



**Convención sobre la eliminación  
de todas las formas de discriminación  
contra la mujer**

Distr. general  
1° de marzo de 2001  
Español  
Original: inglés

---

**Comité para la Eliminación de la Discriminación  
contra la Mujer**

**24° período de sesiones**

15 de enero a 2 de febrero de 2001

Tema 7 del programa provisional

**Aplicación del artículo 22 de la Convención sobre  
la eliminación de todas las formas de discriminación  
contra la mujer**

**Informes presentados por los organismos especializados  
de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la Convención  
en las áreas que corresponden a la esfera de sus actividades**

**Nota del Secretario General**

**Adición**

**Organización Mundial de la Salud**

1. En nombre del Comité, el 18 de octubre de 2000 la Secretaría pidió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que presentara al Comité un informe relativo a la información facilitada por los Estados a la OMS acerca de la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en las áreas que correspondían a la esfera de sus actividades, a fin de complementar la información contenida en los informes de los Estados partes en la Convención que se examinarían en el 24° período de sesiones del Comité. A la presente nota se adjuntan resúmenes informativos por países elaborados por la OMS.

2. El Comité también pidió información sobre las actividades, programas y decisiones de políticas de la OMS con miras a promover la aplicación de la Convención.

3. El informe adjunto se presenta en atención a la petición formulada por el Comité.

## Anexo

### Introducción

1. En el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se dispone que los Estados partes deberán:

“Someter al Secretario General de las Naciones Unidas, para que lo examine el Comité, un informe sobre las medidas legislativas, judiciales, administrativas o de otra índole que hayan adoptado para hacer efectivas las disposiciones de la presente Convención y sobre los progresos realizados en este sentido.”

La preocupación por la salud de la mujer es un tema al que se concede cierto relieve tanto directa como indirectamente en la Convención, en la que en varias ocasiones se hace mención de los potenciales efectos negativos de la discriminación en la salud de las mujeres. En el artículo 12 se establece explícitamente la obligación de los Estados partes de adoptar:

“Todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”

2. También en otros artículos se insta a que se elimine la discriminación contra la mujer en ciertas esferas que tienen relación con la salud, por ejemplo en los artículos 10 (educación), 14 (la mujer de las zonas rurales) y 16 (matrimonio y relaciones familiares). El interés del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer por la salud de la mujer se expone con mayor detalle en las recomendaciones generales sobre presentación de informes que se han ido impartiendo a lo largo de los años. Cabe hacer notar que seis de las actuales 24 recomendaciones generales están relacionadas expresamente con la salud:

- a) 12 (1989) y 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer;
- b) 14 (1990) sobre la circuncisión femenina;
- c) 15 (1990) sobre la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales para la prevención y el control del síndrome de inmunodeficiencia adquirida;
- d) 18 (1991) sobre las mujeres con discapacidad;

e) 24 (1999), en que se exponen los comentarios más extensos del Comité sobre la salud de la mujer.

3. Aunque todos los Estados partes de la Convención están obligados a presentar informes al Comité a intervalos regulares, el Comité también puede recurrir a otras fuentes para recabar información sobre la situación de la mujer. En el artículo 22 se otorga a los organismos especializados de las Naciones Unidas el derecho a “estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que correspondan a la esfera de sus actividades”. Además, en el mismo artículo se dispone que “el Comité podrá invitar a los organismos especializados a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las áreas que correspondan a la esfera de sus actividades”. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud se complace en presentar este informe, en el que se recogen datos que pueden complementar los informes de los Estados partes y se hace hincapié en algunas cuestiones relativas a la salud de la mujer que podrían ser de particular importancia para el Comité.

4. En consonancia con los comentarios del Comité en la recomendación general 24 (párrafo 8)<sup>1</sup> y con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a la salud de la mujer, en la información que se expone a continuación se adopta la perspectiva del ciclo vital, de manera que los datos y los comentarios no se refieren únicamente a la mujer adulta, sino también a la niña y la adolescente. La información sobre cada país se distribuye en distintos epígrafes —indicadores básicos, las niñas, las adolescentes, las mujeres, las mujeres de edad y conclusión— en que se selecciona, en cada caso, la información más relevante para la salud de la mujer. Las notas y datos sobre cada país concluyen con algunas cuestiones o comentarios que podrían ser de interés para el Comité.

5. Es de lamentar que, en gran parte de la información general publicada sobre la situación de la mujer, no figuren datos sobre una serie de cuestiones importantes para su salud, en particular en el caso de *las mujeres pobres*, respecto de todos los países de que se está ocupando el Comité, tanto en su 24º período de sesiones como en el grupo de trabajo previo al período de sesiones. Por ejemplo, hay poca información sistematizada con relación a la trata de mujeres y menores, sea sobre el riesgo de que se produzca la trata, sea sobre las amenazas a la salud y el bienestar de las mujeres

víctimas de ella. Otros dos temas importantes insuficientemente representados son el volumen global del trabajo infantil, sus efectos y su distribución entre varones y mujeres, y los problemas de salud de la mujer que obedecen a su actividad laboral en los ambientes de trabajo de la economía estructurada y no estructurada. Estas son cuestiones que convendría plantearse respecto de todos los países.

6. Finalmente, sería de extrema utilidad que el Comité recalcará la importancia de la salud de la mujer más allá de la ya tradicional preocupación por la salud reproductiva. Por ejemplo, muchos países disponen de escasos datos desglosados por sexo acerca de los temas siguientes:

- a) Enfermedades transmisibles, tales como el paludismo o la tuberculosis;
- b) Enfermedades cardiovasculares, de creciente importancia en la mortalidad de la mujer;
- c) Problemas de salud mental;
- d) Discapacidades y mortalidad relacionadas con el estilo de vida, en especial las toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo);
- e) La artritis ósea, las enfermedades del sistema inmunológico y otras enfermedades que tienen especial importancia como factores que contribuyen a la discapacidad y la muerte de las mujeres de más edad.

## Burundi

### Indicadores básicos

7. Burundi tiene 6,7 millones de habitantes<sup>2</sup>, con una tasa de crecimiento anual del 1,7%<sup>3</sup>. En los últimos años, la vida de toda la población se ha visto gravemente alterada por la guerra y la inestabilidad en la región, así como por la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). En el año 2000, la proporción de mujeres respecto a los hombres era de 104 a 100<sup>4</sup>. A lo largo del último decenio, la esperanza de vida al nacer ha disminuido de 52 a 44 años en el caso de las mujeres y de 49 a 41 en el de hombres<sup>5</sup>. Por lo que respecta a la economía, el país pertenece al grupo de países de bajos ingresos, con un producto nacional bruto (PNB) per cápita de 140 dólares de los EE.UU.<sup>6</sup>.

### Los niños

8. Casi la mitad de la población (el 46%) es menor de 15 años<sup>7</sup>. La mortalidad infantil es aún relativamente alta. Las tasas del período 1995-2000 se han calculado en 112 por 1.000 nacidos vivos en el caso de las niñas y en 125 en el de los niños; la media ha aumentado de 110 en 1990 a 136 en 1999<sup>8</sup>. En 2000, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informó de una tasa de mortalidad de los menores de 5 años de 180 por 1.000 nacidos vivos, que representa un incremento respecto de la tasa de 176 registrada en 1998, pero una cierta mejora respecto de la tasa sin precedentes de 255 del año 1960<sup>9</sup>.

9. El 58% de los niños de 1 año de edad fueron inmunizados contra la tuberculosis en el período 1995-1998. Otros datos indican una inmunización del 50% contra la tuberculosis, la difteria, la tos ferina y el tétanos; del 51% contra la poliomielitis y del 44% contra el sarampión<sup>10</sup>. La malnutrición infantil supone un grave problema: se calcula que alrededor de un 11% de los menores de 5 años tienen un peso notablemente inferior al normal y un 43% sufren retrasos de crecimiento<sup>11</sup>.

10. Un problema que se ha hecho patente con gran rapidez es el de los niños (de 0 a 15 años) con VIH/SIDA. Se ha informado de que al finalizar el año 1999, el total había llegado a 19.000, o un 3%, en el caso de los menores de 5 años. Además, 230.000 niños menores de 15 años habían perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA desde el inicio de la epidemia (datos registrados hasta 1999)<sup>12</sup>.

11. El índice de matrícula escolar es bajo, pero favorece a los varones, puesto que en la educación primaria es del 46% en el caso de las niñas y del 55% en el de los niños y en la secundaria del 5% y 9%, respectivamente<sup>13</sup>. Esta diferencia de participación en la educación representa una notable desventaja para las mujeres en muchos aspectos de la vida, en particular en el de la salud.

12. Lamentablemente, no se dispone de datos desglosados por sexo para determinar si existen diferencias entre los niños y las niñas en otros aspectos de la salud (como la nutrición, el número de niños infectados por el VIH o huérfanos a causa del SIDA y la situación en que se encuentran, etc.) y la gravedad de tales diferencias.

### Los adolescentes

13. La población de Burundi de 10 a 19 años de edad constituye el 24% del total<sup>14</sup>. Los problemas más importantes que afectan a este grupo se refieren a la salud sexual y reproductiva, en particular la infección por el VIH. Se calcula que alrededor de un 12% de las mujeres y un 6% de los hombres entre 15 y 24 años están afectados por el VIH/SIDA. La diferencia entre los sexos en el grupo de menor edad (de 15 a 19 años) es abrumadora: se calcula que los niveles de infección por el VIH son cuatro veces mayores en la población femenina que en la masculina<sup>15</sup>.

14. Estos datos indican que los principales programas de prevención de la infección por el VIH en los próximos años deben concentrarse en los adolescentes, interviniendo para crear entornos que fomenten la iniciativa de las jóvenes y les den oportunidades de protegerse mejor de la infección. Al mismo tiempo, según el informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General hacen falta programas para:

“elaborar y aplicar programas para alentar a los hombres a que adopten comportamientos sexuales y reproductivos responsables y seguros, y habilitarlos para que lo hagan, y a que utilicen métodos eficaces para impedir embarazos no deseados y la transmisión por vía sexual de infecciones, incluido el VIH/SIDA.”<sup>16</sup>

### Las mujeres

15. La proporción de las mujeres respecto de los hombres en Burundi es de 104, a 100, y la mayoría de los problemas relacionados con la salud de la mujer se refieren a la función reproductora. Concretamente, la tasa uso de anticonceptivos es sólo del 9%<sup>17</sup>, con una tasa de fecundidad de 6,2 hijos por mujer<sup>18</sup>. Sólo el 24% de los partos recibe asistencia de personal sanitario cualificado<sup>19</sup>, lo que explica en parte la alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad de 800 por 100.000 nacidos vivos en 1998, que aun así representa una disminución respecto a la tasa de 1.300 registrada en 1990<sup>20</sup>.

16. Se calcula que los adultos (de 15 a 49 años) con VIH/SIDA son 340.000, es decir, representan el 11,3% de la población total de ese grupo de edad. De ellos, el 56%, es decir, 190.000 personas, son mujeres<sup>21</sup>. En 1998, la seroprevalencia en las mujeres en el período prenatal en la principal área urbana (Bujumbura) era

del 19% pero en el grupo de edad entre 25 y 29 años la cifra era del 30%. Entre las prostitutas el porcentaje se elevaba al 42%. Es evidente que el VIH/SIDA es la principal amenaza para la salud de la mujer.

17. El índice de analfabetismo es del 51,6% en el caso de las mujeres entre los 15 y los 24 años de edad, en comparación con el 40,2% en el caso de los hombres del mismo grupo de edad<sup>22</sup>.

### Las mujeres de edad

18. La población de Burundi de más de 60 años es comparativamente reducida: sólo el 5% de la población femenina y el 3% de la masculina<sup>23</sup>. La proporción de mujeres y hombres en este grupo de edad es de 155 a 100, y pasa a ser de 200 a 100 en la población mayor de 80 años. La esperanza de vida a los 60 años de edad es de 14 años para las mujeres y 13 para los hombres<sup>24</sup>.

### Conclusión

19. Burundi se enfrenta a muchos problemas para mejorar la salud de la mujer. Los más acuciantes son las altas tasas de mortalidad materna e infantil, los bajos niveles de escolarización y, sobre todo, la epidemia del VIH/SIDA.

### Comentario

20. La situación general de Burundi —país de ingresos extremadamente bajos y gravemente afectado por el VIH/SIDA, un prolongado período de guerra e inestabilidad, una tasa de fecundidad muy elevada y unas altas tasas de mortalidad— tiene consecuencias importantes para la salud mental y física de toda su población, pero en particular para la de las mujeres y los niños en edad de crecimiento, especialmente las niñas. Por ejemplo, la alta proporción de mujeres en la población puede ser indicativo de que la mujer desempeña un papel fundamental en la economía y que el sustento económico de la familia recae en gran parte sobre la mujer, que además debe cuidar de la familia y ocuparse del hogar. La mujer tiene escaso acceso a la información y a los servicios básicos de salud. Al mismo tiempo, la falta general de datos desglosados por sexo (excepto con relación al VIH/SIDA y a la educación) hace difícil determinar el grado en que la discriminación de las niñas y las mujeres o las circunstancias especiales de los papeles atribuidos a los géneros agravan su situación aún más de lo que se desprende de los datos disponibles.

21. En vista de todo ello, el Comité tal vez desee plantear una serie de preguntas sobre el sistema general de recogida de datos, análisis y planificación que aplica el Gobierno, en particular en el campo de la salud. Se podría recomendar que se prestara especial atención a la situación de las mujeres y niñas particularmente vulnerables y a la de los grupos marginales. La disponibilidad de datos desglosados y la de análisis preparados teniendo en cuenta el género en el campo de la salud podrían ayudar a fijar objetivos y contribuir notablemente a facilitar el acceso a programas de salud no discriminatorios, así como a servicios de salud adaptados a las necesidades de cada sexo y en que se tengan en cuenta los problemas de género.

22. Los datos sobre los niños que mueren víctimas de enfermedades infantiles que pueden prevenirse es otro indicio de que el alcance y la amplitud del sistema de salud son insuficientes. No se dispone de datos desglosados sobre inmunizaciones, pero el Comité podría preguntar qué planes tiene el Gobierno para inmunizar a todos los niños, prestando especial atención a las medidas pertinentes para que las niñas y los niños tengan igual acceso a la inmunización.

23. El VIH/SIDA es evidentemente un problema de salud de interés prioritario para todas las mujeres y niñas, tanto las que corren peligro de infección como las ya infectadas y las directamente afectadas. Este es un campo en el que la discriminación influye decisivamente en la vulnerabilidad de las mujeres a la infección y en la carga que soportan las mujeres afectadas de SIDA y que cuidan de sí mismas y de los familiares que sufren la misma enfermedad. El acceso a la información, los servicios, la protección contra la discriminación y el apoyo social y económico es asimismo decisivo para la situación de la mujer. Para hacer frente de forma eficaz al VIH/SIDA hacen falta actividades de mayor alcance y con objetivos precisos para reducir la propagación de todas las infecciones de transmisión sexual.

24. Por lo tanto, el Comité podría considerar la posibilidad de hacer preguntas sobre la disponibilidad y la atención a las cuestiones de género de la información y los servicios de lucha contra las infecciones de transmisión sexual, especialmente las del VIH, así como toda una gama de preguntas sobre la información, los cuidados, el tratamiento y el servicio para las personas que sufren de SIDA, en particular las mujeres y niñas. Ofrecer a las mujeres infectadas por el VIH un tratamiento adecuado, a fin de reducir las probabilidades

de transmisión de madre a hijo y alargar la vida sana de la madre seropositiva son objetivos importantes para toda la sociedad, y no sólo para la madre y los hijos afectados.

25. Con relación al VIH/SIDA, el Comité tal vez desee también plantear algunas preguntas sobre la situación de las mujeres de distintas edades que se han quedado viudas y de las mujeres ancianas. En ambos casos, estas mujeres son muchas veces el único pilar económico de la familia, aparte de que siguen cumpliendo sus tareas tradicionales de cuidar de los demás y ocuparse del hogar. Esta combinación de responsabilidades puede hacer peligrar su salud mental y física, sobre todo si ellas mismas son seropositivas. A medida que aumenta la proporción de mujeres, se hace más imprescindible elaborar programas especiales como complemento de los programas económicos, sociales y de salud, así como para proteger los derechos humanos de las mujeres afectadas.

26. Por último, dados los antecedentes de inestabilidad social y conflictos armados del país, el Comité tal vez desee hacer preguntas sobre las grandes necesidades en materia de salud mental y física que experimentan las mujeres refugiadas, desplazadas dentro del país y migrantes, así como sus hijos.

## Kazajstán

### Indicadores básicos

27. Kazajstán tiene una población total de 16,2 millones de habitantes, con una proporción de mujeres respecto de los hombres de 105 a 100<sup>25</sup>. La tasa media de crecimiento de la población durante el período 1995-2000 fue del -0,4%. El 60% de la población vive en las áreas urbanas, que están creciendo a un ritmo del 1,4% anual<sup>26</sup>. Entre 1990 y 2000, la esperanza de vida de las mujeres al nacer se redujo de 73,4 años a 72,0. En el mismo período también se redujo la esperanza de vida de los varones, aunque en menor grado, de 63,9 a 63,0 años<sup>27</sup>.

28. Con un producto nacional bruto per cápita de 1.310 dólares de los EE.UU. (1998), el país se sitúa en el grupo de países de ingresos medios<sup>28</sup>. Se desconoce el porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de la pobreza.

### Los niños

29. El 28% de la población de Kazajstán tiene menos de 15 años, la cuarta parte de este grupo tiene menos de 5 años<sup>29</sup>. En el período 1995-2000, la tasa de mortalidad infantil fue de 30 por 1.000 nacidos vivos en el caso de las niñas y de 39 en el de los niños<sup>30</sup>. Esto da una media de 36 en 1998, que representa una disminución respecto a la tasa de 55 registrada en 1960<sup>31</sup>. La tasa de mortalidad de los menores de 5 años experimentó una importante reducción entre 1960 y 1998, de 74 a 43 por 1.000 nacidos vivos, con una menor mortalidad de las niñas en comparación con los niños<sup>32</sup>. Los niveles de inmunización contra la tuberculosis, la difteria, la tos ferina y el tétanos, la poliomielitis y el sarampión (1995-1998) fueron generalmente buenos (99% a 100%) entre las niñas y los niños de 1 año de edad<sup>33</sup>.

30. La malnutrición infantil es todo un problema; se calcula que el 2% de los niños tiene un peso muy inferior al normal y alrededor del 16% da muestras de retrasos de crecimiento<sup>34</sup>. No se dispone de datos sobre las diferencias entre niñas y niños. El problema del VIH/SIDA es menos evidente que en muchos otros países. Se ha informado de menos de 100 niños afectados. Menos del 1% de los niños han quedado huérfanos a causa del SIDA<sup>35</sup>.

31. La educación primaria en Kazajstán llega a buena parte de la población y es equitativa. Se informa de que en la escuela primaria la proporción de niñas y niños matriculados es de 95 a 96<sup>36</sup>.

### Los adolescentes

32. El 20% de la población de Kazajstán tiene entre 10 y 19 años de edad<sup>37</sup>. Hay una tasa de suicidios inquietante (4,8 de mujeres y 12,7 de varones<sup>38</sup>) que revela los graves problemas que sufren algunos adolescentes, especialmente los varones, en su paso de la infancia a la edad adulta, y la limitada capacidad de los sistemas oficiales y no oficiales de atender a las necesidades de algunos de los jóvenes a este respecto. Lamentablemente, los datos sobre los adolescentes, aunque abundantes, no se han presentado de forma desglosada. Es de esperar que la recién instituida Comisión de Bienestar de la Mujer, en su labor de recogida y análisis de datos, preste especial atención a la cuestión del potencial, las necesidades, los riesgos y la vulnerabilidad especial de las adolescentes y las jóvenes.

### Las mujeres

33. En el período 1990-1999 el uso de anticonceptivos se calculó en un 59%<sup>39</sup>. La tasa de fecundidad total, de 4,5 hijos por mujer en 1960, se ha reducido a 2,3<sup>40</sup>. Continúa muy extendida la práctica del aborto, considerada el método anticonceptivo por excelencia. En 1997 se llevaron a cabo 156.800 abortos<sup>41</sup>. Son frecuentes las complicaciones de los abortos, que incluso desembocan en muertes. A pesar de que en el 100% de los partos las mujeres reciben asistencia de personal sanitario cualificado, la mortalidad materna es de las más altas de la región de Europa. En los datos comunicados por el país relativos a 1998 se indican 55 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos. Los cálculos de la mortalidad materna basados en datos clínicos revelan una tasa más alta, de 77 por 100.000.

34. La mortalidad de las mujeres debida a enfermedades cardiovasculares ha ido aumentando desde 1994, y se sitúa en niveles que duplican la media de la Unión Europea. La tasa de mortalidad femenina por cardiopatía isquémica, del 61,45, también se situó en 1998 en el doble de la media europea.

35. La infección por el VIH/SIDA también empieza a ser un problema. Se calcula que el número de adultos (de 15 a 49 años de edad) seropositivos en 1999 era de 3.500, con lo que el porcentaje de infectados en los adultos era del 0,04%<sup>42</sup>.

36. Las oportunidades educativas son buenas, pues tan sólo el 0,2% de las mujeres y el 0,3% de los hombres son analfabetos en las edades comprendidas entre los 15 y los 24 años<sup>43</sup>.

### Las mujeres de edad

37. El 14% de la población femenina tiene más de 60 años de edad, en tanto que sólo el 9% de los varones pertenece a este grupo de edad<sup>44</sup>. La proporción de mujeres respecto a hombres en este grupo de edad es de 164 a 100, pero se eleva hasta 361 a 100 a partir de los 80 años<sup>45</sup>. La esperanza de vida a los 60 años es de 20 años para las mujeres y 15 para los varones<sup>46</sup>. No se dispone de datos sobre los principales problemas de salud de la población de edad.

### Conclusión

38. Kazajstán, país con economía en transición, ha sufrido en el último decenio el declive económico que ha afectado también a otros países de su región. No

obstante, existe una infraestructura básica a la que puede recurrirse para lograr mejoras en los problemas clave: la morbilidad relacionada con la reproducción y la propagación del VIH/SIDA. La obtención y el análisis de datos constituirán un objetivo fundamental a este respecto.

### Comentario

39. Al examinar la salud de la mujer, debe prestarse especial atención a: a) la elevada proporción de mujeres respecto a hombres (105 a 100 en la población total; 164 a 100 en los mayores de 60 años y 361 a 100 a partir de los 80 años); y b) el alto porcentaje de la población que vive en las áreas urbanas (un 60%). Ambas circunstancias, sin duda, tienen un efecto considerable en la salud y el bienestar de las mujeres de Kazajstán.

40. El Comité tal vez desee preguntar a qué obedece el desequilibrio numérico entre mujeres y hombres y qué problemas se plantean para la salud mental, física o social y para el bienestar de la mujer y su familia. Probablemente haya muchas mujeres que desempeñan funciones de jefes de familia, con lo que recaen sobre ellas tanto las distintas cargas del cuidado de la familia como la de tener que proporcionar a ésta un sustento económico. Dado el aumento de las mujeres de edad en la población y el desequilibrio mujer-varón en favor de la mujer, sobre todo de las de más edad, el Comité podría considerar la posibilidad de alentar al Gobierno a que prestara una atención especial a estas mujeres. Muchas veces constituyen el único pilar económico de la familia, aparte de continuar sus tareas tradicionales de cuidar de los demás y ocuparse del hogar. Este cúmulo de responsabilidades puede hacer peligrar su salud mental y física. A medida que aumenta la proporción de mujeres, se hace más imprescindible elaborar programas especiales como complemento de los programas económicos, sociales y de salud y para salvaguardar los derechos humanos de las mujeres afectadas.

41. En lo que se refiere al elevado porcentaje de población urbana, podrían formularse preguntas sobre la respuesta del Gobierno a los problemas de salud que suelen presentarse en las ciudades, como los que tienen que ver con la contaminación del aire, la violencia contra la mujer, la transformación de los papeles de los géneros, los problemas de salud relacionados con la actividad laboral, y la miseria urbana. En todos los casos, deberían investigarse las diferencias entre los sexos en materia de salud que puedan originarse en diferencias en cuanto a los contactos con la sociedad, la

vulnerabilidad o el acceso a la información o a los tratamientos de salud.

42. La naturaleza y calidad de la asistencia prestada a las mujeres antes, durante y tras el parto podría cuestionarse, dados los altos niveles relativos de mortalidad materna que se vienen registrando. Además, podría alentarse al Gobierno a que garantizara el fácil acceso de las mujeres y los hombres a toda una gama de métodos anticonceptivos y en particular que aumentara la utilización de métodos que suponen menores riesgos para la mujer que el aborto.

43. Es de lamentar que no se disponga de datos de fácil consulta sobre las mujeres especialmente vulnerables a la explotación y la discriminación, como las que viven en situaciones de pobreza extrema, las que trabajan en la prestación de servicios sexuales o las mujeres que pertenecen a grupos marginados.

## Maldivas

### Indicadores básicos

44. Maldivas tiene una población total de 286.000 habitantes; de ellos, 139.000 son mujeres y 147.000, hombres, con una proporción de mujeres a hombres de 95<sup>47</sup>. Los datos de Maldivas sobre la esperanza de vida son desusados, pues la esperanza de vida al nacer de los hombres es mayor que la de las mujeres. En el período comprendido entre 1995 y 2000, fue de 66 años para los hombres y 63 años para las mujeres<sup>48</sup>. La tasa anual de crecimiento de la población es del 2,6%. En 1997, el producto nacional bruto per cápita ascendía a 1.160 dólares, cifra que situaba a Maldivas en el grupo de países de ingresos medios<sup>49</sup>. No se dispone de datos sobre la población que vive por debajo del umbral de pobreza, es decir, con menos de 1 dólar diario.

### Los niños

45. Los niños menores de 15 años representan el 43% de la población total<sup>50</sup>. Un 99% de las niñas y un 97% de los niños han recibido todas las inmunizaciones necesarias al cumplir 1 año de edad<sup>51</sup>. En 1998, la UNICEF informó de que la tasa de mortalidad de niños pequeños (muertes de niños menores de 5 años) era de 87 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>52</sup> pero no se encontraron datos desglosados por sexo. Se señaló que en el período comprendido entre 1990 y 1998, 27% de los niños (también en este caso sin desgloses por sexo) padecían de malnutrición moderada y grave<sup>53</sup>. No se

disponía de información sobre los niños afectados por el VIH/SIDA. En sus observaciones finales de 1998, el Comité de los Derechos del Niño dijo que seguía causando preocupación la falta de concienciación e información acerca de “los malos tratos y los abusos de los niños, incluido el abuso sexual, tanto dentro como fuera de la familia”. El Comité expresó además su preocupación por las diferencias basadas en el género existentes en la matriculación en la escuela secundaria.

### Los adolescentes

46. El 26% de la población de las Maldivas tiene entre 10 y 19 años<sup>54</sup>. Son escasos los datos que pueden encontrarse fácilmente, salvo algunas cifras relativas a la salud reproductiva y al matrimonio en la adolescencia. En el informe inicial de las Maldivas presentado al Comité se indica que la edad media de las mujeres al contraer matrimonio por primera vez era de 15 a 16 años (véase CEDAW/C/MDV/1, párr. 160). Las diferencias de actitud entre los niños y las niñas respecto del matrimonio precoz son evidentes en los datos de las Naciones Unidas, según los cuales, de 1985 a 1990, el 36% de las mujeres de 15 a 19 años estaban casadas o lo habían estado, lo que se aplicaba sólo al 6% de los varones de la misma edad<sup>55</sup>. En sus observaciones finales de 1998, el Comité de los Derechos del Niño expresó preocupación por toda una gama de problemas relativos a la salud de los adolescentes, en particular el aumento en la ya de por sí alta tasa de embarazos en la adolescencia, el insuficiente acceso por parte de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva y a la educación sobre ésta, y la insuficiencia de las medidas preventivas adoptadas contra el VIH/SIDA.

### Las mujeres

47. En el informe de 1999 del Estado parte se realzan dos problemas fundamentales que afectan a la salud de las mujeres de Maldivas: la desnutrición y el acceso insuficiente a los servicios de salud. En 1998, el Comité de los Derechos del Niño también expresó preocupación por la alta tasa de divorcios, considerada una de las más elevadas del mundo. Cada uno de esos tres factores puede tener efectos negativos considerables en la salud mental o física de la mujer, o en ambas. Asimismo, en las observaciones expuestas en el informe del Estado parte al Comité, se señala que los factores sociales y culturales, así como las responsabilidades del hogar y del cuidado de los hijos, limitan la movilidad de la mujer y contribuyen a reducir su acceso a los

hospitales y a una atención médica de calidad, a los que, en principio, tienen acceso en pie de igualdad con los hombres.

48. Como sucede en otros países de ingresos medios y bajos, la morbilidad reproductiva es el mayor problema en materia de salud. La tasa de uso de anticonceptivos es baja, de un 17% y, por consiguiente, la tasa global de fecundidad es elevada, a saber, de 5,3 nacimientos por mujer<sup>56</sup>. Pese a que el 95% de las mujeres embarazadas recibía atención médica prenatal<sup>57</sup> y el 90% de ellas eran atendidas en el parto por personal capacitado<sup>58</sup>, la mortalidad materna siguió siendo elevada, con una tasa de 350 por cada 100.000 nacidos vivos<sup>59</sup>.

49. En el informe se señala que a finales de 1999 un 0,05% de los adultos estaba afectado por el VIH/SIDA<sup>60</sup> pero, la experiencia recogida en otros países, indica que las cifras de que se ha informado podrían ser inferiores a las reales y, habida cuenta de los patrones sociales y culturales existentes, incluidos los que influyen en las relaciones entre hombres y mujeres, no hay motivos para sentirse satisfechos con la situación imperante.

50. Los niveles de educación son elevados pues entre las personas que tienen de 15 a 24 años, la tasa de analfabetismo es del 1,7% para las mujeres y del 1,9% para los hombres, mientras que entre los mayores de 25 años, tanto hombres como mujeres, es de 5,2%<sup>61</sup>.

### Las mujeres de edad

51. En 2000, el porcentaje de la población mayor de 60 años, tanto hombres como mujeres, era de un 5%; sin embargo, la relación entre mujeres y hombres era 88 a 100. La esperanza de vida a los 60 años era de 17 años para las mujeres y, de 16 para los hombres<sup>62</sup>. No es fácil obtener datos sobre los problemas de salud que tienen especial importancia para este grupo de la población.

### Conclusión

52. Los problemas fundamentales que afectan a las mujeres de Maldivas siguen siendo los relativos a la morbilidad reproductiva entre las adolescentes y las mujeres adultas y la escasez de datos en diversas esferas, en particular sobre las causas de que la mortalidad y la morbilidad de las mujeres y niñas sea mayor que entre los hombres y niños. Los patrones socioculturales expuestos en el informe del Estado parte son elementos subyacentes de todos esos problemas e influyen en

ellos. En el ámbito de la salud, esos patrones llegan a limitar el acceso de las mujeres a la información y las ponen en situación desventajosa respecto de los hombres en asuntos tales como la adopción de decisiones sobre cuestiones sexuales.

### Comentario

53. Teniendo en cuenta los datos existentes sobre la situación general de la mujer y los patrones socioculturales a que hizo referencia el Estado parte, el Comité tal vez desee sugerir que se prestara una atención preferente a la creación, en el campo de la salud, de una sólida base de datos desglosados por sexo, en la que se incluyeran problemas de salud tales como la violencia contra la mujer, las enfermedades cardiovasculares y otros problemas; a la realización de análisis meticulosos, con una perspectiva de género, de los problemas especiales que afectan a la salud mental y física de la mujer, y la aplicación de métodos nuevos, de fácil utilización y acceso por las mujeres, que permitieran mejorar la divulgación y la prestación de los servicios de salud, nutrición y salud reproductiva, así como la difusión de información sobre esas cuestiones, en particular destinada a las adolescentes.

54. Se podría tratar de satisfacer la necesidad concreta de datos y programas especiales para responder a las necesidades de salud mental y física de las mujeres, por grupos de edades, y de las que son particularmente vulnerables a la explotación o la discriminación, por ejemplo, las mujeres en situación de pobreza extrema, las mujeres cuya morbilidad y acceso a la información exterior, los servicios y la atención médica son sumamente limitados, las mujeres que trabajan en la prestación de servicios sexuales o las mujeres que pertenecen a grupos marginados. Las necesidades y los derechos de las adolescentes exigen una atención especial debido a las posibles consecuencias permanentes de los trastornos de la salud reproductiva no atendidos o tratados de manera incorrecta (derivados, por ejemplo, del parto o de las enfermedades de transmisión sexual) y de los problemas relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, las drogas, etc.

55. Habida cuenta de que la mortalidad materna aumenta cada vez más, pese al alto porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal (un 95%) y asistencia en el parto de parte de profesionales capacitados (un 90%), cabría poner en tela de juicio el tipo y la calidad de la atención prenatal, de parto y postnatal que reciben las mujeres. Respecto a la recopilación de información,

se podría examinar el posible papel de las madres jóvenes, las activistas de organizaciones femeninas y los dirigentes religiosos y de la comunidad como fuentes de información y en la prestación de servicios de salud. El Comité también podría hacer preguntas sobre el hecho de que se mantenga la práctica de los matrimonios precoces. ¿Se han implantado, por ejemplo, programas escolares o comunitarios para alentar a las mujeres y hombres jóvenes y a las familias a que comiencen a aceptar el matrimonio cuando tengan más edad? ¿Disponen o dispondrán los jóvenes de servicios de salud reproductiva e información al respecto que sean de uso y acceso fáciles?

## Uzbekistán

### Indicadores básicos

56. Uzbekistán tiene una población de 24,3 millones de habitantes, de los que 12,2 millones son mujeres y 12,1 millones son hombres<sup>63</sup>. La relación entre mujeres y hombres es 101 a 100. La esperanza de vida al nacer de las mujeres disminuyó ligeramente, de 72,9 años en 1990 a 71 años en la actualidad; entre los hombres, las cifras son 66,3 y 64 años, respectivamente<sup>64</sup>. La tasa media de crecimiento anual de la población en el período comprendido entre 1995 y 2000 fue de 1,6%<sup>65</sup>. Un 41% de la población vive en las ciudades (Fondo de Población de las Naciones Unidas) y, de 1995 a 2000, la tasa de crecimiento anual de la población urbana fue de 2,8%<sup>66</sup>.

57. El producto nacional bruto per cápita de Uzbekistán, de 870 dólares, sitúa a esa nación en el grupo de países de ingresos medios<sup>67</sup>. No se dispone de datos sobre el porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar diario. La esperanza de vida de las mujeres, ajustada en función de la discapacidad, es ligeramente superior a la de los hombres: 62,3 al nacer y 13,4 a los 60 años, en el caso de las mujeres, y 58,0 y 11,5, respectivamente, en el de los hombres<sup>68</sup>.

### Los niños

58. Los niños menores de 15 años representan el 37% de la población de Uzbekistán<sup>69</sup>. En el período comprendido entre 1995 y 2000, la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos fue de 39 para las niñas y 49 para los varones, con una media de 45 en 1998<sup>70</sup>. Ese mismo año, la mortalidad de niños menores de 5 años ascendió a 58<sup>71</sup>, pero los datos no estaban

desglosados por sexo (niñas y niños). La tasa de inmunización es buena, pues de un 96% a 99% de los niños de 1 año han sido vacunados contra la tuberculosis, la DPT (difteria-tos ferina-tétanos), la poliomielitis y el sarampión. La malnutrición grave afecta a un 5% de los niños menores de 5 años<sup>72</sup>. La información no está desglosada por sexo, por lo que es imposible comparar la situación de niños y niñas. El VIH/SIDA afecta a menos de 100 niños y menos del 1% de los niños han quedado huérfanos por causa del SIDA<sup>73</sup>. En el período transcurrido de 1990 a 1998, la tasa neta de asistencia de niñas y niños a la escuela primaria fue de un 83%<sup>74</sup>.

### Los adolescentes

59. Las personas de 10 a 19 años de edad constituyen el 23% de la población<sup>75</sup>. Se dispone de pocos datos sobre la salud de los distintos grupos de edades. En 1997, el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años fue de 35<sup>76</sup>, muy por debajo de la cifra media regional de 59. No se informa que el VIH/SIDA sea un problema grave, pues afecta a menos del 0,01% de los hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad<sup>77</sup>.

### Mujeres

60. En el informe se señala que los problemas de salud de las mujeres están vinculados principalmente a la reproducción. La tasa global de fecundidad se redujo de 6,3 hijos por mujer en 1960 a 3,4 en 1998<sup>78</sup>, disminución que coincide con la tasa relativamente alta de uso de anticonceptivos, 56%<sup>79</sup>. Sin embargo, se siguen utilizando los abortos para regular la fecundidad, aunque el recurso a esta práctica va disminuyendo rápidamente. Se podría reducir aún más la tasa de mortalidad materna de 19-21 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>80</sup>. La tasa de analfabetismo, tanto de las mujeres como de los hombres de 15 a 24 años<sup>81</sup>, es de 0,3%, cifra que parece indicar que existe un sistema de educación pública bien utilizado y al que todos tienen acceso.

### Las mujeres de edad

61. Las mujeres de 60 y más años representan el 8% de la población total, en comparación con el 6% en el caso de los hombres<sup>82</sup>. La esperanza de vida a los 60 años de edad es de 20 años para las mujeres y 17 para los hombres<sup>83</sup>. No se dispone de datos sobre los principales problemas de salud que afectan a este grupo de la población.

### Conclusión

62. Uzbekistán ha trabajado bien en la protección de la salud y la educación de la población femenina desde la niñez. La tasa de abortos sigue siendo elevada.

### Comentario

63. Los datos publicados no revelan claramente las necesidades de salud específicas de las adolescentes y las mujeres de edad ni la capacidad de los sistemas de servicios públicos, en particular en los sectores de la salud y el bienestar, para satisfacer las necesidades conocidas. Si lo considerara oportuno, el Comité tal vez desee alentar al Gobierno a que desarrolle su capacidad de recopilar datos desglosados por sexo y analizar las necesidades de las mujeres aplicando una perspectiva de género, incluidas, en particular, sus necesidades de salud mental y física durante todo el ciclo de vida, así como la capacidad de los sistemas de salud pública y otros de responder eficazmente a dichas necesidades. Debido a la prolongación de la vida de la mujer, sumada a la diversificación de sus actividades y la reducción del período de vida dedicado a la procreación, se deberían dar una nueva orientación a los servicios de salud. Al mismo tiempo, cabría prestar atención al hecho de que será preciso disponer, de datos sobre las necesidades de salud de las mujeres especialmente vulnerables a la explotación o la discriminación, como las mujeres en situación de pobreza extrema, las mujeres que trabajan en la prestación de servicios sexuales o las mujeres que pertenecen a grupos marginados y de establecer programas especiales para satisfacer esas necesidades.

64. En relación con el elevado porcentaje de población urbana, se podrían hacer preguntas acerca de la respuesta del Gobierno a los problemas de salud comunes a las zonas urbanas, como los relacionados con la contaminación atmosférica en las ciudades, la violencia contra la mujer, los cambios en los papeles asignados por razón de género, los problemas de salud derivados del trabajo y la pobreza urbana. En todos los casos, deberían investigarse las diferencias por sexo en materia de salud que se pudieran atribuir a desigualdades en el grado de contacto con la sociedad, la vulnerabilidad o el acceso a la información o el tratamiento médico. En el contexto de la salud reproductiva de la mujer, también se debería estudiar especialmente la posibilidad de ayudar a las mujeres a hacer frente a los posibles efectos de la contaminación atmosférica de las zonas urbanas en el embarazo.

## Notas

- <sup>1</sup> En el párrafo 8 de la recomendación general 24 se alienta “a los Estados partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente recomendación general, el término ‘mujer’ abarca asimismo a la niña y a la adolescente”.
- <sup>2</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>3</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos, en mundos separados: Hombres y mujeres en tiempos de cambio* (Nueva York, 2000).
- <sup>4</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>5</sup> Sobre la mujer: Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000); sobre el hombre, datos por países de la Organización Mundial de la Salud.
- <sup>6</sup> Banco Mundial, *En el umbral del siglo XXI: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1999/2000* (Nueva York, Oxford University Press, 2000).
- <sup>7</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>8</sup> *Ibíd.*
- <sup>9</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>10</sup> *Ibíd.*
- <sup>11</sup> *Ibíd.*
- <sup>12</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Burundi”.
- <sup>13</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>14</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>15</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “A Humanitarian Appeal for Children and Women: Burundi” (Ginebra, enero a diciembre de 2000).
- <sup>16</sup> *Documentos Oficiales de la Asamblea General, vigésimo tercer período extraordinario de sesiones, Suplemento No. 3 (A/S-23/10/Rev.1), párr. 72 (1).*
- <sup>17</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>18</sup> *Ibíd.*
- <sup>19</sup> *Ibíd.*
- <sup>20</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “A Humanitarian Appeal for Children and Women: Burundi” (Ginebra, enero a diciembre de 2000).
- <sup>21</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Burundi”.
- <sup>22</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>23</sup> *Ibíd.*
- <sup>24</sup> *Ibíd.*
- <sup>25</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>26</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la población mundial 2000: Vivir juntos, en mundos separados: Hombres y mujeres en tiempos de cambio* (Nueva York, 2000).
- <sup>27</sup> Primeras estadísticas, Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000). Estadísticas más recientes, datos por países de la Organización Mundial de la Salud.
- <sup>28</sup> Banco Mundial. *En el umbral del siglo XXI: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1999/2000.* (Nueva York, Oxford University Press, 2000).
- <sup>29</sup> Naciones Unidas. *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>30</sup> *Ibíd.*
- <sup>31</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>32</sup> *Ibíd.*
- <sup>33</sup> *Ibíd.*
- <sup>34</sup> *Ibíd.*
- <sup>35</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Kazakhstan”.
- <sup>36</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>37</sup> Naciones Unidas. *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>38</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Women in Transition: The MONEE Project* (CEE/CIS/Baltics), Informe de evaluación regional No. 6 (Florenia, 1999).
- <sup>39</sup> *Ibíd.*, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>40</sup> *Ibíd.*
- <sup>41</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Women in Transition: The MONEE Project* (CEE/CIS/Baltics), Informe de evaluación regional No. 6 (Florenia, 1999).

- <sup>42</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Kazakhstan”.
- <sup>43</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>44</sup> *Ibíd.*
- <sup>45</sup> *Ibíd.*
- <sup>46</sup> *Ibíd.*
- <sup>47</sup> *Ibíd.*
- <sup>48</sup> *Ibíd.*
- <sup>49</sup> Banco Mundial, *En el umbral del siglo XXI: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1999/2000* (Nueva York, Oxford University Press, 2000).
- <sup>50</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>51</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>52</sup> *Ibíd.*
- <sup>53</sup> *Ibíd.*
- <sup>54</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>55</sup> *Ibíd.*
- <sup>56</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>57</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>58</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>59</sup> *Ibíd.*
- <sup>60</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Maldives”.
- <sup>61</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>62</sup> *Ibíd.*
- <sup>63</sup> *Ibíd.*
- <sup>64</sup> *Ibíd.*
- <sup>65</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos, en mundos separados: Hombres y mujeres en tiempos de cambio* (Nueva York, 2000).
- <sup>66</sup> *Ibíd.*
- <sup>67</sup> Banco Mundial, *En el umbral del siglo XXI: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1999/2000* (Nueva York, Oxford University Press, 2000).
- <sup>68</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (Ginebra).
- <sup>69</sup> Naciones Unidas. *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>70</sup> *Ibíd.*
- <sup>71</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>72</sup> *Ibíd.*
- <sup>73</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, “Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS & Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Uzbekistan”.
- <sup>74</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2000* (Nueva York, 2000).
- <sup>75</sup> Naciones Unidas. *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>76</sup> *Ibíd.*
- <sup>77</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El Progreso de las Naciones, 2000* (Nueva York).
- <sup>78</sup> *Ibíd.*, *Estado Mundial de la Infancia 2000*.
- <sup>79</sup> *Ibíd.*
- <sup>80</sup> *Ibíd.*
- <sup>81</sup> *Ibíd.*, *El Progreso de las Naciones, 2000* (Nueva York).
- <sup>82</sup> Naciones Unidas, *The World’s Women 2000: Trends and Statistics* (Nueva York, 2000).
- <sup>83</sup> *Ibíd.*