

Artículo Original/ Original Article

Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer

Cíntia da Silva Telles Nichele¹ , Aldo Pacheco Ferreira¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro (RJ), Brasil

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Telles Nichele CDS, Pacheco Ferreira A.
*Tratados internacionales de derechos humanos:
efectos sobre la salud de la mujer.* Mem. Inst.
Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(3): 55-66

RESUMEN

Este artículo examina los efectos de los tratados internacionales de derechos humanos relacionados con la salud de la mujer. Para ello, tuvo como objetivo analizar la relación entre la ratificación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y del Protocolo facultativo de esa Convención (OP-CEDAW) y los resultados de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja, de la tasa de mortalidad materna y de la esperanza de vida de la mujer al nacer. Utilizó un método cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. En cuanto a la violencia sexual contra la mujer, se comparó el grado de adherencia a los tratados y la prevalencia de este tipo de violencia. En cuanto a la tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida al nacer, las correlaciones se construyeron utilizando el método de mínimos cuadrados lineales. El estudio involucró al universo de países, los cuales fueron agrupados según la división regional de la OMS. Como resultado, se encontró que estos tres indicadores han mejorado con el tiempo en todas las regiones en el período posterior a la ratificación de ambos tratados. Sin embargo, no fue posible asociar tales avances con el aumento en el número de países que se han unido a los tratados. Por tanto, se debe reconocer que la ratificación de un tratado representa solo el comienzo del compromiso con los derechos humanos para la salud.

Palabras clave: salud de la mujer, derechos humanos, cooperación internacional, salud pública, no discriminación.

International human rights treaties: effects on women's health

ABSTRACT

This article examines the effects of international human rights treaties related to women's health. The objective was to analyze the relationship between the ratification of the Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW) and the Optional Protocol to that Convention (OP-CEDAW) and the results of sexual violence against women by partner and non-partner, maternal mortality rate and life expectancy for women at birth. It used a quantitative, descriptive and cross-sectional method. Regarding sexual violence against women, the degree of adherence to the treaties and the prevalence of this type of violence were compared. Regarding the maternal mortality rate and life expectancy at birth, the correlations were constructed using the linear least squares method. The study involved the universe of countries, which were grouped according to the regional division of the WHO. As a result, these three indicators were found to have improved over time in all regions in the period after the ratification of both treaties. However, it was not been possible to associate such advances with the increase in the number of countries that have joined

Fecha de recepción: Julio 2020. Fecha de aceptación: Octubre 2020

*Autor correspondiente: Aldo Pacheco Ferreira. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Email: aldopachecoferreira@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

the treaties. Therefore, it should be recognized that the ratification of a treaty represents only the beginning of the commitment to human rights.

Keywords: women's health, human rights, international cooperation, public health, non-discrimination.

INTRODUCCIÓN

La celebración de acuerdos internacionales y la firma de tratados, protocolos o convenciones crean formas importantes de apoyo para enfrentar problemas de derechos humanos, como el tema de las desigualdades de género, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo⁽¹⁾.

Los derechos humanos no son un dato, pero son el resultado de un proceso constante de construcción y reconstrucción⁽²⁾. Según Comparato⁽³⁾ a partir de la verificación de la realidad axiológica de la humanidad, los derechos humanos se identificaron con los valores más importantes de la convivencia humana, aquellos sin los cuales las sociedades terminan pereciendo, fatalmente, por un proceso de ruptura irreversible.

En este sentido, surgen interrogantes importantes: ¿Estas leyes que se crean en el contexto internacional para comprometer a los países a avanzar en políticas para enfrentar temas costosos para el bienestar de la humanidad producen cambios en la práctica? ¿Cuáles son los efectos de las normas internacionales de derechos humanos?

Algunos estudios científicos recientes han buscado responder preguntas como estas. Muchos de ellos demostraron que el hecho de que un país esté comprometido con la ley a nivel internacional, genera mayor activismo, o sea, mayores esfuerzos para implementar cambios^(4,5). Otra encuesta reciente concluyó que existe una buena posibilidad de que estas tendencias hacia una mayor legalización impulsadas por los tratados estén asociadas con mejoras en la protección de los derechos humanos a lo largo del tiempo⁽⁶⁾. También hay estudios que reconocen que los tratados son menos efectivos de lo que podrían ser y aún sufren problemas relacionados con el proceso de implementación de sus normas⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Con el interés de contribuir a la comprensión de estas cuestiones, este estudio pretendió verificar los efectos de los tratados internacionales de derechos humanos en los resultados de salud de las mujeres. En este sentido, analizó si, luego de la adopción del derecho internacional, los indicadores de salud de las mujeres cambiaron su comportamiento y si el cambio pudo estar correlacionado con este hecho.

Los principales instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la mujer son la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)⁽¹¹⁾ y el Protocolo facultativo de esa Convención (OP-CEDAW)⁽¹²⁾. La CEDAW fue adoptada por las Naciones Unidas en 1979 y OP-CEDAW se creó 20 años después para establecer mecanismos de reclamo sobre violaciones de la CEDAW para catalizar reformas de políticas públicas en el área⁽¹³⁾.

Los países que ratifican la CEDAW se comprometen a mejorar las condiciones de vida de las mujeres, lo que incluye la situación de salud⁽¹⁴⁾. El texto del tratado incluso menciona esta preocupación por el acceso de las mujeres a la salud⁽¹⁾.

Para medir la situación de salud de la mujer es importante monitorear la evolución de los indicadores de salud. Algunos indicadores son bastante representativos de las necesidades de salud relacionadas con los derechos humanos de las mujeres. Uno de ellos es el que evalúa la violencia sexual contra la mujer.

Esto se debe a que la violencia sexual por parte de terceros y parejas íntimas sigue siendo un problema grave que afecta a países de todo el mundo⁽¹⁵⁻²²⁾. Se trata de violaciones a los derechos humanos que causan profundos daños al bienestar físico, emocional, social, sexual, reproductivo y mental, tanto para la víctima de violencia como para la familia insertada en este contexto^(23,24).

Otro indicador importante para evaluar las condiciones de salud de una población es la mortalidad materna. A partir del análisis de las condiciones en que mueren las mujeres y cómo mueren, se puede evaluar el grado de desarrollo de una sociedad. La mortalidad materna es uno de los indicadores de las discrepancias de salud entre los países desarrollados, en desarrollo y subdesarrollados⁽²⁵⁾. Se considera un desafío

para la salud pública que necesita avances y mejoras en la calidad de la atención para estas mujeres. La tasa global de mortalidad materna es de alrededor de 210 muertes por cada 100.000 nacidos vivos⁽²⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al final del embarazo, independientemente de la duración o el lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por medidas en relación con él, pero no por causas accidentales o incidentales⁽²⁷⁾.

La esperanza de vida al nacer también es un buen indicador para reflejar las condiciones generales de vida de una población, porque es una forma de indicar la variación de la mortalidad por edades. Se define como el número de años esperados para un recién nacido en su respectivo espacio geográfico, si se mantienen las condiciones de mortalidad de ese período⁽²⁸⁾.

Así, el objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la ratificación de la CEDAW y del OP-CEDAW y los resultados de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja, la tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida de la mujer al nacer.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y se realizó en el primer semestre de 2019. De acuerdo con Gil⁽²⁹⁾, este tipo de investigación tiene como objetivo describir las características de ciertas poblaciones o fenómenos. En el caso de esta investigación, buscamos describir las características de un fenómeno contemporáneo, en la evaluación y monitoreo del desempeño de las políticas de atención de salud de las mujeres por parte de los países ratificantes, como un problema de derechos humanos y salud pública.

Para comprobar si había una correlación entre la adherencia a la CEDAW y la OP-CEDAW y los cambios en el estado de salud de las mujeres, se utilizaron tres indicadores de salud del Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los últimos 20 años aproximadamente: violencia sexual contra mujeres practicada por parejas sexuales⁽³⁰⁾ y no parejas⁽³¹⁾, tasa de mortalidad materna⁽³²⁾ y esperanza de vida de las mujeres al nacer⁽³³⁾. Estos datos se organizaron literalmente en gráficos, incluidos los márgenes de error, que fueron puestos a disposición por la OMS. Se eligieron estos indicadores porque representan cuestiones fundamentales para la salud de la mujer.

Todos los resultados, tanto de los indicadores de salud, como del grado de adherencia a los tratados, fueron organizados y presentados de acuerdo con la división regional de la OMS. Dentro de esta división, los países se agrupan en 6 regiones, a saber, africana, americana, europea, mediterráneo oriental, pacífico occidental y Asia sudoriental. Se utilizaron datos del universo de todos los países que han ratificado los tratados y el resultado de cada región estuvo constituido por el promedio de los países que la integraban.

En cuanto a la violencia sexual contra la mujer por parte de la pareja y por la no pareja, se comparó el grado de adherencia a los tratados y la prevalencia de este tipo de violencia en cada región. La intención era verificar si los países que se adhirieron a los tratados son los que presentan menores niveles de violencia.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida al nacer, las correlaciones se construyeron utilizando el método de mínimos cuadrados lineales. Para cada correlación, también se calcularon los coeficientes de determinación, utilizando la formulación clásica de estadística⁽³⁴⁾. En el caso de la tasa de mortalidad, la correlación construida involucró los siguientes factores: disminución de la tasa de mortalidad materna y el aumento de la adhesión a la CEDAW y al OP-CEDAW. En cuanto a la esperanza de vida, los factores correlacionados fueron el aumento de la esperanza de vida al nacer y el aumento de la adhesión a la CEDAW y al OP-CEDAW.

Dichas correlaciones buscaron verificar si la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida podrían estar relacionados con una mayor adherencia a CEDAW y OP-CEDAW. Sin embargo, no fue posible determinar esta

correlación para la violencia contra la mujer, ya que la OMS solo proporcionó datos del año 2010.

Los datos sobre los países ratificantes de la CEDAW y el OP-CEDAW, se extrajeron de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR)⁽³⁵⁾.

Como toda investigación utilizó datos de acceso y de dominio público, no hubo necesidad de aprobación por parte del Comité de Ética.

RESULTADOS

Adhesión a los tratados

La CEDAW tiene un alto consenso al haber sido ratificada ampliamente por el 95,94% de los países, como se muestra en la Figura 1. El OP-CEDAW tiene menos miembros, con la ratificación de algo más de la mitad de los países: 57,87%.

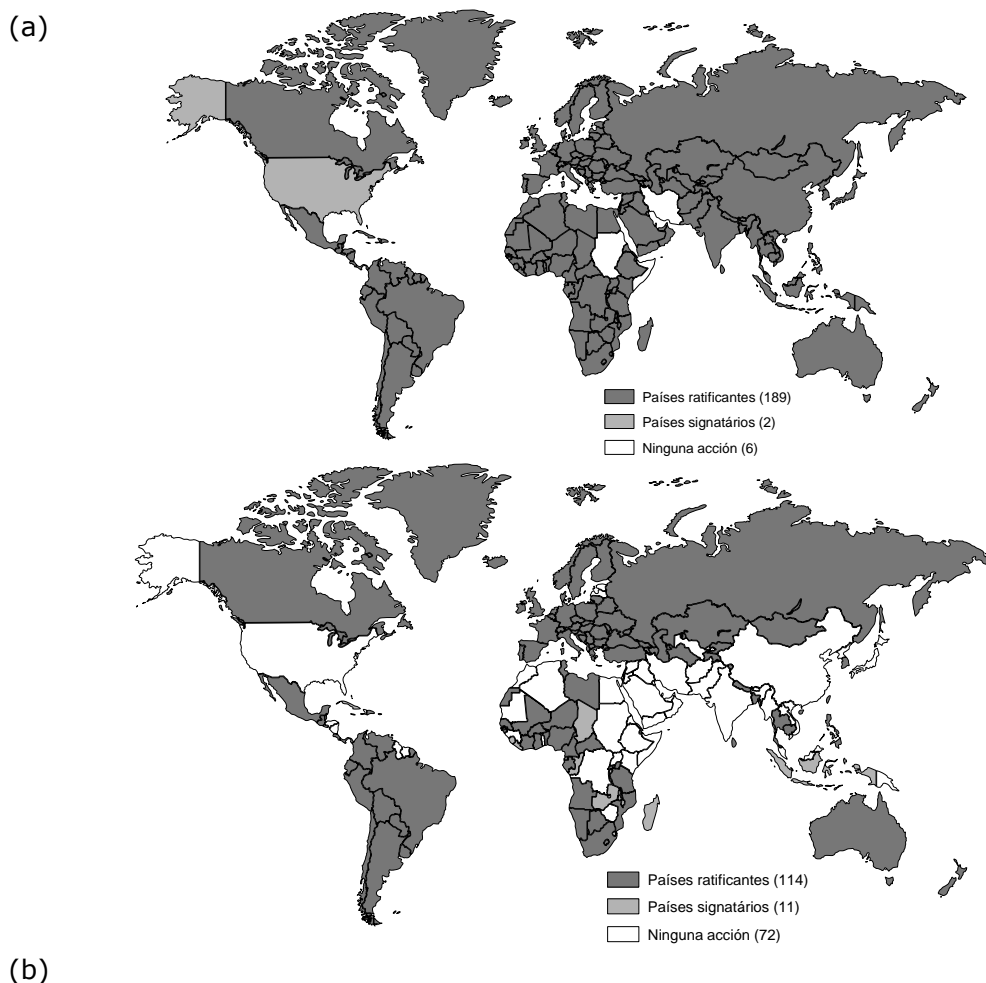


Figura 1: Mapa global con presentación de la adhesión de los países (a) a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y (b) a lo Protocolo Facultativo (OP-CEDAW), 2020.

La Tabla 1 muestra la evolución de las ratificaciones a la CEDAW y al OP-CEDAW en cada región de la OMS de 1990 a 2019. La región que tuvo la menor adhesión a la CEDAW en 2019 fue el Mediterráneo Occidental, con una tasa expresiva del 85,71%. Las regiones africana, europea y de Asia Sudoriental tuvieron una adherencia del 100% en el mismo año.

En relación al OP-CEDAW, el mayor porcentaje de ratificación se encontró en la región Europea, 92,16%, en 2019. El peor resultado este año fue el de la región del Mediterráneo Oriental con solo el 9,52% de adhesión.

Existe un equilibrio entre los porcentajes de ratificaciones de la CEDAW entre regiones, ya que la diferencia entre los peores y los mejores resultados (85,71% y 100%, respectivamente) no alcanzó los 15 puntos porcentuales. Esto no sucedió con OP-CEDAW. La diferencia entre el peor y el mejor resultado (9,52% y 92,16%, respectivamente) alcanzó aproximadamente 83 puntos porcentuales.

Tabla 1: Porcentual de adhesión a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y a lo Protocolo Facultativo (OP-CEDAW), según las regiones de la OMS, 1990-2019.

Regiones	Año																				
	1990			2000			2005			2010			2015			2016			2019		
	A	A	B	A	B	A	A	B	A	A	B	A	A	B	A	A	B	A			
Africana	54,35	93,48	6,52	95,65	23,91	97,83	39,13	100	50	100	52,17	100	100	52,17	100	100	54,25	54,25			
Américas	91,43	97,14	2,85	97,14	40	97,14	51,43	97,14	51,43	97,14	51,43	97,14	97,14	51,43	97,14	97,14	51,43	51,43			
Europea	47,06	92,16	13,72	98,04	76,47	100	86,27	100	88,23	100	90,2	100	100	90,2	100	100	92,16	92,16			
Mediterráneo oriental	23,81	57,14	0	76,19	4,76	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	9,52			
Pacífico occidental	36	68	4	80	16	88	32	92	32	92	32	92	32	92	32	92	36	36			
Asia sudoriental	45,45	81,81	18,18	100	36,36	100	54,54	100	54,54	100	54,54	100	54,54	100	54,54	100	54,54	54,54			

Fuente: OMS/OHCHR
OMS = Organización Mundial de la Salud
A = CEDAW
B = OP-CEDAW

Indicadores de salud de la mujer

La Tabla 2 resume las tasas más recientes de violencia sexual, tasa de mortalidad y esperanza de vida de la OMS. La región africana tuvo los peores resultados en los 3 índices. Las regiones europea y de la Asia Sudoriental presentaron, respectivamente, los porcentajes más bajos de violencia por parte de no miembros y miembros. La región Mediterránea Oriental, a su vez, obtuvo los mejores resultados en términos de mortalidad y esperanza de vida.

Tabla 2: Prevalencia de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja, tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) y esperanza de vida al nacer (años de vida), según regiones de la OMS, 2010-2016.

Regiones	Prevalencia de la violencia sexual (%) en 2010		Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) en 2015	Esperanza de vida al nacer (años de vida) en 2016
	por no pareja	por pareja		
Africana	43,97	14,77	472,83	62,7
Américas	28,27	10,68	82,56	79,8
Europea	24,43	9,74	130,43	70,7
Mediterráneo oriental	35,38	4,53	14,04	80,8
Pacífico occidental	26,24	11,17	134,09	71,3
Asia sudoriental	34,86	4,31	71,67	78,9

Fuente: OMS

Violencia sexual

Con respecto a la violencia por no pareja, la región africana tuvo las tasas más altas (43,97%). El Mediterráneo Oriental tuvo el segundo peor resultado (35,38%). Teniendo en cuenta el error de muestreo (30,44%-40,32%), este grado de violencia del Mediterráneo oriental es equivalente a la región de la Asia Sudoriental (30% - 39,72%). La región europea agregó el porcentaje más bajo (24,43%), pero si se considera el margen de error (19,72% - 29,13%), puede empatar con las regiones de las Américas (21,67% - 34,88%) y el Pacífico Occidental (18,35%-34,13%).

En cuanto a la violencia sexual por pareja, hubo menos prevalencia que la practicada por no pareja en todas las regiones. Los peores resultados son los de la región africana (14,77%), seguidos por los de la región del Pacífico Occidental (11,17%), cuyo margen de error los coloca en una situación de equivalencia estadística. El Mediterráneo Oriental tuvo el segundo mejor resultado (4.53%), solo por detrás de Asia Sudoriental (4.31%).

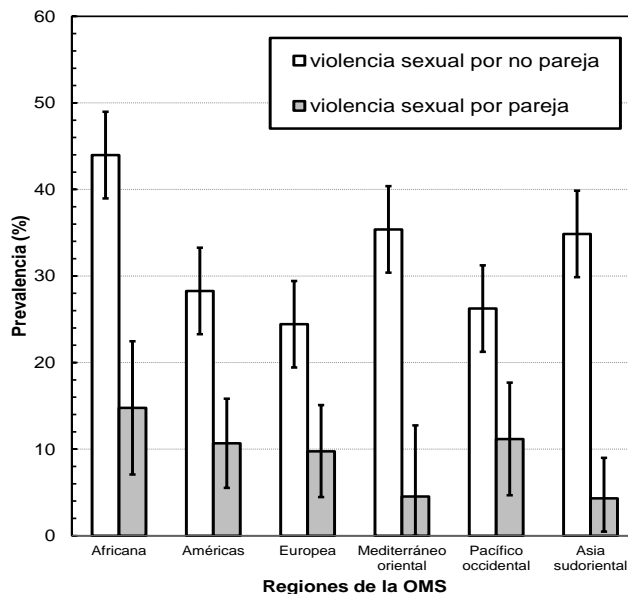


Figura 2: Prevalencia de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja según regiones de la OMS, 2010.

Mortalidad materna

La tasa de mortalidad mostró una tendencia decreciente a lo largo del tiempo en todas las regiones, como se muestra en la Figura 3. El punto culminante negativo recayó en la región africana con tasas de 867,5 en 1990, 737,22 en 2000 y 472,83 en 2015. Las tasas más bajas se encontraron en la región del Mediterráneo Oriental, que varió entre 31,02 (en 1990) y 14,04 (en 2015). La región de las Américas también se destacó positivamente, presentando el segundo mejor resultado.

Los gráficos de la Figura 3 muestran los resultados de los índices de correlación, que son $R^2 = 0.4911$ para CEDAW y $R^2 = 0.0643$ para OP-CEDAW. Indican que no existe una correlación significativa entre la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la adherencia a estos tratados.

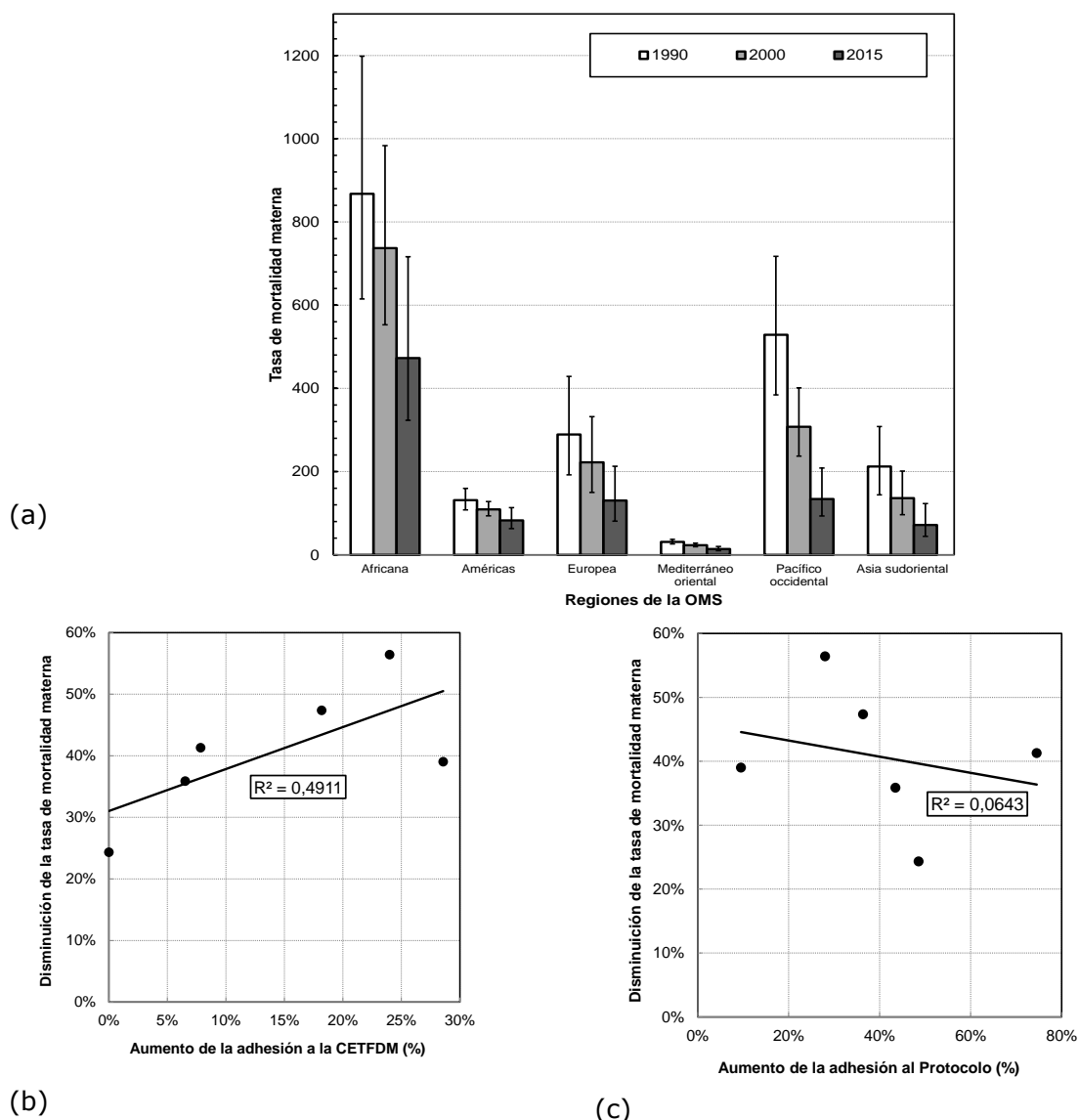


Figura 3: Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) (a) según las regiones de la OMS, 1990-2015 (b) correlación entre la disminución de la tasa de mortalidad materna y el aumento de la adhesión a la CEDAW, 2000-2015 (c) correlación entre la disminución de la tasa de mortalidad materna y el aumento de la adhesión al OP-CEDAW, 2000-2015

Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida aumentó durante el período analizado en todas las regiones. La Figura 4 muestra que la región africana presentó el mayor crecimiento, de 52,1 en 2000 a 62,7 en 2016, un aumento notable en más de 10 años. A pesar de haber alcanzado el mayor aumento, todavía se mantiene con la esperanza de vida más baja, con una distancia de 8 años del segundo peor lugar en 2016, es decir, la región europea. La región de las Américas, por otro lado, presentó la menor diferencia, totalizando un aumento de 2,8 años. Sin embargo, a lo largo del tiempo observado, se mantuvo con los mejores resultados, habiendo alcanzado en 2000 y 2005 la mayor esperanza de vida. En los otros períodos, estuvo solo por detrás de la región del Mediterráneo Oriental, pero con valores muy cercanos que diferían en promedio de 0,9 años.

En cuanto a la correlación entre el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la adherencia a CEDAW y OP-CEDAW, los coeficientes encontrados ($R^2 = 0.0165$ y $R^2 = 0.00008$, respectivamente) indican que no existe asociación significativa entre estos factores.

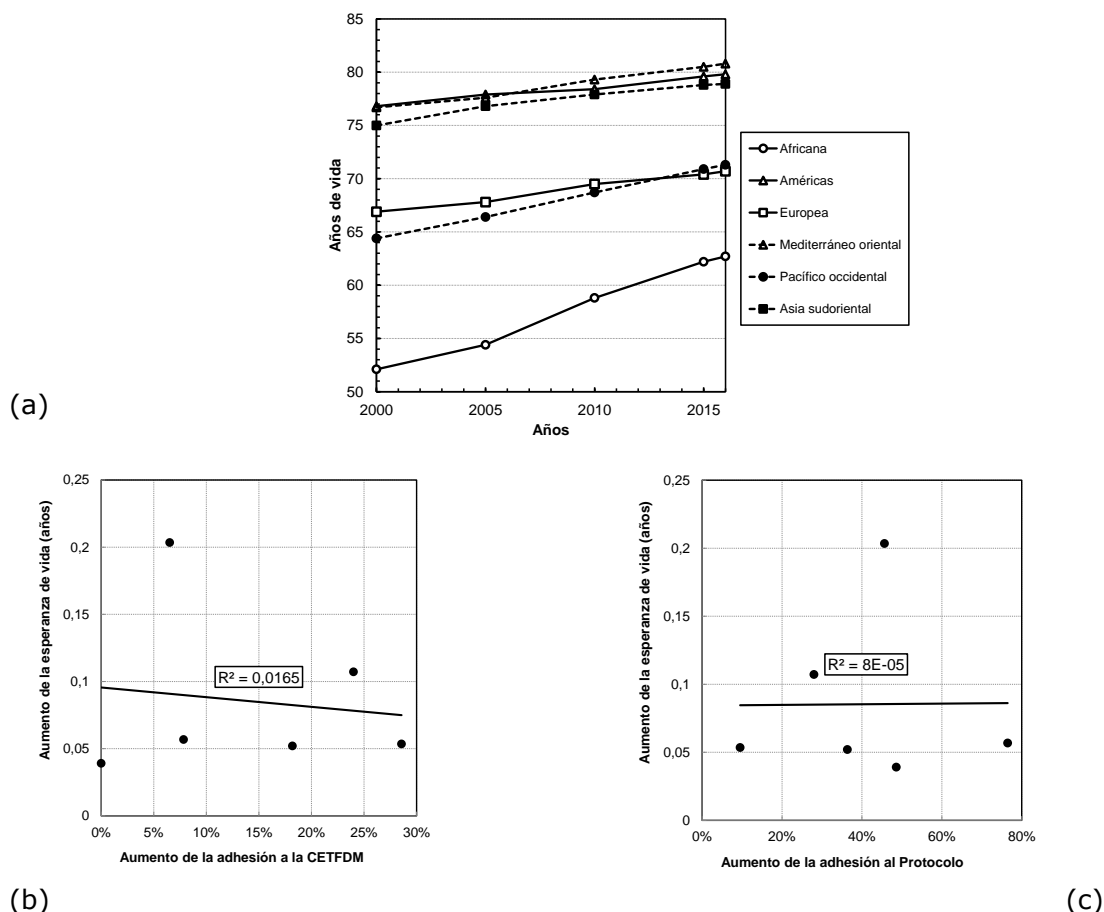


Figura 4: Esperanza de vida al nacer para las mujeres (años de vida)
 (a) según las regiones de la OMS, 2000-2016
 (b) correlación entre el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la adhesión a la CEDAW, 2000-2016
 (c) correlación entre el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la adhesión al OP-CEDAW, 2000-2015

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación en relación con la violencia contra la mujer, la región africana tuvo las peores tasas. Sin embargo, los datos que se refieren al porcentaje de ratificación de CEDAW y OP-CEDAW en ese mismo año, indican que esta región no fue la menos comprometida por estos acuerdos, sino la región del Mediterráneo Oriental. En cuanto a la región europea, aunque es la más comprometida con la CEDAW y el OF-CEDAW, los resultados de la violencia contra las mujeres no son significativamente inferiores a los de otras regiones.

En relación a la mortalidad materna, la región del Mediterráneo Oriental tuvo las tasas más bajas. Por otro lado, con respecto a los pactos internacionales, fue la que presentó los porcentajes más bajos durante el período. La región africana, por otro lado, tuvo las tasas más altas en el período. En 1990 y 2000, los países de esa región lograron buenos resultados en términos de adhesión a la CEDAW, siendo la segunda región que más ratificó. En 2015, estos países africanos lograron el 100% de ratificación por parte de la CEDAW y el 50% por el PF-CEDAW.

En cuanto a la esperanza de vida, la región del Mediterráneo Oriental mostró los mejores resultados. Sin embargo, tuvo la tasa de compromiso más baja tanto para la CEDAW como para el OP-CEDAW en los años 2000, 2005, 2010, 2015 y 2016. En la región africana ocurrió lo contrario. Tenía la esperanza de vida más baja, con una distancia de 8 años del segundo peor lugar, pero logró altas tasas de ratificación para CEDAW y OP-CEDAW.

Se encontró, por tanto, que las regiones con los mayores grados de adhesión a la CEDAW y al OP-CEDAW no presentan las mejores tasas de violencia, mortalidad y esperanza de vida. De manera similar, aquellos con la menor adherencia a estos tratados no tuvieron los peores resultados. Esto significa que no se encontró relación directa entre los tratados y los indicadores de salud de la mujer estudiados.

En el caso de la mortalidad y la esperanza de vida, esto se confirmó con las pruebas de correlación en las que los valores bajos de R^2 sugieren la no correlación entre dichos factores.

Estos resultados difieren de los encontrados por Beninger⁽³⁶⁾, cuando realizó un análisis comparativo del desarrollo y la implementación de la reforma legislativa basada en el artículo 5 del CEDAW⁽¹¹⁾ para combatir la violencia doméstica contra las mujeres en Ghana, Namibia y Sudáfrica. Las nuevas leyes tuvieron un impacto positivo en el combate a la violencia en los tres países, mostrando que después de la entrada en vigencia de las leyes hubo un aumento en el número de denuncias de casos de violencia. Sin embargo, el aumento de denuncias no está relacionado con la disminución de actos de violencia contra las mujeres. Esta investigación concluyó que las leyes dieron visibilidad al problema de la violencia doméstica, pero no hubo evidencia de que realmente contribuyó al cambio social de la situación.

Taitet *al.*⁽¹⁴⁾ señalaron las relaciones entre la ratificación de CEDAW y la mejora en los índices de salud de las mujeres y descubrieron que la efectividad de este pacto no era uniforme, sino que era bastante influyente en países de altos ingresos, pero ineficaz en países de bajos ingresos y no democráticos. Los autores reconocen que los resultados de salud de las mujeres también dependen de otros factores sociales que no se han tenido en cuenta, pero que no hay forma de aislar la influencia ejercida por la ratificación en los indicadores de salud de las mujeres. A pesar de esto, los datos sugieren el impacto del CEDAW en la disminución significativa de las tasas de mortalidad en países de ingresos medios no democráticos y el aumento de la esperanza de vida femenina en los países de ingresos altos.

La investigación de Cole⁽³⁷⁾ examinó los efectos de cuatro tratados importantes de derechos humanos, incluido la CEDAW. Como resultado, se descubrió que los países que ratificaron la CEDAW con reservas habían mejorado el desempeño en los derechos de las mujeres. Para el autor, por un lado, las reservas parecen mitigar los objetivos de la CEDAW cuando condicionan su aplicación al respeto de la legislación interna existente, como en el caso de los países musulmanes que se han reservado el derecho de no aplicar las disposiciones de CEDAW que están en desacuerdo con la sharia islámica. Por otro lado, la ratificación condicional de CEDAW hizo que el compromiso con el tratado sea más preciso y honesto.

Otro estudio reciente tuvo como objetivo identificar los efectos de las normas internacionales de derechos humanos, incluida la CEDAW⁽³⁸⁾. Los autores también utilizaron los Indicadores de salud de la mujer de la OMS y trabajaron con datos de todos los países, pero estos se agruparon en regiones según los grupos de ingresos. De los resultados encontrados, se destaca que para la mayoría de las regiones y niveles de ingresos, las tendencias analizadas sugirieron caídas significativas en la mortalidad de mujeres en los cinco y diez años posteriores a la ratificación. En todas las regiones, se produjo un aumento significativo de la esperanza de vida después de 10 años de ratificación. Pero los mejores resultados de la CEDAW se han asociado con los países de ingresos altos.

El trabajo de Englehart afirmó que la CEDAW tiene un efecto estadísticamente significativo y positivo sobre los derechos de las mujeres, incluso cuando se controlan otros factores⁽³⁹⁾.

Este análisis de la producción científica relacionada con el trabajo presentado en este artículo demuestra que nuestros hallazgos corroboran el hecho de que las mejoras en los resultados de los indicadores de salud de la mujer son visibles en los años posteriores a la ratificación de los tratados. Sin embargo, al correlacionar numéricamente estos factores, no hubo evidencia de que tales efectos positivos estuvieran vinculados al evento de ratificación.

Los resultados de este estudio también mostraron que OP-CEDAW no tenía el mismo apoyo internacional que CEDAW. OP-CEDAW es una especie de brazo ejecutivo de la CEDAW, ya que tiene como objetivo permitir su implementación efectiva⁽⁴⁰⁾ y no se esperaba una gran diferencia en el grado de compromiso entre dos países entre ellos. Tampoco imaginó encontrar las altas tasas de ratificación de los países africanos a estos tratados, ya que se sabe que esta región históricamente ha sufrido graves violaciones de derechos humanos⁽⁴¹⁾, pero sorprende que a nivel teórico y legal se encuentre altamente comprometida.

La investigación enfrentó limitantes siendo la primera la falta de datos sobre la violencia contra la mujer. En los bancos de la OMS, solo hubo resultados de prevalencia en 2010, lo que no permitió realizar análisis estadísticos relacionados con la evolución de estos índices en el tiempo. Otra limitación recayó en el esfuerzo por establecer las correlaciones entre la adherencia a la CEDAW y la OP-CEDAW y las tasas de mortalidad y esperanza de vida. Estos procesos de correlación no son independientes y están implicadas numerosas causas y este estudio no pudo abordar todas ellas. Finalmente, cabe mencionar que los tres indicadores de salud de la mujer utilizados no fueron creados con el propósito de medir la práctica de derechos humanos.

A pesar de que los datos utilizados tienen estos límites, son bastante consistentes, ya que la OMS produce estos indicadores para brindar una imagen completa de la salud global y utiliza métodos de medición uniformes, lo que permite la comparación entre países⁽⁴²⁾. Esto aseguró la confiabilidad de la investigación realizada ya que el estudio desarrollado logró presentar un panorama sistemático y completo de la situación de la ratificación de los dos principales tratados internacionales de derechos humanos para las mujeres en cada una de las seis regiones y también correlacionó con cambios en el perfil de salud de las mujeres de los tres indicadores seleccionados.

El estudio realizado no mostró ninguna correlación entre la adherencia a la CEDAW y la OP-CEDAW y los resultados de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja, la tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida de la mujer al nacer. Aunque estos indicadores han mejorado con el tiempo en todas las regiones en el período posterior a la ratificación de ambos tratados, no ha sido posible asociar tales avances con el aumento en el número de países que se han unido a los tratados.

Observamos que la eficacia de la adopción de la CEDAW e del OP-CEDAW como estrategia para mejorar la salud de las mujeres aún tiene un largo camino por recorrer. Sin embargo, esto no significa que se deba desalentar a los países de comprometerse con los acuerdos internacionales de derechos humanos, sino reconocer que la ratificación de un tratado representa solo el comienzo del compromiso con los derechos humanos para la salud^(26,43).

Fuente de financiación: Ayuda recibida del CNPq en forma de beca de Doctorado Completo – GD.

Declaración de conflicto de intereses: ninguna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prá JR, Epping L. Ciudadanía e feminismo no Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres direitos humanos das mulheres. *Estudos Feministas* 2012; 20(1): 33-51.
2. Arendt H. Public rights and private interests, in response to Charles Frankel. In: *Small Comforts for Hard Times, Humanists on Public Policy*. New York: Columbia University Press 1977.

3. Comparato FK. A afirmação histórica dos direitos humanos. 3. ed. São Paulo: Saraiva 2004.
4. Dancy G, Michel V. Human Rights Enforcement form below: private actors and prosecutorial momentum in Marin America and Europe. *International Studies Quarterly* 2016;60(1):173-88.
5. Dancy G, Sikkimk K. Treaty ratification and human rights prosecutions: toward a transnational theory. *International Law and Politics* 2012;44(3):751-90.
6. Fariss CJ, Dancy G. Measuring the Impact of Human Rights: conceptual and Methodological Debates. *Annual Review of Law and Social Science* 2017;13(1):273-94.
7. Fariss CJ. The Changing Standard of Accountability and the Positive Relationship between Human Rights Treaty Ratification and Compliance. *British Journal of Political Science* 2018;48(1):239-71.
8. Hill DW. Avoiding Obligation: Reservations to Human Rights Treaties. *Journal of Conflict Resolution* 2016;60(6):1129-58.
9. Cole WM. Mind the Gap: State Capacity and the Implementation of Human Rights Treaties. *International Organization* 2015; 69(2):405-41.
10. Lupo Y. Legislative Veto Players and The Effects os International Human Rights Agreements. *American Journal of Political Science* 2015; 53(3):578-94.
11. Organización de las Naciones Unidas. UN WOMEN. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. Consultado 23 de abril de 2019, 1979.
12. Organización de las Naciones Unidas. Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada por la Asamblea General en su resolución A/54/4 de 6 de octubre de 1999. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/opcedaw.aspx>. Consultado 23 de abril de 2019, 1999.
13. Stoffels RA. The role of the CEDAW Committee in the implementation of public policies on gender issues: analysis through a study of the protection of girls' rights in Spain. *The International Journal of Human Rights* 2019; 23(8):1317-36.
14. Tait CA, Abdillahi I, Wong W, Smith-Cannoy H, Siddiqi A. Can the health effects of widely-held societal norms be evaluated? An analysis of the United Nations convention on the elimination of all forms of discrimination against women (UN-CEDAW). *BMC Public Health* 2019;19(1):279.
15. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368(9543):1260-69.
16. Barros Claudia Renata dos Santos, Schraiber Lilia Blima. Intimate partner violence reported by female and male users of health care units. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30] ; 51: 7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100203&lng=en. Epub Feb 16, 2017. Doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006385.
17. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(2):417-425.
18. Casique CL, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14(6):950-56.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(3):359-67.
20. Caldwell JE, Swan SC, Woodbrown VD. Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychol Violence* 2012;2(1):42-57.
21. Arrom C, Fresco MP, Arrom CM, Capurro M, Samudio M, Arrom MA, et al. Género como factor asociado a sufrir determinado tipo de violencia. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2015; 13(3):51-57.
22. Grianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad. Saúde Colet* 2018; 26(3):318-26.
23. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341(12):886-92.
24. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359(9314):1331-36.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito

- materno. Brasília (DF): Editora MS 2009.
26. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) 2015.
 27. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Consultado 21 de agosto de 2019, 2019.
 28. Corrêa ERP, Miranda-Ribeiro A. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte.
 29. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas 2009.
 30. World Health Organization [homepage en internet]. Global Health Observatory data repository – Intimate partner violence prevalence [acceso en 20 ago 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.IPV?lang=en>.
 31. World Health Organization [homepage en internet]. Global Health Observatory data repository – Non-partner sexual violence prevalence [acceso en 20 ago 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.NPSV?lang=en>.
 32. World Health Organization [homepage en internet]. Global Health Observatory data repository – SDG Target 3.1: Maternal mortality [acceso en 20 ago 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG31REGV?lang=en>.
 33. World Health Organization [homepage en internet]. Global Health Observatory data repository – Life expectancy for women [acceso en 20 ago 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.WOMENLIFEEXP?lang=en>.
 34. Spiegel MR, Stephens LJ. Estatística. Porto Alegre: Bookman; 2009.
 35. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights – OHCHR. Ratification of 18 International Human Rights Treaties. Disponível em: <http://indicators.ohchr.org/>. Consultado 18 de septiembre de 2019, 2019.
 36. Beninger C. The Effectiveness of Legislative Reform in Combating Domestic Violence: A Comparative Analysis of Laws in Ghana, Namibia and South Africa. *Neth Q Hum Rights* 2014;32(1):75–108.
 37. Cole WM. Human Rights as Myth and Ceremony? Reevaluating the Effectiveness of Human Rights Treaties, 1981–2007. *Am J Sociol* 2012;117(4):1131–71.
 38. Smith-Cannoy, Wong WH, Siddiqi A, Tait C, Parnia A. When everyone agrees: human rights norms on women and children and their effects on health. *The International Journal of Human Rights* 2020; DOI: 10.1080/13642987.2020.1743975.
 39. Englehart NA, Miller MK. The CEDAW Effect: International Law’s Impact on Women’s Rights. *Journal of Human Rights* 2014;13(1):22-47.
 40. Campbell M. Women’s Rights and the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women: Unlocking the potential of the Optional Protocol. *Nordic Journal of Human Rights* 2016;34(4):247-71.
 41. Ssenyonjo M. Responding to Human Rights Violations in Africa. *International Human Rights Law Review* 2018;7(1):1-42.
 42. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de morbilidad. Disponível em: https://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/. Consultado 18 de septiembre de 2019, 2019.
 43. Getgen JE, Meier BM. Ratification of human rights treaties: the beginning not the end. *The Lancet* 2009; 374: 447–8.