

Reproduktiva rättigheter i världen

KRISTINA GEMZELL DANIELSSON

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), inklusive tillgång till effektiva preventivmedel, säker abort, fertilitetsvård och mödra- och barnhälsovård, är avgörande för både individers hälsa och samhällsutveckling. Den internationella konferensen om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo 1994 innebar en betydelsefull omställning genom att etablera SRHR som en central del av mänskliga rättigheter och hållbar utveckling. Överenskommelser från konferensen har sedan dess legat till grund för FN:s globala hållbarhetsmål (SDG), särskilt SDG 3 och SDG 5, som syftar till god hälsa och jämställdhet. Även om stora framsteg har gjorts, som ökad tillgång till preventivmedel, utveckling av säker abortbehandling med minskad mödra- och barnadödlighet till följd, kvarstår betydande skillnader mellan regioner. Utmaningarna är särskilt tydliga i låg- och medelinkomstländer, där 218 miljoner kvinnor fortfarande saknar tillgång till effektiva och accepterade preventivmetoder, vilket bidrar till oönskade graviditeter och osäkra aborter. Restriktiva lagar och stigmatisering försvårar tillgången till reproduktiv hälsovård, men ny teknik och digitala lösningar har skapat nya möjligheter. Artikeln diskuterar vikten av integrerade insatser, politiska reformer och samarbete mellan akademi, hälso- och sjukvård, beslutsfattare och civil- och samhällsorganisationer för att främja tillgång till SRHR för alla.

Inledning

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är avgörande för global hälsa, social jämlikhet, jämställdhet och ekonomisk utveckling. Dessa rättigheter, som inkluderar tillgång till effektiva och accepterade preventivmedel, säkra aborter och mödrahälsovård, stärker individens autonomi och hälsa. Den internationella befolkningskonferensen i Kairo 1994 var en milstolpe, där reproduktiv hälsa för första gången erkändes som en mänsklig rättighet, och dess principer har fortsatt att forma globala strategier för SRHR. FN:s hållbarhetsmål för hållbar utveckling (SDG), särskilt SDG 3 och SDG 5, bygger på denna vision och eftersträvar universell tillgång till SRH-hälso- och sjukvård samt jämställdhet mellan könen (1, 2, 3).

ICPD 1994 och dess inverkan på SRHR

Kairokonferensen markerade en förändring från enbart demografiska mål till att fokusera på individers rätt att själva fatta beslut om sin reproduktion. Konferensen fastställde att tillgång till preventivmedel, säker abort och mödra- och barnhälsa är grundläggande rät-

SKRIBENTEN

Kristina Gemzell Danielsson, MD, PhD, professor i obstetrik och gynekologi och prefekt vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset och chef för WHO:s samarbetscenter inom Human Reproduction vid Karolinska Institutet. Hon är chefredaktör för GLOWM och tidigare president för FIAPAC, ESCrh och Chair FIGO committee for human rights refugees and violence against women.

tigheter. Konferensen uppmanade även till att adressera mindre synliga frågor, såsom infertilitet, som är en underbehandlad aspekt av reproduktiv hälsa i många låg- och medelinkomstländer (2).

Denna rättighetsbaserade modell har varit avgörande för SDG 3, som betonar god hälsa och välbefinnande, och SDG 5, som handlar om att uppnå jämställdhet. SDG 3.7 eftersträvar universell tillgång till reproduktiv hälsa, medan SDG 5.6 betonar vikten av tillgång

till reproduktiva rättigheter för att stärka jämställdheten globalt enligt Kairo ICPD och den uppföljande konferensen i Beijing (4). Att främja SRHR är en nyckelstrategi för att uppnå dessa globala mål (1, 2, 5).

Repressiva politiska beslut och restriktiv lagstiftning kring fertilitet får förödande konsekvenser för SRHR med direkta konsekvenser för mödradödsfall och morbiditet, medan en policy baserad på evidens med en liberal lagstiftning som tillgodoser god tillgång till SRH-relaterad vård, utbildning och förebyggande åtgärder är avgörande för att nå SDG 3 och 5. Tillgång till effektiva och accepterade preventivmedel, säker abortvård och frihet från infertilitet är förutsättningar för sexuell och reproduktiv hälsa, och SRHR är en grundläggande rättighet som är avgörande för jämställdhet, hela samhällets utveckling och starkt kopplad till demokrati (5).

Begränsningar av reproduktiva rättigheter har allvarliga konsekvenser för kvinnors hälsa. Förutom mödradödlighet leder brist på säker abort och effektiva preventivmedel till ökad morbiditet och psykisk ohälsa. Socioekonomiskt drabbas kvinnor också av sådana begränsningar, vilket kan förstärka fattigdom och social utsatthet (1).

Globala framsteg och kvarstående ojämlikheter

Under de senaste decennierna har globala fertilitetsnivåer minskat kraftigt, från fem barn per kvinna på 1960-talet till cirka 2,3 barn idag (6). Förbättrad tillgång till utbildning och preventivmedel har varit avgörande för denna utveckling, vilket har stärkt kvinnors möjlighet att själva bestämma över sin reproduktion (7). Ändå finns det fortfarande regioner, som Afrika söder om Sahara, där fertilitetsnivå-

erna är högre på grund av brist på tillgång till SRHR och SRH-relaterade vårdresurser (6).

Utmaningar och hinder för SRHR

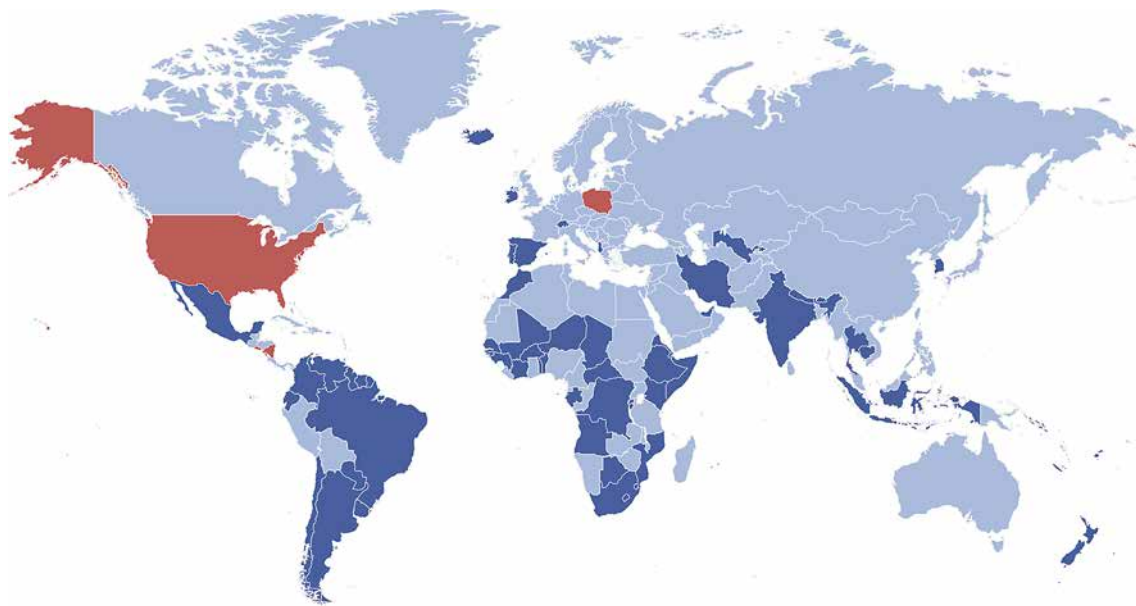
Av alla graviditeter som inträffar varje år är nästan hälften oplanerade (8). Av dessa avslutas 73 miljoner med abort. Miljontals kvinnor har fortfarande inte tillgång till moderna preventivmedel. I låg- och medelinkomstländer saknar 218 miljoner kvinnor tillgång till moderna preventivmedel, vilket leder till oönskade graviditeter och en hög andel osäkra aborter (9). Faktorer som restriktiv lagstiftning, stigma och otillräcklig vårdinfrastruktur försvårar situationen ytterligare, särskilt för unga och ogifta kvinnor (10).

Samtidigt fortsätter den politiska debatten kring abort att förhindra framsteg i många länder, trots att säkra aborter är en av de mest effektiva medicinska interventionerna för att rädda liv (11). Abort är en hörnsten i rätten till hälsa beskriven i internationella mänskliga rättighetskonventionen angående SRHR (12). Trots detta saknas tillgång till säker och legal abortvård på många håll. Enligt WHO är cirka 45 procent av alla aborter osäkra med allvarliga konsekvenser, vilka helt kan förebyggas (13, 14). Denna statistik speglar ofta de etiska och moraliska debatter som omger abortvård. Abortfrågan är fortfarande starkt politiserad och länkad till demokratifrågor (15).

Den globala trenden inom abortlagstiftning går mot en liberalisering, och år 2024 bodde 60 procent av kvinnor i reproduktiv ålder i länder där abort är lagligt på en övergripande nivå (16) (figur 1). Dock begränsar de flesta länder fortfarande rätten till abort på ett eller annat sätt – antingen genom att helt förbjuda det eller endast tillåta abort när kvinnans hälsa eller liv är i fara (16, 17). Å ena sidan il-

HUVUDBUDSKAP:

- Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), inklusive tillgång till effektiva preventivmedel, säker abort, fertilitetsvård och mödra- och barnhälsovård, är avgörande för både individers hälsa och samhällsutveckling.
- Den internationella konferensen om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo 1994 innebar en betydelsefull omställning genom att etablera SRHR som en central del av mänskliga rättigheter och hållbar utveckling.
- Överenskommelser från konferensen har sedan dess legat till grund för FN:s globala hållbarhetsmål (SDG3 och 5).
- Även om stora framsteg har gjorts kvarstår betydande skillnader mellan regioner särskilt tydligt i låg- och medelinkomstländer, där 218 miljoner kvinnor fortfarande saknar tillgång till effektiva och accepterade preventivmetoder, vilket bidrar till oönskade graviditeter och osäkra aborter. Restriktiva lagar och stigmatisering försvårar tillgången till reproduktiv hälsovård, men ny teknik och digitala lösningar har skapat nya möjligheter.



Figur 1. Världens abortlagar. Länder som har liberaliserat sina abortlagar (mörkblått) versus länder som har gått tillbaka till att kriminalisera abort (rött). Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. Tillgänglig på: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

lustrerar upphävandet av det konstitutionella skyddet för abort i USA år 2022, och å andra sidan införandet av rätten till abort i Frankrikes konstitution år 2024, hur abort fortsatt är en mycket politiserad fråga globalt. Attityder till abort har också kopplats till synen på andra aspekter av SRHR och jämställdhet i stort (18, 19). Till exempel är människor som lever i samhällen med lägre grad av jämställdhet enligt jämställdhetsindexet *Gender Equality Index* mer benägna att motsätta sig abort. Människor som bor i mer demokratiska länder, med lägre grad av ojämlikhet och en kultur som värdesätter autonomi, större acceptans för olika sexuella orienteringar och högt socialt förtroende, är mer benägna att stödja tillgång till abort (13, 19).

Demografiska utmaningar

Samtidigt som många delar av världen har sett en minskad fertilitet och åldrande befolkning, har dessa förändringar fått särskilt akuta konsekvenser i Östeuropa. Här kombineras höga utvandringssiffror och låga födelsetal, vilket skapar en krympande och åldrande befolkning. Länder i regionen upplever även förlust av humankapital när arbetare, inklusive sjukvårdspersonal, flyttar till andra delar av EU för bättre ekonomiska möjligheter. Många regeringar har svarat på dessa utma-

ningar genom att försöka öka födelsetalen med ekonomiska incitament och familjepolitik. Dessa åtgärder har ofta varit kortvariga och har i vissa fall lett till press på kvinnor att prioritera barnafödande framför andra rättigheter och ambitioner. Fokus på högre födelsetal har ibland samverkat med retorik som betonar traditionella könsroller, vilket hotar att undergräva både jämställdhet och kvinnors reproduktiva rättigheter. Historiskt har liknande försök visat hur politiska beslut för att öka födelsetal genom restriktiv tillgång till preventivmedel och abort leder till en ökning av osäkra aborter, med ökad mödra- och barnadöd som följd (21).

För att möta dessa utmaningar har FN:s befolkningsfond (UNFPA) lanserat ett initiativ för att stödja länder i Östeuropa genom ett särskilt program, *Demographic Resilience Programme*. Programmet, som lanserades 2021, syftar till att hantera demografiska förändringar på ett hållbart och rättighetsbaserat sätt. Grundtanken är att skapa hållbara lösningar som respekterar individens valmöjligheter och rättigheter snarare än att enbart fokusera på att öka födelsetalen och understryker vikten av att demografiska förändringar hanteras på ett sätt som stödjer ländernas framsteg mot Agenda 2030 och hållbarhetsmålen (<https://eeca.unfpa.org/en/decade-demographic-resilience>.)

Trots framsteg inom mödra- och barnhälsa är behovet fortfarande stort, särskilt i låginkomstländer där många kvinnor saknar tillgång till förlossningsvård. Infertilitet är en annan aspekt av reproduktiv hälsa som kräver mer uppmärksamhet, eftersom den drabbar miljontals människor världen över (1).

Reproduktiva rättigheter i framtiden

För att uppnå de mål som sattes upp i Kairo och förverkliga hållbarhetsmålen om SRHR för alla behövs integrerade insatser som främjar rättvisa och tillgång till hela spektrumet av reproduktiv hälsa. Det är avgörande att strategier för befolkningsfrågor grundas på respekt för mänskliga rättigheter och individens autonomi snarare än enbart på demografiska mål.

Nyckelinsatser för att minska mödradödsfall och morbiditet är att säkra tillgången till insatser för familjeplanering, säker abortvård och *post abortion care* (22). Behandling av infertilitet behöver tillgängliggöras även för vanliga människor till rimliga kostnader. Lagstiftningen behöver ändras för att tillåta assisterad befruktning, men samtidigt förhindra att människa exploateras för organdonation och surrogatmoderskap.

SRHR behöver återfinnas överst på agendan för FIGO och WHO. WHO:s evidensbaserade riktlinjer som inkorporerar SRHR och "*Quality of care*" måste skyndsamt implementeras globalt (23). Abortvård bör befrias från restriktiva lagar med bevisat negativa konsekvenser och tillgängliggöras enligt dessa riktlinjer som en integrerad del av hälso- och sjukvården och som vård som inte kan anstå. Begränsningar (tabell 1) med negativa konsekvenser baserat på stigma bör avskaffas. Utbildning inom abort och preventivmedelsrådgivning och förskrivning bör ingå i läkarutbildningen och barnmorskeutbildningen (24) och vara en obligatorisk del av specialistutbildningen inom obstetrik och gynekologi. Det är en grundläggande rättighet att få tillgång till abortvård utan fördröjning och detta ska därför ingå i arbetsbeskrivningen för den grupp som är satt att utföra dessa behandlingar (oftast obstetrik/gynekologer/barnmorskor/allmänläkare). Vägran att utföra denna vård ska ses som arbetsvägran och inte tolereras (24).

Om abortlagar behålls ska de vara rättighetslagar som skyddar tillgången till vård. Alla gravida ska ha rätt till samma *standard of care* oavsett om graviditeten ska avbrytas eller fortsätta. Lagstiftningen ska bygga på WHO:s rekommendationer och inte på förlegad moral

Tabell 1. Icke evidensbaserade barriärer till säker abortvård.

- Kriminalisering av kvinnor, vårdpersonal och andra som informerar om abort
- Gränser för graviditetslängd
- Krav på samtycke från förälder eller partner
- Obligatorisk bedömning av psykolog eller kurator
- Obligatoriska väntetider
- Krav på godkännande från flera läkare och/eller psykolog
- Reglering av vem som får ge abortvård och var abortvård får ges
- Samvetsvägran (conscientious objection, CO)
- Obligatorisk information med förskriven text (inte alltid evidensbaserad)
- Obligatoriskt att se med ultraljud eller höra fostrets hjärtslag
- Krav på polisanmälan i fall av våldtäkt

Var regleras dessa? – i konstitutionen, strafflagen, hälsopolicys, nationellt eller på delstatsnivå

<http://srhr.org/abortion-policies/>
www.worldabortionlaws.com

och stigma (23) Den gravida ska själv fatta beslut om sin graviditet med stöd av vården då det är medicinskt indicerat. Abortläkemedel ska kunna användas evidensbaserat enligt WHO.

Tillgången till medicinsk abort har lett till att abortbehandling kan göras allt tidigare (25) och säkrare med färre biverkningar och högre acceptans. Möjligheten till telemedicinabort har ytterligare stärkt autonomi och minskat mortalitet och morbiditet (26). Utveckling bör omfatta även senare aborter med förbättrade möjligheter till jämlik vård (27).

Av de 111 miljoner oönskade graviditeter som inträffar varje år sker 77 procent bland de 24 procent av kvinnor som vill undvika graviditet men inte använder moderna preventivmedel. Ytterligare 20 procent av oönskade graviditeter inträffar bland kvinnor som använder kortverkande preventivmedel (SARC). Endast 3 procent av oönskade graviditeter sker bland kvinnor som förlitar sig på sterilisering eller långverkande reversibla preventivmedel (LARC) (28). Trots de erkända fördelarna med intrauterina preventivmedel (IUD) är användningsfrekvensen i flera länder i Afrika söder om Sahara fortfarande under 5 procent och färre än en av tio ungdomar använder LARC-metoder.

Tillgången till akutpreventivmedel (ECP), som finns receptfritt på många platser, har

Figur 2. CITAT:

"Women are not dying because of diseases we cannot treat. They are dying because societies have yet to make the decision that their lives are worth saving."

Professor M.F. Fathalla,
tidigare FIGO-president, professor i obstetrik och
gynekologi, universitetet i Assiut, Egypten.

stärkt kvinnors reproduktiva autonomi. Ny forskning antyder att en kombination av ECP och en icke-steroid antiinflammatorisk medicin (NSAID) kan öka effektiviteten (29).

Att integrera preventivmedelsrådgivning och tillgång till preventivmedel i vården efter graviditet inklusive efter aborter, missfall, antenatalvård och förlossning är avgörande, särskilt i miljöer där eftervårdsbesök är sällsynta (30). Detta kräver utbildning av vårdpersonal för att stödja tidig insättning av LARC-metoder. Nationella riktlinjer behöver också uppdateras för att inkludera användning av LARC efter medicinsk abort (30). Förbättrad service och nya preventivmetoder räcker inte för att möta behoven. Det är avgörande att också öka kunskapen och medvetenheten om preventivmedlens fördelar. Även om olika studier har utforskat olika tillvägagångssätt för preventivmedelsrådgivning, är evidensbaserade modeller som kan tillämpas i verkligheten begränsade men bör utvärderas och implementeras.

För att uppnå visionen från Kairo 1994 så tydligt beskriven av professor Fathalla (figur 2), behöver vi satsa forskningsmedel för att ytterligare förbättra abort och infertilitetsbehandling, utveckla nya preventivmetoder och implementera våra evidensbaserade behandlingar i policy och klinisk praktik. Vi behöver samarbeta med HR-jurister så att lagstiftning stödjer och inte motarbetar SRHR.

Kristina Gemzell Danielsson

kristina.gemzell@ki.se

Inga bindningar

Referenser

1. UN Population Fund. State of World Population 2023: 8 Billion Lives, Infinite Possibilities – The Case for Rights and Choices. New York, NY: UNFPA, 2023. <https://www.unfpa.org/sowp-2023>
2. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission Lancet 2018 Jun 30;391(10140):2642-2692.doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9. Epub 2018 May 9.
3. UN Population Fund. Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept 5–13, 1994. New York, NY: United Nations Population Fund, 2004.
4. UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York, NY: United Nations, 2015.
5. UN. Beijing declaration and platform for action. New York, NY: United Nations, 1995:93–7.
6. UN Population Fund, Center for Reproductive Rights. ICPD and human rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. June, 2013. <http://www.unfpa.org/publications/icpd-and-human-rights> (hämtad 24 juli, 2017).
7. World Population Dashboard [Internet]. <https://www.unfpa.org/data/world-populationdashboard> (hämtad 20 augusti 2024).
8. Gotmark F, Andersson M. Achieving sustainable population: Fertility decline in many developing countries follows modern contraception, not economic growth. Sustainable Development 2022;1–12.
9. Nearly half of all pregnancies are unintended—a global crisis, says new UNFPA report [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. Tillgänglig på: <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis>
10. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York 2020.
11. Sully EA, Biddlecom AS, Darroch JE. Not all inequalities are equal: differences in coverage across the continuum of reproductive health services. BMJ Glob Health 2019; 4(5): e001695.
12. CESCR. General comment no. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). [Internet]. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; 2016 [cited 2021 Sep 19]. Tillgänglig på: <https://digitallibrary.un.org/record/832961>
13. WHO. World Health Organisation. 2024 [cited 2024 Sep 29]. Abortion. Tillgänglig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
14. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2020 Sep 1;8(9):e1152–61.
15. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. 2017 Nov 25;390(10110):2372–81.
16. Shah IH, Ahman E, Ortayli N. Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). Contraception. 2014 Dec 1;90(6, Supplement):S39–48.
17. Center for Reproductive Rights [Internet]. [cited 2024 Sep 29]. The World's Abortion Laws. Tillgänglig på: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
18. Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. BMC Int Health Hum Rights. 2018 Dec 20;18(1):44.
19. Adair L, Lozano N, Ferenczi N. Abortion Attitudes Across Cultural Contexts. Int Perspect Psychol. 2024 Jul;13(3):138–52.
20. Kägesten A, Båge K, Sundewall J, Litorp H, Puranen B, Uthman O, et al. Sexual and Reproductive Health and Rights: Measuring Values and Norms to Guide Swedish Development Cooperation [Internet]. Stockholm: The Expert Group for Aid Studies; 2021. Tillgänglig på: <https://eba.se/en/reports/new-report-sexual-and-reproductivehealth-and-rights-measuring-values-and-norms-to-guide-swedish-developmentcooperation/17674/>
21. Shaw D. Abortion and Human Rights. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2010;24(5):633–46.
22. Lancet 2015. Koblinsky M, Moyer C, Calvert C, Campbell J, Campbell O, Feigl A, Graham W, Hatt L, Hodgins S, Matthews Z, McDougall L, Moran A, Nandakumar A, Langer A. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. Lancet 2016 Nov 5;388(10057):2307–2320. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31333-2
23. World Health Organisation, Abortion Care Guideline. ISBN: 978 92 4 003948 3 2022.

-
24. Fiala C, Gemzell Danielsson K, Heikinheimo O, Guðmundsson JA, Arthur J. Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 Jun;21(3):201–6. doi: 10.3109/13625187.2016.1138458. Epub 2016 Feb 3.
 25. Brandell K, Jar-Allah T, Reynolds-Wright J, Kopp Kallner H, Hognert H, Gyllenberg F, Kaislasuo J, Tamang A, Tuladhar H, Boerma C, Schimanski K, Gibson G, Løkeland M, Teleman P, Bixo M, Mandrup Kjaer M, Kallfa E, Bring J, Heikinheimo O, Cameron S, Gemzell-Danielsson K; Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. VEMA (Very Early Medication Abortion) Study Group. *N Engl J Med*. 2024 Nov 7;391(18):1685–1695. doi: 10.1056/NEJMoa2401646.
 26. Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008 Aug;115(9):1171–5.
 27. Rydelius J, Hognert H, Kopp-Kallner H, Brandell K, Romell J, Zetterström K, Teleman P, Gemzell Danielsson K. First dose of misoprostol administration at home or in hospital for medical abortion between 12–22 gestational weeks in Sweden (PRIMA): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2024 Aug 31;404(10455):864–73.
 28. The access to contraception around the world: situational analysis and current challenges. 6 Mars 2024. <https://focus2030.org/The-access-to-contraception-around-the-world-situational-analysis-and-current> (hämtad 20 augusti 2024).
 29. Raymond EG, Weaver MA, Tan YL, et al. Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology* 2016; 127(2):306–12.
 30. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, et al. Contraception after pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2019; 98(11):1378–85.

Summary

Global reproductive rights

Sexual and reproductive health and rights (SRHR), including access to contraception, safe abortion, and maternal care, are prerequisites for both individual well-being and sustainable development. The 1994 ICPD in Cairo marked a turning point by framing SRHR as a human right. While progress has been made, major regional disparities remain—especially in low- and middle-income countries where 218 million women lack access to effective contraception. Legal restrictions and stigma hinder care, but new technologies offer hope. Recent political development stress the importance of integrated efforts and collaboration across sectors to ensure universal access to SRHR.