



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

Distr. general
10 de enero de 2002
Español
Original: inglés

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

26° período de sesiones

14 de enero a 1° de febrero de 2002

Tema 6 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 sus ámbitos de actividad**

Nota del Secretario General

Adición

Organización Mundial de la Salud

1. En nombre del Comité, la secretaria pidió el 30 de octubre de 2001 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que presentara al Comité un informe sobre los datos facilitados 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 sus ámbitos de actividad, a fin de complementar la información contenida en los informes de los Estados partes en la Convención que se examinarían durante el 26° período de sesiones del Comité.
2. El Comité también solicitó información sobre las actividades, los programas y las decisiones normativas de la OMS encaminados a promover la aplicación de la Convención.
3. El informe adjunto se presenta en respuesta a la solicitud del Comité.

* CEDAW/C/2002/I/1.



Anexo

Informe presentado por la Organización Mundial de la Salud al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26º período de sesiones

Observaciones sobre la salud de la mujer en Fiji

Fiji es un Estado insular relativamente pequeño situado en el Pacífico sudoccidental, cuya población total es de 817.000 habitantes (402.000 mujeres y 415.000 hombres)¹, de la que aproximadamente un tercio (el 31%)² son menores de 15 años. La tasa global de crecimiento demográfico sólo alcanza el 1,2% anual³ y la tasa de crecimiento urbano es del 2,9%⁴. Fiji está clasificado como país de ingreso mediano-bajo en los informes del Banco Mundial⁵. Sin embargo, el 25% de la población todavía se encuentran por debajo del umbral de pobreza⁶.

La situación general de la sanidad en Fiji ha mejorado significativamente durante el último decenio, gracias a los constantes progresos que se han conseguido en el control de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el sarampión. Asimismo se han reducido notablemente la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMI y TMM5)^(*):

	1960 ⁷	1998-1999 ⁸
TMI	71	17,8
TMM5	97	22

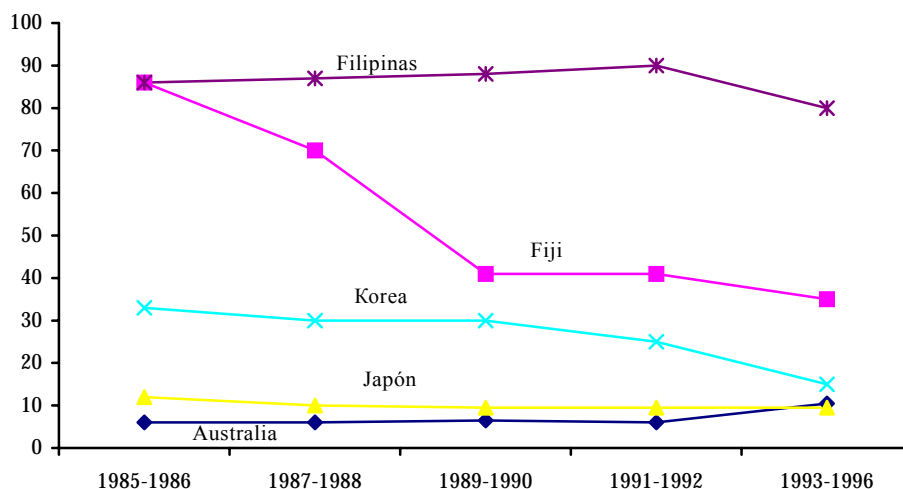
La labor realizada por Fiji para reducir la mortalidad derivada de la maternidad ha sido muy eficaz; la tasa de mortalidad materna (TMM)⁽⁺⁾ ha experimentado un descenso ininterrumpido durante los últimos 15 años del siglo XX y hoy puede decirse que Fiji es uno de los países de la región donde la TMM es moderada.

(*) TMI: número de niños que mueren antes de cumplir 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

TMM5: número de niños que mueren antes de cumplir 5 años por cada 1.000 nacidos vivos.

(+) TMM: número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Evolución de la tasa de mortalidad materna en algunos países



Fuente:

Salud, noviembre de 2001.

El país está atravesando una etapa de rápida industrialización, cuyos efectos no siempre son positivos. Han surgido problemas derivados del cambio en los hábitos de alimentación y la forma de vida de hombres y mujeres y se han detectado diversas deficiencias nutricionales. Así, un estudio nacional sobre nutrición realizado en 1993 reveló que el 7,1% de los niños menores de 5 años tenían peso inferior al normal, el 1,6% presentaban retraso en el crecimiento y el 8% emaciación^{9(*)}. Parecen contribuir a esta situación factores como la insuficiencia nutricional de los alimentos de destete, la menor frecuencia con que se alimenta a los niños y las malas condiciones de saneamiento. Existe una cierta variación étnica en la incidencia de estos problemas: el peso inferior al normal y la emaciación son más frecuentes en los niños indios menores de 5 años (13%) que en los fijianos de la misma edad (2,8%)¹⁰. Dadas las graves consecuencias que la malnutrición durante la infancia tiene para toda la vida del individuo¹¹, el Comité tal vez desee averiguar hasta qué punto este fenómeno obedece a problemas de discriminación entre sexos o comunidades étnicas (por ejemplo, pautas de alimentación infantil discriminatorias, tabúes alimentarios, etc.), diferentes modos de vida u otras cuestiones. También podría alentar al Estado parte a que prestara mayor atención al desglosamiento por sexos de los datos relativos a la nutrición. Además, deberían evaluarse la eficacia y el alcance de los actuales programas de nutrición para determinar si es preciso modificarlos a fin de garantizar el acceso equitativo de todos los grupos de población que necesiten servicios en este ámbito.

* Peso inferior al normal = desviación típica de la mediana del peso correspondiente a la edad de la población de referencia inferior a -2. Emaciación = desviación típica de la mediana del peso correspondiente a la estatura de la población de referencia inferior a -2. Retraso en el crecimiento = desviación típica de la mediana de la estatura media correspondiente a la edad de la población de referencia inferior a -2. Fuente: Encuestas demográficas y de salud y encuestas basadas en indicadores múltiples. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Los problemas nutricionales de la mujer no terminan con la infancia y la anemia ferropénica es un importante problema que afecta a las mujeres en edad de procrear. El estudio nacional sobre nutrición de 1993, mencionado anteriormente, reveló que el 32% de las mujeres eran anémicas, frente al 16% de los hombres, y que, en las embarazadas, la proporción superaba el 50%, tanto entre las mujeres de etnia india (62%) como entre las fijianas (52%). Recientemente se han realizado nuevos estudios que, aunque de alcance más limitado, indican que el problema persiste. En 1995 se llevó a cabo en dos divisiones de Fiji un estudio con 300 embarazadas, que reveló que el 30% sufrían anemia leve, el 35% anemia moderada y el 15% anemia grave¹². Otro estudio realizado en 1998 en una subregión del país con estudiantes de sexo femenino de entre 13 y 16 años de edad detectó anemia en el 33,8% de los sujetos¹³. Si no reciben tratamiento adecuado, estas adolescentes podrían convertirse en embarazadas anémicas, con todos los riesgos que ello conllevaría para ellas mismas y sus hijos. Podría investigarse esta cuestión determinando, por ejemplo, si las mujeres conocen los recursos alimentarios o los ingresos necesarios para adquirir alimentos, y si pueden acceder a ellos y controlarlos, también podrían diseñarse programas encaminados a abordar los factores que contribuyen a la existencia de problemas nutricionales entre la población femenina.

En el otro extremo del espectro nutricional se observa un incremento de la obesidad y el sobrepeso como problema incipiente de salud, en particular entre las mujeres fijianas. El estudio de 1993 reveló que el 25,2% de los hombres y el 29,9% de las mujeres presentaban sobrepeso, y que el 7,4% de los hombres y el 20,6% de las mujeres eran obesos¹⁴. Las principales causas de esta situación son la vida sedentaria, la reducción de la actividad física y el mayor consumo de hidratos de carbono y grasas. Además, estos factores contribuyen a la elevada incidencia de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, que son las principales causas de muerte entre las mujeres de Fiji.

Muchos jóvenes tienen problemas de salud mental. En 1998, Fiji tenía las tasas de suicidio más elevadas del mundo en jóvenes de ambos sexos de entre 15 y 24 años de edad¹⁵. Un estudio realizado durante un año con personas que tras intentar suicidarse habían sido atendidas en el principal hospital general de Fiji (entre el 15 de enero de 1999 y el 14 de enero de 2000) reveló que de los 39 suicidas frustrados, el 56,4% eran jóvenes (de entre 16 y 25 años) y el 61,5% eran de sexo femenino¹⁶. El Comité tal vez desee pedir aclaraciones sobre las modalidades y la disponibilidad de los servicios que pueden prestarse a los adolescentes teniendo en cuenta la perspectiva de género y en diversos entornos —en la escuela y fuera de ella, en el lugar de trabajo, etc.— para abordar de forma positiva las causas de este desgraciado fenómeno.

Se está registrando un incremento de los embarazos, abortos practicados en condiciones de riesgo y enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes¹⁷, por lo que es preciso ofrecer servicios que tengan en cuenta las características de los jóvenes y que incluyan, aunque no exclusivamente, servicios eficaces de salud sexual y reproductiva¹⁸. El Gobierno ha iniciado un programa cuyo objetivo es que los adolescentes de Suva, la capital del país, tengan acceso a servicios de salud reproductiva e información al respecto. El Comité tal vez desee alentar al Gobierno a supervisar cuidadosamente este programa, sobre todo por lo que se refiere al equilibrio de género en la prestación y utilización de los servicios, y a considerar posibles formas de ampliar su prestación a los jóvenes de otras zonas del país. Esta labor es particularmente urgente debido a la amenaza del VIH/SIDA.

Es digno de encomio el examen que el Gobierno hace en su informe de los problemas relacionados con la trata de personas y la prostitución¹⁹. Sus observaciones fueron corroboradas por la Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía durante la visita que hizo a Fiji en 1999; en su informe, la Relatora Especial denuncia el problema del turismo sexual en Fiji, cuyas principales víctimas son los niños²⁰. Estas cuestiones tienen graves consecuencias físicas y mentales, para los hombres y mujeres de Fiji durante toda su vida. Por ello, el Comité tal vez desee destacar la importancia de encontrar formas nuevas y eficaces de reducir la incidencia de estos problemas y su repercusión en la salud y la seguridad del país. Podría fomentarse la realización de actividades a nivel regional y local, en colaboración con las autoridades nacionales e internacionales y, en particular, ofrecer capacitación sobre la detección de estos problemas y adopción de medidas adecuadas a las autoridades de inmigración y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, así como a las personas que prestan asistencia sanitaria.

La violencia doméstica contra mujeres y niños constituye un grave y creciente problema sanitario. En los informes policiales correspondientes al período comprendido entre 1994 y 1998 figuran un total de 2.803 denuncias de casos de violencia doméstica. En el último año de ese período (1998) se produjo un incremento del 30% respecto de 1997²¹. Un estudio sobre la violencia doméstica y las agresiones sexuales en Fiji reveló que la mayoría de las mujeres no solicitaban atención médica ni denunciaban los incidentes a la policía. Los atacantes eran en su mayoría familiares de sexo masculino y, en el caso de las mujeres embarazadas, las principales razones que motivaban la agresión eran la embriaguez del hombre y la negativa de la mujer a mantener relaciones sexuales durante el embarazo. El Comité tal vez desee seguir investigando esta cuestión, que supone una flagrante violación de los derechos de la mujer, además de tener serias repercusiones sociales y sanitarias. Para afrontar adecuadamente la situación, hay que considerar diversas cuestiones relativas a la legislación y de cumplimiento de la ley; la emancipación y la organización de las mujeres; la prestación de asistencia sanitaria y tratamiento a la mujer y el agresor; la capacitación de docentes, agentes de policía y trabajadores sanitarios; la educación como forma de eliminar la discriminación por razón de género y lograr una mayor igualdad social y personal entre niños y niñas, hombres y mujeres²².

En este sentido, el Comité tal vez desee insistir en las cuestiones planteadas por el Comité de los Derechos del Niño²³ respecto de los castigos corporales de que son víctimas los niños tanto en el hogar como en la escuela. En sus observaciones finales, los miembros del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer destacan que es urgente adoptar medidas contra el maltrato de menores y mejorar la disponibilidad de servicios de rehabilitación para las víctimas. En particular, el Comité tal vez desee resaltar la importancia de que se desglosen los datos relativos a estas cuestiones y se establezcan servicios adecuados de atención mental, física y psicológica para los niños y sus padres, sobre todo cuando los malos tratos se produzcan dentro de la familia.

Como ocurre en otros lugares, en Fiji las personas más pobres suelen vivir en hogares monoparentales, sobre todo encabezados por mujeres muy jóvenes o por viudas de avanzada edad. Estas familias residen en viviendas de bajo costo proporcionadas por el Gobierno o en asentamientos de ocupantes ilegales y prácticamente no tienen acceso a los subsidios gubernamentales. Las mujeres tienen más dificultades que los hombres para encontrar trabajo, sobrevivir con muy pocos ingresos y

hacer frente a las diversas formas de discriminación, por lo que los hogares encabezados por mujeres son especialmente vulnerables. Según las Naciones Unidas, en el período comprendido entre 1985 y 1990, el 32% de los hogares estaban encabezados por mujeres²⁴. Cabe señalar que el Gobierno de Fiji, en concreto el Ministerio de Asuntos de la Mujer, Cultura y Bienestar Social, ha formulado un plan de acción para la mujer cuyos objetivos incluyen la incorporación de las cuestiones de género en todos los aspectos de los programas y políticas de desarrollo, como la creación de microempresas, la mitigación de la pobreza, la prevención de la violencia, etc.²⁵. Dadas las limitaciones financieras, sociales y temporales que tienen que soportar, estas mujeres suelen presentar poca o ninguna atención a su propia salud y a sus requisitos nutricionales. Por consiguiente, el Comité tal vez desee resaltar la importancia de que los servicios sanitarios y la información al respecto se integren en una respuesta global (jurídica, económica, social y personal) a las necesidades de las mujeres que son cabeza de familia. Además, el Comité podría recomendar que se llevaran a cabo actividades de investigación y supervisión para detectar el alcance del problema y las pautas sociales, económicas o de otro tipo que hacen que un número significativo de mujeres estén al frente de hogares monoparentales.

Lamentablemente, no pudo conseguirse demasiada información sobre el envejecimiento y las mujeres de edad. El Comité podría fomentar la realización de investigaciones específicas sobre la situación de estas mujeres, el grado de discriminación que sufren y la forma en que ello repercute en su vida, y las opciones alternativas que pueden adoptarse para satisfacer sus necesidades prioritarias y asegurarles una vida digna. También habría que seguir analizando la situación de otros grupos vulnerables de mujeres, por ejemplo, las trabajadoras migratorias o temporales y las discapacitadas.

Notas

¹ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 20.

² *Ibid.*

³ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo, 2001*, pág. 138.

⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial, 2001*. Cuadro de indicadores para países y territorios menos populosos. Versión publicada en la página del Fondo en Internet.

⁵ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial, 2000/2001*, pág. 273.

⁶ Organización Mundial de la Salud. "Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones". Noviembre de 2001.

⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado mundial de la infancia, 2000 (TMI) y 2001 (TMM5)*.

⁸ Organización Mundial de la Salud. "Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones". Noviembre de 2001.

⁹ Saito, S. *1993 National Nutrition Survey. Main Report*. Comité Nacional de Alimentación y Nutrición: enero de 1995. Incluido en "Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones".

¹⁰ *Ibid.*

- ¹¹ La nutrición recibida durante la infancia influye en todo el ciclo vital. Por ejemplo, la malnutrición puede provocar deficiencias en el desarrollo físico y mental del niño y, a menudo, las niñas malnutridas se convierten en adolescentes o jóvenes que tienen problemas durante el embarazo debido a que sus huesos no están bien formados o su estructura ósea es pequeña y en etapas posteriores de su vida pueden ser especialmente propensas a padecer osteoporosis.
- ¹² Chand, M. J. *A Study of Factors Contributing to Anaemia in Pregnant Women and Pre-Schoolers in Fiji*. Suva: Ministerio de Salud, 1995.
- ¹³ Ministerio de Salud. *Ba Sub-division: Anaemia Report*. Informe inédito, 1998.
- ¹⁴ Saito. Op. cit.
- ¹⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Stated of Pacific Youth, 1998*.
- ¹⁶ Aghanwa, H. S. "The characteristics of suicide attempters admitted to the main general hospital in Fiji". *J. Psychosom, Res.*, diciembre de 2000, 49: 439-445.
- ¹⁷ Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones". Noviembre de 2001.
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ Véase el informe del Estado parte, CEDAW/C/Fiji/1, párr. 6.1.
- ²⁰ Calcetas-Santos, Ofelia. "*Derechos del Niño: informe de la Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía acerca de su visita a la República de Fiji para estudiar la cuestión de la explotación sexual comercial de niños (11 a 16 de octubre de 1999)*". Documento de las Naciones Unidas, E/CN.4/2000/73/Add.3.
- ²¹ "Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones". Noviembre de 2001.
- ²² Actualmente, la OMS colabora con instituciones locales de varios países en la realización de un estudio multinacional sobre la violencia doméstica contra la mujer y su repercusión sanitaria. Si el Estado parte o alguna organización de Fiji están interesados en llevar a cabo una investigación de este tipo en Fiji, la OMS puede facilitarles material.
- ²³ Comité de los Derechos del Niño. "Informes de Estados partes: Fiji". Documento de las Naciones Unidas, CRC/C/28/Add.7.
- ²⁴ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: 2000, pág. 49.
- ²⁵ Organización Mundial de la Salud. "Notas de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones". Noviembre de 2001.

Observaciones sobre la salud de la mujer en Estonia

Estonia es un pequeño Estado situado al norte de Europa oriental. En 2000, su población total era de 1,4 millones de habitantes, con un número ligeramente superior de mujeres (740.000 mujeres y 656.000 hombres)¹. El país está muy urbanizado y el 69% de sus habitantes residen en zonas urbanas². Desde el punto de vista económico, se encuentra en el grupo de Estados de ingreso mediano-alto³. Las mujeres de Estonia tienen una esperanza de vida notablemente más alta que los hombres (75 años frente a 63)⁴ y, en el año 2000, el 24% de las mujeres (y sólo un 15% de los hombres) eran mayores de 60 años⁵.

Los niveles generales de salud, según los indicadores de esperanza de vida, mortalidad infantil (TMI) y mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)^(*) han experimentado una mejoría considerable. La esperanza de vida se redujo a principios del decenio de 1990 pero al concluir la década iba en aumento⁶. Como sucede en muchos otros lugares, la esperanza de vida de la mujer supera a la del hombre, aunque la diferencia de 12 años es superior a la normal. En los 40 años transcurridos entre 1960 y 1999, se lograron avances constantes en la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años: la primera pasó de 40 por cada 1.000 nacidos vivos en 1960 a 17 en 1999⁷ y la segunda de 52 a 21 por cada 1.000 nacidos vivos⁸.

	1960	1998-1999
TMI	40	17
TMM5	52	21

El informe presentado en 2001 por el Estado parte al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales indicó que en 1997 la mortalidad perinatal era más alta en las zonas rurales que en las ciudades, debido a la mayor dificultad para obtener asistencia especializada. El Comité tal vez desee conocer los avances conseguidos en cuanto a la disponibilidad de todos los servicios sanitarios que necesitan las mujeres de las zonas rurales.

En 1999, el Gobierno también había logrado unos niveles admirables de inmunización⁹, lo que contribuyó positivamente al desarrollo humano y al aumento de la esperanza de vida.

	<i>Tuberculosis</i>	<i>Difteria, tos ferina y tétanos</i>	<i>Poliomielitis</i>	<i>Sarampión</i>
1997-1999	100%	94%	94%	89%

Por otra parte, seguían existiendo problemas en el ámbito de la nutrición. Así, durante los cinco años transcurridos entre 1995 y 2000, la malnutrición en los niños

(*) TMI = número de niños que mueren antes de cumplir 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.
TMM5 = número de niños que mueren antes de cumplir 5 años por cada 1.000 nacidos vivos

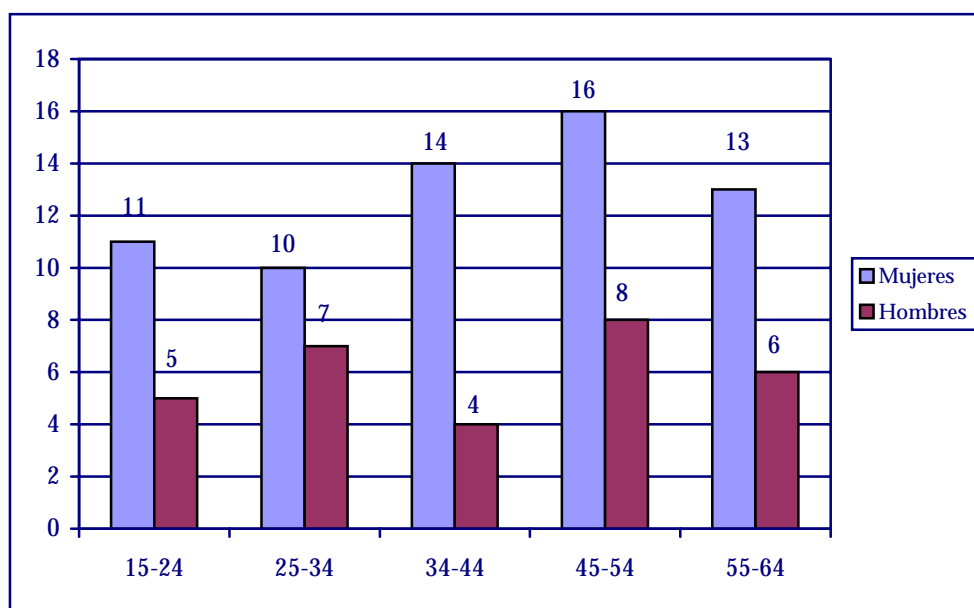
menores de 5 años continuó siendo comparativamente elevada: 17% de casos graves de peso inferior al normal, 16% de emaciación y 38% de retraso en el crecimiento⁽⁺⁾.

Al contrario de lo que sucede en muchos países, en Estonia está muy extendido el desglosamiento de datos por sexo en el ámbito sanitario, lo que facilita en gran medida el análisis y la detección de posibles problemas. Las investigaciones realizadas por diversas instituciones a finales del decenio de 1990 revelaron que el 48% de las mujeres y el 43% de los hombres opinaban que la buena salud era el aspecto más importante de su vida, por encima de las relaciones familiares, el bienestar material, la educación y los conocimientos, el éxito y el reconocimiento en el trabajo, las oportunidades de viajar y una vida cómoda¹⁰. Las mujeres siempre consideraban que su propia salud era “mucho peor que la de los hombres”. Sin embargo, la situación ha mejorado y la proporción de mujeres que piensan que su salud es buena o muy buena ha aumentado tanto que la diferencia entre hombres y mujeres casi ha desaparecido.

En cuanto a los indicadores relativos a la salud mental, las mujeres suelen manifestar más tensiones o un grado más apreciable de depresión que los hombres¹¹.

Gráfico

Incidencia de niveles significativos de depresión en las cuatro semanas anteriores, 1996



Fuente: Instituto de Medicina Clínica y Experimental, 1996.

El Comité tal vez desee conocer datos sobre las causas de este fenómeno y la respuesta de los sistemas sanitarios y sociales al respecto.

(+) Peso inferior al normal = desviación típica de la mediana del peso correspondiente a la edad de la población de referencia inferior a -2. Emaciación = desviación típica de la mediana del peso correspondiente a la estatura de la población de referencia inferior a -2. Retraso en el crecimiento = desviación típica de la mediana de la estatura correspondiente a la edad de la población de referencia inferior a -2. *Fuente:* Encuestas demográficas y de salud y encuestas basadas en indicadores múltiples. OMS y UNICEF.

Tanto en hombres como en mujeres van en aumento los hábitos relacionados con la forma de vida que contribuyen al empeoramiento de la salud, por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol.

Como consecuencia de las reformas socioeconómicas emprendidas en el decenio de 1990 se ha producido un marcado cambio en las pautas sociales, incluidas las de comportamiento sexual y formación de una familia. En el ámbito de la salud reproductiva, cabe destacar el “cada vez más temprano inicio de la actividad sexual”¹². Las relaciones sociales se caracterizan por el aplazamiento del matrimonio y la llegada de los hijos en comparación con la época anterior a 1990; una menor proporción de matrimonios y un claro incremento de la popularidad de la cohabitación; un marcado aumento del porcentaje de niños nacidos fuera del matrimonio; y un crecimiento significativo de la proporción de hogares monoparentales (normalmente sin padre)¹³. Por ejemplo, entre 1980 y 1995, el número de hijos de madres solteras aumentó espectacularmente, pasando del 18% (1980) al 52% (1995)¹⁴.

El aborto es legal y, pese a que ha descendido ligeramente y cada vez utilizan más otros métodos de planificación familiar, a finales del decenio de 1990 seguía siendo el principal método empleado y presentaba una incidencia elevada en comparación con los alumbramientos: por ejemplo, en 1997 el número de abortos fue 1,5 veces superior al de nacidos vivos¹⁵. Por otra parte, la tasa de mortalidad materna (TMM)* es del 38,2, sólo ligeramente superior al 37 de la región de Europa¹⁶.

Es obvio que estas pautas contemporáneas determinan el momento en que la mujer necesita disponer de información y servicios sanitarios que tengan en cuenta las diferencias de género y los intereses de la juventud, y que incluyan, aunque no exclusivamente, servicios de salud sexual y reproductiva. En este sentido, el Comité tal vez desee debatir con el Estado parte la respuesta que el Gobierno puede dar a esta realidad cambiante en los ámbitos de la legislación, las políticas públicas, el desarrollo del sistema sanitario y la educación en materia de salud. En particular, sería importante estudiar la situación de las familias monoparentales encabezadas por mujeres y su acceso a la atención y los servicios que precisan tanto ellas como sus familiares.

El análisis de los datos referentes a la salud de los hombres y mujeres de Estonia revela un incremento de los problemas relacionados con el cáncer, con un preocupante aumento del cáncer de cuello del útero entre las mujeres de mediana edad y más jóvenes. También se ha registrado tanto en mujeres como en hombres un aumento ininterrumpido de las enfermedades del aparato circulatorio, que por lo general se atribuye al modo de vida y a factores ambientales.

Aunque la labor de análisis de los problemas de salud en Estonia está bien desarrollada y los datos son de mejor calidad que en muchos otros países, debería concederse atención prioritaria a la recopilación de información más detallada sobre las mujeres de edad, sus ventajas y desventajas, modos de vida, aspiraciones, etc. La experiencia en todo el mundo indica que esta es una etapa de la vida en que pueden surgir múltiples problemas, aunque el análisis y la planificación previa permiten prestar, en el momento oportuno, servicios satisfactorios sin discriminación. Debido en particular a la importante diferencia cuantitativa entre la esperanza de vida de la población masculina y femenina, mencionada anteriormente, muchas mujeres de edad no tienen un hombre a su lado y a menudo sólo disponen de redes de apoyo

* Tasa de mortalidad materna: número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

social limitadas. En esta situación cobra nueva importancia la atención del Gobierno a las necesidades especiales de esas mujeres. Por consiguiente, el Comité tal vez desee plantear esta cuestión al Estado parte.

En líneas generales, durante los últimos años se han registrado avances en cuanto a la salud y los problemas sanitarios de la mujer. Además, la disponibilidad de datos desglosados por sexos y a menudo por edad es admirable y hay que felicitar al Gobierno por ello. Por otro lado, el Comité tal vez desee señalar al Estado parte la necesidad de prestar servicios mejores y más accesibles de salud sexual y reproductiva a los adolescentes y los jóvenes y dedicar una mayor atención a las nuevas necesidades de las madres solteras, las mujeres de edad y otros grupos femeninos vulnerables, por ejemplo las trabajadoras migratorias o temporales y las discapacitadas.

Aunque son pocos los datos de fácil consulta sobre los problemas relacionados con la trata de personas y la explotación sexual en Estonia, el hecho de que estos constituyan una creciente amenaza en algunas partes de Europa oriental sugiere que el Estado parte debería fomentar las investigaciones al respecto y adoptar políticas preventivas para impedir la extensión de estas prácticas en Estonia.

Notas

- ¹ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 20.
- ² Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de la población mundial, 2001*. Versión en Internet. Cuadro de indicadores demográficos, sociales y económicos.
- ³ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial, 2000-2001*. Washington: Banco Mundial, pág. 273.
- ⁴ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 20.
- ⁵ *Ibid.*
- ⁶ Informe sobre la salud en Estonia (“La salud de las mujeres y los hombres en Estonia, 1990-1998”) publicado por la Jefatura de la Oficina de Promoción de la Salud del Departamento de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.
- ⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado mundial de la infancia, 2001*, pág. 78.
- ⁸ *Ibid.*, pág. 107.
- ⁹ *Ibid.*, pág. 86.
- ¹⁰ La Oficina de Promoción de la Salud hace referencia en la obra citada a la labor del Instituto Estonio de Análisis Socioeconómicos (1994), el Instituto de Medicina Clínica y Experimental (1996), el Centro Estonio de Educación y Promoción Sanitaria (estudios correspondientes al período comprendido entre 1990 y 1998).
- ¹¹ Oficina de Promoción de la Salud. *Op. cit.*
- ¹² *Ibid.*
- ¹³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre el desarrollo humano en Estonia: 2000*. Versión en Internet, pág. 42.
- ¹⁴ *Ibid.*, pág. 47.
- ¹⁵ Oficina de Promoción de la Salud. *Op. cit.*
- ¹⁶ Información sobre la mortalidad materna incluida en la página de la OMS en Internet. Labor realizada en 1995 por la OMS, el UNICEF y el FNUAP. “Tasa de mortalidad materna en la región de Europa” (OMS), 37.

Observaciones sobre la salud de la mujer en Trinidad y Tabago

Trinidad y Tabago es un Estado insular situado en el extremo sudoriental del Caribe, cuya población total es de 1,3 millones de habitantes (651.000 mujeres y 644.000 hombres¹). La tasa de crecimiento demográfico es muy baja (0,6% anual²) y la población reside sobre todo en zonas urbanas (74%³).

Hasta épocas muy recientes, los únicos problemas de salud de la mujer que se abordaban eran básicamente los referentes a sus años de vida fértil (entre los 18 y los 44)⁴. Poco a poco se va prestando mayor atención a una gama más amplia de cuestiones relacionadas con la salud femenina, incluidos los problemas de las mujeres de edad, lo que constituye un paso importante, ya que la esperanza de vida de la mujer es de 76 años (la del hombre es de 72)⁵.

El Gobierno de Trinidad y Tabago es digno de encomio por los progresos conseguidos en la reducción de la tasa de mortalidad infantil (IMI)^(*), que pasó de 61 por cada 1.000 nacidos vivos en 1960 a 17 en 1999⁶.

Hay varios problemas importantes vinculados a la salud de las adolescentes y tal vez el Comité desee solicitar información al respecto. En un informe anterior presentado por el Estado parte (1994)⁷ se indicaba que la edad legal mínima para contraer matrimonio era distinta para niños y niñas. Además, el límite de edad establecido para las niñas era tan bajo en todos los sistemas jurídicos (14 años según la ley hindú y 12 según la ley musulmana y el derecho consuetudinario) que planteaban considerables riesgos para la salud de las niñas y, en caso de embarazo, también para la de sus hijos. Los datos relativos a los embarazos de adolescentes en Trinidad y Tabago indican que, aunque no todos los casos son de alto riesgo, se producen con desproporcionada frecuencia en madres jóvenes y pobres y, por tanto, suelen ir asociados a escasos cuidados prenatales y al alumbramiento de niños con bajo peso al nacer⁸. El Comité podría solicitar información sobre la evolución de este problema, y en particular sobre los posibles progresos conseguidos respecto de la edad legal mínima para contraer matrimonio, que es demasiado temprana y diferente según los sexos, lo que implica un grave peligro para la salud de las niñas, así como desde el punto de vista social, jurídico y educacional. El Comité tal vez desee averiguar también si supone un riesgo el mantenimiento de las prácticas tradicionales de la comunidad que perjudican la salud y el bienestar de las niñas, las mujeres y los hijos que puedan tener.

Cabe señalar que la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) ha crecido entre las adolescentes de Trinidad y Tabago. De hecho, el VIH es motivo de considerable preocupación desde hace tiempo. La incidencia del VIH/SIDA entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años se duplicó entre 1989 y 1990 y, en 1997, el 45% de los nuevos infectados y el 33,7% de los fallecidos a causa del SIDA fueron mujeres. Por otro lado, en 1999, el 50% de los nuevos infectados fueron jóvenes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, lo que nos recuerda que las adolescentes corren un mayor riesgo. En vista del problema que plantean los embarazos de adolescentes (ya mencionado anteriormente), es importante tener presente el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño, así como los elevados costes sociales, económicos y de otro tipo que conlleva⁹. Por consiguiente, el Comité tal vez desee recabar información sobre

(*) Tasa de mortalidad infantil = número de niños que mueren antes de cumplir 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

las políticas públicas, la legislación y las medidas comunitarias destinadas a mejorar el acceso de los jóvenes a los servicios adecuados y su utilización dentro de un planteamiento general encaminado a reducir la incidencia del VIH/SIDA entre la población de Trinidad y Tabago, incluidas las cuestiones relativas al cuidado de los huérfanos. Además, hay que procurar ofrecer de forma equitativa apoyo y orientación, a los portadores del VIH, en particular las mujeres, a fin de prevenir la transmisión de madres a hijos.

Las desigualdades de género —sociales, económicas, en la adopción de decisiones en materia sexual, etc.— que ponen a las mujeres en peligro de contraer el VIH, también las hacen correr el riesgo de ser víctimas de la violencia por razón de género y los abusos sexuales. La Línea Nacional de Ayuda contra la Violencia Doméstica ha registrado un incremento en el número de denuncias¹⁰. A falta de datos adecuados, no está claro si ello refleja un aumento de los casos o de las denuncias, pero las propias denuncias ya de por sí indican que la violencia debe ser motivo de preocupación: en 1998, el 84% de las llamadas fueron hechas por mujeres y sólo el 16% por hombres¹¹. En 2000 se produjeron 24 asesinatos como resultado de la violencia doméstica, 715 casos de palizas y 91 de incesto¹². Están bien documentados los efectos que la violencia contra la mujer, un fenómeno que hunde sus raíces en desigualdades sociales entre hombres y mujeres, firmemente arraigadas perjudica, tanto a largo como a corto plazo, a la salud y el bienestar de la mujer. Sin embargo, no existe suficiente información detallada para analizar bien el problema desde el punto de vista sanitario o para buscarle soluciones. El Comité tal vez desee solicitar más datos, por ejemplo, sobre la violación dentro del matrimonio, los abusos relacionados con la dote en algunas comunidades, o la persistencia de otras pautas socioculturales tradicionales que puedan contribuir a perpetuar la violencia doméstica. El Comité también podría alentar al Estado parte a investigar más a fondo esta cuestión¹³ teniendo debidamente en cuenta la opinión de los hombres y mujeres de la comunidad, las políticas públicas, la educación, la legislación y el cumplimiento de la ley, entre otros aspectos.

También escasea la información sobre las mujeres de edad. Sin embargo, se sabe que la tasa de morbilidad de las mujeres de Trinidad y Tabago se debe en gran medida a enfermedades crónicas no transmisibles, que hacen que exista un 60% de mujeres con discapacidad entre las personas mayores de 65 años. Por ejemplo, el 50% de las mujeres mayores de 65 años declararon que se les había diagnosticado hipertensión y la diabetes es ya la segunda causa de muerte en las mujeres¹⁴. Dado que estas mujeres constituyen un porcentaje creciente de la población, el Comité tal vez desee insistir en la importancia de eliminar la discriminación por razón de edad, sexo u cualquier otra característica, y de aumentar la capacidad del Gobierno para proporcionar información, atención y servicios adecuados, suficientes y accesibles, particularmente a las mujeres de edad. Para que la labor en este sentido sea eficaz se requerirá sin duda un programa polifacético que incluya la realización de investigaciones y el fortalecimiento y la diversificación de la información y los servicios.

Los datos sobre la salud de la mujer en Trinidad y Tabago indican que, aunque se han conseguido avances en algunos grupos, aún hay otros que precisan mayor atención. Lamentablemente, no es fácil obtener más datos sobre los grupos especialmente vulnerables de mujeres (por ejemplo, las discapacitadas, las trabajadoras migratoria y las trabajadoras sexuales) y sobre las iniciativas destinadas a satisfacer mejor la sus necesidades. Podría ser conveniente que el Comité fomentara la realización de investigaciones y actividades amplias y equitativas en estos ámbitos.

Notas

- ¹ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 19.
- ² Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo, 2001*, pág. 142.
- ³ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial, 2001*. Versión en Internet. Cuadro de indicadores demográficos, sociales y económicos.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. “Nota de fecha 21 de noviembre de 2001. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones.”
- ⁵ Naciones Unidas. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Nueva York: Naciones Unidas, 2000, pág. 81.
- ⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado mundial de la infancia, 2001*. Nueva York: UNICEF, pág. 111.
- ⁷ Informe inicial presentado por el Gobierno de Trinidad y Tabago al Comité de los Derechos del Niño. Documento de las Naciones Unidas, CRC/C/11/Add.10.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.
- ⁹ Datos sobre el VIH/SIDA facilitados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Incluidos en “Nota de fecha 21 de noviembre de 2001. Información presentada al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 26° período de sesiones.
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² Informe oficial sobre el modus operandi del Ministerio de Seguridad Nacional de Trinidad y Tabago.
- ¹³ Actualmente La OMS colabora con instituciones locales de varios países en la realización de un estudio multinacional sobre la violencia doméstica contra la mujer y su repercusión sanitaria. Si el Estado parte o cualquier organización de Trinidad y Tabago están interesados en llevar a cabo una investigación de este tipo en Trinidad y Tabago, la OMS puede facilitarles material.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.