



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

Distr. general
10 de febrero de 2000
Español
Original: inglés

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

22° período de sesiones

19 de enero a 4 de febrero de 2000

Tema 5 del programa

**Aplicación del artículo 21 de la Convención sobre
la Eliminación de todas las formas de discriminación
contra la mujer**

**Informes proporcionados por los organismos especializados
de las Naciones Unidas relativos a la aplicación de la
Convención en las esferas que corresponden al ámbito
de sus actividades**

Nota del Secretario General

Adición

Organización Mundial de la Salud

1. En nombre del Comité, el 18 de noviembre de 1999 la Secretaría invitó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que presentara al Comité, a más tardar el 20 de diciembre de 1999, un informe relativo a la información proporcionada por los Estados a la OMS sobre la aplicación del artículo 12 y artículos conexos de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, como complemento de la información contenida en los informes de esos Estados partes que se examinarían en el 22° período de sesiones.
2. La información de otra índole solicitada por el Comité se refiere a las actividades realizadas, los programas ejecutados y las decisiones de política adoptadas por la OMS para fomentar la aplicación del artículo 12 y artículos conexos de la Convención.
3. El informe que figura como anexo al presente documento se ha preparado en cumplimiento de la solicitud del Comité.

Anexo

Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la información suministrada por los Estados en relación con la aplicación del artículo 12 de la Convención

Introducción

En el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se pide a los Estados partes que adopten “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”. En el artículo se señalan además especialmente los “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”. En la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se avanza en relación con dicho artículo y se lo refuerza, estableciendo los cinco objetivos estratégicos (C.1 a C.5) siguientes:

- Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad;
- Fortalecer los programas de prevención que promuevan la salud de la mujer;
- Tomar iniciativas en que se tengan en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva;
- Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer; y
- Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres.

En el informe se presentan los datos disponibles actualmente sobre indicadores escogidos de salud para los países que han presentado los informes primero o segundo al Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (India, Jordania, Myanmar y República Democrática del Congo) en relación con cuatro encabezamientos principales: salud sexual y reproductiva; VIH/SIDA; promoción de la salud y prevención de enfermedades; y violencia contra la mujer.

1. Salud sexual y reproductiva

1.1 Salud materna (cuadro 1.1)

En el cuadro 1.1 figuran los niveles de mortalidad derivada de la maternidad, expresada como la relación de muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Las proporciones correspondientes a la India, Myanmar y la República Democrática del Congo, 570, 580 y 870, respectivamente, demuestran que el parto sigue siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte entre las mujeres en ese grupo de países. Las observaciones detalladas hechas en la India muestran una proporción más reciente y reducida de 410, pero la variación entre los distintos Estados de la India sigue siendo alta, entre 100 y 700 muertes de madres por cada 100.000 nacidos vivos^{1,2}. Igualmente, Myanmar informa de una reducción a 196 en 1996^{1,2}.

1.2 Aborto

En el cuadro 1.2 se resume la situación jurídica del aborto en los países interesados. El aborto inseguro es una de las principales amenazas a la salud de la mujer y representa hasta el 14% de las muertes derivadas de la maternidad, como en el caso de la India. Se ha informado de que en la India el 60% de las muertes causadas por el aborto en 1994 ocurrió en mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad. En ese mismo año, los datos de los hospitales de Myanmar demuestran que las complicaciones del aborto, tanto inducido como espontáneo, fueron responsables del 50% al 60% de las muertes directas derivadas de la maternidad. El marco jurídico más liberal para el aborto se encuentra en la India. Pero, según se observa en las cifras de la India, las disposiciones jurídicas no siempre entrañan una reducción importante de los abortos inseguros debido a razones culturales, médicas, de infraestructura o de otro tipo.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud trató de reforzar las medidas encaminadas a reducir las muertes derivadas de la maternidad, incluso la prevención de los abortos inseguros, mediante una iniciativa para reducir la morbilidad y la mortalidad derivada de la maternidad y neonatal, denominada “reducir los riesgos del embarazo”. Las actividades relativas a dicha iniciativa se ejecutarán en los países miembros, teniendo en cuenta sus normas jurídicas y culturales, comenzando en el bienio 2000–2001 en 10 países prioritarios y gradualmente se ampliará el número de países a 50 para el año 2006.

1.3 Prevalencia de anticonceptivos y fecundidad global

El uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas varía del 8% en la República Democrática del Congo al 53% en Jordania³. En la India, la cifra citada, 41%, es relativamente baja, pero ello se explica porque para gran número de mujeres el principal método de planificación de la familia sigue siendo la esterilización femenina, y la edad media de esterilización es 27 años. Los hombres prácticamente no utilizan métodos anticonceptivos, como preservativos y vasectomía. En Myanmar, la cifra general del 17% citada para 1995 llega en algunas zonas al 30%, lo que representa el compromiso del Gobierno de impulsar el programa de planificación de la familia.

Las tasas globales de fecundidad son el 3,1% en la India, el 4,9% en Jordania, el 2,4% en Myanmar y el 6,4% en la República Democrática del Congo. Será necesario aumentar el uso de anticonceptivos en la República Democrática del Congo para reducir la tasa global de fecundidad.

2. VIH/SIDA

Según figura en el cuadro 2, se estima que en la República Democrática del Congo el 4,35% de los adultos tiene VIH/SIDA, en contraste con el 1,79%, el 0,02% y el 0,82% en Myanmar, Jordania y la India, respectivamente. No obstante, la India (junto con Myanmar) tienen el mayor número absoluto de casos. En la India el número total ascendía a 8.491 en septiembre de 1999 y el número estimado de infecciones de VIH es de 3,5 millones. Se informa de que en la India la relación entre varones y mujeres de casos de SIDA es de 3 a 1. El 91% de los casos de SIDA se produce entre los 15 y 49 años de edad y más del 4,6% de los casos son niños. El modo predominante de difusión es el contacto heterosexual (85%), seguido del uso de drogas inyectables (7%) y la transmisión de madre a hijo (5%).

En la República Democrática del Congo, más de la mitad de los adultos que vivían con VIH/SIDA a fines de 1997 eran mujeres, mientras que la prevalencia del VIH en las trabajadoras del sexo oscilaba entre el 34% y el 64% (OMS, 1999). Aun reconociendo que la inyección de drogas es una de las principales vías de transmisión del VIH en el país, resulta poco claro en qué medida el trabajo sexual está vinculado con el uso de sustancias psicoactivas⁴.

En la India, la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables muestra un aumento alarmante en los últimos años, y se puede presumir con certeza que un gran número de mujeres están afectadas e infectadas con el VIH debido al uso de drogas inyectables. No obstante, no se ha informado a la OMS de datos desglosados por género.

En Jordania, a fines de 1997 se había informado de un caso de transmisión de SIDA relacionado con el uso de dispositivos intrauterinos y de otros dos por transmisión sexual.

En Myanmar había a diciembre de 1998 2.854 casos de SIDA y se estimaba que el número de infecciones ascendía a 440.000. La relación entre hombres a mujeres infectados es de 4 a 1 y la transmisión heterosexual es el modo predominante de difusión.

3. Uso de tabaco entre las mujeres

En el cuadro 3 se observa que Myanmar tiene un alto porcentaje de fumadoras habituales (16%), mientras que Jordania tiene el 5%. El porcentaje en la India (0,2%) relativamente bajo; no se cuenta de datos de la República Democrática del Congo. Se espera que las iniciativas recientes de la Organización Mundial de la Salud ayuden a reducir el uso de tabaco en esos países⁵.

4. Violencia contra la mujer

Se reconoce ahora que la violencia contra la mujer es una de las principales amenazas contra su salud (véase el cuadro 4). Los estudios realizados en la India han demostrado que entre el 19% y el 75% de las mujeres han sufrido algún tipo de agresión física, esencialmente en el ámbito doméstico. En Myanmar se ha informado de que los casos de agresión física contra las esposas varían del 3,4% al 9%, mientras que los casos de agresión mental son más altos, del 11% al 19%⁶.

5. Otras inquietudes en materia de salud

En la India, la nutrición es uno de los principales problemas entre las mujeres y las niñas. La Oficina Regional de la OMS para el Asia sudoriental ha informado de que el 40% de la población de la India consume menos del 80% de la energía necesaria. La prevalencia de varias formas de malnutrición proteínico-energética en los niños de edad preescolar ha disminuido, así como la prevalencia del bajo peso entre los niños de menos de 5 años de edad, aunque esta última sigue siendo alta, con una tasa del 50%. Se ha informado de discriminación por razones de género contra las niñas en la distribución de los alimentos dentro de la familia.

También se ha informado de que en la India la tuberculosis es una de las principales causas de muerte de mujeres con enfermedades transmisibles. Las mujeres tienden a sufrir más las secuelas de las infecciones. Las enfermedades mentales afectan aproximadamente al 15% de las mujeres, en comparación con el 11% de los hombres.

En Myanmar, los problemas nutricionales son similares a los de la India. Se informa de prevalencia de anemia en el 48% de las mujeres embarazadas, el 36% de las mujeres no embarazadas y el 30% de los niños de menos de 5 años de edad. El paludismo también es un problema grave, y hay más hombres que mujeres afectados.

Cuadro 1.1

Mortalidad derivada de la maternidad y asistencia especializada en el parto

	<i>Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (por 100.000 nacidos vivos) (Estimación correspondiente a 1990)</i>	<i>Asistencia de personal especializado en el parto (porcentaje) (cifras más recientes)</i>
India	570	35
Jordania	150	97
Myanmar	580	57
República Democrática del Congo	870	n.d.

Cuadro 1.2

Carácter legal del aborto

	<i>Se permite el aborto</i>					<i>Situación económica o social</i>	<i>A pedido</i>
	<i>Salvar la vida de la madre</i>	<i>Salud física</i>	<i>Salud mental</i>	<i>Violación, incesto</i>	<i>Problemas fetales</i>		
India	X	X	X	X	X	X	X
Jordania	X	X	X				
Myanmar	X						
República Democrática del Congo	X						

Cuadro 1.3

Prevalencia del uso de anticonceptivos y tasa global de fecundidad

	<i>Porcentaje de uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas</i>		<i>Tasa global de fecundidad 1995–2000</i>
	<i>Todos los métodos</i>	<i>Año</i>	
India	41	1992–1993	3,1
Jordania	53	1997	4,9
Myanmar	17	1992	2,4
República Democrática del Congo	8	1991	6,4

Cuadro 2
VIH/SIDA

	<i>VIH/SIDA</i> <i>Porcentaje de adultos</i>	<i>Porcentaje medio de</i> <i>mujeres embarazadas</i> <i>en zonas urbanas</i>	<i>Porcentaje medio de</i> <i>mujeres embarazadas</i> <i>en zonas no urbanas</i>	<i>Principales modos</i> <i>de transmisión</i>
India	0,82	2,5	2,4	–
Jordania	0,02	0	–	–
Myanmar	1,79	0,8	1	–
República Democrática del Congo	4,35	4,3	4	Heterosexual (2.666/4.744 en 1996)

Cuadro 3
Uso de tabaco entre las mujeres

	<i>Fumadoras habituales en la actualidad</i> <i>Entre 15 y 25 años de edad</i>	
	<i>Porcentaje</i>	<i>Año del estudio</i>
India	0,20	1996
Jordania	5	1996
Myanmar	16	1996
República Democrática del Congo	No hay datos	–

Cuadro 4
Violencia contra la mujer

	<i>Datos sobre el erreno</i>	<i>Volumen de la muestra</i>	<i>Grupo de muestra</i>	<i>Medida</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Período</i>	<i>Relación</i>	<i>Todos los tipos</i>	<i>Porcentaje de violencia física</i>	<i>Violación</i>	<i>Notas</i>
India											
3 aldeas meridionales	1997	163	Mujeres de más de 15 años de edad	Conflictos interpersonales	Hogar	Actualmente casadas	Esposo		22,0		Quizás se trate de una subestimación, ya que los datos cualitativos indican que ciertos tipos de violencia no se consideran “malos tratos”
Mumbai (Bombay)	1995 a 1997	65	Mujeres actualmente casadas	Conflictos interpersonales	Comunidad	Actualmente casadas	Esposo		49,2		
Zonas rurales en dos Estados	1993 a 1994	1 842	Mujeres actualmente casadas	Conflictos interpersonales	Hogar	Actualmente casadas	Esposo		40,0		Se entrevistó a las mujeres en cinco ocasiones. La restante información metodológica se obtuvo de comunicaciones personales con los investigadores
Tamil Nadu	1993 a 1994	983	Mujeres actualmente casadas	Conflictos interpersonales	Hogar	Actualmente casadas	Esposo		37,0		Se entrevistó a las mujeres en cinco ocasiones. La restante información metodológica se obtuvo de comunicaciones personales con los investigadores
Uttar Pradesh	1993 a 1994	859	Mujeres actualmente casadas	Conflictos interpersonales	Hogar	Actualmente casadas	Esposo		44,7		Se entrevistó a las mujeres en cinco ocasiones. La restante información metodológica se obtuvo de comunicaciones personales con los investigadores

	<i>Datos sobre el erreno</i>	<i>Volumen de la muestra</i>	<i>Grupo de muestra</i>	<i>Medida</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Período</i>	<i>Relación</i>	<i>Todos los tipos</i>	<i>Porcentaje de violencia física</i>	<i>Violación</i>	<i>Notas</i>
Uttar Pradesh	1996	6 926	Hombres casados	Conflictos interpersonales	Comunidad	Actualmente casados	Esposos			28,0	Los esposos informaron de la violencia ejercida por ellos contra sus mujeres
Uttar Pradesh	1996	98	Mujeres actualmente casadas	Conflictos interpersonales	Dos aldeas	En todo tipo de relación	Esposos			68,0	

Referencias

- ¹ Oficina Regional de la OMS para el Asia sudoriental (1999). Situación de la salud en la región del Asia sudoriental, 1994–1997.
 - ² Estimaciones revisadas de la OMS/UNICEF para 1990 de la mortalidad derivada de la maternidad, Ginebra (1996).
 - ³ División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York (1999).
 - ⁴ OMS/ONUSIDA, hojas de datos epidemiológicos sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, Ginebra (1999).
 - ⁵ OMS, iniciativa “Liberarse del tabaco” (1999).
 - ⁶ OMS, base de datos sobre la violencia contra la mujer (1999).
-