



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

Distr. general
23 de mayo de 2002
Español
Original: inglés

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

27º período de sesiones

3 a 21 de junio de 2002

Tema 5 del programa provisional*

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

**Informes presentados por organismos especializados de las
Naciones Unidas sobre la aplicación de la Convención en sus
ámbitos de competencia**

Nota del Secretario General**

Adición

Organización Mundial de la Salud

1. El 17 de abril de 2002, la Secretaría, en nombre del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, 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 en los ámbitos de su competencia a fin de complementar la información contenida en los informes de los Estados partes en la Convención que se examinarían en el 27º período de sesiones del Comité.
2. El Comité también pidió información sobre las actividades, decisiones de política y programas de la Organización Mundial de la Salud encaminados a promover la aplicación de la Convención.
3. El informe adjunto se presenta en cumplimiento de la petición formulada por el Comité.

* CEDAW/C/2002/II/1.

** El documento fue presentado con retraso a los servicios de conferencias sin la explicación preceptiva en virtud del párrafo 8 de la resolución 53/208 B de la Asamblea General, según el cual, si se produce un retraso, hay que explicar los motivos en una nota de pie de página.



Anexo

Informe presentado por la Organización Mundial de la Salud al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 27º período de sesiones

Observaciones sobre la salud de la mujer en los Estados partes que han presentado sus informes iniciales: el Congo, Saint Kitts y Nevis y Suriname

I. Introducción

1. La cuestión de la salud de la mujer aparece tratada con cierta relevancia, directa e indirectamente, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y las posibles repercusiones negativas de la discriminación en la salud de la mujer es un tema que aparece en varias partes. 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, incluso los que se refieren a la planificación de la familia.

2. En otros artículos, por ejemplo en el artículo 10 (educación), el 14 (la mujer de las zonas rurales), 16 (el matrimonio y las relaciones familiares), se refuerza y amplía el alcance del artículo 12, y se insta a la eliminación de la discriminación contra la mujer en diversas esferas relacionadas con la salud. Otras cuestiones que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer considera también importantes para vigilar la discriminación y que se relacionan con la salud se han ampliado y especificado con las recomendaciones generales; por ejemplo: las No. 12 (1989) y No. 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer; la No. 14 (1990) sobre la circuncisión femenina; la No. 15 (1990) relativa a la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de prevención y tratamiento del SIDA; la No. 18 (1991) sobre la mujer con discapacidad, y la No. 24 (1999), que contiene las observaciones más amplias formuladas por el Comité sobre la salud de la mujer.

3. La Recomendación General 24, relativa enteramente a la salud, es de particular importancia. Ubica la salud de la mujer en un marco amplio y adopta un enfoque que abarca todo el ciclo vital, pues se reconoce la importancia de las necesidades específicas de la mujer en las distintas edades.

4. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se complace en presentar el presente informe para complementar la información presentada por los Estados partes y llamar la atención sobre algunas cuestiones relativas a la salud de la mujer que tal vez merezcan una consideración especial del Comité.

5. La información sobre cada país se agrupa en diversos títulos, a saber: datos básicos, el niño, el adolescente, la mujer, la mujer de edad, y conclusiones, y se selecciona según la pertinencia de cada tema para la salud de la mujer de todas las edades.

6. Es de lamentar que la información sobre ciertas cuestiones importantes para la salud de la mujer, en particular la mujer pobre, tiende a ser insuficiente o totalmente

inexistente en gran parte del material que habitualmente se publica sobre la mujer en muchos países. Por ejemplo:

- Si bien la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas están profundamente preocupados por las cuestiones relativas a la trata de mujeres y niños, y ésta parece ser una cuestión importante para algunos de los países que presentan sus informes al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, se dispone de poca información sistemática específica de cada país sobre la dimensión del problema y las amenazas para la salud y bienestar de las mujeres víctimas de la trata;
- Otras dos cuestiones importantes que se abordan con poca profundidad en la información son la incidencia general, las repercusiones y la proporción de niños y niñas en el trabajo infantil, así como los problemas de salud de la mujer relacionados con su ocupación, en el entorno de trabajo formal e informal;
- Los datos son escasos sobre la mujer con discapacidad y otras mujeres cuyos entornos de vida o trabajo las hacen particularmente propensas a sufrir enfermedades o discapacidades, a saber: las trabajadoras migrantes, las refugiadas y otras desplazadas sociales y las trabajadoras del sexo.

Podría resultar provechoso plantear esas cuestiones en relación con cada país.

7. Finalmente, parecería de enorme utilidad que el Comité hiciera hincapié en la importancia de la salud de la mujer, además de insistir en la preocupación permanente respecto de la salud reproductiva. Por ejemplo, muchos países disponen de pocos datos sistemáticos desglosados sobre algunas cuestiones relativas a la salud de la mujer, entre las que pueden citarse las siguientes:

- Enfermedades transmisibles, como el paludismo, y la tuberculosis;
- Enfermedades cardiovasculares (cada vez más importantes como causa de la muerte de mujeres);
- Problemas de salud mental;
- Discapacidad y muerte asociada con el estilo de vida, incluido el abuso de sustancias (hábito de fumar, alcoholismo);
- Osteoartritis, enfermedades autoinmunes y otras de particular importancia por su contribución a la discapacidad y la muerte de mujeres de edad.

8. La OMS, como miembro del sistema de las Naciones Unidas, asume el proceso de presentación de informes establecido en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer con responsabilidad y como una oportunidad importante para consolidar la labor relativa a la salud de la mujer. Con miras a fortalecer esa labor, el Departamento de Género y Salud de la Mujer de la OMS está preparando una publicación destinada a ayudar al personal que trabaja con los gobiernos de contraparte con la redacción de los aspectos sanitarios del informe que el país presenta al Comité. El documento es el producto de las aportaciones de todas las oficinas regionales y los departamentos técnicos de la OMS y de la colaboración de Rights and Humanity. Es de esperar que los miembros del Comité también hagan sus aportaciones al proyecto de documento en el 27º período de sesiones.

II. El Congo

Generalidades

9. El Congo (Brazzaville) tiene 3 millones de habitantes¹, y una tasa de crecimiento demográfico del 3,1%². La población femenina es el 51% del total, por lo que supera levemente a la masculina. La esperanza de vida al nacer es comparativamente baja. Sin embargo, como en muchos otros países, la esperanza de vida de la mujer es superior a la del hombre (53 y 50 años respectivamente)³.

10. En 2000, un porcentaje estimado del 65,4% de la población del Congo vivía en zonas urbanas⁴. La tasa de crecimiento de la población urbana en el período 2000-2005 se estimó en el 3,96% anual, apenas por debajo del 4,40% anual de la región del África central en el mismo período⁵.

11. Según las cifras del Banco Mundial, el Congo se ubica en la categoría de países con bajos ingresos⁶. En 1999, el producto nacional bruto per cápita fue de 670 dólares de los EE.UU.⁷. En 1998, el gasto total en salud se estimó en el 3% del producto interno bruto, levemente por encima del porcentaje de 1997⁸.

12. La situación general del Congo es difícil desde el punto de vista sanitario y en todos los aspectos del desarrollo humano, hecho que se examinó con cierto detalle en las conclusiones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁹. La guerra civil provocó desplazamientos masivos de población, un grave deterioro de la economía nacional y de la producción y comercialización de alimentos con profundas repercusiones negativas en la vida cotidiana y, en especial, en la salud y a los sistemas sanitarios.

Los niños

13. Casi la mitad de la población del Congo (el 46,3%) tiene menos de 15 años de edad¹⁰. Casi una cuarta parte (el 23%) son adolescentes de 10 a 19 años de edad¹¹. La tasa de mortalidad de lactantes (probabilidad de que un niño muera antes de cumplir 1 año) es del 87,2 por cada 1.000 nacidos vivos entre las niñas y de 100 entre los niños¹². La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se estima en 122 entre las niñas y 134 entre los niños¹³. Los niños que sobreviven siguen haciendo frente a problemas graves de salud y desnutrición. La malnutrición es alta, la tasa de inmunización es baja y las repercusiones del SIDA son cada vez mayores.

14. La proporción de niños menores de 5 años que sufren de emaciación es aproximadamente la misma que el promedio regional, es decir un 10%¹⁴. Sin embargo, el 45% sufre de retraso moderado o grave del crecimiento, 8 puntos por encima de los niveles regionales y 13 puntos por encima de los niveles mundiales¹⁵. Las tasas de inmunización son apenas del 50% o inferiores. Desafortunadamente, ni las cifras de nutrición ni las de inmunización se presentan desglosadas por sexo.

Cuadro 1
Tasas de inmunización de niños en el Congo, 1995 y 2000¹⁶
 (Porcentaje)

<i>Año</i>	<i>TB (BCG)</i>	<i>DPT3</i>	<i>Polio (Pol 3)</i>	<i>MCV</i>
1995	50	47	47	42
2000	50	33	n.d.	34

15. El VIH/SIDA está teniendo efectos devastadores, directos e indirectos, en los niños del Congo. A fines de 1999, 4.000 niños menores de 15 años de edad vivían con el VIH y 35.103 niños habían perdido a la madre o a ambos progenitores como consecuencia de la epidemia del SIDA¹⁷. Es de suponer que las cifras hayan aumentado significativamente desde entonces.

Observaciones

16. Estos datos tienen consecuencias importantes en las políticas nacionales y en la concepción y el desarrollo de los servicios públicos, particularmente en esferas como la enseñanza y la salud. Debido a la escasa información desglosada es difícil saber si hay problemas de particular gravedad para las niñas en comparación con los niños. Por lo tanto, el Comité tal vez desee insistir ante los representantes del Congo sobre la importancia de la igualdad y la equidad en la promoción de la salud de los niños y el establecimiento de la infraestructura necesaria. Los efectos del retraso en el crecimiento, que afecta actualmente al 45% de los niños menores de 5 años, se padecen durante toda la vida y pueden ser irreversibles. Del mismo modo, los bajos niveles de inmunización significan que la mayoría de los niños del Congo están expuestos a enfermedades y discapacidades que pueden evitarse y que, en ciertos casos, son mortales. El costo de esas tasas bajas de inmunización es alto para las personas y para la nación, pues significa la muerte prematura o la pérdida de la dignidad y la productividad como resultado de una discapacidad que padecerán de por vida. Considerando este hecho, en cualquier debate sobre las cuestiones sanitarias se deberá insistir en la urgencia de atender apropiadamente la salud y la nutrición en los primeros años de la vida de los niños y niñas.

Los adolescentes

17. En la esfera de la salud, los embarazos precoces y el VIH/SIDA son las dos cuestiones más destacadas sobre las que hay información fiable que indica la necesidad de prestarles atención y adoptar medidas al respecto. En el período 1995-2000, hubo 141 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad¹⁸. Aproximadamente la misma cifra que en la región (143 por 1.000)¹⁹, pero considerablemente más alta que la deseable para la salud y el desarrollo de las madres y los niños. No se dispone de cifras sobre los adolescentes con VIH, pero es de destacar que en el grupo de 15 a 24 años de edad los porcentajes estimados son del 6,5% entre las niñas o las mujeres, frente a sólo el 3,2% entre los niños y los hombres²⁰.

18. Los datos sobre los embarazos de las adolescentes, la infección por el VIH y la disparidad en las tasas de infección entre niños y niñas demuestran que es urgente adoptar medidas para mejorar la disponibilidad de información y servicios adecuados en materia de salud y el acceso a esos servicios, en particular abordando las necesidades de las adolescentes en materia de salud reproductiva. Teniendo en cuenta que la tasa bruta de matriculación en la escuela secundaria de las niñas es sólo del 45%²¹, es necesario observar detenidamente las actividades de las adolescentes para determinar en qué momento y por qué medios se puede llegar a ellas para ayudarlas a que puedan adoptar las medidas adecuadas.

19. La cuestión de los efectos de la guerra civil en numerosos aspectos de la vida se ha destacado en los debates del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A este respecto, también la participación pasada o actual de las adolescentes del Congo en acciones militares como combatientes o como integrantes del sistema de apoyo a los combatientes tiene consecuencias sobre su salud. Desafortunadamente se dispone de pocos datos fidedignos al respecto.

Observaciones

20. Las amenazas a que está expuesta la salud de las adolescentes son numerosas, y entre las más graves cabe mencionar las relacionadas con la salud y el comportamiento en materia sexual y reproductiva. Según la información relativa a los embarazos de adolescentes e infección por el VIH, los papeles asignados a los géneros exponen a las niñas a riesgos desproporcionados de embarazo o enfermedad y les deja pocas posibilidades para protegerse. A este respecto, y de acuerdo con el párrafo 18 de la Recomendación General No. 24²², el Comité tal vez desee seguir examinando, con los representantes del Congo, la disponibilidad de información y servicios de salud reproductiva específicos según el género y la edad. Las actividades para promover la evolución y la aceptación de relaciones más equitativas y equilibradas entre los géneros contribuirían a la eficacia de esos programas.

21. Atendiendo a las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño y con miras a preservar el desarrollo saludable de las niñas, debe desalentarse enérgicamente cualquier participación de las niñas en las actividades militares. Por lo tanto, el Comité tal vez desee investigar si han elaborado programas de rehabilitación y se realizan esfuerzos para impedir que las niñas participen en actividades militares o paramilitares que podrían ser perjudiciales para su salud y su desarrollo mental y físico.

Las mujeres

22. Las mujeres comparten con toda la comunidad las cargas que impone una vida en condiciones de pobreza, inseguridad, guerra civil y deterioro social. De hecho, las mujeres se ven afectadas desproporcionadamente por todas esas condiciones que ponen en grave peligro su salud mental y física. En los informes de la Comisión de Derechos Humanos y del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se ha llamado la atención sobre los problemas generalizados de la violencia en el hogar, la victimización de la mujer por los hombres armados, los graves trastornos en la producción de alimentos y la escasez de servicios de salud en las zonas urbanas y rurales. Es de suponer que todo contribuye a las tasas generalmente altas de fecundidad (6,3 para el Congo en 2000²³ en comparación con la cifra mundial de 2.68²⁴)

y a las malas condiciones de salud de la mujer, aunque son muy limitados los datos específicos. Además de esta situación ya difícil, el VIH/SIDA avanza rápidamente en la población. A finales de 1999, se estimaba que el 6,43% de la población estaba infectado, es decir 45.000 mujeres y 37.000 hombres²⁵.

23. Las mujeres que están expuestas a riesgos especiales para la salud pertenecen a determinados grupos de población, como los refugiados, los que buscan asilo y los refugiados retornados y, a finales de 1999, su número ascendía a más de 63.000 (el 53,8% del total de esos grupos)²⁶.

Observaciones

24. Es necesario hacer los mayores esfuerzos para encontrar las formas de abordar progresivamente los riesgos para la salud, las necesidades y la vulnerabilidad de la mujer del Congo, tanto de la población general como de la población refugiada y otras en situación provisional. Independientemente de dónde se ubiquen, las mujeres tienen derecho a un acceso razonable a información y servicios básicos de atención de la salud, y a una adecuada protección de su dignidad e integridad física. Por tanto, el Comité tal vez desee averiguar qué planes inmediatos y de largo plazo existen para llevar a cabo programas y construir infraestructura de base comunitaria, así como los necesarios sistemas de apoyo, para que la mujer del Congo pueda acceder a servicios de salud cada vez más eficaces, de acuerdo con las normas establecidas en la recomendación general sobre la mujer y la salud. Dadas las extremas dificultades a que se ha visto sometida la población en los últimos años, sería importante que se incluyeran los puntos de vista de las propias mujeres en el diseño, la fijación de prioridades y la organización de los servicios de salud.

III. Saint Kitts y Nevis

25. No es fácil encontrar estadísticas sobre Saint Kitts y Nevis, y el informe del país no aparecía aún en la Internet cuando se redactó el presente informe. Por tanto, el siguiente análisis entra en escasos detalles y sólo unas pocas cuestiones se someten al examen del Comité.

Generalidades

26. Saint Kitts y Nevis tiene 38.000 habitantes²⁷ y, durante el decenio de 1990, su tasa de crecimiento demográfico fue negativa (-0,8)²⁸. El 66% de la población vive en zonas rurales²⁹.

27. La esperanza de vida al nacer es de 72 años para la mujer y de 66,1 años para el hombre³⁰. El porcentaje de población urbana, el 34,1%³¹, es considerablemente menor que en el resto del Caribe, donde es del 63%³². Según el Banco Mundial, Saint Kitts y Nevis se ubica en la categoría de países con ingresos medianos altos, con un PNB per cápita de 6.420 dólares de los EE.UU.³³.

Los niños y los adolescentes

28. Las cifras de la mortalidad de lactantes y la de niños menores de 5 años reflejan la ventaja biológica de las niñas sobre los niños. La tasa de mortalidad de lactantes es de 17 para las niñas y de 23 para los niños³⁴; la mortalidad de niños menores de 5 años es de 22 para las niñas y de 25 para los niños³⁵. Aunque, lamentablemente, los datos no están desglosados para los niños y las niñas, las tasas de inmunización son buenas: entre el 99% y el 100% de los niños están inmunizados antes de llegar al primer año de vida³⁶. Por otro lado, pese a las condiciones económicas relativamente buenas del país, los niveles de nutrición no fueron buenos en términos absolutos o relativos, por lo menos durante el quinquenio 1995-2000. Las cifras fueron iguales o superiores a las mundiales y notoriamente más altas que las regionales.

Cuadro 2

Prevalencia de malnutrición infantil en Saint Kitts y Nevis

(Porcentaje de niños menores de 5 años)³⁷

	<i>Bajo peso</i>	<i>Emaciación (moderada y grave)</i>	<i>Retraso en el crecimiento (moderado y grave)</i>
Saint Kitts y Nevis	11	9	42
Regional	1	2	17
Mundial	11	10	32

Niveles de malnutrición como éstos deben ser motivo de preocupación.

Observaciones

29. El Comité tal vez desee alentar al Estado parte a que investigue las causas de la malnutrición, procurando en especial determinar si hay diferencias y de qué clase en las condiciones de nutrición de los niños y las niñas y si hay patrones discriminatorios en la alimentación que reduzcan las posibilidades de que una niña esté bien alimentada.

Las mujeres

30. En general se publican pocos datos sobre las condiciones de salud específicas de la mujer en Saint Kitts y Nevis. Sin embargo, hay datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad, según los cuales en 1998 la tasa era de 130 por cada 100.000 nacidos vivos³⁸.

Observaciones

31. La mortalidad derivada de la maternidad es alta en comparación con las tasas mundiales. Por lo tanto, el Comité tal vez desee averiguar qué factores influyen en esa tasa y se podría alentar al Estado parte a que tomase medidas para mejorar los servicios y la información disponibles, incluso mediante los servicios de salud basados en la comunidad con miras a mejorar la situación de la mujer. Además, el Comité tal vez desee llamar la atención respecto de las necesidades especiales de las mujeres de edad y las que tienen discapacidades.

IV. Suriname

Generalidades

32. Suriname tiene 417.000 habitantes³⁹, con un número casi igual de hombres y mujeres (mujeres = 50,36%). La tasa anual de crecimiento demográfico es del 0,4%⁴⁰. El 31% de la población tiene menos de 15 años de edad (127.200 personas)⁴¹. Casi una cuarta parte de la población (el 23%) está constituida por adolescentes de 10 a 19 años de edad⁴². La esperanza de vida al nacer de la mujer es ligeramente superior a la del hombre, con 73,5 años y 68 años respectivamente⁴³. Casi las tres cuartas partes de la población de Suriname vive en zonas urbanas (el 74,2%)⁴⁴. Según la clasificación del Banco Mundial, en 2000 Suriname se ubicó en el grupo de países de ingresos medianos bajos⁴⁵.

33. Aunque hay información de dominio público sobre la salud en Suriname, específicamente sobre la salud de la mujer, esa información se refiere en gran parte a estudios realizados en una determinada institución o localidad. Gran parte de esa información se obtuvo hace seis años o más. Por esas razones es difícil extraer conclusiones fundamentadas y generales sobre la situación, las tendencias y los desafíos a que hace frente la población de Suriname en el campo de la salud de la mujer. En estas notas se intenta sugerir diversas esferas de interés o de preocupación, pero su alcance es necesariamente limitado.

Los niños y los adolescentes

34. Como ocurre en casi todo el mundo, la tasa de mortalidad de lactantes, proporción de niños que mueren antes de cumplir el primer año de edad, es menor entre las niñas: 19 por cada 1.000 nacidos vivos, que entre los niños, 27 por cada 1.000 nacidos vivos⁴⁶. Ocurre lo mismo con las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años, que fue de 27 por cada 1.000 nacidos vivos entre las niñas y 29 por cada 1.000 nacidos vivos⁴⁷ entre los niños, habiendo mejorado respecto de 1997, cuando eran considerablemente más altas, con cifras de 39 por cada 1.000 nacidos entre las niñas y de 51 por cada 1.000 nacidos entre los niños⁴⁸. Lamentablemente, no parecía disponerse de información fehaciente, amplia y desglosada sobre la nutrición infantil en Suriname. Los datos sobre la enseñanza indican cierta equidad entre las niñas y los niños, siendo las niñas el 49,5% de los estudiantes de la escuela primaria (igual a su porcentaje de la población de esa edad)⁴⁹. Las preocupaciones generales por los niños se han tratado suficientemente en el informe sobre Suriname presentado al Comité de los Derechos del Niño y en las observaciones finales del Comité⁵⁰.

35. Las cuestiones que preocupan especialmente respecto de la salud, enraizadas en la discriminación, son la violencia y la explotación sexual de las niñas, que comienza en los primeros años y se arrastra a la adolescencia. Hay ciertas variaciones entre las diferentes comunidades étnicas, pero no hay duda de que el VIH/SIDA es un problema grave que afecta a los niños y los adolescentes. La distribución del VIH entre hombres y mujeres, en particular entre adolescentes y adultos jóvenes, resalta la dificultad que tienen las niñas para protegerse. Se estima (2001) que entre la población de 15 a 24 años de edad, el 0,79% de los muchachos son seropositivos, mientras que la cifra equivalente entre las muchachas es del 1,33%, es decir, casi el doble⁵¹. A finales de 1999, había también 110 niños menores de 15 años que vivían

con el SIDA (no se informa del sexo)⁵². Además, 352 niños habían quedado huérfanos a causa del SIDA⁵³.

36. Aunque era difícil encontrar cifras recientes, es probable que el hábito de fumar sea un problema cada vez más grave entre las niñas. Ya en 1987 y 1988, la prevalencia entre los jóvenes de 10 a 19 años se estimaba en el 12% de las niñas y el 36% de los niños⁵⁴. Si Suriname ha seguido los modelos comunes en otros lugares, la industria de la publicidad se habrá dirigido activamente a los jóvenes, y es probable que las cifras relativas al hábito de fumar hayan aumentado considerablemente. Sabiendo que el proceso de adicción crece más rápidamente entre las niñas que entre los niños, se debe suponer que muchas de estas niñas serán fumadoras de por vida, que los efectos negativos sobre su salud se acumularán en los últimos años y que, si quedaran embarazadas, las repercusiones sobre la salud de su hijo también serán negativas.

Observaciones

37. Hay tres cuestiones de particular importancia a las que convendría que el Comité prestara atención, a saber: la violencia en el hogar, con atención particular al abuso sexual de la niñas; la información, la atención y los servicios en relación con el VIH entre los adolescentes, en particular las mujeres, y el hábito de fumar. Es necesario poner en marcha actividades para alentar, en particular entre los adolescentes más jóvenes, la potenciación de las niñas, una mayor responsabilidad sexual entre los varones y relaciones más equitativas y de respeto mutuo. Esas actividades tendrían efectos positivos en el corto y en el largo plazo, incluso efectos positivos intergeneracionales, ya que se reduce la probabilidad de que los niños se críen en familias afectadas por la violencia o la pandemia de VIH. Además, el Comité tal vez desee alentar al Estado parte a que intente actualizar, periódicamente y para todo el país, los datos desglosados sobre cuestiones como la nutrición, el hábito de fumar, y la violencia en el hogar, que servirán de base para el análisis de género y de situación, de los que podrán derivarse intervenciones para promover y proteger la salud de los jóvenes.

Las mujeres

38. El acceso a los servicios de atención de la salud entre las mujeres de las minorías y las mujeres pobres es limitado, lo que constituye un factor negativo relacionado con la salud de la mujer. Los problemas del acceso parecen surgir de la pobreza, la distribución desigual de los servicios (entre las zonas urbanas y rurales) y la población. La violencia basada en el género es un problema grave que se ha observado por lo menos durante el último decenio, pero se ha avanzado poco en su tratamiento. En un estudio de 1990 se concluyó que el 95% de todos los delitos sexuales registrados en el Departamento de Emergencias del Hospital Universitario tuvieron por víctimas a mujeres, el 20% de las cuales tenían menos de 10 años de edad⁵⁵. Si bien el Gobierno ha adoptado algunas medidas tímidas para mejorar la respuesta oficial frente a la violencia en el hogar —cierta capacitación a la policía, disponibilidad de un asistente social en algunos lugares— la atención ha sido limitada y las niñas y las mujeres de todas las edades siguen siendo víctimas de abusos. El movimiento de mujeres también se ha mostrado activo y a finales de 1990 se registraron ciertos avances. En un estudio realizado por la policía (1996 y 1997) se observó cierta reducción de la violencia⁵⁶ aunque la mujer seguía siendo la víctima en el 76,7% de

los incidentes de violencia en el hogar denunciados en 1997⁵⁷. No obstante, se sigue debatiendo sobre la pertinencia de la intromisión de las políticas públicas en una esfera de las relaciones privadas como la violencia en el hogar. Con ello podría retrasarse la acción oficial y continuar la violencia contra la mujer.

39. El VIH es un problema cada vez más grave en Suriname. La pobreza y los cambios en algunas normas y valores han contribuido a un aumento de la prostitución⁵⁸. Además, como la decisión sobre el uso del preservativo sigue estando en manos de los hombres, las actividades para controlar y tratar las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, han tenido beneficios limitados en la mujer⁵⁹. A finales del decenio de 1990, el Servicio Dermatológico informaba de que el resultado de un examen del VIH había sido positivo en una de cada cinco trabajadoras del sexo de la calle⁶⁰. La tasa general de infección entre los adultos eran del 1,26% en 1999⁶¹, considerablemente más alta que la tasa regional (América Latina) de 0,5% en 2001⁶². Siguiendo un patrón común en muchas partes del mundo la mayoría de los seropositivos entre los jóvenes de 18 a 25 años de edad son mujeres, mientras que entre los mayores de 25 años, la mayoría de los infectados son varones⁶³. A finales de 1999, las mujeres constituían el 33% de todas las personas de 15 a 49 años que vivían con el SIDA⁶⁴.

40. La tasa de mortalidad derivada de la maternidad en Suriname se estimó en 230 por cada 100.000 nacidos vivos a comienzos de 1990, muy por debajo del promedio mundial de 400 por cada 100.000 nacidos vivos⁶⁵. En el análisis preliminar de la OMS para 2000 se sugiere que se ha reducido considerablemente a 112 por cada 100.000 nacidos vivos. No obstante, dado que el 98% de los partos son atendidos por personal de atención de la salud capacitado⁶⁶, convendría seguir investigando la distribución y las causas de la mortalidad derivada de la maternidad y las opciones asequibles y aceptables para reducir esa cifra.

Observaciones

41. Las características multiétnicas de la población de Suriname y su distribución desigual complican la aplicación de las políticas públicas y el logro de la igualdad entre las mujeres en lo que se refiere al acceso y la utilización de los servicios públicos. Las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres también dificultan el mantenimiento de la buena salud de la mujer, cuya relación de dependencia le deja pocos recursos para evitar los riesgos a que está expuesta su salud sexual, mental y física. Por tanto, el Comité tal vez desee alentar al Estado parte a que atienda especialmente la elaboración y la aplicación de políticas públicas más decididas en esas esferas, así como las cuestiones relativas a la igualdad en el acceso y la utilización de los servicios públicos. Según los datos y los informes sobre las infecciones por el VIH y la violencia en el hogar, persisten diversas dificultades no resueltas en materia de relación entre los géneros.

42. Lamentablemente, no se dispone de datos recientes sobre el hábito de fumar entre los adolescentes ni entre los adultos. Pese a que tiene repercusiones de largo plazo sobre la salud, la publicidad a menudo saca partido de los estereotipos de género y los refuerza para promocionar su producto. Por tanto, el Comité tal vez desee alentar al Estado parte a que investigue y adopte medidas para vigilar y controlar estrictamente el acceso a los productos del tabaco y su utilización. La nutrición y la salud mental, de los cuales se ha encontrado escasa información, son otros dos ámbitos que afectan considerablemente a la salud y el bienestar de la mujer.

Las mujeres de edad

43. Las mujeres de más de 60 años de edad constituyen el 9% de la población femenina de Suriname⁶⁷. Como en cualquier otra parte del mundo, su número es considerablemente superior al de los hombres de la misma edad: hay 127 mujeres por cada 100 hombres de 60 o más años de edad y 132 mujeres por cada 100 hombres de 80 o más años de edad⁶⁸. Si bien la mayoría de la población tiene acceso a alguna forma de seguro de salud, las personas de edad y los pobres han sufrido las peores consecuencias de los problemas económicos del país que han ido reduciendo la disponibilidad de servicios. Suriname ha experimentado una emigración considerable, especialmente de la población en edad productiva, y se beneficia de las remesas y a veces de los medicamentos que envían los familiares empleados en el extranjero. Las mujeres de edad que no tienen ese tipo de red de apoyo, en particular las que sufren enfermedades crónicas que necesitan atención o tratamiento médico periódico, están en especial desventaja⁶⁹.

Observaciones

44. Debe congratularse al Estado parte por las tareas realizadas en favor de la ampliación de la cobertura con seguro a toda la población. Sin embargo, el Comité tal vez desee alentar la realización de tareas especiales en los momentos de especial dificultad para determinar quiénes, en particular las mujeres de edad y los pobres, necesitan apoyo y atención con carácter prioritario.

Notas

- ¹ Mujeres = 1.540.000. Hombres = 1.478.000. División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ² Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 138.
- ³ *Ibid.*, pág. 137.
- ⁴ División de Población de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*.
- ⁵ *Ibid.*
- ⁶ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001*, pág. 273.
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 160.
- ⁹ E/C.12/1/Add.45.
- ¹⁰ División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² A. D. López y otros. *Life tables for 191 countries for 2000* (documento de debate del Programa mundial sobre pruebas científicas para las políticas de salud, No. 40). Organización Mundial de la Salud.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 137.
- ¹⁴ UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2001*, pág. 82.
- ¹⁵ *Ibid.*, págs. 82 y 85.
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Sistema de vigilancia de las enfermedades evitables mediante inmunización.

- 17 Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Grupo de trabajo para la vigilancia mundial del VIH y las ETS. *Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*, pág. 3.
- 18 *Situación de la mujer en el mundo 2000: Tendencias y estadísticas* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.00.XVII.14), pág. 49.
- 19 UNICEF. El progreso de las naciones 1998.
- 20 UNICEF. El progreso de las naciones 2000.
- 21 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2001.
- 22 “En particular, los Estados partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a la educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.”
- 23 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 136.
- 24 División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 25 Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Grupo de trabajo para la vigilancia mundial del VIH y las ETS. *Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*.
- 26 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados/Organización Mundial de la Salud. Population Data Summary Sheet, 1999: Congo.
- 27 División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2, pág. 29. No se desglosan los datos de la población masculina y femenina.
- 28 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 138.
- 29 División de Población de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, pág. 161.
- 30 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*.
- 31 División de Población de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, pág. 161.
- 32 *Ibid.*
- 33 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001*, pág. 316.
- 34 A. D. López y otros. *Life tables for 191 countries for 2000* (documento de debate del Programa mundial sobre pruebas científicas para las políticas de salud, No. 40), Organización Mundial de la Salud.
- 35 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 141.
- 36 Organización Mundial de la Salud. Sistema de vigilancia de las enfermedades evitables mediante inmunización.
- 37 UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2001*, págs. 84 y 85.
- 38 *Situación de la mujer en el mundo 2000: Tendencias y estadísticas* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.00.XVII.14), pág. 81.
- 39 División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 40 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 140.
- 41 División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 42 *Situación de la mujer en el mundo 2000: Tendencias y estadísticas* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.00.XVII.14), pág. 19.
- 43 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, pág. 141.

- ⁴⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial 2001*.
- ⁴⁵ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001*, pág. 273. Suriname aparece en el mapa en el grupo de ingresos medios, en un espectro del PNB per cápita de 756 a 2.995 dólares de los EE.UU. en 1999.
- ⁴⁶ A. D. López y otros. *Life tables for 191 countries for 2000* (documento de debate del Programa mundial sobre pruebas científicas para las políticas de salud, No. 40), Organización Mundial de la Salud.
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*.
- ⁴⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial 1997*; ibíd., 2001.
- ⁴⁹ Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. *Fact Sheets on Women in Suriname*, octubre de 2000.
- ⁵⁰ CRC/C/28/Add.11 y CRC/C/15/Add.130.
- ⁵¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial 2001*.
- ⁵² Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Grupo de trabajo para la vigilancia mundial del VIH y las ETS. *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, pág. 3.
- ⁵³ Ibíd. (número estimado de niños que han perdido a su madre o a ambos padres como consecuencia del SIDA y que estaban con vida y tenían menos de 15 años a finales de 1999).
- ⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. *Tobacco Control, Country Profiles*, pág. 200.
- ⁵⁵ Sheila Ketwaru-Nurmohamed y otros. *Situation Analysis of Women in Suriname*, pág. 163.
- ⁵⁶ Ibíd. pág. 164.
- ⁵⁷ Ibíd.
- ⁵⁸ Ibíd., cap. 11, secc. 11.4, “Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS”.
- ⁵⁹ Ibíd.
- ⁶⁰ Ibíd., cap. 11, secc. 11.4 “Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS” “Sex Work and Reproductive Health”.
- ⁶¹ Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Grupo de trabajo para la vigilancia mundial del VIH y las ETS. *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, pág. 3.
- ⁶² Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Regional HIV/AIDS statistics and features, end of 2001.
- ⁶³ Sheila Ketwaru-Nurmohamed y otros. *Situation Analysis of Women in Suriname*, cap. 11, secc. 11.4, “Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS”.
- ⁶⁴ Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Organización Mundial de la Salud. Grupo de trabajo para la vigilancia mundial del VIH y las ETS. *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, pág. 3.
- ⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (WHO/RHR/01.9).
- ⁶⁶ Country Health Profile, Suriname (Datos de 2000).
- ⁶⁷ División de Población de las Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- ⁶⁸ Ibíd.
- ⁶⁹ Sheila Ketwaru-Nurmohamed y otros. *Situation Analysis of Women in Suriname*, cap. 11, secc. 11.7, “Women and Health”, “Poor and Elderly People”.