



Consejo Económico y Social

Distr. general
8 de diciembre de 2017
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

62º período de sesiones

12 a 23 de marzo de 2018

Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial
sobre la Mujer y del vigésimo tercer período
extraordinario de sesiones de la Asamblea General,
titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre
los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”

Declaración presentada por el Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), organización no gubernamental reconocida como entidad consultiva por el Consejo Económico y Social*

El Secretario General ha recibido la siguiente declaración, que se distribuye de conformidad con lo dispuesto en los párrafos 36 y 37 de la resolución 1996/31 del Consejo Económico y Social.

* La presente declaración se publica sin revisión editorial.



Declaración

Mujeres rurales y salud y derechos sexuales y reproductivos

El Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), con sede en Malasia, es una organización no gubernamental acreditada ante el Consejo Económico y Social que lleva trabajando desde 1993 para promover la salud y los derechos de la mujer y su empoderamiento a través de la información y los conocimientos, y de la vigilancia del cumplimiento de los compromisos, la promoción y la movilización a escala internacional. Nuestra labor se lleva a cabo en colaboración con asociados nacionales de toda la región de Asia y el Pacífico y con asociados nacionales y regionales del Sur Global.

Las experiencias de las mujeres en diferentes comunidades son muy diversas, pero hay un elemento común entre las cuestiones relativas a la mujer rural: la mujer rural está “subyugada a normas culturales, sociales y patriarcales que se han institucionalizado”. Afrontan “desigualdades basadas en el género que se fundamentan en una opresión organizada a través de la clase, la casta, la raza y el origen étnico”, entre otros factores (*ARROW for Change*, “Rural Women and Sexual and Reproductive Health and Rights”). Un aspecto fundamental es el control de la sexualidad de la mujer y el menoscabo de su salud y derechos sexuales y reproductivos. Si las mujeres y las niñas no tienen derecho y acceso a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su sexualidad, se ven aún más abocadas a la pobreza debido a embarazos no deseados, problemas de salud y mayores repercusiones en su salud y bienestar.

Unas 830 mujeres mueren cada día en el mundo debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Se calcula que en 2015 unas 303.000 mujeres murieron durante y tras el embarazo y el parto. Casi todas esas muertes se produjeron en entornos de bajos recursos y la mayoría de ellas se podrían haber evitado (*The Lancet*, 2016). La mortalidad materna es más elevada entre las mujeres que viven en las zonas rurales y entre las comunidades más pobres (Organización Mundial de la Salud, 2016). En general, la demanda no satisfecha de planificación familiar en los países en desarrollo es mayor entre las mujeres pertenecientes al 20% de los hogares más pobres. Es más probable que una persona pobre viva en un entorno rural, sea joven, cuente con un nivel de estudios inferior y viva en un hogar con más hijos: el 80% de las personas extremadamente pobres y el 75% de las personas moderadamente pobres viven en zonas rurales y el 45% tiene menos de 15 años (Banco Mundial, 2016).

Sin acceso a la anticoncepción, las mujeres pobres, en particular las que cuentan con un nivel de estudios inferior y viven en zonas rurales, corren mayor riesgo de embarazos no planeados. Esto puede dar lugar a riesgos para la salud y repercusiones económicas para toda la vida. La falta de potestad de las mujeres para decidir si se quieren quedar embarazadas, cuándo y con qué frecuencia, puede limitar su educación, retrasar su entrada en la fuerza de trabajo remunerada y reducir sus ingresos (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Estado de la Población Mundial 2017*). Esto perpetúa el ciclo de pobreza y contribuye a una mayor marginación de las mujeres en las zonas pobres, rurales y de difícil acceso.

Además, factores sociales determinantes como la pobreza, el nivel de instrucción, la alimentación y la nutrición, el agua y el saneamiento afectan negativamente a su salud. La casta, la clase, la religión, las desigualdades de género, la discapacidad y la ubicación geográfica contribuyen a agravar aún más el problema y afectan negativamente a la salud de las mujeres, los niños y los jóvenes. Asimismo, las dificultades geográficas del terreno también limitan el acceso a los servicios y la información en el ámbito de la salud. No existen atajos para lograr un acceso equitativo a servicios integrales de salud reproductiva de buena calidad (ARROW, *Fulfilling Women's Right to Continuum of Quality Care*).

En muchos países en desarrollo, las mujeres pobres, que se encuentran en el 20% inferior de la escala de ingresos, y, en particular, las que viven en zonas rurales, tienen muchas menos probabilidades de tener acceso a anticonceptivos y a atención sanitaria durante el embarazo y el parto que aquellas que viven en zonas urbanas más prósperas. Por lo que respecta a las adolescentes —que, además, deben enfrentarse a las vulnerabilidades asociadas con la juventud—, la tasa de fecundidad de las que residen en el 20% de los hogares más pobres en los países en desarrollo es casi tres veces superior a la de las adolescentes del 20% de los hogares más ricos. Además, el número de partos entre las adolescentes que residen en zonas rurales duplica el de las que viven en zonas urbanas (UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2017*).

Las mujeres rurales han sido siempre las heroínas anónimas de la producción alimentaria y agrícola. Aunque son invisibles para el mundo, están públicamente olvidadas y no se encuentran entre las principales prioridades de los políticos, las mujeres rurales trabajan día y noche para alimentar a sus familias, sus comunidades y personas de todo el mundo. Desempeñan un papel fundamental a la hora de conservar las semillas y labrar las tierras, así como de liderar las comunidades y administrar sus familias. Sin embargo, las niñas y las mujeres rurales siguen siendo las que comen menos y las últimas, a las que sus padres no llevan a la escuela, las que se ven obligadas a contraer matrimonios infantiles, las que mueren al dar a luz o las que sufren debilitamiento a causa de partos poco espaciados, las que se ocultan en sus hogares durante la menstruación, las que se ven obligadas a someterse a abortos en condiciones de riesgo, las que nunca han visto un médico o enfermero, a las que se les somete a ablación genital y las que todos los días se enfrentan al estigma y la violencia, atrapadas en unas estructuras de poder patriarcales profundamente extendidas en estructuras socioeconómicas discriminatorias (ARROW, *Our Stories, Our Journey: Empowering Rural Women on Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2014).

Asimismo, los pagos directos o la autofinanciación son la principal fuente de financiación de la atención sanitaria en Asia Meridional. Esto ha sido tanto regresivo como inicuo, especialmente para los hogares más pobres que se encuentran en el umbral de la subsistencia. Dentro de la atención sanitaria, los servicios de aborto, tanto legales como ilegales, son unos de los servicios más privatizados. Sin embargo, los encargados de estudiar los sistemas y las políticas de salud tienden a evitar los tipos específicos de servicios de salud y a examinar los sistemas sanitarios en su conjunto (Marge Berer, *Reproductive Health Matters*, 2010).

Las mujeres pobres de las zonas rurales disfrutan de menos acceso a los servicios de atención prenatal y obstétrica de calidad que las mujeres más ricas de las zonas urbanas. Se calcula que una cuarta parte de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo hoy día carecen de acceso a asistencia calificada durante el parto, y muchas no tienen más alternativa que dar a luz por sí solas (UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2017*). Los pobres en los países de ingresos bajos y medianos tienen un acceso limitado a los servicios de salud debido a su falta

de poder adquisitivo, su residencia en zonas subatendidas y su insuficiente alfabetización sanitaria. Esto genera importantes desigualdades en la prestación de asistencia sanitaria en una población que tiene una desproporcionada carga de morbilidad (Marge Berer, *Reproductive Health Matters*, 2010).

Recomendaciones:

- Las medidas para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres rurales deben abarcar toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva y todos los derechos en esa esfera;
- Los Estados deben atender las necesidades insatisfechas de las mujeres rurales con respecto a toda la información y servicios relativos a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, impartiendo una educación sexual integral y prestando unos servicios de calidad en la esfera de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos métodos anticonceptivos modernos, independientemente de su estado civil, y deben dirigirse especialmente a las mujeres de las zonas rurales;
- Los Estados deben garantizar una atención de la salud continuada en todo el ciclo vital de la mujer —desde la etapa anterior a la concepción y el embarazo al posparto o posaborto y la menopausia, así como en diversos lugares, como el hogar, la comunidad y los establecimientos de salud— para lo que es importante reducir la mortalidad y la morbilidad de las adolescentes, las madres, los recién nacidos y los niños y mejorar la salud reproductiva de las mujeres;
- Los Estados deberían velar por que el número de trabajadores sanitarios capacitados a nivel nacional esté en consonancia con las necesidades sanitarias de la población, y sujeto a una realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. En este contexto, se deben establecer equilibrios apropiados entre, por ejemplo, el número de trabajadores sanitarios a nivel comunitario o primario y los especialistas a nivel terciario;
- Los Estados deben poner toda una gama de servicios de aborto y anticoncepción a disposición de todas las mujeres, con especial atención a las mujeres que viven en zonas de difícil acceso;
- Los Estados deben aumentar el número de trabajadores sanitarios de la comunidad en las zonas rurales y de difícil acceso y las zonas periurbanas, que tengan capacitación en la prestación de servicios en la esfera de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y en programas innovadores de comunicación dirigidos a lograr cambios de comportamiento.