



Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Distr. general
15 de enero de 2024
Español
Original: francés
Español, francés e inglés
únicamente

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

87º período de sesiones

Ginebra, 29 de enero a 16 de febrero de 2024

Tema 4 del programa provisional

**Examen de los informes presentados por los Estados
partes en virtud del artículo 18 de la Convención sobre
la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación
contra la Mujer**

Respuestas de Djibouti a la lista de cuestiones y preguntas relativa a sus informes periódicos cuarto y quinto combinados*

[Fecha de recepción: 15 de enero de 2024]

* La versión original del presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial.



I. Mecanismos nacionales para el adelanto de la mujer

A. La función de control del Observatorio sobre las Cuestiones de Género

1. El Observatorio sobre las Cuestiones de Género es un órgano de control que vela por el cumplimiento de los principios de equidad e igualdad de género en apoyo de la aplicación de la Política Nacional de Género y supervisa la ejecución de los textos legislativos y reglamentarios relativos a los convenios internacionales en la materia.
2. Se basa en una visión estratégica común, capaz de fomentar una dinámica que favorezca la innovación en la institucionalización de las cuestiones de género.
3. La misión general del Observatorio es documentar periódicamente las dificultades para aplicar la Política Nacional de Género y proporcionar asesoramiento y recomendaciones al Gobierno. Elaborará un informe anual sobre los progresos realizados que se presentará al Presidente de la República, al Primer Ministro y al Presidente de la Asamblea Nacional.
4. Está en contacto con todos los agentes del desarrollo en los planos nacional, regional e internacional.
5. El mandato del Observatorio es el siguiente:
 - Ayudar a influir, directa o indirectamente, en el proceso de redacción, aplicación o interpretación de la legislación, las normas, los reglamentos y, en general, cualquier medida o decisión adoptada por los poderes públicos para que tengan en cuenta las cuestiones de género;
 - Facilitar y apoyar la institucionalización de la igualdad de género (transversalización) incorporándola en las prácticas, el comportamiento y la cultura de las instituciones responsables de la planificación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas, las estrategias, los programas y los planes de acción nacionales;
 - Realizar un seguimiento de las iniciativas emprendidas por los distintos sectores y actores para incorporar e institucionalizar la perspectiva de género de forma fiable y objetiva, con indicadores claros, precisos, cuantificados y mensurables, a fin de evaluar mejor las desigualdades de género y los progresos realizados hacia la igualdad de género;
 - Promover la reflexión, el desarrollo de conocimientos empíricos y el intercambio de experiencias y buenas prácticas en la institucionalización de la igualdad de género;
 - Forjar alianzas con diversas partes interesadas nacionales, locales (instituciones, organizaciones de la sociedad civil, universidades, etc.) e internacionales y afianzar las alianzas existentes.

B. Acceso a la justicia

6. El acceso a la justicia es un derecho fundamental garantizado por la Constitución.
7. Para hacer efectivo el derecho de acceso a la justicia, el Estado parte ha adoptado una amplia gama de medidas legislativas y administrativas. Todas esas medidas se sustentan en el principio de igualdad y no discriminación, que es también un principio constitucional en virtud del artículo 1 de la Constitución, que garantiza

la igualdad de todas las personas ante la ley, sin distinción por razón de idioma, origen, raza ni religión. Las medidas para facilitar el acceso a la justicia de todas las personas, incluidas las mujeres que viven en zonas rurales, son las siguientes:

- La ley prevé asistencia letrada para que las personas con pocos recursos puedan hacer valer sus derechos ante los tribunales;
- Desde 2020 se han creado tribunales en las regiones de interior. Esos tribunales se sustentan en audiencias celebradas en las zonas más remotas, incluidas las aldeas de refugiados;
- En 2020 también se creó una Escuela de Estudios Judiciales para mejorar la calidad de la justicia impartida.

8. El objetivo de todas esas medidas es mejorar el acceso de la ciudadanía a la justicia.

9. Las mujeres tienen el mismo derecho que los hombres a acudir libremente a los tribunales y presentar una causa ante un juez, con independencia de la cuestión y el lugar de que se trate.

10. La República de Djibouti tiene tres tribunales de primera instancia, un tribunal administrativo, dos tribunales de apelación y un tribunal supremo.

11. Según la ley fundamental, la justicia se cimenta en los principios de legalidad e igualdad, los cuales se aplican en virtud del Código de Familia, el Código de Procedimiento Penal y el Código de Procedimiento Civil.

12. En la República de Djibouti, ningún texto jurídico obsta para que las mujeres puedan ejercer su derecho a recurrir a los tribunales cuando sean víctimas de vulneraciones de sus derechos, incluidos los casos de discriminación.

13. El logro más importante en materia de acceso a la justicia es la creación del Centro de Apoyo, Información y Asesoramiento. El Centro, creado por iniciativa y en el seno de la Union Nationale des Femmes Djiboutiennes, es un foro para combatir la violencia contra las mujeres y las niñas. Se escucha con atención a las víctimas y se toma nota de sus denuncias y reclamaciones. A continuación, se les ofrece asistencia social, médica y psicológica. El Centro también presta el apoyo necesario a las mujeres víctimas de violencia informándolas de sus derechos fundamentales y orientándolas hacia las instituciones y los servicios adecuados, al tiempo que les facilita acceso a las instancias judiciales. Las mujeres y niñas víctimas de violencia también reciben ayuda y asistencia en los procedimientos administrativos y judiciales.

14. Además, el Estado parte vela por que las personas vulnerables puedan acceder a la justicia y a los recursos previstos en la ley fundamental mediante la asistencia letrada.

15. Conforme a la Ley núm. 136/AN/11/6ème L, de 20 de julio de 2011, relativa a la Asistencia Letrada, los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños, los ancianos y las personas enfermas o que viven con el VIH/sida tienen prioridad para recibir este tipo de asistencia, que consiste en una ayuda financiera o jurídica concedida por el Estado a las personas cuyos ingresos son insuficientes para acceder a la justicia.

16. El umbral máximo de ingresos mensuales para acceder a esta ayuda son 100.000 francos de Djibouti o hasta 150.000 francos si la persona interesada demuestra tener tres menores a su cargo.

17. La Oficina de Asistencia Jurídica ofrece los servicios siguientes:

- a) *Asistencia letrada en asuntos penales*: se presta a las personas acusadas o investigadas por diversos delitos penales. Los servicios comprenden asesoramiento jurídico, solicitud de libertad bajo fianza y representación ante los tribunales;
- b) *Asistencia jurídica en asuntos civiles*: se concede a todas las personas que intervienen en un procedimiento civil, ya sea como litigantes o como partes interesadas;
- c) *Asesoramiento y asistencia letrada*: se ofrece asesoramiento y asistencia letrada generales en todos los asuntos legales. Puede abarcar asesoramiento sobre la aplicación de la ley en circunstancias concretas, asistencia letrada para prevenir y resolver litigios y asesoramiento ante los tribunales;
- d) *Educación jurídica pública*: se proporciona al público en general y versa sobre diversas cuestiones y procedimientos jurídicos. También se hace especial hincapié en informar de la existencia y las funciones de la Oficina.

18. Las responsabilidades del Observatorio sobre las Cuestiones de Género son las siguientes:

Reunión, análisis y divulgación de datos

19. El Observatorio tiene por objeto generar un cambio sociopolítico y cultural a favor de la equidad y la igualdad de género y apoyar la adopción de decisiones políticas. A tal fin, interpreta los datos de forma objetiva, los evalúa y les da forma (indicadores, gráficos, mapas, etc.) y lleva a cabo análisis prospectivos con un enfoque participativo e inclusivo que implica a las instituciones y partes interesadas, a saber, la Dirección de Estudios y Estadísticas, Planificación, Seguimiento y Evaluación del Ministerio de la Mujer y de la Familia y el Instituto Nacional de Estadística, y elabora estudios, encuestas e investigaciones y medidas específicas dirigidas por el Observatorio o en colaboración con sectores, autoridades locales, instituciones de investigación y otros actores.

Seguimiento y evaluación

20. El Observatorio es responsable de velar por el cumplimiento de los principios de equidad e igualdad de género en la planificación de las políticas públicas, las estrategias, los programas y los proyectos y de supervisar la ejecución de los textos legislativos y reglamentarios relativos a los convenios internacionales en la materia.

21. Gracias al mecanismo de seguimiento y evaluación, el Observatorio podrá actuar en las tres dimensiones siguientes:

- *Rendición de cuentas*: informar sobre la ejecución, los resultados y la repercusión de las medidas que le competen con arreglo a su Plan de Acción y sobre el grado de consecución de los objetivos fijados y los resultados previstos (en particular, en la matriz del Plan de Acción Trienal (2019-2021) de la Política Nacional de Género), lo cual también implica la contribución del Observatorio a las medidas de seguimiento y evaluación del Ministerio de la Mujer y de la Familia;
- *Orientación*: aplicar las medidas y divulgar información;
- *Facilitación*: favorecer la adopción de decisiones y capitalizar y divulgar los resultados y su repercusión.

Información, comunicación y promoción

22. Como espacio de diálogo y reflexión, el Observatorio es una plataforma de intercambio, conocimientos especializados y comunicación para todas las partes implicadas en las medidas emprendidas y en su evaluación.

23. A tal fin, se formularán una estrategia de comunicación y un plan de acción que ofrezcan un marco concertado de las comunicaciones con las partes interesadas (Gobierno o instancias decisorias, parlamentarios, asociados técnicos y financieros, etc.).

24. La estrategia se inscribe en una visión sistémica que integra los vínculos entre los distintos contextos y los canales de comunicación, formales e informales, los cuales cambian a medida que evolucionan las actitudes y los comportamientos.

II. Estereotipos discriminatorios y prácticas nocivas

25. La Estrategia Nacional contra la Mutilación Genital Femenina finalizó en 2021, por lo que el Ministerio de la Mujer y de la Familia emprendió su proceso de evaluación en noviembre de 2023. Cuando concluya ese proceso, en 2024, se formulará una nueva Estrategia Nacional contra la Mutilación Genital Femenina (2024-2029). En 2008 se creó un comité, que fue sustituido por la Plataforma de Protección de la Infancia en 2018.

26. En 2019 se llevó a cabo un estudio nacional sobre la violencia contra las mujeres, el primero que abarcaba específicamente todos los aspectos de ese tipo de violencia, a diferencia de los anteriores estudios del Proyecto Panárabe de Salud de la Familia, que solo incluían la mutilación genital y la opinión de las mujeres sobre la violencia.

27. El estudio fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística a petición del Ministerio de la Mujer y de la Familia, con financiación del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Unión Europea. Su principal objetivo fue evaluar la evolución de la situación de la violencia contra las mujeres en la sociedad djiboutiana.

28. El estudio tuvo lugar en dos fases: una cuantitativa y otra cualitativa. El estudio cuantitativo se llevó a cabo en noviembre de 2019 con una muestra de 5.000 hogares. El cualitativo, en diciembre de 2019 mediante grupos focales y entrevistas individuales.

29. A continuación se resumen los principales resultados arrojados por los datos del estudio.

A. Mutilación genital femenina

30. La prevalencia de la mutilación genital femenina en el país es del 70,7 %, teniendo en cuenta todas las edades. La cifra es 8 puntos porcentuales inferior a la del 78,4 % registrado en 2012.

31. No obstante, cabe señalar que el descenso de la prevalencia solo se observó en las zonas urbanas, donde cayó del 78,5 % al 69,1 % entre 2012 y 2019. En el mismo período, aumentó ligeramente en las zonas rurales: del 77,8 % en 2012 al 78,6 %.

32. Del mismo modo, la prevalencia de la mutilación genital femenina difiere según la región: en Ali Sabieh (61,2 %) y en la ciudad de Djibouti (68,5 %) es mucho menor que en las demás regiones (Obock, 73,6 %; Arta, 76,4 %; Dikhil, 82,0 %; y Tadjourah, 88,2 %).

33. Los resultados también muestran que las formas más duras de mutilación genital femenina (infibulación y escisión) se están abandonando gradualmente en favor de la forma más sencilla, la ablación, más común entre las menores de 25 años.

34. El 79,1 % de las personas mayores de 15 años afirmaron haber oído hablar de la mutilación genital femenina. El porcentaje fue del 95,3 % entre las mujeres y del 60,3 % entre los hombres. De ellos, el 71,3 % afirmó que la práctica de la mutilación genital femenina había disminuido en su comunidad, el 70,2 % sabía de la existencia de una ley que la prohibía y el 69,5 % pensaba que debería abandonarse.

B. Matrimonio precoz

35. La tasa de matrimonio de las mujeres menores de 18 años, o tasa de matrimonio precoz, es del 13,3 % en general, si bien presenta una diferencia significativa entre las zonas urbanas (10,3 %) y las rurales (26,9 %).

C. Violencia doméstica

36. *Maltrato físico*: el 7,2 % de las mujeres no solteras habían sufrido al menos un acto de maltrato físico a manos de su último marido o pareja en el transcurso de su relación; el 4,6 %, en los últimos 12 meses. Entre las mujeres solteras, la prevalencia de este tipo de violencia era del 6,1 %.

37. El 22,5 % de las mujeres víctimas de maltrato físico a manos de su último marido o pareja denunció heridas profundas, huesos rotos, dientes rotos u otras lesiones graves.

38. *Violencia sexual*: el 5,3 % de las mujeres no solteras habían sufrido al menos un acto de violencia sexual a manos de su último marido o pareja en el transcurso de su relación. La prevalencia era del 3,5 % en los 12 meses anteriores. La prevalencia de la violencia sexual entre las mujeres solteras era del 0,6 %.

39. *Maltrato emocional*: el 9,4 % de las mujeres no solteras habían sufrido maltrato emocional al menos una vez a manos de su último marido o pareja en el transcurso de su relación.

40. *Control ejercido por el marido o pareja*: el 31,0 % de las mujeres no solteras habían experimentado al menos un acto de control ejercido por el último marido o pareja al menos una vez en el transcurso de su relación.

41. *Petición de ayuda contra la violencia*: del total de mujeres de entre 15 y 64 años que habían sufrido maltrato físico o violencia sexual, solo el 21,1 % había pedido ayuda en algún momento, principalmente a su propia familia (71,3 %), a la familia de su marido o pareja (54,8 %), a juristas (35,8 %), a vecinos (23,9 %) y a organizaciones no gubernamentales o a la Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (23,7 %).

Cuadro sinóptico de resultados

Indicadores	Nacional	Medio urbano	Medio rural
Mutilación genital femenina			
Prevalencia: todas las edades (porcentaje)	70,7	69,1	78,6
Prevalencia: niñas de 0 a 10 años (porcentaje)	21,2	15,9	41,5
Prevalencia: niñas de 11 a 14 años (porcentaje)	62,9	59,2	86,2
Prevalencia: mujeres de 15 a 24 años (porcentaje)	82,5	80,9	94,1

Indicadores	Nacional	Medio urbano	Medio rural
Prevalencia: mujeres de 25 años o más (porcentaje)	94,3	93,6	98,2
Proporción del tipo I: ablación (porcentaje)	41,0	40,8	41,7
Proporción del tipo II: escisión (porcentaje)	18,5	18,5	18,4
Proporción del tipo III: infibulación (porcentaje)	40,1	40,4	38,8
Practicada por mutiladoras tradicionales o por alguien del hogar (porcentaje)	93,2	92,5	96,6
Practicada a domicilio (porcentaje)	96,0	95,5	98,3
Edad media en la que se practica (años)	5,8	6,2	3,9

42. En cuanto al seguimiento de las víctimas de la mutilación genital femenina, se ha elaborado un protocolo de atención a las víctimas y se ha impartido formación a las matronas en todo el país.

D. Atención médica a las víctimas de mutilación genital femenina

43. El abordaje de las complicaciones físicas va desde el asesoramiento hasta los servicios médicos o quirúrgicos. Al evaluar el estado de la paciente, el profesional debe decidir el tipo de atención adecuado.

Recepción de la paciente

- Saludarla de forma cordial;
- Darle la bienvenida;
- Ofrecerle asiento;
- Presentarse;
- Preguntarle su nombre;
- Asegurarle que el proceso será confidencial.

Entrevista y recogida de datos

- Recopilar información general (apellido, nombre, edad, estado civil, profesión, etc.);
- Preguntar por el motivo de la consulta;
- Tomar nota del historial médico y quirúrgico, los antecedentes familiares y el estado de vacunación.

Si se trata de una mujer, tomar nota de:

- El historial ginecológico y obstétrico;
- Los antecedentes de mutilación genital femenina;
- Los signos funcionales: dispareunia, frigidez, vaginismo, disuria, etc.

Examen de la paciente

Proceder al examen físico:

- Preparar el material necesario;
- Explicar el procedimiento a la paciente;

- Lavarse las manos y secárselas con un paño limpio y seco;
- Ayudar a la paciente a acomodarse;
- Hacer el examen general;
- Tomar las constantes: presión arterial, pulso, peso, temperatura;
- Examinar la conjuntiva;
- Examinar las mamas en busca de bultos, cambios de consistencia, secreciones mamarias, etc.;
- Palpar el abdomen (hígado, bazo) en busca de bultos o sensibilidad;
- Realizar una auscultación cardiaca (en busca de ruido o soplos anormales);
- Examinar las extremidades inferiores (en busca de dolor, edemas, calor, varices).

Proceder a la exploración ginecológica:

- Explicar a la mujer el objetivo de la exploración;
- Asegurarse de que la vejiga y el recto están vacíos;
- Ayudar a la mujer a colocarse en la posición ginecológica;
- Lavarse las manos con jabón y secárselas con una toalla limpia o al aire;
- Utilizar guantes estériles o bien desinfectados;
- Inspeccionar los genitales externos en busca de lesiones (raspados, cicatrices de mutilación genital femenina, etc.) o de secreciones;
- Si es posible, realizar una exploración con espéculo para detectar enrojecimiento, secreción o ulceración cervicovaginal;
- Sumergir el espéculo en la solución desinfectante;
- Realizar un tacto bimanual para evaluar el estado del cuello uterino, los apéndices y el útero;
- Realizar un tacto rectal si es necesario (para evaluar el estado del útero, los apéndices y los parámetros);
- Sumergir las manos enguantadas en la solución desinfectante;
- Quitar los guantes y sumergirlos en la solución desinfectante;
- Lavarse las manos con jabón;
- Ayudar a la paciente a levantarse y vestirse;
- Informarla de los resultados del examen;
- Anotar los resultados del examen en el historial o en las fichas de trabajo;
- Solicitar pruebas complementarias si es necesario;
- Prescribir la vacuna antitetánica como medida preventiva;
- Prescribir tratamiento o derivar si es necesario;
- Dar la siguiente cita haciendo hincapié en la importancia de acudir en la fecha indicada;
- Informar a la paciente de la necesidad de volver al centro en cualquier momento si fuera necesario;

- Darle las gracias, acompañarla y despedirse;
- Derivar los casos complicados.

Abordaje de las complicaciones por nivel de centro

44. El abordaje dependerá del nivel del centro, de la cualificación del personal y del equipo disponible. A continuación se detalla el abordaje de las posibles complicaciones.

Hemorragia

45. Se trata de una pérdida de sangre más o menos abundante tras la práctica de la mutilación genital femenina.

46. Los signos o síntomas son los siguientes:

- Pérdida de sangre;
- Signos de gravedad: sudor frío, sed, pérdida de conocimiento, choque.

Abordaje de la hemorragia por nivel de centro

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Aldea o comunidad	<p>Tranquilizar</p> <p>Asesorar</p> <p>Orientar con carácter urgente</p>	Parteras tradicionales, mutiladoras, enlaces comunitarios
Centros de salud	<p>Sin gravedad:</p> <p>Lograr la hemostasia por compresión o aplicación de un hemostático o, si es necesario, por sutura</p> <p>Administrar un analgésico (paracetamol) y un antibiótico (amoxicilina) en función del peso y la edad</p> <p>Tomar una vía intravenosa y asegurarla</p> <p>Comprobar el estado de vacunación; administrar el suero antitetánico o la vacuna antitetánica, según sea necesario</p> <p>Controlar la presión arterial y el pulso.</p> <p>Si hay mejoría:</p> <p>Continuar el tratamiento y el asesoramiento</p> <p>Si no hay mejoría (aparición de signos de gravedad):</p> <p>Comenzar con el protocolo para las hemorragias sin gravedad y continuar con:</p> <p>Informar a los padres de la necesidad de derivar a la paciente</p> <p>Notificar al centro adonde se la derive</p> <p>Rellenar una ficha de derivación</p> <p>Derivar con carácter de urgencia (con acompañamiento medicalizado)</p>	Matronas, enfermeros titulados, parteras tradicionales
Centros hospitalarios	<p>Comenzar con el protocolo para los centros de salud y continuar con:</p> <p>Administrar Ringer lactato</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Hospitales	<p>Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh y hacer un hemograma completo</p> <p>Administrar un analgésico (paracetamol mañana, tarde y noche) y un antibiótico (amoxicilina)</p> <p>Asesorar específicamente para fomentar el abandono de la mutilación genital femenina</p> <p>Mismo protocolo que para los centros hospitalarios</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados

Choque

47. El choque es un estado en el que la presión arterial sistólica desciende por debajo de 80 mmHg, con o sin alteraciones de la conciencia en grado variable.

48. Los signos o síntomas son los siguientes:

- Pulso rápido y débil (mayor o igual a 110/min.);
- Presión arterial baja (sistólica inferior a 80 mmHg);
- Palidez (sobre todo en el interior de los párpados, las palmas de las manos o alrededor de la boca);
- Sudoración, respiración rápida (mayor o igual a 30/min.), ansiedad, confusión o pérdida de conciencia.

49. Los procedimientos de urgencia son los siguientes:

- Tomar rápidamente una vía intravenosa y asegurarla;
- Pedir sangre del mismo grupo y factor Rh;
- Comenzar el tratamiento etiológico al mismo tiempo que la reanimación cardiovascular.

Abordaje del choque por nivel de centro

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Aldea o comunidad	<p>Tranquilizar</p> <p>Orientar con carácter urgente</p>	Parteras tradicionales, mutiladoras, enlaces comunitarios
Centros de salud	<p>Colocar a la paciente en decúbito supino en posición de Trendelenburg</p> <p>Tomar una vía intravenosa para administrar solución salina isotónica o Ringer lactato y asegurarla</p> <p>Lograr la hemostasia: aplicar pomada hemostática y suturar si es necesario</p> <p>Administrar el suero antitetánico o la vacuna antitetánica si la paciente no está vacunada</p> <p>Vigilar el pulso y la presión arterial</p> <p>Si no hay mejoría:</p>	Matronas, enfermeros titulados, parteras tradicionales

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Centros hospitalarios	<p>Informar a los padres de la necesidad de derivar a la paciente</p> <p>Aconsejar a los padres que准备 dinero suficiente y que busquen donantes de sangre</p> <p>Informar al centro adonde se la derive</p> <p>Rellenar una ficha de derivación</p> <p>Derivar con carácter de urgencia (con acompañamiento medicalizado)</p> <p>Comenzar con el protocolo para los centros de salud y continuar con:</p> <p>Suministrar oxígeno</p> <p>Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh y hacer un hemograma completo</p> <p>Realizar una transfusión sanguínea del mismo grupo y factor Rh en caso necesario</p> <p>Volver a examinar la herida y lograr la hemostasia, si es necesario</p> <p>Administrar un analgésico (paracetamol) y un antibiótico (amoxicilina)</p> <p>Asesorar</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados
Hospitales	Mismo protocolo que para los centros hospitalarios	Médicos, matronas, enfermeros titulados

Infecciones

50. Las infecciones ocurren cuando una serie de microorganismos, de diversa naturaleza, invaden la zona en la que se ha practicado la mutilación genital femenina.

51. Los signos o síntomas son los siguientes:

- Fiebre, escalofríos;
- Enrojecimiento y dolor locales;
- Secreción de pus, etc.

Abordaje de las infecciones por nivel de centro

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Aldea o comunidad	<p>Tranquilizar</p> <p>Asesorar</p> <p>Orientar</p>	Parteras tradicionales, mutiladoras, enlaces comunitarios
Centros de salud	<p>Tranquilizar</p> <p>Examinar</p> <p>Aplicar un tratamiento local con un antiséptico suave (Betadine vaginal)</p> <p>Administrar un antibiótico por vía oral (amoxicilina) a una dosis adecuada durante 7 días</p>	Matronas, enfermeros titulados, parteras tradicionales

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
	<p>Proceder a la serovacunación antitetánica en función del estado de vacunación</p> <p>Asesorar</p> <p>Si no hay mejoría:</p> <p>Informar a los padres de la necesidad de derivar a la paciente</p> <p>Aconsejar a los padres que准备n dinero suficiente</p> <p>Informar al centro adonde se la derive</p> <p>Derivar</p>	
Centros hospitalarios	<p>Comenzar con el protocolo para los centros de salud y continuar con:</p> <p>Solicitar pruebas complementarias</p> <p>Administrar un tratamiento etiológico</p> <p>Si no hay mejoría:</p> <p>Derivar con carácter urgente</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados
Hospitales	<p>Comenzar con el protocolo para los centros hospitalarios y continuar con:</p> <p>Tomar una muestra de pus y hacer un antibiograma</p> <p>Tratar</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados

Retención urinaria aguda

52. La retención urinaria completa o aguda es la plena incapacidad para orinar pese a la repleción vesical.
53. Los signos o síntomas son los siguientes:
- Globo vesical.

Abordaje de la retención urinaria aguda por nivel de centro

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
Aldea o comunidad	<p>Tranquilizar</p> <p>Asesorar</p> <p>Orientar</p>	Parteras tradicionales, mutiladoras, enlaces comunitarios
Centros de salud	<p>Aplicar las medidas de asepsia:</p> <p>Colocar una sonda permanente</p> <p>Administrar un antibiótico por vía oral (amoxicilina) a una dosis adecuada durante 7 días</p> <p>Asesorar</p> <p>Si no se puede colocar la sonda o no hay mejoría:</p> <p>Derivar</p>	Matronas, enfermeros titulados, parteras tradicionales
Centros hospitalarios	<p>Comenzar con el protocolo para los centros de salud y continuar con:</p> <p>Hacer un sondaje suprapúbico</p>	Médicos, matronas, enfermeros titulados

<i>Nivel</i>	<i>Protocolo</i>	<i>Responsable</i>
	Hacer un examen citobacteriológico de orina y un antibiograma Derivar	
Hospitales	Comenzar con el protocolo para los centros hospitalarios y continuar con: Solicitar una consulta especializada en urología	Médicos, matronas, enfermeros titulados

E. Atención médica de la mujer embarazada

Durante la consulta prenatal

54. Durante el embarazo es importante examinar a las mujeres mutiladas para determinar el tipo de mutilación genital femenina que sufrieron y el tamaño de su abertura vaginal. Este examen se utiliza para prever posibles complicaciones durante el parto y determinar el protocolo correcto.

55. Este examen solo será posible después de un contacto inicial adecuado con el que establecer un clima de confianza. Las observaciones deben anotarse con detalle en el historial de la paciente para evitar repetir los exámenes. (Nota: podría ser necesario hablar con la mujer sobre el tipo de mutilación y las consecuencias para su salud y la de su bebé. También se puede hablar con el marido en ese momento.)

56. Para las mujeres infibuladas cuya abertura no permite el tacto vaginal, puede proponerse la desinfibulación antes del parto. El período más favorable es el comprendido entre las 20 y las 28 semanas de gestación. No se recomienda durante el primer trimestre para evitar la exposición a la anestesia. De ese modo se evita también la posibilidad de considerar el procedimiento responsable de un aborto espontáneo. La desinfibulación durante el embarazo debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y por profesionales expertos. No obstante, algunas mujeres prefieren esperar hasta el momento del parto para “hacer todo al mismo tiempo”.

57. En esas consultas, es aconsejable hablar con la mujer, y tal vez con su pareja, sobre la desinfibulación (véase el apartado titulado “Durante el puerperio”).

Durante el parto

58. Si no se ha hecho durante el embarazo, en el momento del ingreso se deben determinar el tipo de mutilación genital y la abertura vaginal y las condiciones del parto según los casos que se detallan a continuación.

Primíparas

59. Se puede ofrecer a las mujeres que han sufrido una infibulación o cuya abertura vaginal impide el tacto que se sometan a una incisión anterior a la altura de la cicatriz al comienzo del parto bajo anestesia local con el fin de hacer posible el tacto vaginal y evaluar la evolución del parto.

60. Si el tacto vaginal es posible, se esperará hasta el período expulsivo para practicar la incisión anterior. Una vez que la cabeza está en el perineo, se practica una incisión anterior protegiendo la uretra. Si la incisión no es suficiente y hay posibilidad de desgarro inminente, se realizará además una episiotomía lateral-posterior, si bien solo después de la incisión anterior.

Multíparas

61. Una vez que la cabeza está en el perineo, evaluaremos si la incisión anterior es necesaria.

62. Conviene señalar que el grado de elasticidad del tejido cicatricial varía enormemente de mujer a mujer y debe determinarse de manera individual. Hay que vigilar muy de cerca a cada mujer y a cada feto para detectar rápidamente todo sufrimiento fetal o materno.

63. El primer parto de una primípara infibulada (tipo III) requiere siempre una incisión anterior y, si es necesario, una episiotomía lateral-posterior. Sin embargo, algunas multíparas pueden no necesitar la incisión. Además, se debe realizar una expulsión controlada de la cabeza y proteger el perineo durante la misma. Las episiotomías laterales-posteriores, sin incisión anterior, de la forma en que se suelen realizar, no son apropiadas porque el tejido cicatricial anterior puede desgarrarse. Solo deben practicarse, de ser necesario, después de la incisión anterior.

Durante el puerperio

Tras la cesárea

64. Si la paciente pide que se le practique la desinfibulación, los dos lados expuestos deben suturarse con suturas absorbibles para reconstituir los labios mayores (véase la técnica que se describe más abajo). Algunas pacientes, incluso cuando han sido completamente infibuladas, pueden no tener ya labios menores, pero seguir teniendo el clítoris intacto. Se debe informar a ambos miembros de la pareja o a la paciente de los cambios fisiológicos a los que dará lugar la desinfibulación durante o tras la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.

65. En la medida de lo posible, si la mujer acude a consulta prenatal, es aconsejable tratar esta cuestión cuanto antes, en lugar de esperar hasta el último momento. Es difícil tratar estos temas con serenidad inmediatamente después del parto. El médico o la matrona se limitarán a reparar el tejido cicatricial dañado. Se debe informar a ambos miembros de la pareja o a la paciente de los beneficios de la desinfibulación para las relaciones sexuales, el flujo de orina y la menstruación.

Técnica de desinfibulación

a) Preparación

A menos que el parto sea inminente, se debe tomar el tiempo necesario para explicar en qué consiste la desinfibulación. Se pueden mostrar diagramas anatómicos de una vulva normal y una vulva infibulada (p. ej., los del *Livre d'images universel de la naissance* o los de otros medios). Se deben explicar los beneficios de la desinfibulación y los cambios a los que dará lugar en la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.

b) Tipo de anestesia (en función del momento en que se practique):

- Durante el embarazo (segundo trimestre): se prefiere una anestesia general breve o una anestesia raquídea para evitar el riesgo de provocar a la mujer un trauma psicológico por el recuerdo de la infibulación que sufrió de niña;
- Durante el parto: analgesia epidural;
- En el período expulsivo: analgesia epidural o anestesia local.

Cuadro con datos recientes sobre matrimonios precoces y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas

Indicadores	Nacional	Medio urbano	Medio rural
Matrimonio precoz			
Edad de las mujeres al contraer el primer matrimonio			
10 a 14 años (porcentaje)	3,3	2,1	8,8
15 a 17 años (porcentaje)	10,0	8,2	18,1
18 años o más (porcentaje)	86,7	89,7	73,2
Edad media al contraer el primer matrimonio (años)	23,2	23,5	21,3
Violencia contra las mujeres (15 a 64 años)			
Maltrato físico conyugal en cualquier momento (porcentaje)	7,9	7,6	9,2
Maltrato físico conyugal los 12 meses anteriores (porcentaje)	4,6	3,9	7,6
Maltrato físico en cualquier momento contra mujeres que no han contraído matrimonio (porcentaje)	6,1	6,4	2,3
Violencia sexual conyugal en cualquier momento (porcentaje)	5,3	4,8	7,4
Violencia sexual conyugal los 12 meses anteriores (porcentaje)	3,5	2,9	6,1
Violencia sexual en cualquier momento contra mujeres que no han contraído matrimonio (porcentaje)	0,6		
Maltrato emocional conyugal en cualquier momento (porcentaje)	9,4	9,4	9,4
Maltrato emocional conyugal los 12 meses anteriores (porcentaje)	4,7	4,6	5,1
Control ejercido por el marido o pareja en cualquier momento (porcentaje)	31,0	33,8	18,6

III. Participación en la vida política y pública

66. La evolución de la cuota obligatoria entre 2002 y 2018 (del 10 % al 25 %) ha influido en la proporción de mujeres elegidas y nombradas a distintos niveles.

67. Entre 2011 y 2017, aumentó el número de cargos electivos ocupados por mujeres en el Parlamento (de 9 a 17, es decir del 13 % al 26 %), incluidas una Vicepresidenta y varias presidentas de comisiones permanentes, como la de legislación y derechos humanos. Lo mismo ocurre con las regiones y comunas (del 10 % al 29 %). Los cargos de libre designación muestran un ligero aumento (del 21 % al 22 %) que queda matizado cuando se desglosa por nivel.

68. La proporción de mujeres en altos cargos políticos (Ministerio, Embajada, Consejo Constitucional) ha disminuido (del 14 % al 9 %), pero ha aumentado en altos cargos administrativos (del 23 % al 25 %).

69. De los 24 miembros del Gobierno, 6 son mujeres (el 25,07 %), una proporción sin precedentes para el país. El aumento del número de mujeres directivas habla por sí solo (del 20 % al 32 %).

70. Los datos concretos son los siguientes: 6 mujeres entre los 24 Ministros (25 %); 17 entre los 65 diputados (26 %); 4 Secretarias Generales de Ministerios; 2 mujeres de los 6 miembros del Consejo Constitucional; 5 entre los 9 miembros de la Comisión

Nacional de Comunicación; 7 entre los 10 magistrados del Tribunal Supremo; y 14 en el Tribunal de Apelación.

71. En términos de descentralización, en las dos últimas elecciones regionales y comunales (2012 y 2017) la proporción de mujeres elegidas aumentó del 10 % en 2006 (11 de 103) al 29 % en 2012 (48 de 168) y se mantuvo en el 28,8 % en 2017 (56 de 194).

72. En cuanto a la representación de las mujeres en el plano internacional, al igual que en la función pública, las mujeres solo representan una cuarta parte del personal directivo de categoría A1 del Ministerio de Relaciones Exteriores: solo el 24,59 % son mujeres. La distribución del personal de categoría A1 en la administración central del Ministerio roza el equilibrio, a diferencia de lo que ocurre con el personal de los servicios exteriores.

73. En las misiones diplomáticas en el extranjero, la situación ha cambiado con respecto a 2013. En 2016 se nombró por primera vez una embajadora en Kenia, hasta 2018.

74. Otra mujer es Embajadora Extraordinaria y Plenipotenciaria de la República de Djibouti ante la Confederación Suiza desde 2016. También es Representante Permanente ante las Naciones Unidas, la Organización Mundial del Comercio y otras instituciones especializadas con sede en Ginebra.

IV. Educación

A. Causas del abandono escolar entre las niñas

75. Las niñas se enfrentan a muchas barreras para acceder a la educación, a saber:

- Factores socioculturales;
- Pobreza familiar;
- Lejanía de las escuelas;
- Violencia en los entornos educativos;
- Matrimonio y embarazo precoces;
- Situaciones de emergencia.

76. El Ministerio de Educación Nacional lleva más de una década esforzándose por eliminar esos obstáculos con las medidas siguientes:

- Construir escuelas y filiales para prevenir la lejanía y evitar que las niñas abandonen los estudios;
- Crear comedores escolares que sirvan dos comidas calientes en todas las regiones y localidades;
- Distribuir libros de texto gratuitos en las regiones y localidades;
- Decretar la gratuidad de los uniformes;
- Crear una oficina sobre las cuestiones de género en el Ministerio;
- Luchar contra la violencia de género en los entornos educativos (estudio y sensibilización);
- Luchar contra el abandono escolar (estudio y sensibilización).

B. Programa de alfabetización

Participación, dificultades y éxito del Programa Nacional de Alfabetización

77. Nuestro objetivo es también proponer vías y medios para determinar posibles mejoras destinadas a lograr una alfabetización de calidad con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

78. El Programa Nacional de Alfabetización está en su quinto año de funcionamiento y el proyecto financiado por el Ministerio de la Mujer y de la Familia (FEMFI), en su cuarto año. El Programa es una prioridad nacional que necesita el apoyo tanto de las autoridades públicas como de los asociados internacionales, pues la alfabetización se considera un derecho humano fundamental.

79. Se ha observado que el analfabetismo no es un rasgo específico de los países en desarrollo, sino que incluso en los países desarrollados que han logrado la educación universal no es raro encontrar cierta tasa persistente de analfabetismo entre los jóvenes y los adultos, lo cual constituye un factor de marginación y exclusión social.

80. El Programa Nacional de Alfabetización presenta una evolución globalmente positiva, si bien no es inmune a las dificultades que suelen asociarse a la asistencia y a la tasa de finalización del plan de estudios de alfabetización (trienal). De hecho, aunque cada año el número de matrículas es muy importante, la fluctuación del número de estudiantes también lo es. Se suceden los períodos de ausencia y asistencia, lo cual da lugar a una alfabetización más o menos fragmentada y, por lo tanto, perjudicial tanto para el estudiante como para el docente. No obstante, la cifra de abandonos definitivos es mayor tras un año de asistencia. El lado positivo es que, al final de un año de estudios, se puede considerar que la persona ha adquirido lo esencial: los conocimientos básicos de lectura, escritura y aritmética.

81. La capacidad de nuestras aulas se estima de manera aproximada al principio de cada año. Se registran entre 20 y 25 matrículas. Sin embargo, las estadísticas más recientes muestran que la tasa de deserción sigue siendo alta, en torno al 55 % anual.

82. Esta observación nos lleva a preguntarnos por los obstáculos que dificultan la participación y la tasa de finalización del plan de estudios de alfabetización (trienal) a pesar de los esfuerzos desplegados.

83. Tras analizar las respuestas que ofrecieron las mujeres alfabetizadas durante nuestras visitas a los centros de Djibouti y de las regiones, cabe concluir que la mayoría de las trabas estaban relacionadas con la precariedad social. Muchas personas comunican que no pueden asegurar su plena asistencia debido a sus condiciones de vida. Se trata, en gran medida, de mujeres que trabajan en el sector informal, la mayoría con pequeños negocios de venta de pasteles, pan, *khat*, etc.

84. Una segunda razón que la gran mayoría de las estudiantes ofreció en las entrevistas con nuestros equipos está relacionada con la falta de motivación al final del Programa Nacional de Alfabetización. En otras palabras, con lo que cabe esperar al final del curso, por ejemplo: financiación para emprender una actividad generadora de ingresos, empleo, etc. En otras palabras, una esperanza que conduzca a alguna forma de inserción social.

85. Pese a todo lo expuesto sobre la tasa de deserción, todavía alta, lo cierto es que el Programa Nacional de Alfabetización sigue siendo una medida social fiable, cuya sostenibilidad sigue siendo una obligación moral que incumbe tanto a los poderes públicos como a todos los asociados para el desarrollo. Las estadísticas más recientes muestran que, a pesar de la deserción recurrente y de la elevada tasa de finalización, el Programa está cumpliendo sus objetivos, como muestra el cuadro que se incluye a continuación.

86. La consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigirá sacrificios, pero la única manera de alcanzarlos es con la participación de todos. Creemos que es necesario, casi obligatorio, mantener el Programa Nacional de Alfabetización incorporando las expectativas de las mujeres alfabetizadas, con el fin de brindarles un ascensor social seguro y evitar que queden marginadas y que pueda ampliarse aún más la brecha social.

Administraciones que se han puesto en contacto con el Programa Nacional de Alfabetización desde 2019

	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 3</i>	<i>Total</i>
Ciudad de Djibouti	1 371	545	358	2 274
Balbala	1 637	664	434	2 735
Arta	452	471	181	1 104
Dikhil	1 287	511	336	2 134
Ali-Sabieh	635	377	322	1 334
Tadjourah	727	361	307	1 395
Obock	399	312	230	941
Total	6 508	3 241	2 168	11 917

V. Empleo

A. Segregación ocupacional en el mercado laboral

87. La segregación ocupacional en el mercado laboral está prohibida en Djibouti. El artículo 3 de la Ley núm. 133/AN/05/5ème L, por la que se establece el Código de Trabajo, dispone que ningún empresario puede tener en cuenta el sexo en la contratación.

88. El artículo 3 del Código de Trabajo establece que, con sujeción a lo dispuesto expresamente en ese Código o en cualquier otra disposición legislativa o reglamentaria de protección de las mujeres, los niños y los jóvenes, así como en disposiciones relativas al estatuto de los extranjeros, ningún empleador puede tomar en consideración el sexo, edad, raza, color, origen social, nacionalidad u origen nacional, pertenencia o no pertenencia a un sindicato, actividad sindical u opiniones, en particular religiosas y políticas, del trabajador para tomar decisiones relativas a la contratación, la realización y la distribución del trabajo, la formación profesional, el desarrollo profesional, los ascensos, la remuneración y otras condiciones laborales, la concesión de prestaciones sociales, la disciplina o la rescisión del contrato de trabajo.

89. La Ley núm. 48/AN/83/1ère L, de 26 de junio de 1983, por la que se establece el Estatuto General de los Funcionarios, dispone en el artículo 15 del título 2, sobre la contratación, que nadie podrá ser nombrado o mantenido en un puesto público en las condiciones siguientes:

- Si no tiene la nacionalidad djiboutiana;
- Si no disfruta de sus derechos civiles ni goza de buena moral;
- Si no está en situación regular respecto de las leyes de reclutamiento del ejército;

- Si no reúne las condiciones de aptitud física requeridas para el ejercicio de sus funciones y no se le reconoce la ausencia de tuberculosis, cáncer, lepra, poliomielitis o afección nerviosa, es decir, que se haya curado definitivamente. Las condiciones de aplicación de esta disposición se establecerán por decreto del Consejo de Ministros;
- Si no posee las cualificaciones o títulos exigidos por la norma particular.

B. Igualdad de remuneración por trabajo de igual valor

90. El principio de igualdad de remuneración por trabajo de igual valor está reconocido en la normativa laboral de Djibouti. El artículo 137 del Código de Trabajo establece que todos los trabajadores recibirán la misma remuneración por un trabajo de igual valor.

91. El artículo 137 dispone que a un trabajo de igual valor corresponde el mismo salario a todos los trabajadores, con independencia de su origen, sexo, edad, condición y religión, en las condiciones previstas en el Código.

92. También se dispone que los convenios colectivos no pueden modificar la aplicación del principio de igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

93. El artículo 259, párrafo 4, de la *Ley núm. 221/AN/17/8ème L, por la que se modifica y completa la Ley núm. 133/AN/05/5ème L, de 28 de enero de 2006, por la que se establece el Código de Trabajo* dispone que los convenios colectivos no podrán modificar las disposiciones del Código relativas a la aplicación del principio de igualdad de remuneración por trabajo de igual valor, independientemente del origen, el sexo o la edad del trabajador.

94. Del mismo modo, la remuneración de los funcionarios del Estado consiste en un salario base y la de los contratados por el Estado con arreglo a convenios colectivos se basa en categorías salariales fijas en función de la titulación y cualificación de cada empleado, con independencia de su origen, sexo o edad.

C. Acoso sexual en el lugar de trabajo y acoso laboral

95. En cuanto al acoso sexual en el lugar de trabajo y el acoso laboral, el artículo 4 de la *Ley núm. 221/AN/17/8ème L, que modifica y completa la Ley núm. 133/AN/05/5ème L, de 28 de enero de 2006, por la que se establece el Código de Trabajo* prohíbe el acoso sexual en el lugar de trabajo y alienta a las víctimas a presentar denuncias contra los infractores. En virtud del artículo 4 *ter*, el acoso sexual en el lugar de trabajo es el acto de someter a una persona, de forma reiterada, a comentarios o comportamientos con connotaciones sexuales que atenten contra la dignidad de dicha persona por su carácter degradante o humillante o generen una situación intimidatoria, hostil u ofensiva para ella. Se equipara al acoso sexual cualquier forma de presión grave, incluida la puntual, ejercida sobre una persona con el fin verdadero o aparente de forzarla a realizar actos de carácter sexual, ya sea en provecho del autor de los hechos o de un tercero. El autor de los hechos puede ser un colega, un superior jerárquico o un subordinado del empleado víctima. El empleador debe tomar todas las medidas necesarias para prevenir, poner fin y sancionar el acoso sexual en el lugar de trabajo. Todo empleado que incurra en acoso sexual puede ser objeto de medidas disciplinarias. El artículo 4 dispone que cuando surja una discrepancia relacionada con la aplicación de los artículos 4 *bis* y 4 *ter*, el trabajador deberá presentar pruebas que sugieran la existencia de acoso. A la vista de esas pruebas, corresponderá a la parte demandada demostrar que esas acciones no constituyen acoso y que su decisión está justificada por factores objetivos ajenos a

cualquier acoso. El juez dictará su fallo tras haber ordenado, en caso necesario, todas las medidas de instrucción que considere útiles.

96. Los autores de acoso sexual en el lugar de trabajo o de acoso laboral están sujetos a multas que van de un millón de francos (1.000.000 de francos de Djibouti) a dos millones de francos (2.000.000 de francos de Djibouti) y a una pena de un mes de prisión y, en caso de reincidencia, a dos meses de prisión y una multa por el doble de la cuantía de la primera, o a una sola de esas dos penas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 290 k) de la *Ley nûm. 221/AN/17/8ème L, por la que se modifica y completa la Ley nûm. 133/AN/05/5ème L, de 28 de enero de 2006, por la que se establece el Código de Trabajo*.

D. Trabajo infantil

97. El trabajo infantil está prohibido en Djibouti y la edad mínima para acceder al mercado laboral es de 16 años.

98. El artículo 5 del Código de Trabajo establece que la edad mínima de acceso al mercado laboral es de 16 años cumplidos.

99. El artículo 108 del Código de Trabajo dispone que, de conformidad con el artículo 5 del Código, el trabajo infantil está prohibido en la República de Djibouti. A efectos del Código, se entenderá por *jóvenes* los trabajadores de edades comprendidas entre los 16 y los 18 años.

VI. Salud

100. La salud materna y neonatal está considerada una prioridad nacional porque va dirigida a la población vulnerable, un factor que contribuye al desarrollo humano sostenible y un requisito previo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que la República de Djibouti se ha comprometido a cumplir. Estas consideraciones están bien recogidas en la redefinición de la estrategia sectorial que el Ministerio de Salud ha llevado a cabo mediante el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (2020-2024). El Plan está diseñado para hacer frente a todos los retos relacionados con la salud materna y neonatal, con vistas a acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud materna y neonatal. Con el fin de consolidar los logros alcanzados en materia de salud materna y neonatal, y en función de las recomendaciones y los ejes estratégicos del Plan, el Ministerio de Salud ha formulado la Estrategia Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal (2022-2026) con un enfoque de planificación participativo e inclusivo en el que intervienen todas las partes interesadas y los asociados del sector a todos los niveles.

101. Los principales logros del Ministerio de Salud en el período 2022-2023 son los siguientes:

- Puesta en marcha de la Estrategia Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal (2022-2026);
- Desarrollo del proyecto de centros hospitalarios;
- Estudio sobre la seguridad de los artículos de salud reproductiva (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA));
- Proyecto de mejora de las policlínicas y de organización de la asistencia (UNFPA);
- Creación del primer hospital universitario de Djibouti;

- Formación del personal sanitario (médicos, matronas, parteras, etc.) (Organización Mundial de la Salud (OMS)/UNFPA);
- Actualización de las directrices prácticas conforme a las orientaciones de la OMS adaptadas a Djibouti (2022);
- Apoyo técnico y acompañamiento experto en la aplicación de las nuevas orientaciones sobre salud materna y neonatal para cuatro hospitales de referencia;
- Paquete informativo sobre asistencia prenatal adaptado a los ocho enlaces;
- Adaptación y adopción del nuevo programa de la OMS;
- Recomendación sobre buenas prácticas en obstetricia y neonatología e introducción de auditorías clínicas para mejorar la práctica obstétrica en los hospitales (UNFPA);
- Adopción de la lista de medicamentos esenciales y vitales en salud materna y neonatal del UNFPA.

102. Con relación a la salud de los adolescentes, estos tienen acceso a los servicios de atención sanitaria, pero no existen programas específicos de salud de los adolescentes para luchar contra el embarazo, el aborto, etc.

103. Respecto del aborto, Djibouti es uno de los países donde sigue siendo ilegal, salvo en caso de amenaza para la vida o la salud de la mujer y en caso de malformación grave no viable.

104. En caso de amenaza para la vida o la salud de la mujer embarazada, se autoriza el aborto para salvarla.

105. En caso de malformación fetal grave no viable (anencefalia, hidrocefalia), se practica el aborto.

106. En caso de violación, la víctima recibe en las 72 horas siguientes la píldora del día después y el aborto sigue siendo ilegal.

107. En caso de incesto, se requiere autorización judicial, pero por el momento todavía no se han notificado casos de incesto en nuestros hospitales.

108. En cuanto a la planificación familiar, en Djibouti estos servicios están a disposición de todas las mujeres, casadas o no. Existen métodos anticonceptivos modernos de corta y larga duración. En Djibouti no existen métodos irreversibles, como la esterilización forzada.

109. El Ministerio de Salud ha organizado campañas de sensibilización sobre las consultas prenatales, la vacunación y la malnutrición. En cuanto a la planificación familiar, los enlaces comunitarios y las mujeres de las asociaciones organizan a veces sesiones de sensibilización con el apoyo del departamento de promoción de la salud o de la Union Nationale des Femmes Djiboutiennes.

VIH

110. En Djibouti, la epidemia de VIH parece tener un perfil heterogéneo, con alta prevalencia del VIH en la población general, lo que clasifica al país en el nivel de epidemia generalizada, es decir, con una tasa de prevalencia actual del 0,44 % [0,28-1,2] en 2022 y una tendencia constante a la baja desde 2002, cuando la tasa de prevalencia era del doble (2,9 %) en las personas de 15 a 49 años (Spectrum v 6.27, febrero de 2023).

111. Según el Spectrum sobre el VIH de 2023, el número de personas que viven con el VIH se estimaba en 4.438 (de 3.177 a 9.212), adultos y niños, en 2022; el número de niños de 0 a 14 años se estimaba en 151 (197 [109-287]).

112. De las 4.438 personas que vivían con el VIH en 2022, 2.310 (más del 50 %) eran mujeres. La prevalencia se estimaba en un 0,5 % entre las mujeres de 15 a 49 años y en un 0,4 % entre los hombres del mismo grupo de edad.

113. El tratamiento antirretrovírico está disponible en los centros sanitarios que atienden a personas que viven con el VIH, independientemente de su edad o sexo.

114. Aunque no existen cifras objetivas, el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave son bastante elevados. Se han denunciado violencia policial y redadas sobre el terreno, en las que a veces incluso se han visto implicados educadores *inter pares*. Está lejos de alcanzarse el objetivo fijado en el plan estratégico nacional de reducir a menos del 5 % para 2022 el número de personas que viven con el VIH que evitan los servicios por miedo al estigma y la discriminación.

115. El estudio del índice de estigma 2.0, previsto en el marco de la preparación del nuevo plan estratégico nacional, aún no se ha llevado a cabo para medir los indicadores relativos al estigma y la discriminación. Como parte de las condiciones no negociables para la realización de ese estudio y respetando el principio de mayor participación de las personas que viven con el VIH/sida, y con el fin de fortalecer el sistema de seguimiento comunitario, se considera que la red de personas que viven con el VIH es la institución adecuada para llevarlo a cabo.

116. Varias de las actividades contra el estigma previstas en el plan estratégico nacional aún no se han ejecutado, en particular la redacción del decreto de aplicación de la Ley contra el Estigma y la Discriminación, la preparación de una estrategia nacional sobre derechos humanos y VIH, la creación de mecanismos de recurso, la información de las poblaciones clave y las personas que viven con el VIH sobre sus derechos, la sensibilización y formación de los asociados y la movilización e implicación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

117. No se ha llevado a cabo una evaluación de género de la respuesta al VIH y no se han formulado recomendaciones para poner en marcha una estrategia transformadora sobre el género y el VIH adaptada al contexto de Djibouti. El compromiso al más alto nivel y la prioridad nacional otorgada a los derechos de las mujeres ofrecen la oportunidad de reforzar la perspectiva de género en la respuesta al VIH.

VII. Empoderamiento económico de las mujeres

118. Desde 2016, el Ministerio de la Mujer y la Familia ha puesto en marcha una iniciativa titulada “Empoderamiento económico de las mujeres y fortalecimiento comunitario” cuyo principal objetivo es desarrollar las capacidades de las mujeres vulnerables en las regiones y las zonas periurbanas para facilitar su empoderamiento económico mediante el apoyo a la creación de actividades generadoras de ingresos.

119. En 2018 se formuló una estrategia sobre la cadena de valor de cuatro productos partiendo de un estudio diagnóstico realizado por un consultor internacional del 7 de enero al 10 de febrero de 2018. La estrategia tiene por objeto crear mecanismos de acceso al mercado y aumentar la oferta comercial intensificando la producción y reforzando la capacidad de las asociaciones de mujeres.

120. El objetivo general era promover las cadenas de valor de cuatro productos locales específicos: miel o mermelada, leche, aloe vera y moringa.

121. Al seleccionar los productos también se tuvieron en cuenta otros productos con gran potencial de desarrollo. En concreto, la misión de asistencia técnica perseguirá los siguientes objetivos:

- Analizar el perfil de las asociaciones de mujeres en los centros de producción;
- Destacar los puntos fuertes y débiles y las oportunidades y dificultades asociados a cada sector, así como los problemas centrales (específicos y transversales) y las recomendaciones;
- Formular una estrategia de cadena de valor para los cuatro productos;
- Definir las líneas principales de las estrategias operacionales y, a continuación, celebrar un taller para consultar y validar la estrategia con el sector privado y otras partes interesadas;
- Desarrollar la asistencia técnica para apoyar y acompañar la puesta en práctica de la estrategia elegida.

122. Un experto internacional y varios consultores nacionales han impartido formación técnica en artesanía, agricultura y avicultura a 29 asociaciones beneficiarias del programa.

123. Un total de 14 asociaciones recibieron equipamiento en función del ámbito de su actividad (p. ej., cestería y abalorios para las artesanas; carros, cubos y mangueras para las agricultoras).

124. Paralelamente a esas actividades de consolidación comunitaria, el Ministerio ha ayudado a 140 familias vulnerables a llevar a cabo actividades generadoras de ingresos de su elección para que puedan ser económicamente independientes (p. ej., tiendas locales, máquinas de coser, utensilios de cocina para la reventa, verduras y frutas o comercio de ropa).

125. Además, 25 mujeres viudas de cinco regiones del interior recibieron ganado en el Día Internacional de la Viuda de agosto de 2018.

126. El proyecto reforzó la capacidad de las mujeres vulnerables de las regiones y las zonas periurbanas y facilitó su inserción económica y social.

127. Las beneficiarias son mujeres y niñas vulnerables que viven en zonas periurbanas y rurales donde trabajan asociaciones activas en ámbitos diversos, como la artesanía, la agricultura y la ganadería. Gracias al proyecto, las beneficiarias podrán reestructurarse como cooperativas.

128. La reestructuración se llevará a cabo aplicando una estrategia de desarrollo de la cadena de valor de los cuatro productos y sus sectores: leche y queso, productos hortícolas, moringa, hibisco, mermelada de frutas, pollos tradicionales mejorados y huevos.

129. En total se han creado 13 cooperativas, incluidas cinco cooperativas de mujeres rurales en 2020.

130. En el marco de la Semana Nacional de las Mujeres de Djibouti, el Ministerio, en colaboración con la Union Nationale des Femmes Djiboutiennes, organizó en la playa de Douda una actividad recreativa para mujeres con necesidades especiales.

131. La actividad fue la ocasión de ofrecer a 21 mujeres con necesidades especiales paquetes para poner en marcha actividades generadoras de ingresos a fin de ayudar a esas mujeres vulnerables a cubrir sus necesidades y mejorar sus condiciones de vida. El resultado previsto es que esas mujeres logren mayor autonomía económica con esas actividades.

132. En cuanto a la promoción de la artesanía, el Ministerio se ha puesto en contacto con el Ministerio de Comercio para aunar sus esfuerzos y lograr una buena coordinación y mayores sinergias. El Ministerio fue invitado a participar en la preparación del Gran Premio de Artesanía y en la elaboración de la estrategia nacional sobre la artesanía y la zona de libre comercio. Dado que el sector de la artesanía concentra en su mayoría a mujeres y niñas que viven en condiciones precarias, es un vector de desarrollo económico y de capital nacional a escala internacional. Para potenciarlo, en el marco de la integración de la zona de libre comercio, el Ministerio de la Mujer y de la Familia y el Ministerio de Comercio han decidido cooperar en las esferas siguientes:

- El desarrollo de productos con potencial para nuestro país;
- El empoderamiento de las mujeres;
- El fortalecimiento de las cooperativas rurales;
- El apoyo a las mujeres en los procesos de comercialización;
- Las limitaciones que puedan encontrar a su integración en la zona de libre comercio.

VIII. Cambio climático y desastres naturales

133. En 1992 muchos países reconocieron la necesidad de contar con una gobernanza global del clima al aprobar la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. La Convención sienta las bases de la colaboración entre todas las naciones del mundo ante la preocupación por la constante degradación del medio ambiente.

134. El documento fundacional de la Cumbre de Río, titulado “Nuestro futuro común”, obliga a la clase dirigente de todos los países signatarios.

135. Entre otras iniciativas emprendidas, cabe mencionar las siguientes:

- Construcción de pozos en zonas rurales afectadas por la sequía recurrente y la desertificación;
- Fomento de la reconversión de las poblaciones nómadas en otras actividades;
- Construcción de diques para retener el agua de lluvia, habida cuenta de que el cambio climático está provocando precipitaciones impredecibles en Djibouti y de que van en aumento tanto las sequías como las inundaciones devastadoras;
- Restauración de los manglares de Tadjourah y Djibouti para proteger el ecosistema;
- Formación de las comunidades locales para que puedan protegerse de los perjuicios del cambio climático;
- Reforestación de las regiones afectadas por la sequía o de las zonas costeras;
- Mejora de la integración social de las mujeres afectadas por la sequía en las aldeas de las regiones de interior;
- Fomento de las actividades generadoras de ingresos entre las mujeres;
- Desarrollo del ecoturismo ayudando a las mujeres nómadas a poner en valor sus habilidades, por ejemplo, fabricar objetos culturales para venderlos a los turistas.

136. La Política Nacional de Género (2023-2030) del Ministerio de la Mujer y de la Familia incorpora la perspectiva de género y el cambio climático de la siguiente manera:

- Mediante la orientación estratégica 3, relativa a la lucha contra la vulnerabilidad y al fomento de la resiliencia con el desarrollo de la capacidad y las competencias de las comunidades en materia de gestión sostenible del medio ambiente, el cambio climático y las catástrofes y emergencias humanitarias, así como mediante sus líneas maestras, a saber:
 - El fomento de la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos climáticos y las catástrofes naturales, actuando tanto sobre las capacidades humanas como sobre el ecosistema;
 - La integración de medidas relativas al cambio climático en las políticas, estrategias y programas de desarrollo nacionales y regionales;
 - El aumento de la implicación de la sociedad civil en la lucha contra el cambio climático.
-