित अभिप्राय होते हैं जिनको धार्मिक विमर्शों में देखा जा सकता है मगर हमें उनको फिर से हासिल करना है। "पूर्ण नैतिक नागरिकता" की अवधारणा कानून में इस तरह की वापसी का एक उदाहरण है जो दक्षिण अफ्रीका में न्यायमूर्ति सैक्स ने दिया है। भारत में संवैधानिक नैतिकता की अवधारणा अंबेडकर से आती दी है। देखें : 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.
4. "Argentina Gender Identity Law," September 12, 2013, Transgender Europe, http://tgeu.org/argentina-gender-identity-law/.
5. "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/.
6. यह सिद्धांत अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार कानूनों में नस्ली नात्सी विचारधारा के खिलाफ हुए संघर्ष से पैदा हुआ है जिसमें यहूदियों को न तो कोई कानूनी पहचान दी गई थी और न ही उन्हें नागरिकता का दर्जा मिलता था। उन्हें किसी भी तरह के अधिकारों से वंचित गैर–नागरिक घोषित कर दिया गया था।
7. "Argentina Gender Identity Law."
8. "Gender Recognition Act 2015," Transgender Europe, http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/08/IRELAND_Gender-Recognition-Act-2015.pdf.
9. "Chapter 540 Gender Identity, Gender Expression, and Sex Characteristics Act," April 14, 2015, http://www.justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=12312&l=1.
10. देखें, "National Legal Services Authority v. Union of India," https://indiankanoon.org/doc/193543132/.
11. देखें, 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.
12. देखें, Justice Kennedy's majority judgment in "Lawrence v. Texas 539 US 558," 2003, https://supreme.justia.com/cases/federal/us/539/558/.

युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों के हक में उठती आवाज़ें

पाकिस्तान में सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा पर युवाओं की ओर से जारी किया गया बयान

नूर इमरान[1]
बरगद – ऑर्गेनाइजेशन फॉर यूथ डेवलपमेंट, पाकिस्तान

वर्ष 2010 में पाकिस्तान के संविधान में 18वां संशोधन किया गया। इसके बाद से "युवा मामले" प्रांतीय सरकारों के अधिकार क्षेत्र में आ गए हैं। तब से अब तक के सात सालों में चार में से केवल दो प्रांतों में केवल दो प्रांतों[2] ने अपनी युवा नीतियों को मंज़ूरी दी है। बाकी दो प्रांतों ने युवा नीति के मसविदे तो तैयार किए हैं मगर नौकरशाही की ढिलाई और राजनीतिक अस्थिरता के कारण इन नीतियों को मंज़ूरी नहीं दी जा रही है। 2001 में पाकिस्तान की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति तो घोषित की गई मगर प्रांतीय स्तर पर ऐसी कोई नीति 2010 के बाद से तय नहीं की गई है। पाकिस्तान की नीतियों में युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों (एसआरएचआर) के बारे में कुछ प्रावधान तो ज़रूर किए गए हैं[3] मगर उनका लागू होना अभी भी बाकी है। इस मद में पाकिस्तान कई अंतर्राष्ट्रीय समझौतों पर दस्तखत भी कर चुका है।[4]

पाकिस्तान में नीतिगत रूपरेखा की यह कमी सांस्कृतिक कायदे–कानूनों और सेवा प्रदाताओं के पूर्वाग्रहों की वजह से और गंभीर रूप ले लेती है। ये गैर–कानूनी रुकावटें युवाओं, खासतौर से लड़कियों को एसआरएच सेवाएं व जानकारियां हासिल करने से रोक देती हैं। यह चिंताजनक स्थिति युवाओं के लिए एसआरएचआर नतीजों में भी प्रतिबिंबित होती है। पाकिस्तान में कम उम्र में शादी का चलन आज भी बहुत बड़े पैमाने पर मौजूद है। आज भी यहां लड़कियों की शादी की मीडियन उम्र 19.5 साल है।[5] 2014 में बाल यौन उत्पीड़न के 508 मामले रिपोर्ट किये गए थे जोकि इससे पहले साल के मुकाबले 17% ज़्यादा थे।[6] युवा (30 साल से कम उम्र के लोग) अभी भी ऐसी स्थिति में नहीं हैं कि वे पेचीदा स्वास्थ्य समस्याओं का सामना कर सकें क्योंकि उनके पास न तो सही जानकारी होती है, न उनके पास संसाधनों तक पहुंच है और न उनके पास निर्णय लेने की ताकत होती है।[7] चूंकि समलैंगिकता को अपराध घोषित कर दिया गया है[8] इसलिए यौन एवं जेंडर अल्पसंख्यक, जिनमें युवा भी शामिल हैं, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को भी अपने यौन रुझान और जेंडर के बारे में नहीं बताते और इसकी वजह से अकसर अकेले ही सारे उत्पीड़न और भेदभाव का सामना करते रहते हैं।[9]

पाकिस्तान सरकार को चाहिए कि वह युवाओं के एसआरएचआर संबंधी मुद्दों पर फौरन ध्यान दे। युवाओं के लिए अनुकूल और

जेंडर संवेदी एचआरएच सूचनाएं व सेवाएं मुहैया करायी जाएं। इस मद में हाशियाई समूहों पर खासतौर से ध्यान देना होगा। दूसरी सिफ़ारिश यह है कि स्कूल के भीतर और बाहर दी जाने वाली जीवन कौशल बेसिक शिक्षा (लाइफ स्किल बेसिक एजूकेशन – एलएसबीई) में समग्र यौनिकता शिक्षा को भी शामिल किया जाए। इसके अलावा, यौन एवं जेंडर आधारित हिंसा (एचजीवीबी) और बालविवाह जैसी हानिकारक परंपराओं को रोकने और भेदभाव को रोकने के लिए एक समग्र कानून बनाना चाहिए।

इन्हीं मुद्दों को उठाने के लिए "राइट हियर, राइट नॉऊ" (आरएचआरएन) पाकिस्तान एलाएंस[10] ने पाकिस्तान की सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा (यूनिवर्सल पीरियॉडिक रिव्यू – यूपीआर) के लिए युवाओं का प्रतिवेदन तैयार करने में अपना योगदान दिया। यह रिपोर्ट खुद युवाओं द्वारा ही तैयार की गई थी। इसके लिए आरएचआरएन के घटक[11] नागर समाज संगठनों के युवा प्रतिनिधियों ने भी शोध में अपना योगदान दिया।[12]

आरएचआरएन पाकिस्तान के युवा मंच के सदस्यों ने ऐरो तथा डान्स फॉर लाइफ द्वारा आयोजित एक कार्यशाला[13] में भी हिस्सा लिया जहां सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा के बारे में भी जानकारियां दी गई थीं ताकि देश में मानवाधिकारों की स्थिति को बेहतर बनाने, पाकिस्तान को अब तक मिले सुझावों और एसआरएचआर की स्थिति पर नज़र रखने के लिए इस प्रक्रिया को एक साधन के तौर पर इस्तेमाल किया जा सके। कार्यशाला के बाद सहभागियों ने अपने–अपने इलाकों में चर्चाएं आयोजित कीं, सर्वेक्षण किए और एसओजीआई सूचनाओं व सेवाओं तक युवाओं की पहुंच पर सर्वेक्षण व सामूहिक चर्चाएं आयोजित कीं।[14] इस प्रक्रिया से जो नतीजे निकले, उनको संकलित करने, उनका विश्लेषण करने तथा यूपीआर रिपोर्ट तैयार करने के लिए एक ड्राफ्टिंग कमेटी का भी गठन किया गया।[15] इस पूरे काम में साढ़े तीन महीने लगे और इसमें 197 युवाओं से जानकारियां इकट्ठा की गईं।

इस प्रक्रिया से जो सिफ़ारिशें सामने आई हैं उनको पाकिस्तान की ओर से जमा कराई जाने वाली यूपीआर के साथ एक शैडो रिपोर्ट के रूप में जमा कराया जाएगा ताकि एसआरएचआर सूचनाओं व सेवाओं तक पहुंच में मौजूद कमियों, खासतौर से युवाओं के सामने पेश आने वाली कठिनाइयों को उजागर किया जा सके और सरकार पर भी इन मदों में फौरन कार्रवाई करने के लिए दबाव बनाया जा सके। युवाओं के बीच चले इस विचार–विमर्श के आधार पर कई सिफ़ारिशें बहुत साफ़ तौर पर सामने आई हैं : पाकिस्तान सरकार को चाहिए कि वह युवाओं के एसआरएचआर संबंधी मुद्दों पर फौरन ध्यान दे। युवाओं के लिए अनुकूल और जेंडर संवेदी एचआरएच सूचनाएं व सेवाएं मुहैया करायी जाएं। इस मद में हाशियाई समूहों पर खासतौर से ध्यान देना होगा। दूसरी सिफ़ारिश यह है कि स्कूल के भीतर और बाहर दी जाने वाली जीवन कौशल बेसिक शिक्षा (लाइफ स्किल बेसिक एजूकेशन – एलएसबीई) में समग्र यौनिकता शिक्षा को भी शामिल किया जाए। इसके अलावा, यौन एवं जेंडर आधारित हिंसा (एचजीवीबी) और बालविवाह जैसी हानिकारक परंपराओं को रोकने और भेदभाव को रोकने के लिए एक समग्र कानून बनाना चाहिए।

हालांकि 2030 सतत विकास एजेंडा पर लोगों का काफ़ी ध्यान जा रहा है मगर यूपीआर जैसी मानवाधिकार उत्तरदायित्व प्रणालियां अभी भी युवाओं के लिए एसआरएचआर की वस्तुस्थिति पर नज़र रखने के लिए बहुत महत्वपूर्ण हैं। यह यूपीआर राष्ट्रीय स्तर पर सतत विकास लक्ष्यों के क्रियान्वयन में भी मदद दे सकता है क्योंकि 2030 का एजेंडा मानवाधिकारों के सिद्धांतों व संधियों की रोशनी में तय किया गया है। लिहाज़ा, यह युवा संगठनों के लिए एक बेहतरीन अवसर है जब वे मिलकर अपनी चिंताएं व्यक्त कर सकते हैं और सरकार पर दबाव बनाने के लिए कदम उठा सकते हैं। 2017 में तीसरी बार पाकिस्तान यूपीआर समीक्षा प्रक्रिया से गुज़रेगा। चूंकि पाकिस्तान में अभी भी यूपीअर रिपोर्टिंग के लिए युवाओं से बात करने का चलन नहीं है इसलिए यह शैडो रिपोर्ट युवाओं के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर प्रगति का जायज़ा लेने के लिहाज़ से मील का एक पत्थर ज़रूर है।

यह यूपीआर राष्ट्रीय स्तर पर सतत विकास लक्ष्यों के क्रियान्वयन में भी मदद दे सकता है क्योंकि 2030 का एजेंडा मानवाधिकारों के सिद्धांतों व संधियों की रोशनी में तय किया गया है।

इस रिपोर्ट के आधार पर एक पैरवी ब्रीफ भी तैयार किया जा रहा है जिसकी मदद से पाकिस्तान की यूपीआर प्रक्रिया में हिस्सा लेने वाले सदस्य देशों पर दबाव बनाया जा सके। यूपीआर के बाद क्या फ़ॉलोअप कार्रवाई की जाए, इसको ध्यान में रखते हुए आरएचआरएन पाकिस्तान और इसके युवा सदस्य मानवाधिकार मंत्रालय और मीडिया के लिए एक ब्रीफ़िंग सत्र भी आयोजित करेंगे।

नोट और संदर्भ

1. लेखक इस लेख में सहायता देने के लिए ऐरो की समरीन शहबाज का आभार व्यक्त करना चाहती हैं।
2. ये थे पंजाब और खैबर पख्तूनख्वा।
3. इनमें बाल विवाह निषेध अधिनियम, 1929; प्रसूता एवं बाल स्वास्थ्य नीति रूपरेखा 2015; प्रजनन स्वास्थ्य चिकित्सा एवं अधिकार अधिनियम, 2013; कार्यस्थल महिला उत्पीड़न सुरक्षा अधिनियम, 2010; पंजाब, खैबर पख्तूनख्वा और बलूचिस्तान हेतू घरेलू हिंसा विधेयक, पंजाब युवा नीति और खैबर पख्तूनख्वा युवा नीति शामिल हैं।
4. इनमें एलीमिनेशन ऑफ ऑल फॉर्म्स ऑफ डिस्क्रीमिनेशन अगेंस्ट वीमैन, बाल अधिकार संधि (सीआरसी), अंतर्राष्ट्रीय नागरिक एवं राजनीतिक अधिकार संधि (आईसीसीपीआर), अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन (आईसीपीडी), तथा 2030 टिकाऊ विकास एजेंडा शामिल हैं।
5. National Institute of Population Studies [Pakistan] and ICF International, Pakistan 2012-13 Demographic and Health Survey: Key Findings (Calverton, Maryland,

USA: National Institute of Population Studies and ICF International, 2013), http://www.nips.org.pk/abstract_files/PDHS%20Key%20Findings%20FINAL%201.24.14.pdf.

6. Qaiser Butt, "Child Sexual Abuse Cases Rise by 17%, Says UNICEF-funded Study," The Express Tribune, August 24, 2015, https://tribune.com.pk/story/943616/evil-within-child-sexual-abuse-cases-rise-by-17-says-unicef-funded-study/.

7. Rutgers WPF, Pakistan, An Assessment on the Status of Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People in Pakistan (Pakistan: Rutgers WPGF, Pakistan, 2013), http://www.rutgerswpfpak.org/content/pdfs/IEC/HK/SRHR-End-Line-Report.pdf.

8. पाकिस्तान की दंड संहिता की धारा 377 में कहा गया है : "अप्राकृतिक अपराध : कोई भी व्यक्ति यदि प्रकृति की व्यवस्था के विरुद्ध किसी भी पुरुष, स्त्री, अथवा पशु के साथ गुदा मैथुन करता है तो उसे आजीवन कारावास की सज़ा दी जाएगी या 2 से 10 साल तक के कारावास और जुर्माने की सज़ा दी जा सकती है।" व्याख्या: इस धारा में उल्लिखित अपराध के लिए गुदा में लिंग प्रवेश ही गुदा मैथुन की पर्याप्त परिभाषा है। देखें : Pakistan Penal Code (Act XLV of 1860), October 6, 1860, http://www.pakistani.org/pakistan/legislation/1860/actXLVof1860.html.

9. Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, "Pakistan: Incidents of Violence or Mistreatment Involving Sexual Minorities in Islamabad, Karachi and Lahore; Loss of Employment or Inability to Rent Housing due to Sexual Orientation (2014)," January 9, 2015, http://www.refworld.org/docid/54ca23b24.html.

10. राइट हियर, राइट नाऊ (आरएच आरएन) पाकिस्तान। राइट हियर, राइट नाऊ दरअसल राइट हियर, राइट नाऊग्लोबल कांसोर्शियमक का हिस्सा है। आरएच आरएन एक ऐसी दुनिया की रचना करना चाहता है जहां तमाम प्रकार के युवाओं को समग्र यौनिकता शिक्षा तक पूरी और निर्बाध पहुंच मिले और उन्हें सुरक्षित गर्भपात सहित युवाओं के लिए अनुकूल सभी प्रकार की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाएं प्राप्त हों। एनएच आरएन के सदस्य संगठन इस प्रकार हैं : रहनुमा फैमिली प्लानिंग एसोसिएशन ऑफ पाकिस्तान, बरगद, फोरम फॉर डिगनिटी इनीशिएटीव (एफडीआई), चानन डेवलेपमेंट एसोसिएशन (सीडीए), यूथ एडवोकेसी नेटवर्क (वाईएएन), रटजर्स पाकिस्तान, इंडस रिसोर्स सेंटर (आईआरसी) आहंग, अवेयर गर्ल्स, ब्ल्यू विंड्स तथा इदारा तालीमा अगाही (आईटीए)।

11. यूनिवर्सिल पीरियोडिक रिव्यू (यूपीआर) संयुक्त राष्ट्र मानवाधिकार परिषद (एनएन – एसआरसी) की एक व्यवस्था है जो 2005 में संयुक्त राष्ट्र सुधार प्रक्रिया के परिणामस्वरूप सामने आई है। इसे आमतौर पर यूएन – यूपीआर कहा जाता है जिसकी स्थापना 3 अप्रैल 2006 को महासभा के प्रस्ताव संख्य 60/251 के माध्यम से की गई थी। यूएन – यूसीआर व्यवस्था संयुक्त राष्ट्र के सभी 193 देशों के मानवाधिकार प्रदर्शन की जांच करती है।

12. आरएच आरएन पाकिस्तान 15 से 30 साल के युवाओं व किशोर–किशोरियों को युवाओं की श्रेणियों में परिभाषित करता है।

13. इस कार्यशाला का आयोजन इस्लामाबाद, पाकिस्तान में 5–9 दिसंबर 2016 को किया गया। इस कार्यशाला में एनएच आरएन पाकिस्तान के सदस्य संगठनों द्वारा नामांकित किए गए 8 युवा मंच सदस्यों ने हिस्सा लिया।

14. देश के चारों प्रांतों में कंसल्टेशन आयोजित की गई जिनमें अलग–अलग पृष्ठभूमियों के युवाओं ने हिस्सा लिया। इनमें यौन एवं जेंडर अल्पसंख्यक, ग्रामीण युवाओं तथा अलग–अलग नेटवर्कों में शामिल युवा भी शामिल थे।

15. यह रहनुमा फैमिली प्लानिंग एसोसिशन ऑफ पाकिस्तान (एफपीएपी) एरो, सेक्सुअल राइट्स इनीशिएटिव (एसआरई) डांस4लाइफ की देखरेख में किया गया।

ऐरो के एसआरएचआर ज्ञान आदान–प्रदान केंद्र में उपलब्ध संसाधन

सिओ किन टियोंग
सीनियर प्रोग्राम ऑफ़िसर, ऐरो
Email: *kin@arrow.org.my*

ऐरो के एसआरएचआर सूचना आदान–प्रदान केंद्र (ASK-us) ने जेंडर, महिला अधिकार और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर संसाधनों का एक खास संग्रह तैयार किया है। यह संकलन इन शीर्षकों पर सभी को ज़रूरी जानकारियां उपलब्ध कराने के लिए तैयार किया गया है। ऐरो आस्क–अस संकलन 2017 की अंतिम तिमाही से ऑनलाइन मुहैया कराया जाएगा। आस्क–अस से संपर्क करने के लिए आप km@arrow.org.my को लिख सकते हैं।

एसओजीआई पर सार्वभौमिक पहुंच से संबंधित मुख्य संसाधन

Action for Global Health and Countdown 2030 Europe. Universal Health Coverage: Sexual and Reproductive Health and Rights on the Agenda. Discussion paper, March 2017. http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/universalhealth-coverage-srhr-on-the-agenda-afghcountdown2030.pdf.

इस परचे में ये दिखाने की कोशिश की गई कि विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा दी गई सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज (यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज – यूएचसी) की परिभाषा और स्वास्थ्य को निर्धारित करने वाले सामाजिक निर्धारकों की उसकी समझ एसआरएचआर तथा इन अधिकारों को प्रभावित करने वाले कारकों से भी जुड़ी हुई है। इसमें ये दलील दी गई है कि सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज का लक्ष्य तब तक हासिल नहीं किया जा सकता जब तक एसओजीआई को एक प्राथमिकता के तौर पर संबोधित नहीं किया जाएगा। इस दिशा में सफलता के लिए यूएचसी के बारे में मानवाधिकारों पर आधारित दृष्टि अपनाना बहुत आवश्यक है। इसमें यह भी संकेत दिया गया है कि एसओजीआई के कुछ आयामों को प्राथमिकता नहीं दी जा रही है और उन पर लगातार फ़ोकस व एक्टिविज़्म की ज़रूरत बनी रहेगी। आखिर में, इस बारे में कुछ संदेश और सिफ़ारिशें दी गई हैं कि एसओजीआई तक सार्वभौमिक पहुंच हासिल करने का क्या मतलब होता है।

Beattie, Allison, Robert Yates, and Douglas Noble. Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage for Women and Children in South Asia, East Asia and The Pacific. Thematic paper. UNICEF South Asia Regional Office, 2016. http://billion-brains.org/wp-content/ uploads/2016/10/UHC-Paper.pdf.

इस थिमेटिक परचे में सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के बुनियादी पहलुओं का विश्लेषण किया गया है। इनमें सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज के फायदों और बुनियादी हिस्सों, एशिया और प्रशांत क्षेत्र में मौजूदा स्थिति पर चर्चा भी शामिल है। परचे में एसडीजी लक्ष्यों सहित स्वास्थ्य (तथा यूएचसी) के लिए वैश्विक एवं क्षेत्रीय नीतियों के सदर्भ की पड़ताल की गई है और यूएचसी के मामले में विभिन्न देशों के अनुभवों से निकले सबकों का सार–संकलन किया गया है। इस प्रसंग में इस इलाके से मिले उदाहरणों और छोटी–छोटी केस स्टडीज़ को भी शामिल किया गया है तथा सफलता को तय करने वाले पहलुओं के बारे में भी बताया गया है। नीतिगत सिफ़ारिशें और अगले कदम क्या हो सकते हैं इसका ब्यौरा परचे के आखिरी भाग में दिया गया है।

Boldosser-Boesch, Amy, Dan Byrnes, Cindy Carr, Shiza Farid, Kimberly Lovell, Helena Minchew, Joanne Omang, Robyn Russell, and Ann Warner. Briefing Cards: Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and the Post-2015 Development Agenda. UN Foundation's Universal Access Project, 2015. http://www. unfoundation.org/what-we-do/campaignsand- initiatives/universal-access-project/ briefing-cards-srhr.pdf.

यह ब्रीफ़िंग कार्ड्स का एक सेट है जो एसआरएचआर तथा शिक्षा, आर्थिक लाभ तथा सामान्य स्वास्थ्य एजेंडा, जेंडर समानता और पर्यावरण जैसी विकास की कई प्राथमिकताओं के अंतर्संबंधों को दर्शाने वाले ब्रीफ़िंग कार्ड्स का एक समूह है।

Center for Health and Gender Equity (CHANGE). All Women, All Rights, Sex Workers Included: US Foreign Assistance and the Sexual and Reproductive Health and Rights of Female Sex Workers. CHANGE, 2016. http://www.genderhealth. org/files/ uploads/All_Women_Alll_ Rights_Sex_ Workers_Included_Report.pdf.

यह रिपोर्ट पीयर रिव्यूड यानी संबंधित क्षेत्र के विशेषज्ञों की समीक्षा, परस्पर मार्गदर्शन व सिफ़ारिशों और महिला सेक्स वर्कर्स की एसओजीआई संबंधी ज़रूरतों के विश्लेषण पर केंद्रित ग्रे लिटरेचर पर आधारित रिपोर्ट है। इसके लिए चेंज के प्रतिनिधियों ने मुख्य सूचनादाताओं के साथ साक्षात्कार भी लिए जिनमें अमेरिकी अधिकारी, क्रियान्वयन कर्मी, शोधकर्ता, यौनकर्मी, यौनकर्मियों के पैरोकार, सेवा प्रदाता और बहुतपक्षीय संगठनों के प्रतिनिधि भी शामिल थे। समीक्षा और साक्षात्कारों के आधार पर प्राथमिकता के ऐसे क्षेत्र तय किए गए जहां अमेरिकी विदेश सहायता श्रेष्ठ व्यवहारों तथा मौलिक मानवाधिकार सिद्धांतों के समन्वय में चलाई जानी चाहिए ताकि महिला सेक्स वर्कर्स के स्वास्थ्य व अधिकारों को प्रभावी ढंग से सुरक्षा दी जा सके।

Hawkins, Kate, Stephen Wood, Tanya Charles, Xiaopei He, Zhen Li, Anne Lim, Ilana Mountian and Jaya Sharma. "Sexuality and Poverty Synthesis Report." Evidence

Report No. 53, Sexuality, Poverty and Law. Institute of Development Studies (IDS), 2014. https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/ bitstream/handle/123456789/3525/ER53. pdf?sequence=1.

इस रिपोर्ट में 2012–2013 में किए गए यौनिकता और गरीबी के कई ऑडिट्स से मिली सीखों का सार–संकलन किया गया है। यह एक विस्तृत परियोजना का हिस्सा है जिसमें यौनिकता के कारण हाशिए पर ढकेल दिए गए लोगों की मदद के लिए बनाई जाने वाली सामाजिक–आर्थिक नीतियों में सुधार के उद्देश्य से यौनिकता, जेंडर बहुलता और गरीबी के संबंधों को समझने पर ज़ोर दिया गया है। शोध में यह संकेत दिया गया है कि यौनिकता मनुष्य के शारीरिक, सामाजिक और आर्थिक कुशलक्षेम, राजनीतिक सहभागिता और सामाजिक–आर्थिक समावेशन की संभावना और मानवाधिकारों के क्रियान्वयन के साथ सीधे तौर पर जुड़ी होती है।

Ipas. Women's Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality, and Reproductive Rights. Ipas, 2015. http://www.ipas.org/en/ Resources/ Ipas%20Publications/Womens-accessto- safe-abortion-in-2030-agengda-forsustainable- development.aspx.

स्वास्थ्य और जेंडर समानता से संबंधित एसडीजी लक्ष्यों के अनुसार महिलाओं को सुरक्षित और कानूनी गर्भपात का अधिकार दिलाना दुनिया भर की प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार कार्यकर्ताओं के लिए एक बड़ा मुद्दा है। इस ब्रीफ़िंग पेपर में उन एसीडीजी लक्ष्यों और टारगेट्स पर बात की गई है जिनको हासिल करने के लिए सुरक्षित और कानूनी गर्भपात का लक्ष्य हासिल करना ज़रूरी है। इसमें गर्भपात तक पहुंच की दिशा में हुई वैश्विक प्रगति को मापने के लिए न्यूनतम संकेतकों की सिफ़ारिश भी की गई है।

Livingstone, Amanda. Briefing Kit: Sexual and Reproductive Health and Rights in South Asia. White Ribbon Alliance, 2016. http:// whiteribbonalliance.org/wp-content/ uploads/2016/03/Briefing-Kit-SRHR-in-South-Asia.pdf.

यह ब्रीफ़िंग किट ऐसे नागरिकों को ध्यान में रखकर तैयार किया गया है जो उत्तरदायित्व एवं निगरानी प्रक्रिया में हिस्सेदारी करना चाहते हैं ताकि उनकी सरकारें उनके एसआरएचआर अधिकारों के प्रति अपनी प्रतिबद्धताओं पर खरी उतरें। जब नागरिक ऐसी प्रक्रिया में शामिल होते हैं, जागरूकता पैदा होती है और महिलाएं व लड़कियां परिवर्तन की वाहकों के रूप में सशक्त महसूस करती हैं तो स्थानीय व राष्ट्रीय नेताओं को उनकी मांगों को सुनना ही पड़ता है।

Mishra, Santosh Kumar. "Sexual and Reproductive Health and Rights and Post-2015 Agenda: An Investigation into Development Scenario." Women Health International, 2:1 (2016):114. https://www. elynsgroup.com/journal/ article/sexual-and-reproductive-healthand- rights-and-post-2015-agenda-aninvestigation- into-development-scenario.

इस परचे में विकास के धरातल पर एसआरएचआर के महत्व और भूमिका का विश्लेषण किया गया है। इस विश्लेषण के लिए दूसरे मानवाधिकारों और वैश्विक गरीबी एवं भुखमरी उन्मूलन उद्देश्यों पर भी विचार किया गया है और कुछ सिफ़ारिशें दी गई हैं ताकि इन सारे पहलुओं को 2015 के बाद के एजेंडा में एक वाजिब जगह मिल सके। सतत विकास, सबके लिए न्याय व शांति सुनिश्चित करने के लिए ज़रूरी है कि एसआरएचआर को एक बेहतर दुनिया की तमाम योजनाओं और विमर्शों में शामिल किया जाए।

Santhya, K.G. and Shireen J. Jejeebhoy. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Adolescent Girls: Evidence from Low- and Middle-income Countries." Global Public Health, 10:2 (2015): 189- 221. https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/ PMC4318087/.

यह परचा अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या एवं विकास सम्मेलन (आईसीपीडी) में व्यक्त की गई प्रतिबद्धताओं और नीतियों की रोशनी में निम्न आय एवं मध्य आय देशों (लो इनकम एवं मिडल इनकम कंट्रीज़ – एलएमआईसी) में किशोरियों के एसआरएचआर से संबंधित साक्ष्यों की समीक्षा पर आधारित है। इसमें बताया गया है कि 1994 से इस दिशा में क्या प्रगति हुई है और किशोरियों के स्वास्थ्य व मानवाधिकारों की रक्षा के लिहाज़ से हमारे सामने कौन सी नई चुनौतियां और अवसर पैदा हो रहे हैं। इस परचे के नतीजों से ऐसा संकेत मिलता है कि शादी और बच्चे पैदा करने की उम्र को आगे बढ़ाने, अनचाहे प्रसवों को रोकने, लड़कियों के यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य को संकट में डालने वाली जेंडर असमानताओं पर अंकुश लगाने, स्वास्थ्य संबंधी जागरूकता फैलाने और एसआरएचआर तक पहुंच बढ़ाने में ज़्यादातर देश अभी भी बहुत उल्लेखनीय सफलता हासिल नहीं कर पाए हैं।

United Nations Population Fund (UNFPA). Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges. UNFPA, 2016. http://www. unfpa.org/sites/default/ files/pub-pdf/ UNFPA_Reproductive_ Paper_20160120_ online.pdf.

अब इस बात से कोई इनकार नहीं कर सकता कि प्रजनन स्वास्थ्य और परिवार नियोजन साधनों तक पहुंच न केवल अनचाहे गर्भ और प्रसव से बचने की संभावना को बढ़ा देते हैं बल्कि जेंडर समानता, बच्चों के बेहतर स्वास्थ्य, एचआईवी की रोकथाम, शिक्षा में बेहतर सफलता और गरीबी पर अंकुश में भी योगदान देते हैं। प्रस्तुत रिपोर्ट में एमडीजी 5बी संकेतकों से संबंधित उपलब्ध डेटा के आधार पर बताया गया है कि अभी तक कितनी प्रगति हुई है और एसडीजी लक्ष्यों के अंतर्गत, खासतौर से एसडीजी लक्ष्य 3 के तहत तय किए गए 9 टारगेट्स के तहत किन पुरानी और नई चुनौतियों को संबोधित किया जा सका है। रिपोर्ट में सबसे संकटग्रस्त और वंचित समूहों पर भी ध्यान दिया गया है और बताया गया है कि प्रजनन स्वास्थ्य सेवा तक उनकी पहुंच कितनी है।

World Health Organisation (WHO). Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV. Geneva: WHO, 2017. http:// apps.who.int/iris/bitstre am/10665/254885/ 1/9789241549998- eng.pdf?ua=1.

इन दिशा–निर्देशों में एचआईवी प्रभावित महिलाओं को दी जाने वाली सिफ़ारिशों और स्थानीय स्वास्थ्य कर्मियों, कार्यक्रम प्रबंधकों और लोक स्वास्थ्य नीति निर्माताओं की मदद के लिए दी जाने वाली सिफ़ारिशों और श्रेष्ठ व्यवहारों का सार–संकलन किया गया है ताकि एचआईवी संक्रमित महिलाओं के एसआरएचआर को ज़्यादा बेहतर ढंग से संबोधित किया जा सके। इसका एक मकसद सभी देशों को इसके लिए मदद देना है कि वे जेंडर समानता और मानवाधिकारों को प्रोत्साहन देने के लिए प्रभावी योजनाएं तैयार कर सकें और उन पर निगरानी रख सकें। विभिन्न देशों की राष्ट्रीय और स्थानीय बीमारियों के संदर्भ पर भी ध्यान दिया गया है। इस दस्तावेज़ में इस पर भी चर्चा की गई है कि जेंडर समानता का लक्ष्य हासिल करने और मानवाधिकारों को प्रोत्साहन देने के लिए स्वास्थ्य कार्यक्रमों और सेवा डिलीवरी में किन मुद्दों पर ध्यान देना ज़रूरी है।

Youth LEAD. Our Rights Matter Too: Sexual and Reproductive Health and Rights of Young Key Populations in Asia and the Pacific. Thailand: Youth LEAD, 2015. http://www.aidsdatahub.org/sites/ default/files/publication/Youth_Lead_ Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf.

यूथ लीड नामक संगठन द्वारा तैयार की गई यह क्षेत्रीय रिपोर्ट एसआरएचआर तक पहुंच और युवाओं के संबंधों को उजागर करने की कोशिश करती है। यह रिपोर्ट बताती है कि इस क्षेत्र में एड्स को खत्म करने के लिए इन अधिकारों को मान्यता देना कितना ज़्यादा महत्वपूर्ण है। एशिया और प्रशांत क्षेत्र की मुख्य युवा आबादियों की यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों से संबंधित ज़रूरतों, मुद्दों और प्राथमिकताओं का खाका भी पेश किया गया है। रिपोर्ट में इस इलाके में मुख्य युवा आबादियों की एसआरएचआर संबंधी ज़रूरतों के बारे में जानकारियों की कमी का भी उल्लेख किया गया है और एक क्षेत्रीय अध्ययन के आधार पर कुछ सिफ़ारिशें दी गई हैं। यह रिपोर्ट नीति–निर्धारण और पैरवी कार्यक्रमों के लिए ज़रूरी जानकारियां मुहैया कराने का एकमात्र साधन है।

अन्य संसाधन

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, Raffaela 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." *Guttmacher Policy Review*, 18:4 (2015). https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr1807715.pdf.

Guttmacher Institute. *Abortion in Asia*. Fact sheet. Guttmacher Institute, 2016. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aww-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.

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://www.thelancet.com/journals/lancet/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.

चुने गए एरो संसाधन

एरो कटिंग एज प्रकाशन विकसित करता है। पिछले 5 सालों में SRHR की सार्वभौमिक पहुँच से संबंधित एरो के मुख्य प्रकाशन नीचे दिए गए हैं। 1993 से आज तक के एरो के सभी प्रकाशनों को http://arrow.org.my/publications-overview/ से डाउनलोड किया जा सकता है।

Abdul Cader, Azra, Dhivya Kanagasingam, 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 Jyothirmal and Nurgul Dzhanaeva. *Country Profile on the Status of Sexual and Reproductive Health and Rights: Kygyz 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 Jyothirmal 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.

परिभाषाएं

मारिया मेलिंडा एण्डो
ऐरो फॉर चेंज मैनेजिंग एडिटर तथा ऐरो सीनियर प्रोग्राम ऑफिसर
Email: *malyn.ando@arrow.org.my, malyn.ando@gmail.com*

सार्वभौमिक पहुंच : इसका मतलब यह होता है कि "आवश्यकता पड़ने पर कोई भी उपयुक्त सेवाओं का प्रयोग करने से वंचित न रहें। अर्थात, किसी को भी संबंधित सेवाओं का प्रयोग करने के लिए अपनी जेब से ज़्यादा खर्चा न करना पड़े, वे सेवाएं आसपास और सामाजिक रूप से पहुंच के भीतर हों। साथ ही, सेवा डिलीवरी केंद्रों में ज़रूरी कर्मचारी, साधन व उपकरण मौजूद हों। संबंधित सेवाओं के लिए उपयुक्त नीतियां और बजट आबंटन किए गए हों।"[1] "इसे 'उपचार के रास्ते में आने वाली भौगोलिक, आर्थिक, सांगठनिक, सामाजिक, सांस्कृतिक और जेंडर आधारित रुकावटों से मुक्ति' के रूप में भी परिभाषित किया जाता रहा है।"[2]

पहुंच के तीन पहलू ये होते हैं :

- "भौतिक पहुंच। इसका मतलब है कि जिन्हें स्वास्थ्य सेवाओं की ज़रूरत है, उनके लिए आसपास ही स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध हों, वे अच्छी गुणवत्ता वाली हो, समय पर खुलती हों, वहां एपॉइंटमेंट आसानी से मिल जाए और संबंधित संस्था व डिलीवरी व्यवस्था ऐसी हो कि आवश्यकता पड़ने पर लोग उसका लाभ ले सकें।
- किफ़ायत। यह इस बात का पैमाना है कि बिना किसी आर्थिक संकट के लोग इन सेवाओं का इस्तेमाल कर सकते हैं या नहीं। इसके लिए न केवल स्वास्थ्य सेवाओं की लागत और कीमत पर ध्यान दिया जाता है बल्कि उन सेवाओं के इस्तेमाल की अप्रत्यक्ष लागतों और अवसर लागतों पर भी गौर किया जाता है (जैसे, किसी स्वास्थ्य संस्थान तक आने–जाने पर कितना खर्चा आता है, काम पर न जा पाने की वजह से आमदनी का घाटा कितना होता है, वगैरह)। किफ़ायत का सवाल स्वास्थ्य व्यवस्था के लिए सरकारी आबंटन और परिवार की आमदनी से भी तय होता है।
- स्वीकार्यता। इससे पता चलता है कि लोग उस स्वास्थ्य सेवा का लाभ उठाने के लिए कितने इच्छुक हैं। अगर रोगियों को ऐसा लगता है कि वह स्वास्थ्य सेवा उनका इलाज करने के लिए प्रभावी नहीं है या भाषा अथवा लिंग, नृजातीय पहचान, स्वास्थ्यकर्मियों के धर्म जैसे सामाजिक और सांस्कृतिक पहलू लोगों को उन सेवाओं का लाभ उठाने से रोकते हैं तो उस सेवा की स्वीकार्यता कम मानी जाती है।"[3]

"पहुंच को प्रभावित करने वाले पहलू दो तरह के होते हैं। एक तरफ़ 'आपूर्ति पक्ष' (सप्लाई साइड) होता है। आपूर्ति पक्ष का मतलब है स्वास्थ्य व्यवस्था, जो इस बात को तय करती है कि सेवाओं की कीमत, उपलब्धता, स्वीकार्यता और स्तर कैसा होगा। दूसरा पक्ष 'मांग पक्ष' (डिमांड साइड) का है। लोगों के पास सूचनाओं और निर्णय लेने की क्षमता की कमी, आवाज़ाही पर लगी बंदिशें, सामाजिक बेदखली और भेदभाव वगैरह मांग पक्ष के पहलू होते हैं।"[4]

सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज : सतत विकास लक्ष्यों का टारगेट 3.8 "सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज हासिल करने पर केंद्रित है जिसमें आर्थिक जोख़िमों से सुरक्षा, स्तरीय स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच और सभी के लिए सुरक्षित, प्रभावी, स्तरीय और सस्ती दवाइयों व टीकों तक पहुंच शामिल है।" यूएचसी फिलहाल विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) के लिए प्राथमिकता का मुद्दा बना हुआ है।

डब्ल्यूएचओ ने यूएचसी को इस प्रकार परिभाषित किया है : "यह सुनिश्चित करना कि सभी लोगों को प्रोत्साहक, निरोधक, उपचारक और रिहैबिलिटेटिव स्वास्थ्य सेवओं तक पूरी पहुंच मिले। सेवाओं की गुणवत्ता बढ़िया हो। लोगों को इन सेवाओं का लाभ उठाने के लिए आर्थिक संकटों का सामना न करना पड़े।"[5]

इसके अलावा, डब्ल्यूएचओ ने स्पष्ट किया है कि यूएचसी में "तीन परस्पर जुड़े हुए उद्देश्य होते हैं :

- स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच में समानता – जिन्हें सेवाओं की आवश्यकता है उन्हें सेवाएं मिलें न कि केवल उन्हीं को सेवाओं का लाभ मिले जो उनका खर्चा वहन कर सकते हैं।
- स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता इतनी अच्छी हो कि सेवा पाने वालों के स्वास्थ्य में निश्चित रूप से सुधार आ सके;
- आर्थिक जोख़िमों से बचाव – यानी यह सुनिश्चित करना कि संबंधित सेवाओं की लागत लोगों को आर्थिक संकट में न ढकेल दें।"[6]

डब्ल्यूएचओ के एक पुराने दस्तावेज़ में भी इस बात का प्रकाश डाला गया है कि सार्वभौमिक कवरेज हासिल करने के लिए "तीन आयामों पर प्रगति सुनिश्चित करनी होगी :

- इलाज के रास्ते में आने वाली आर्थिक रुकावओं को हटाना और स्वास्थ्य सेवाओं का प्रयोग करने वालों को भारी लागतों से सुरक्षा प्रदान करना;
- स्वास्थ्य सेवाओं की कवरेज बढ़ाना : यानी अनिवार्य सेवाओं के पैकेज में कौन सी सेवाओं को शामिल किया गया है और किन–किन सेवाओं को रियायती दर पर या मुफ्त मुहैया कराया जा रहा है;
- जनसंख्या कवरेज के दायरे को बढ़ानाः यानी किनको कवर किया जा रहा है।"[7]

गौर करने की बात है कि "लोगों को अपनी ज़रूरत की सेवाएं मिले और वे जोख़िमों से सुरक्षित रहें, ऐसी सार्वभौमिक स्वास्थ्य कवरेज तब तक संभव नहीं है जब तक कि सभी को स्वास्थ्य सुविधाओं तक समान पहुंच न मिले।"[8] दरअसल "सार्वभौमिक कवरेज भी सार्वभौमिक पहुंच के लिए एक अनिवार्य परिस्थिति तो है मगर यह पर्याप्त परिस्थिति नहीं है। सार्वभौमिक कवरेज के बावजूद सार्वभौमिक पहुंच का लक्ष्य तब तक हासिल नहीं किया जा सकता जब तक कि सेवा डिलीवरी बिंदुओं और निश्चित सेवाओं की उपलब्धता जैसी 'आपूर्ति पक्षीय' बाधाओं को दूर नहीं किया जाएगा। यह लक्ष्य सांस्कृतिक कारकों, सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में लोगों की राय और जेंडर आधारित सत्ता संबंधों, जैसे कि 'मांग पक्षीय' बाधाएं, की वजह से भी हासिल करना मुश्किल है।"[9]

निजी क्षेत्र के बरक्स सरकार की जवाबदेही: सार्वभौमिक पहुंच और सार्वभौमिक कवरेज की चर्चाओं में इस बात पर ज़ोर देना ज़रूरी है कि पूरी आबादी की सेहत सुनिश्चित करने की जवाबदेही और मुख्य ज़िम्मेदारी सरकारों पर ही आती है। कार्यकर्ताओं और पैरोकारों को स्वास्थ्य सेवाओं की डिलीवरी सहित सतत विकास में निजी क्षेत्र की बढ़ती भूमिका के प्रति चौकस नज़र रखनी होगी।[10]

निजी क्षेत्र की बढ़ती भूमिका को 2030 सतत विकास एजेंडा से और बल मिला है। यह बात 2017 उच्चस्तरीय राजनीतिक मंच (एचएलपीएफ़ – हाई लेवल पॉलिटिकल फोरम) के सामने पेश की गई स्वैच्छिक राष्ट्रीय रिपोर्ट को देखकर स्पष्ट हो जाती है। इन रिपोर्ट्स से पता चलता है कि 93% देशों ने एसडीजी लक्ष्यों पर अपनी योजना और प्रगति की समीक्षा के लिए निजी क्षेत्र से सलाह ली थी...। 68% ... ने एसडीजी लक्ष्यों पर सरकारी खर्चे की कमी को पूरा करने के लिए निजी क्षेत्र के निवेश को महत्वपूर्ण बताया है और 43%... ने कहा है कि एसडीजी क्रियान्वयन हेतु और ज़्यादा सार्वजनिक–निजी सहभागिता (पीपीपी) विकसित करने के लिए प्रयास किए जाएंगे।"[11]

प्रजनन स्वास्थ्यः इसका मतलब "सिर्फ़ बीमारियों या कमज़ोरी का अभाव ही नहीं है बल्कि इसका आशय प्रजनन स्वास्थ्य और उसकी विभिन्न प्रक्रियाओं के प्रसंग में परिपूर्ण शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक कुशलक्षेम से है। लिहाज़ा, प्रजनन स्वास्थ्य का मतलब यह होता है कि लोगों का यौन जीवन संतोषजनक और सुरक्षित हो, उनके पास बच्चे पैदा करने की क्षमता हो, उनके पास यह तय करने की स्वतंत्रता हो कि वे बच्चे पैदा करना चाहते हैं तो कब और कैसे पैदा करना चाहते हैं। इस अंतिम पहलू में यह भी निहित है कि पुरुष और महिला, दोनों को परिवार नियोजन के सुरक्षित, प्रभावी, किफ़ायती और परस्पर स्वीकार्य तरीकों के बारे में पूरी जानकारी हो। साथ ही उन्हें प्रजनन क्षमता को नियंत्रित करने की अपनी पसंद की और कानूनसम्मत पद्धतियों के बारे में भी जानकारी हो। उन्हें उचित स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच का अधिकार मिलना चाहिए जिससे महिलाओं को सहज ढंग से गर्भावस्था को पूरा करने और बच्चे को जन्म देने में कोई दिक्कत न हो तथा दम्पत्ति को एक स्वस्थ शिशु पैदा करने का समुचित अवसर मिले।"[12]

प्रजनन अधिकारः "ऐसे निश्चत मानवाधिकार जिन्हें राष्ट्रीय कानूनों, अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार दस्तावेज़ों तथा अन्य सर्वसम्मत दस्तावेज़ों में पहले ही मान्यता मिल चुकी है। ये अधिकार सभी दम्पत्तियों एवं व्यक्तियों के यह तय करने के मूलभूत अधिकार की मान्यता पर आधारित हैं कि वे अपने बच्चों की संख्या, जन्म में फासले और समय को स्वतंत्र रूप से और ज़िम्मेदारी के साथ तय करें और उनके पास ऐसा करने के लिए उचित सूचनाएं व साधन हों तथा उनके पास यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य के सर्वोच्च मानकों तक पहुंचने का अधिकार हो। इसमें यह अधिकार भी शामिल है कि वे प्रजनन के बारे में किसी भी तरह के भेदभाव, ज़ोर–ज़बर्दस्ती और हिंसा के बिना उसी तरह स्वतंत्र रूप से फैसला ले सकें जिस तरह मानवाधिकार दस्तावेज़ों में अपेक्षा की जाती है।"[13]

यौन स्वास्थ्यः "यौनिकता के संबंध में शारीरिक, भावनात्मक, दिमागी एवं सामाजिक कुशलता की स्थिति। इसका मतलब सिर्फ़ बीमारियों, विकलांगता या कमज़ोरी के न होने से नहीं है। यौन स्वास्थ्य के लिए यौनिकता और यौन संबंधों के प्रति एक सकारात्मक और सम्मानप्रद रवैया अपनाया जाए तथा ज़ोर–जबर्दस्ती, भेदभाव और हिंसा से मुक्त सुखद एवं सुरक्षित यौन संबंधों की संभावना मौजूद हो। यौन स्वास्थ्य का लक्ष्य हासिल करने और बनाए रखने के लिए ज़रूरी है कि सभी व्यक्तियों के यौन अधिकारों को सम्मान दिया जाए और उनकी रक्षा की जाए और उनकी पूर्ति की जाए।"[14]

यौन अधिकार: "ये ऐसे मानवाधिकार हैं जो राष्ट्रीय कानूनों, अंतर्राष्ट्रीय मानवाधिकार दस्तावेज़ों तथा अन्य सर्वसम्मत दस्तावेज़ों में पहले ही मान्यता प्राप्त हैं। इनमें सभी व्यक्तियों का ज़ोर–ज़बर्दस्ती, भेदभाव और हिंसा के बिना यौनिकता के संबंध में स्वास्थ्य के सर्वोच्च मानक प्राप्त करने का अधिकार शामिल है। इसके अलावा इसमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच, यौनिकता के संबंध में सूचनाएं मानने, प्राप्त करने और प्रदान करने का अधिकार; यौनिकता शिक्षा का अधिकार; अपने शरीर पर अपने नियंत्रण के सम्मान का अधिकार; अपना/अपनी जीवन साथी चुनने का अधिकार; यौन सक्रिय रहने या न रहने का निर्णय लेने का अधिकार; परस्पर सहमति आधारित यौन संबंध बनाने का अधिकार, सहमति के आधार पर शादी का अधिकार; बच्चे पैदा करने हैं या नहीं करने हैं और करने हैं तो कब करने हैं, यह तय करने का अधिकार; तथा एक संतोषजनक, सुरक्षित और सुखद यौन जीवन जीने का अधिकार शामिल है।"[15]

नोट और संदर्भ

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. उपरोक्त
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, 5–13 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. This is a working definition, not an official WHO position. See: World Health Organization, "Sexual and Reproductive Health," http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.
15. उपरोक्त

फैक्टफाइल

एसआरएचआर फिर एजेंडा से बाहर?

एचएलपीएफ़ में एशिया–प्रशांत सदस्य देशों के मुख्य संदेशों का विश्लेषण

मारिया मेलिंडा ऐन्डो

ऐरो फॉर चेंज मैनेजिंग एडिटर तथा ऐरो सीनियर प्रोग्राम ऑफ़िसर

Emails: *malyn.ando@arrow.org.my, malyn.ando@gmail.com*

2030 सतत विकास एजेंडा की तैयारी के दौरान चली वार्ताओं में महिला अधिकार कार्यकर्ताओं ने इस बात पर ज़ोर दिया था कि नए विज़नरी एजेंडा की सफलता के लिए जवाबदेही की व्यवस्था बहुत मज़बूत होनी चाहिए। लिहाज़ा, हमने एक ऐसी उत्तरदायित्व व्यवस्था के लिए आह्वान किया था जो अनिवार्य और सार्वभौमिक हो तथा मौजूदा मानवाधिकार उत्तरदायित्व प्रणालियों से एक कदम आगे हो।[1,2] मगर, ज़्यादातर सरकारों ने जवाबदेही/उत्तरदायित्व शब्द से बचने के रास्ते ढूंढ लिए और वे "फॉलोअप समीक्षा" के रूप में एक कम विवादास्पद प्रावधान पर आकर ठहर गयीं। इस फॉलोअप और समीक्षा के लिए उच्चस्तरीय राजनीतिक मंच (एचएलपीएफ) को एक प्रमुख वैश्विक मंच के रूप में अपना लिया गया। इसके अलावा, सदस्य देश केवल स्वैच्छिक रिपोर्टिंग पर ही राजी हुए। इसके पीछे समझदारी यह थी कि उन्हें एसडीजी टारगेट्स को अपनी–अपनी राष्ट्रीय परिस्थितियों के हिसाब से अपनाने की छूट मिले।[3] 2016 एशिया–पेसिफ़िक फ़ोरम ऑन सस्टेनेबल डेवेलपमेंट (एशिया प्रशांत सतत विकास मंच – एपीएफ़एसडी) के अवसर पर एशिया–प्रशांत क्षेत्र के सदस्य देशों ने यह भी फैसला लिया कि क्षेत्रीय स्तर पर कोई 'अतिरिक्त रिपोर्टिंग' नहीं होगी।[4]

दो साल बाद अब यह देखने का समय आ चुका है कि अभी तक इस फॉलोअप और समीक्षा प्रक्रिया का क्या हश्र हुआ है? 17–19 जुलाई 2017 को एचएलपीएफ़ की मंत्री स्तरीय शिखर बैठक आयोजित की गई जिसमें 43 देशों ने अपनी–अपनी

स्वैच्छिक राष्ट्रीय समीक्षा (वीएनआर) रिपोर्ट्स पेश कीं। वीएनआर पेश करने वाले देशों की यह संख्या 2016 के मुकाबले दोगुना थी।[5] 43 देशों में से 12 देश एशिया और प्रशांत क्षेत्र के देश थे।

बीता साल अपनी सरकारों से यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों (एसआरएचआर) के सवाल पर उनकी प्रतिबद्धताओं के बरक्स उनकी जवाबदेही मांगने का सही वक्त था क्योंकि इसी एचएलपीएफ़ सम्मेलन में सतत विकास लक्ष्य 3 और 5 (स्वास्थ्य और खुशहाली सुनिश्चित करना तथा जेंडर समानता सुनिश्चित करना) की पूर्ति हेतु किए गए प्रयासों की भी समीक्षा की जा रही थी। इसके अलावा, चार अन्य लक्ष्यों पर हुई प्रगति की समीक्षा भी इस सम्मेलन की कार्यसूची का हिस्सा थी।[6] लिहाज़ा, यह सवाल वाजिब है कि क्या एसआरएचआर पर वाकई कोई चर्चा हुई? एसडीजी लक्ष्यों के क्रियान्वयन व निगरानी की दिशा में हुई प्रगति से संबंधित रिपोर्ट्स पेश करने के लिए जितना सीमित समय दिया गया था, उसे देखते हुए यह जानना दिलचस्प होगा कि सरकारों ने एसआरएचआर से संबंधित टारगेट्स पर अपनी रिपोर्ट्स पेश की भी या नहीं?

एसआरएचआर संबंधी टारगेट् के लिहाज़ से एशिया–प्रशांत क्षेत्र के 12 देशों द्वारा जमा कराए गए मुख्य संदेशों की पड़ताल करने पर बहुत ही निराशजनक नतीजे सामने आते हैं। जाहिर है कि इन रिपोर्ट्स का गहराई से विश्लेषण करना ज़रूरी है मगर इन रिपोर्ट्स को देखकर फिलहाल इतना तो कहा ही जा सकता है कि इन देशों की वास्तविक प्राथमिकताएं क्या हैं। (अधिक विवरण के लिए देखें टेबल 1)।

अभी हम शुरुआती दौर में हैं। 2030 एजेंडा तथा एसडीजी लक्ष्यों पर सहमति को अभी दो साल ही हुए हैं। अभी भी ज़्यादातर देश इन लक्ष्यों के क्रियान्वयन व निगरानी के लिए विभिन्न उपाय तय करने की प्रक्रिया में हैं या कुछ देशों ने अब जाकर इन प्रक्रियाओं को लागू कर दिया है। इनमें राष्ट्रीय प्राथमिकताओं को पहचानना और निगरानी की रूपरेखाएं विकसित करना भी शामिल है। लिहाज़ा, जिन 12 देशों ने अपनी रिपोर्ट जमा कराई हैं उनमें से सात देशों ने सिर्फ़ इस बारे में जानकारी दी है कि अभी तक वे क्या करते रहे हैं या क्या करने वाले हैं। उन्होंने संबंधित लक्ष्यों पर किसी तरह की प्रगति का उल्लेख नहीं किया है।

खेद की बात है कि निर्धारित लक्ष्यों पर प्रगति का ज़िक्र करने वाले एशिया–प्रशांत क्षेत्र के पांचों देशों – भारत, इंडोनेशिया, मलेशिया, तजाकिस्तान और थाईलैंड – में से एक भी देश ने एसआरएच चिकित्सा सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच (टारगेट 3.7) या एसआरएच एवं प्रजनन अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच (टारगेट 5.6) का ज़िक्र तक नहीं किया है। ऐसा लगता है कि एशिया–प्रशांत क्षेत्र के देशों के लिए यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार असल में प्राथमिकता सूची का हिस्सा नहीं है। संभवतः इसी कारण इन टारगेट्स पर 2015 के बाद की वार्ताओं में सबसे ज़्यादा विवाद खड़ा हुआ था और एशिया–प्रशांत सतत विकास मंच की ओर से एचएलपीएफ को भेजे गए सुझावों में भी यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों का कोई ज़िक्र नहीं किया गया था।[7]

एशिया–प्रशांत क्षेत्र के सदस्य देशों को कुछ मुद्दे दूसरे मुद्दों से ज़्यादा स्वीकार्य दिखाई पड़ते हैं। यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार संबंधी दोनों टारगेट्स पर रिपोर्टिंग के अभाव के विपरीत, इन पांचों देशों ने मातृ मृत्यु दर (टारगेट 3.1) या अपने प्रसूती लाभ कार्यक्रम के बारे में ब्यौरा ज़रूर दिया है। केवल मलेशिया ने एचआईवी (टारगेट 3.3) के मामले में अपनी सरगर्मियों की जानकारी दी है और इंडोनेशिया ने बाल विवाहों की रोकथाम (टारगेट 5.3) पर अपनी प्रगति का ज़िक्र किया है। महिलाओं व लड़कियों के विरुद्ध हिंसा पर किसी ने भी रिपोर्टिंग नहीं की है (टारगेट 5.2)।

इन हालात में कार्यकर्ताओं और पैरोकारों के लिए काम तय हो गया है। अब हमें पहले अपनी सरकारों को एक बार फिर यह याद दिलाना होगा कि सतत विकास का लक्ष्य हासिल करने के लिए सिर्फ़ मातृ मृत्यु दर की रोकथाम ही नहीं बल्कि यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर मुकम्मल ढंग से ध्यान देना भी क्यों महत्वपूर्ण है। हमें अपनी सरकारों से उनकी सारी प्रतिबद्धताओं पर जवाबदेही मांगनी होगी जिनमें यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच का आश्वासन भी शामिल है। इसके अलावा, हमें उन सारे अहम मुद्दों को भी फिर से चर्चा में लाने के रास्ते ढूढने होंगे जिन्हें या तो 2015 के बाद वार्ता सूची से निकाल दिया गया था या जिन्हें पहले ही छोड़ा जा चुका था। मसलन, गर्भपात का अधिकार, यौन अधिकार, यौन रुझान एवं जेंडर पहचान तथा अभिव्यक्ती और यौन विशिष्टताएं (एस ओ जी आई ई एस सी), तथा समग्र यौनिकता शिक्षा जैसे सवाल। जैसा कि उम्मीद की जा रही थी, किसी भी देश की सरकार ने महिलाओं और युवाओं के अधिकारों से जुड़े इन सारे महत्वपूर्ण मुद्दों पर अपनी–अपनी वीआरएन रिपोर्ट्स में कहीं ज़िक्र नही किया है। हमारी ज़िम्मेदारी है कि अपनी सरकारों को इन सारे पहलुओं पर ध्यान देने के लिए बाध्य करें। वैसे भी 2030 एजेंडा एक महत्वाकांक्षी योजना है और इसे न्यूनतम सफलता की प्रतिस्पर्धा में तब्दील कर देना ठीक नहीं होगा।

नागर समाज और सामाजिक आंदोलनों को भी इस पर सवाल उठाना होगा कि एसडीजी लक्ष्यों के राष्ट्रीयकरण/स्थानीयकरण की प्रक्रिया तथा राष्ट्रीय स्तर पर वीएनआर प्रक्रियाएं कितनी समावेशी और पारदर्शी रही हैं।[8] हालांकि एशिया और प्रशांत क्षेत्र के 12 में से 11 देशों ने

ये कहा है कि उन्होंने नागर समाज और गैर–सरकारी संगठनों (एनजीओ) को भी इन प्रक्रियाओं में शामिल किया है मगर हमें यह पूछना ही चाहिए कि उनकी सहभागिता का स्तर क्या था और वह सहभागिता कितनी सच्ची और सार्थक रही? क्या नागर समाज के प्रतिनिधियों को एसडीजी क्रियान्वयन और निगरानी की औपचारिक संरचनाओं में भी शामिल किया गया था? यदि हां, तो उनमें से किन–किन को मीटिंगों में बुलाया गया? क्या मुख्य चुनिंदा लोगों को शामिल किया गया या अलग–अलग दायरों और अलग–अलग सवालों पर काम करने वाले विभिन्न प्रकार के लोगों को शामिल किया गया? एचएलपीएफ़ के दौरान मेजर ग्रुप्स द्वारा कई हस्तक्षेप किए गए और उन्होंने सरकारों के इस दावे को चुनौती दी कि इन प्रक्रियाओं में नागर समाज से भी सलाह ली गई थी।[9] लिहाज़ा, हमें इन प्रक्रियाओं के सभी स्तरों पर नागर समाज की सहभागिता को संस्थागत मान्यता देने की मांग जारी रखनी होगी। असल में सतत विकास ज्ञान मंच (सस्टेनेबल डेवलपमेंट नॉलेज प्लेटफॉर्म) के संबंधित देशों वाले पन्नों में सरकारी और वैकल्पिक, दोनों तरह की रिपोर्ट्स को शामिल किया जाना चाहिए ताकि पारदर्शिता भी बनी रहे और रिपोर्टिंग ज़्यादा समावेशी भी हो।

हमें राष्ट्रीय एसडीजी फ़ाइनेंसिंग क्रियान्वयन तथा निगरानी में निजी क्षेत्र की बढ़ती भूमिका और प्रभाव के प्रति भी चौकस रहना होगा। भारत के अलावा एशिया–प्रशांत क्षेत्र के बाकी सभी देशों ने अपनी रिपोर्ट्स में यह जानकारी दी है कि इस एजेंडा में निजी क्षेत्र मुख्य संबंधित पक्ष की भूमिका निभा रहा है। एक अन्य विश्लेषण से पता चला है कि सभी 43 वीएनआर रिपोर्ट्स में से 68: रिपोर्ट्स में एसडीजी लक्ष्यों के वित्तपोषण के लिए निजी निवेश को एक पूरक स्रोत के रूप में मान्यता दी है।[10] निजी क्षेत्र के साथ साझेदारी का यह महत्व एचएलपीएफ के आयोजन के दौरान भी दिखाई दिया जहां एसडीजी बिज़नेस फ़ोरम को यूएन जेनरल असेम्बली हॉल दिया गया जबकि नागर समाज को उसी हॉल में कार्यक्रम करने की अर्ज़ियों को नामंजूर किया जा चुका था। निजी क्षेत्र के इस साये को देखते हुए हमें सतत विकास, मानवाधिकारों तथा हर बार पीछे छूट जाने वाले तबकों की बेहतरी की संभावनाओं पर लगातार नज़र रखनी होगी।

इसके अलावा, हमें एचएलपीएफ़ प्रणाली में उपलब्ध विभिन्न संभावनाओं का भी सदुपयोग करना होगा। इनमें विशेषज्ञ समूह की बैठकों के लिए इनपुट जमा कराने और एसडीजी लक्ष्यों की प्रगति के लिए मेजर ग्रुप्स द्वारा वैकल्पिक या 'शैडो' रिपोर्ट तैयार करना, राष्ट्रीय प्रतिनिधि मंडलों में हिस्सा लेना, सरकारों के साथ लॉबिंग करना और एचएलपीएफ में सीधा हस्तक्षेप करना भी शामिल है। हमें इन सभी संभावनाओं को ज़्यादा सार्थक और प्रभावी बनाना होगा। 2017 एचएलपीएफ से मिले सबकों के आधार पर हमें उन सरकारों के साथ भी काम करना चाहिए जो 2018 में वीएनआर रिपोर्ट तैयार करने वाली हैं। साथही, जिन सरकारों ने अभी तक ऐसी रिपोर्ट तैयार करने का आश्वासन नहीं दिया है उन पर हमें दबाव भी बनाना होगा।

हमें 2030 एजेंडा और इसके फॉलोअप एवं समीक्षा प्रणाली के अलावा भी सरकारों की जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए पूरक रास्ते ढूंढने होंगे। उदाहरण के लिए, जनसंख्या एवं विकास आयोग (कमीशन ऑन पॉपुलेशन ऐण्ड डेवलपमेंट – सीपीडी) तथा महिलाओं की स्थिति आयोग (कमीशन आन द स्टेटस ऑफ़ वीमेन – सीएफ़डब्ल्यू) जैसे सत्रों का सदुपयोग करना होगा। साथ ही हमें सार्वभौमिक सावधिक समीक्षा (यूनिवर्सल पीरियॉडिक रिव्यू) और सीडा कमेटी जैसी मानवाधिकार उत्तरदायित्व की ज़्यादा शक्तिशाली प्रणालियों का भी सदुपयोग करना चाहिए। इसके लिए हमें वैश्विक महिला आंदोलन और दूसरे सामाजिक आंदोलनों के साथ चलना चाहिए।

नृजातीय–धार्मिक राष्ट्रवाद के फैलते असर, घटती फ़ंडिंग और दूसरे संकटों को देखते हुए आज हमें इस बात का फिर संकल्प लेना होगा कि सही मायनों में जेंडर समानता, सामाजिक न्याय और सतत विकास तब तक संभव नहीं है जब तक दुनिया भर की औरतें अपनी देह, प्रजननशीलता एवं यौनिकता के बारे में सोच–समझकर फैसले लेने में सक्षम नहीं होंगी।

2018 में स्वैच्छिक राष्ट्रीय समीक्षा करने वाले एशिया प्रशांत क्षेत्र के देश।

- ऑस्ट्रेलिया
- बहरीन
- भूटान
- लाओ पीपुल्स डेमोक्रेटिक रिपब्लिक
- सिंगापुर
- श्री लंका
- स्टेट ऑफ़ फ़िलिस्तीन
- वियतनाम

वैश्विक एवं क्षेत्रीय स्तर पर जुड़ने के लिए यहां संपर्क करें।

> ARROW: @ARROW_Women

> The AP RCEM Women's Constituency and Thematic Working Group on Gender, Sexuality, and SRHR: @AP_RCEM

> Women's Major Group: @Women_Rio20

15 अगस्त 2017 तक। अधिक अपडेट्स के लिए सस्टेनेबल डेवलपमेंट नॉलेज प्लेटाफ़ॉर्म के "वालंटरी नैशनल रिव्यूज़" वाले पेज ***https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/*** *को देखें।*

टेबल 1
एशिया–प्रशांत देशों[1] में यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों (एसआरएचआर) संबंधी टारगेट्स पर रिपोर्टिंग
एचएलपीएफ़ 2017 में स्वैच्छिक राष्ट्रीय रिपोर्टिंग के लिए मुख्य संदेश

टारगेट/संकेतक	अफ़गानिस्तान	बंगलादेश	भारत	इंडोनेशिया	ईरान	जापान
क्या एसडीजी पर प्रगति की रिपोर्ट दी?	✗	✗	✓	✓	✗	✗
क्या 3.1 (मातृ मृत्यु दर अनुपात) पर प्रगति की रिपोर्ट दी?	✗	✗	◈	✓	✗	✗
क्या 3.3.1 (एड्स) पर रिपोर्ट दी?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
क्या 3.7 (यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य चिकित्सा सेवाओं, सूचना एवं शिक्षा तक सार्वभौमिक पहुंच) पर रिपोर्ट दी?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
क्या 5.2 (महिलाओं एवं लड़कियों के विरुद्ध हिंसा) पर रिपोर्ट दी?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
क्या 5.3 (हानिकारक प्रथाओं, जैसे बाल–विवाह, शीघ्र विवाह और जबरन विवाह) पर रिपोर्टिंग दी?	✗	✗	✗	✓	✗	✗
क्या 5.6 (यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य एवं प्रजनन अधिकारों तक सार्वभौमिक पहुंच) पर रिपोर्टिंग की है?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
क्या नागर समाज/एनजीओ की सहभागिता/साझेदारी का उल्लेख किया है?	✓	✓	◈◈	✓	✓	✓
निजी सेक्टर के अनुबंध और सहभागिता का उल्लेख किया?	✓	✓	✗	✓	✓	✓

◈ प्रसूति लाभ कार्यक्रम पर रिपोर्टिंग की है

◈◈ नहीं, परंतु धार्मिक एवं राजनीतिक नेताओं के साथ काम करने को खासतौर से चिन्हित किया है

मलेशिया	मालदीव	नेपाल	कतार	तजाकिस्तान	थाईलैंड
✓	✗	★	✗	✓	✓
✓	✗	★★	✗	✓	✓
✓	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	★★	✗	✗	✗
✗	✗	★★	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✓	⊙	★★★	✓	✓	⌘
✓	✓	★★★	✓	✓	⌘

⊙ हां, टेक्निकल कमेटी में शामिल करने सहित

★ नहीं, राष्ट्रीय लक्ष्यों को सूचीबद्ध किया,
★★ वास्तविक प्रगति का विवरण नहीं दिया
★★★ हां, एसडीजी लक्ष्यों के लिए समन्वय एवं कार्य समितियों के सदस्यों के रूप में

⌘ हां, सतत विकास समिति (सीएसडी) के सदस्य के रूप में

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

नोट और संदर्भ

1. विमेन्स मेजर ग्रुप (जिसमें विश्व की 600 से अधिक महिला अधिकार संस्थाएं शामिल है) की ओर से फरवरी 2017 में 2015 के बाद से होने वाले अंतर सरकारी समझौतों में लेखक द्वारा हस्तक्षेप। देखें : https://www.facebook.com/ARROW.Women/posts/831086936949512?match=YWNjb3VudGFiaWxpdHk%3D. The video is here: https://www.youtube.com/watch?v=spGqy9dpTR4.

2. विमेन्स मेजर ग्रुप द्वारा जवाबदेही और निगरानी की रूपरेखा पर सविस्तार प्रस्ताव के लिए देखें: "Women's Major Group Recommendations for Accountability, Monitoring, and Review of the Post-2015 Agenda," May 18, 2015, accessed June 13, 2017, http://www.twn.my/title2/unsd/2015/unsd150503.htm.

3. दीर्घकालीन विकास पर 2030 एजेंडा के अनुच्छेद 74ए के अनुसार फॉलोअप और समीक्षा संबंधी प्रक्रियाएं (ऐच्छिक और देशों की रहनुमाई में होगी। ये विभिन्न राष्ट्रीय वास्तविकताओं, सामर्थ्यों और विकास के स्तरों को ध्यान में रखेंगी व नीतियों और प्राथमिकताओं का सम्मान करेंगी क्योंकि राष्ट्रीय प्रभुत्व दीर्घकालीन विकास प्राप्त करने की कुंजी है। राष्ट्रीय स्तरीय प्रक्रियाओं से निकले नतीजे क्षेत्रिय और वैश्विक स्तरों पर की जा रही समीक्षाओं की बुनियाद होंगे। वैश्विक समीक्षा, राष्ट्रीय सरकारी डाटा संसाधनों पर आधारित होगी।देखें: *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, *E/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. 2016 में इन एशिया प्रशांत देशों की समीक्षा की गई: चीन, फिलिपिंस, कोरिया, समोआ। 2017 एचएलपीएफ में समीक्षा किए जा रहे देश हैं: अफगानिस्तान, अर्जेंटिना, अज़रबैजान, बंगलादेश, बेलारूस, बेल्जियम, बेलीज़, बेनिन, बोत्सवाना, ब्राज़ील, चिली, कोस्टा रिका, साइप्रस, चेकरिपब्लिक, डेनमार्क, एल साल्वाडोर, एत्थोपिया, ग्वाटेमाला, हौण्डुरस, भारत, इंडोनेशिया, ईरान, इटली, जापा, जोर्डन, केन्या, लक्समबर्ग, मलेशिया, मालदीव, मोनाको, नेपाल, नीदरलैंडस, नाईजीरिया, पनामा, पेरू, पुर्तगाल, कतर, स्लोवेनिया, स्वीडन, ताज़िकिस्तान, थाईलैंड, टोगो, उरूगुए और ज़िम्बावे। 2017 के लिए किसी एशिया प्रशांत देश ने इच्छा जाहिर नहीं की हैं। देखें: "Voluntary National Reviews," Sustainable Development Knowledge Platform, accessed June 13, 2017, https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/.

6. अन्य एसडीजी जो समीक्षा में है वे हैं: लक्ष्य 1, गरीबी का अंत; लक्ष्य 2, भूख का अंत; लक्ष्य 9, बुनियादी ढांचे, औद्योगीकरण, नवोत्पादन में सुधार; लक्ष्य 14, महासागरों, सागरों और समुद्री संसाधनों की सुरक्षा करना; लक्ष्य 17, लक्ष्य प्राप्ति के लिए भागिदारियां विकसित करना।

7. एचएलपीएफ को दी गई एशिया पैसिफिक फोरम ऑन सस्टेनेबल डेवलपमेंट (एपीएफएसडी) में एसआरएचआर या इसके किसी तत्व का कोई जिक्र नहीं है। सिर्फ स्वास्थ्य तक पहुंच का जिक्र है जिससे पता चलता है कि एसआरएचआर इस क्षेत्र की सरकारों की प्राथमिकता में नहीं है। देखें: 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.

संपादकीय टीम

सिवानन्ती थानेथिरम, कार्यकारी निदेशक

मारिया मेलिंडा ऐंडो, ऐरो फॉर चेंज मैनेजिंग एडीटर, कॉपी एडीटर, सीनियर पोग्राम ऑफिसर, पब्लिकेशंस, कम्युनिकेशंस ऐंड एडवोकेसी।

मंगला नामाशिवायम, प्रोग्राम मैनेजर, सूचना एवं संचार

साई ज्योतिर माई राशेर्ला, प्रोग्राम डायरेक्टर

बाहरी विशेषज्ञ समीक्षक

बाबूराम, कार्यक्रम निदेशक, एसोसिएशन फॉर यूथ ऑर्गेनाइजेशंस (आयोन), नेपाल; सदस्य (नेपाल) यूथ कोअलिशन फॉर सेक्सुअल ऐण्ड रिप्रोडक्टिव राइट्स

काई यिपिंग, कार्यकारी सदस्य, डेवलपमेंट ऑल्टर्नेटिव्ज़ विद वीमेन फार ए न्यू एरा (डॉन)

एमिलिया रेइस, कार्यक्रम निदेशक, पॉलिसीज ऐंड बजट फॉर इक्वॉलिटी ऐंड सस्टेनेबल डेवलपमेंट, मे. क्सिकी एनजीओ – जेंडर इक्विटी : सिटिजनशिप, वर्ल्ड ऐंड फैमिली

लॉटी रटर, नीति एवं अभियान प्रमुख, ट्रीटमेंट ऐक्शन कैंपेन (टीएसी)

रंजना सेनगुप्ता, वरिष्ठ शोधकर्ता एवं संयोजक, ट्रेड ऐंड डेवलपमेंट प्रोग्राम, थर्ड वर्ल्ड नेटवर्क

रेणु खन्ना, संस्थापक ट्रस्टी, सोसाइटी फॉर हेल्थ ऑल्टर्नेटिव्ज़ (सहज), वडोदरा, गुजरात, भारत

रूपसा मल्लिक, निदेशक, प्रोग्राम ऐंड इनोवेंशन, क्रिया

सोनिया कोरेया, एसोसिएट रिसर्चर, ब्राज़िलियन इंटरडिसेपिलिनरी एड्स ऐसोसिएट (एबीआईए); को–चेयर, सेक्सुयलिटी पॉलिसी वॉच (एसपीडब्ल्यू)

टी.के. सुंदरी रविन्द्रन, प्रोफेसर, एकुथा मेनन सेंटर फॉर हेल्थ साईंस स्टडीज़ (एएमसीएचएसएस), श्री चित्रा तिरुनाल इंस्टिट्यूट फॉर मेडिकल साईंस एंड टेक्नोलोज़ी, त्रिवेंद्रम, भारत

हिन्दी संस्करण: अनुवाद, संपादन और सज्जा: निरंतर ट्रस्ट

हम ऐरो के निम्नलिखित साथियों और प्रोग्राम एडवाइजरी कमेटी के सदस्यों का भी आभार प्रकट करना चाहते हैं जिन्होंने इस बुलेटिन को तैयार करने में अपने महत्वपूर्ण सुझाव और विचार दिए हैं : **अजरा अब्दुल कादिर, बागुस विबादसु सोम्रोसेनो, दिव्या कनगा, ह्वेई मियान लिम, सिओ किन टियोंग, मंगला नामासिवायम, मारिया मेलिंडा ऐंडो, पूजा बद्रीनाथ, रेणु खन्ना, साई ज्योतिर माई राशेरला, समरीन शहबाज और सुंदरी रवींद्रन।**

ऐरो फॉर चेंज (एएससी) एक पीयर रिव्यूड बुलेटिन है। प्रकाशन से पहले इसके सभी लेखों की विशेषज्ञों द्वारा समीक्षा की जाती है। यह बुलेटिन स्वास्थ्य, यौनिकता और अधिकारों पर सामने आ रहे वैश्विक मुद्दों और चिंताओं पर दक्षिणी/एशिया–प्रशांत क्षेत्र में अधिकार आधारित और महिला केंद्रित विश्लेषणों व दृष्टिकोणों में योगदान देने का प्रयास करता है। एएससी साल में दो बार अंग्रेज़ी में प्रकाशित होता है और इसका कई भाषाओं में अनुवाद किया जाता है। यह बुलेटिन मुख्य रूप से महिलाओं के अधिकारों, स्वास्थ्य, जनसंख्या और यौन एवं प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार संगठनों तथा एशिया–प्रशांत एवं वैश्विक नीति–निर्माताओं को ध्यान में रखकर प्रकाशित किया जाता है। यह बुलेटिन एशिया और प्रशांत क्षेत्र के महत्वपूर्ण व्यक्तियों और संगठनों तथा एसआरएचआर नॉलेज शेयरिंग सेंटर (आस्क–अस) के सुझावों और इनपुट्स के आधार पर तैयार होता है।

यह बुलिटिन क्रियेटिव कॉमन्स एट्रीब्यूशन–नॉन कॉमर्शियल 4.0 इंटरनेशनल लाइसेंस व्यवस्था के तहत लाइसेंसशुदा है। इस लाइसेंस को देखने के लिए http://creativecommons/ पर जाएं। इस बुलेटिन के किसी भी हिस्से की फोटोकॉपी की जा सकती है उसका पुनरुत्पादन किया जा सकता है, इसे किसी भी संचय व्यवस्था में जमा किया जा सकता है या स्थानीय जरूरतों के लिए गैर–व्यावसायिक और गैर–लाभकारी उद्देश्यों के लिए इसका किसी भी प्रकार अनुवाद अथवा संप्रेषण किया जा सकता है। हम आग्रह करते हैं कि इसकी प्रतियां तैयार करने, पुनरुत्पादन, संशोधन और अनुवाद आदि में ऐरो का स्रोत के रूप में उल्लेख जरूर करें। इस तरह के पुनरुत्पादन संशोधन/या अनुवाद की एक प्रति ऐरो को भी भेजी जाए। इसके व्यवसायिक प्रयोग के लिए arrow@arrow.org.my से अनुमति के लिए लिखें।

इसमें दी गई तस्वीरों पर कॉपीराइट संबंधित कॉपीराइटधारकों के पास ही है।

सदस्यता संबंधी मामलों के लिए afc@arrow.org.my पर लिखें। हम प्रकाशनों के आदान–प्रदान का भी स्वागत करते हैं।

आप एफसी के सभी अंकों को www.arrow.org.my से डाउनलोड कर सकते हैं। वैश्विक स्तर पर ईबीएससीओ द्वारा भी इस बुलेटिन का वितरण किया जाता है।

इसमें लिखने के लिए आपके प्रश्नों और फीडबैक का स्वागत है। अपने फीडबैक और सुझाव व प्रश्न मैनेजिंग एडीटर, ऐरो फॉर चेंज, एशिया पेसिफिस रिसोर्स ऐंड रिसर्च सेंटर फॉर वीमेन (ऐरो) के पते पर भेजें।

एशिया पेसिफिक रिसोर्स एंड रिसर्च सेंटर फॉर वीमेन (ARROW)
नं. 1–2, जालन स्कॉट, ब्रिकफील्डस
50470 कुआला लम्पुर, मलेशिया
फोन : +603 2273 9913
फैक्स : +603 2273 9916
ईमेल : afc@arrow.org.my, arrow@arrow.org.my
वेबसाइट : www.arrow.org.my
फेसबुक : https://www.facebook.com/ARROW.Women
ट्विटर : @ARROW_Women
यूट्यूब : ARROWomen
पिनटेरेस्ट : arrowomen