



**Pacto Internacional  
de Derechos Civiles  
y Políticos**

Distr.  
GENERAL

CCPR/CO/77/MLI/Add.1  
30 de noviembre de 2007

ESPAÑOL  
Original: FRANCÉS

---

**EXAMEN DE LOS INFORMES PRESENTADOS POR LOS ESTADOS  
PARTES DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 40 DEL PACTO**

**Comentarios del Gobierno de la República de Malí a las observaciones  
finales del Comité de Derechos Humanos\***

[27 de noviembre de 2007]

---

\* Con arreglo a la información transmitida a los Estados Partes acerca de la tramitación de sus informes, el presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial antes de ser enviado a los servicios de traducción de las Naciones Unidas.

### **Párrafo 7**

La Constitución de 25 de febrero de 1992 consagra el carácter republicano y laico del Estado. En el preámbulo se remite a la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y se proclama la defensa de la mujer y el niño.

La Constitución dispone en su artículo 116 que los tratados ratificados priman sobre las leyes.

En virtud de esa disposición, no es necesario incorporar sistemáticamente todos los instrumentos jurídicos internacionales. En efecto, éstos son aplicables desde el momento de su ratificación. Los ciudadanos pueden invocar el Pacto ante los tribunales nacionales.

A pesar de esa disposición es preciso reconocer que son raros los casos en que los ciudadanos invocan directamente el Pacto ante los tribunales nacionales, lo que obedece, por una parte, al desconocimiento de esa disposición y, por otra, a la escasa difusión del Pacto.

Para facilitar la aplicación del Pacto y de otros instrumentos jurídicos internacionales de protección de los derechos humanos, el Gobierno puso en marcha programas de difusión de su contenido, así como de formación de los profesionales del derecho.

En 2004 el Gobierno organizó para magistrados, abogados y auxiliares de justicia, un programa de formación sobre los tratados ratificados en materia de derechos humanos, con objeto de promover su aplicación por los magistrados y la invocación de sus disposiciones por parte de abogados y ciudadanos.

### **Párrafo 8**

La Comisión Nacional Consultiva de Derechos Humanos se creó en 1996, aunque por diversos motivos no ha llegado a funcionar realmente.

En vista de ello, en 2006 el Gobierno procedió a examinar el texto por el que se creó dicha Comisión y, de conformidad con los Principios de París, instituyó una nueva comisión, denominada Comisión Nacional de Derechos Humanos. Según su texto constitutivo, la misión principal de la Comisión es contribuir a la promoción y protección de los derechos humanos y prevenir la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Los miembros de la nueva Comisión Nacional de Derechos Humanos fueron designados ya el 8 de junio de 2006, los cuales procedieron a elegir a los cargos de la misma el 17 de noviembre del mismo año.

### **Párrafo 9**

La instauración de la paz, plasmada en la firma del Pacto Nacional, permitió reanudar la actividad económica y social, gracias a la reconstrucción de la administración, el regreso de los actores que se retiraron a consecuencia del conflicto (organizaciones no gubernamentales (ONG), proyectos y programas) y la aparición de nuevos actores.

Dentro del marco del Pacto Nacional, las autoridades políticas iniciaron un amplio proceso de descentralización que ha desembocado en la creación de colectividades territoriales (regiones, distritos, círculos y municipios). Asimismo se crearon estructuras para asistir a las colectividades territoriales en el ejercicio de sus competencias: comités regionales de orientación, comités locales de orientación y centros asesores comunales.

Teniendo en cuenta la particularidad del norte y respondiendo a los compromisos asumidos en el Pacto Nacional, el Gobierno de Malí puso en marcha mecanismos específicos para impulsar y alentar el desarrollo de esa parte del país. Entre ellos figura en lugar destacado la Comisaría del Norte y después la Autoridad de Desarrollo Integrado del Norte.

El problema del desarrollo del norte de Malí se considera en general como una de las causas principales de los dolorosos acontecimientos de 1990 en las regiones 6, 7 y 8 que darían lugar a la firma del Pacto Nacional el 11 de abril de 1992.

Para la aplicación del Pacto, la Comisaría del Norte participó en las formas siguientes:

- La organización de la llama de la paz el 27 de marzo de 1996 en Tombuctú;
- La integración de 2.900 ex combatientes en la función pública;
- La repatriación de 300.000 desplazados;
- La reinserción socioeconómica de los desplazados;
- La desmovilización y el desarme de los ex combatientes de todos los movimientos armados;
- La reinserción socioeconómica de cerca de 9.000 ex combatientes mediante la financiación del programa de apoyo a la reinserción de ex combatientes de Malí (PAREM) transformada después en el proyecto de consolidación de realizaciones de la reinserción en el norte de Malí (CAR-NORD).

En el marco de la reinserción de ex combatientes, el proyecto CAR-NORD movilizó entre 2001 y 2005 la cantidad de 6.142.464.786 FCFA.

Por otra parte, de 2001 a 2005, el Organismo Nacional de Inversiones de las Colectividades Territoriales (ANICT) hizo una inversión total de 1.158.773.892 FCFA tan sólo en la región de Kidal.

Las actividades del PAREM, del CAR-NORD y de la ANICT, unidas a las de otros actores, han permitido el regreso de refugiados y desplazados, creado empleo y mejorado en su conjunto el nivel de vida de las poblaciones mediante la creación de actividades generadoras de ingresos y la fluidez de los intercambios transfronterizos y con el resto del país.

### **Párrafo 10**

El proyecto de código del derecho de personas y familia en proceso de aprobación derogará en efecto las disposiciones discriminatorias contra la mujer que figuran en las normas actuales sobre el matrimonio y tutela.

En 2005 se creó, bajo la dependencia del Primer Ministro, una comisión encargada de examinar el proyecto de código, en colaboración con el Ministerio de Justicia, el cual lo presentará y defenderá ante la Asamblea Nacional.

El eje de la reforma consiste en el reconocimiento de los derechos de la mujer y el niño, suprimiendo concretamente todas las limitaciones de la capacidad jurídica de la mujer casada. La reforma propuesta ha exigido reexaminar todas las disposiciones discriminatorias que figuraban en los textos, así como la redacción de nuevas disposiciones para colmar el vacío jurídico existente en materia de sucesiones.

### **Párrafo 11**

La República de Malí ha suscrito numerosos convenios y declaraciones que contienen disposiciones relativas a la promoción y protección de la salud del niño y la mujer. En algunas de esas disposiciones se prevé expresamente la erradicación de la mutilación genital femenina. Cabe citar en particular:

- La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979);
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966);
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989);
- La Declaración y el Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993);
- La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993);
- El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, aprobado el 11 de julio de 2003 en Maputo, en la segunda Cumbre de la Unión Africana;
- La Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990).

Todo ello demuestra que el Gobierno de Malí es consciente de la necesidad de prohibir la ablación del clítoris por la vía legislativa. En efecto, toda su acción actual se dirige a ese objetivo. La cuestión que se plantea es saber cuál es el momento ideal. ¿Hay que legislar ahora sin estar seguros del cumplimiento efectivo de la ley o hay que tratar de conseguir la adhesión de una mayoría de la sociedad y dotarse de los medios para aplicarla efectivamente? Esta última alternativa, que combina la pedagogía, la visibilidad y la acción directa, parece estar dando fruto, como demuestra la regresión, año tras año, del índice de esa práctica. De esta manera, del 94%

en 1996, el índice disminuyó al 91% en 2001. Esta tendencia a la baja se verá confirmada por el próximo censo demográfico y de salud que se publicará en 2007.

El enfoque pedagógico, sin negar el interés de una ley, fue confirmado por el Presidente de la Liga de Derechos Humanos de Francia, que en 1993, testificando en un juicio contra ciudadanos de Malí por ablación, declaró: "... no se tira una costumbre por la ventana sino que se va bajando escalón tras escalón. Por nuestra parte, debemos seguir con la formación. Se observa en los estudios que se han hecho sobre la escisión que cuanto más pobre es la gente y más sin escolarizar está, más común es esta mutilación. Con la educación y la información se puede abandonar esta costumbre paso a paso<sup>1</sup>".

Con la organización de la Conferencia subregional sobre la mutilación genital femenina en Bamako los días 21 y 22 de febrero de 2006 y el seminario para trazar un plan de acción, el Gobierno de Malí se ha comprometido firmemente a promulgar una ley. En efecto, en ese seminario se trazó el camino a seguir teniendo en cuenta la experiencia de los países vecinos a fin de avanzar por la senda de la elaboración legislativa. En el seminario participaron todas las partes interesadas: el Estado, la sociedad civil, y otros actores en el marco de un proceso consensuado y participativo. En definitiva, el Gobierno de Malí se da cuenta de que, además del enfoque pedagógico, es necesario dotarse de un instrumento legal para acelerar el abandono de esta práctica en el país. A ello se dedica precisamente, en concierto con la sociedad civil y el Parlamento.

## **Párrafo 12**

Es cierto que no hay ningún texto específico sobre la violencia doméstica contra la mujer, pero todas las formas de violencia están incursas en el Código Penal. Por lo demás, desde 2005 existe en Malí un plan nacional de lucha contra la violencia contra la mujer y la niña (2006-2011).

Además, las organizaciones sociales despliegan numerosas actuaciones para sensibilizar sobre la cuestión de la violencia contra la mujer, lo mismo que el personal de salud, la policía y los profesionales del derecho, a quienes se imparte formación sobre la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y otros instrumentos internacionales sobre los derechos de la mujer. Algunas asociaciones femeninas han abierto centros de escucha, información y asistencia jurídica y judicial en favor de la mujer, que han contribuido mucho a concienciarlas sobre el ejercicio de sus derechos.

En el marco de la aplicación del Programa Decenal de Justicia (PRODEJ), se han creado redes de ayudantes de abogados para juristas en todas las regiones de Malí, los cuales asesoran y ayudan a las mujeres necesitadas de asistencia jurídica. Ese dispositivo acaba de reforzarse con dos nuevos proyectos:

---

<sup>1</sup> Martine Lefeuvre-Déotte, *L'excision en procès: un différend culturel?* París, L'Harmattan, 1997; pág. 77.

- El proyecto "Acceso de la mujer a la justicia", financiado por el Japón a través del Banco Mundial.
- El proyecto de crear puestos de ayudante de abogado en 703 municipios, financiado por el Reino de los Países Bajos y ejecutado por un consorcio de ONG femeninas. Con estos proyectos se trata no sólo de acercar la justicia a los usuarios, sino también de informar de sus derechos a la población en general y a las mujeres en particular, sobre todo desde el punto de vista de la violencia contra la mujer.

### **Párrafo 13**

Por lo que se refiere a la participación en la vida política, no se ha instituido legalmente la equiparación de hombres y mujeres en cuanto a la presencia en la vida pública y política. No obstante, con el programa de reforma institucional en curso, se abre el debate sobre la integración de un criterio de género en las instituciones del Estado.

Además, conforme a la Ley N° 05-047 de 18 de agosto de 2005 sobre la Carta de los partidos políticos, el 10% del importe anual de los créditos destinados a la financiación de los partidos políticos está en función del número de mujeres elegidas diputadas y de mujeres elegidas concejales. Se trata con esta medida de inducir a los partidos políticos a promover la candidatura de mujeres.

Por lo que se refiere a la educación, la actual política de Malí se centra en la consolidación o la revisión de las medidas específicas de la primera fase del Programa Decenal de Desarrollo de la Educación (PRODEC), así como en las medidas específicas para la segunda fase.

En cuanto a la segunda fase del programa de inversión en el sector de la educación (PISE), las prioridades del Gobierno son, entre otras, las siguientes:

- La reafirmación de la prioridad dada a la educación básica, en particular la enseñanza fundamental, insistiendo sobre todo en la escolarización de las niñas (SCOFI) y en la formación de las mujeres, la formación inicial y continua del profesorado (FICE), el desarrollo de la infancia temprana (DPE), la enseñanza de los niños con necesidades educativas especiales (EBES) y la educación no estructurada (ENF);
- El compromiso de desarrollar como segunda prioridad la enseñanza técnica y profesional y la enseñanza profesional (ETFP) eficaces y adaptadas a las necesidades de la economía nacional habida cuenta del contexto subregional;
- El compromiso de desarrollar una enseñanza secundaria general (ESG) y una enseñanza superior (ES) de calidad, concretamente mejorando el seguimiento del alumnado y reformando las ramas y las especialidades;
- El compromiso de promover la investigación científica y tecnológica (RST) y de ponerla al servicio del desarrollo.

Por lo demás, para reducir la disparidad entre niñas y niños por lo que se refiere a la igualdad y la paridad, en particular en el medio rural y en las zonas más desfavorecidas y para aumentar la proporción de las mujeres en los institutos de formación de maestros y en el

profesorado, el programa creará una dinámica de aceleración de la escolarización de las niñas merced a las siguientes estrategias:

- Reducción de los gastos de escolarización para las familias pobres con el fin de aumentar la frecuentación escolar de las niñas, y el apoyo del Estado al comité de gestión escolar de cada escuela pública;
- Ampliación de la cobertura de las escuelas fundamentales al segundo ciclo en el medio rural;
- Articulación de los planes de estudio teniendo en cuenta el género;
- Adquisición de material escolar y didáctico individual (bibliotecas ambulantes; instalación de una sala de lectura en el 50% de las escuelas del primer ciclo y de una biblioteca en el 25% del segundo ciclo);
- Transformación de las escuelas comunitarias en escuelas públicas municipales;
- Creación de un fondo de rotación para facilitar el funcionamiento diario de las escuelas fundamentales;
- Transferencia de los recursos del Estado a las colectividades territoriales (municipios) a partir de 2007.

Con el fin de reducir las distancias entre la escuela y el domicilio y de garantizar la continuidad educativa se prevé poner en marcha estrategias como las siguientes:

- Expedición de cartas escolares comunales;
- Creación, a través del programa de infraestructuras del PISE II, de escuelas de primer ciclo completos con los seis años de estudio y de escuelas más cercanas a los alumnos;
- La construcción de un promedio de 2.350 aulas anuales para el primer ciclo y de 1.000 para el segundo ciclo.

Cabe destacar que desde 2000 todas las nuevas infraestructuras cuentan con sanitarios separados para niñas y niños.

A pesar de la existencia de la oferta educativa y de las disposiciones adoptadas para acercar lo más posible la escuela a la población y para ayudar a los padres con los gastos de escolaridad, se observa que algunos padres siguen sin enviar a sus hijos a la escuela. En general son las niñas, las rurales en particular, las primeras víctimas de esta situación. Hay diversos factores que explican esta falta de entusiasmo, entre ellos, el escaso rendimiento externo, que contribuye a hacer flaquear la confianza de algunos padres, que no ven la utilidad de la escuela, la falta de ética profesional de algunos maestros, que hace que los padres sean reacios a enviar a las niñas a la escuela, y la persistencia de lastres culturales.

Con el fin de estimular la demanda educativa y de promover la escolarización de las niñas, aparte de las estrategias citadas anteriormente, en la segunda fase del PISE se tienen previstas las siguientes:

- Campañas de sensibilización a la escolarización infantil en el medio rural, concretamente de las niñas, a base de temas de interés para los padres,
- Campañas de sensibilización en cuestiones de ética por la administración escolar y determinados sindicatos, así como la redacción y divulgación de una carta del profesor,
- Dinamización de las asociaciones de madres de alumnos (AME) y la generalización de esa estrategia a todo el país,
- La transformación desde 2004 del Liceo Ba Aminata Diallo en instituto femenino,
- Transformación del Instituto de Formación de Maestros de Sikaso para acoger únicamente a mujeres.

Para las niñas que se interesan por las asignaturas científicas, desde hace siete años se organiza un concurso de selección de jovencitas del último grado de ciencias (SE, SB, Técnica Industrial, Técnica de Ingeniería Civil) para el campamento de excelencia de mujeres jóvenes de Cheick Modibo DIARRA.

#### **Párrafo 14**

El Gobierno de Malí adoptó en mayo de 2002 un marco estratégico de lucha contra la pobreza (MELP) que servirá de base a las políticas de desarrollo. Está en fase de aprobación la segunda versión de ese documento, titulado "Marco estratégico de crecimiento y de reducción de la pobreza (CSCR) 2007-2011".

En el MELP y en el CSCR se tienen en cuenta la orientación y los objetivos de desarrollo del Milenio fijados en 2000 por las Naciones Unidas. En ese marco, el Gobierno de Malí se comprometió a hacer todo lo posible por erradicar la pobreza y defender la dignidad humana y la igualdad mediante el logro de una serie de objetivos del Milenio. Con esa finalidad, en materia de salud, se fijaron los siguientes objetivos con sus correspondientes resultados:

- Reducción del índice de mortalidad de menores de 5 años en el período 1990-2015 en un tercio;
- Reducción entre 1990 y 2015 del índice de mortalidad materna a un cuarto;
- Detener la propagación del VIH/SIDA e invertir la tendencia actual;
- Combatir eficazmente el paludismo y otras enfermedades e invertir la tendencia actual.



Con el fin de alcanzar esos objetivos en el horizonte de 2015, los Departamentos de Salud y de Desarrollo Social, Solidaridad y Tercera Edad pusieron en marcha, dentro del marco del Programa de Desarrollo Sanitario y Social (PRODESS I) para el período 1999-2004, un conjunto de estrategias e intervenciones con objeto de reducir notablemente el nivel de los indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio. Esas estrategias e intervenciones se desarrollaron fundamentalmente en torno a cinco aspectos, a saber:

- Ampliación de la cobertura sanitaria y mejora de la calidad de los servicios,
- Lucha contra la exclusión social,
- Financiación alternativa de la salud,
- Desarrollo de los recursos humanos y reforzamiento institucional.

En 2003, se aprobó la estimación de gastos a mediano plazo (CDMT) 2003-2007 en el sector de la salud, con objeto de ejecutar el componente de salud del MELP. Igualmente se está ejecutando la fase segunda del PDDSS, denominada PRODESS II 2005-2009, elaborado asimismo de manera participativa.

En los cuadros que figuran a continuación se indican los resultados obtenidos de 2002 a 2005 en determinados indicadores clave.

### **Consultas prenatales**

#### **Evolución del índice de cobertura del CPN por región de 2002 a 2005**

(En porcentaje)

<b>Regiones</b>	<b>Nivel en 2002</b>	<b>Nivel en 2003</b>	<b>Nivel en 2004</b>	<b>Nivel en 2005</b>
Kayes	39	48	71	76
Kulikoro	49	51	65	70
Sikaso	67	64	78	74
Segú	51	74	96	81
Mopti	45	48	77	75
Tombuctú	28	31	35	46
Gao	33	34	30	50
Kidal	25	29	30	43
Bamako	79	90	88	91
<b>Total Malí</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>75</b>	<b>75</b>

La evolución del índice del CPN ha sido positiva en todas las regiones. No obstante, la media nacional (75%) quedó estacionaria entre 2004 y 2005, a causa del retroceso que se registró en 2005 en algunas regiones.

### Partos con asistencia

#### Evolución del índice de partos con asistencia por región de 2002 a 2005

(En porcentaje)

Regiones	Nivel en 2002	Nivel en 2003	Nivel en 2004	Nivel en 2005
Kayes	23	26	34	40
Kulikoro	40	38	45	53
Sikaso	52	53	66	64
Segú	32	39	49	50
Mopti	23	29	30	34
Tombuctú	14	15	18	24
Gao	19	15	17	20
Kidal	9	14	14	18
Bamako	90	93	94	97
<b>Total Malí</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>53</b>

En 2005 la media nacional (53%) fue ligeramente más elevada que en 2004 (49%). Estos resultados apreciables van ligados, entre otras cosas, a la ampliación de la cobertura sanitaria y a la puesta en marcha de estrategias innovadoras que afectan a más niños y a más mujeres embarazadas.

### Acceso de la población a los servicios de salud

#### Evolución del número de centros de salud comunitaria (CSCOM) por región de 2002 a 2005

Regiones	Número de CSCOM previsto en los PDSC	Nivel en 2002	Nivel en 2003	Nivel en 2004	Nivel en 2005
Kayes	183	89	94	110	115
Kulikoro	167	82	85	88	103
Sikaso	186	136	141	142	152
Segú	167	106	123	127	134
Mopti	128	83	94	102	109
Tombuctú	77	25	31	35	41
Gao	93	31	37	39	40
Kidal	13	5	5	6	7
Bamako	56	48	50	50	52
<b>Total Malí</b>	<b>1.070</b>	<b>605</b>	<b>660</b>	<b>699</b>	<b>753</b>

De los 1.109 CSCOM previstos en los PDSC (planes de desarrollo sanitario de las circunscripciones), a finales de 2005 existían ya 753, es decir, un índice de cumplimiento del 68%. El número de CSCOM funcionales pasó de 699 a 753 a finales de 2005, lo que supone un aumento de 54 CSCOM.

**Evolución de la accesibilidad de la población al PMA (conjunto mínimo de actividades) en los radios de 5 a 15 km**

<b>Accesibilidad PMA</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Radio de 5 km de un CSCOM funcional (porcentaje)	44	46	47	50
Radio de 15 km de una estructura de salud con PMA en centro fijo y actividades de estrategia de avanzada/móvil (porcentaje)	68	69	71	75

Pese a las dificultades, los resultados expuestos resultan muy alentadores y mejorarían todavía más con la puesta en marcha del PRODESS II. En efecto, se están realizando grandes esfuerzos para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantojuvenil así como la morbilidad y la mortalidad por enfermedades que se consideran prioritarias. Véase como ejemplo, de 1995 a 2000:

- Disminuyó la mortalidad infantil de 123 a 113%;
- Disminuyó la mortalidad infantojuvenil de 258 a 229%;
- Disminuyó la mortalidad neonatal de 68,4 a 50%.

Los progresos alcanzados entre los quintiles más pobres de la población en cuanto a la reducción de la mortalidad infantil, la mortalidad infantojuvenil, la atención a los niños enfermos, los partos asistidos y las consultas prenatales, reflejan la labor realizada en favor de esos sectores, sobre todo ampliando la cobertura sanitaria, organizando estrategias móviles y avanzadas y un sistema de referencia- evacuación, con participación en los gastos de las familias, las comunidades y el Estado.

En la elaboración del PRODESS II se ha tenido en cuenta el desarrollo de siete aspectos que deberían hacer más eficaz el sistema de salud:

- Accesibilidad geográfica a los servicios de salud de los distritos sanitarios.
- Disponibilidad de recursos humanos de calidad.
- Disponibilidad de medicamentos, vacunas y bienes consumibles.
- Mejora de la calidad de los servicios de salud, aumento de la demanda y lucha contra la enfermedad.
- Accesibilidad financiera, apoyo a la demanda y participación.
- Mejora de la calidad de los servicios en hospitales y otros establecimientos.
- Refuerzo de la capacidad institucional con lo que se creará un entorno favorable a la prestación de servicios de salud. Estos programas contemplan intervenciones eficaces de efecto demostrado en la mortalidad infantojuvenil y materna.

Para reducir significativamente la mortalidad materna, neonatal, infantil e infantojuvenil, se desplegarán grandes esfuerzos en favor de la madre y del niño, que son los objetivos más importantes del desarrollo sanitario. Las intervenciones prioritarias se centrarán en particular en la resolución de los problemas desde la pubertad hasta la menopausia, la difusión y aplicación de políticas, normas y procedimientos revisados de salud reproductiva (SR), la reorientación de la consulta prenatal (CPN) clásica hacia el tratamiento de las complicaciones ligadas al embarazo y la detección de los embarazos de riesgo.

Además, se tiene en cuenta la preparación al parto y la prevención de determinadas endemias que son fuente de complicaciones en la mujer embarazada. Se trata del paludismo (tratamiento de presunción intermitente o TPI), utilización de mosquiteros impregnados de insecticidas (MI); el VIH; la prevención de las hemorragias posparto; los cuidados obstétricos de urgencia (COU) basados en la aplicación de protocolos de tratamiento apropiados y la evolución de la situación en necesidades obstétricas sin cubrir (BONC).

En efecto, la evaluación de la estrategia innovadora denominada "estrategia de aceleración para el desarrollo y la supervivencia del niño" (SASDE) experimentada en las tres regiones ha contribuido mucho a reducir significativamente el índice de mortalidad infantil y materno. En 2004 esta estrategia se amplió a otras regiones y prosigue satisfactoriamente.

Las actividades de prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH (PTME) y del tratamiento integrado de las enfermedades de la infancia (PCIME) formarán parte del conjunto mínimo de actividades (PMA).

Por lo que se refiere a la planificación familiar (PF), se destacará sobre todo:

- El aumento del uso de los anticonceptivos, con el fin de satisfacer las necesidades de planificación familiar sin cubrir de las mujeres con pareja, teniendo en cuenta las preferencias de éstas en materia de anticonceptivos (métodos de duración corta o larga);
- La accesibilidad de los adolescentes y adultos de ambos sexos a los servicios de planificación familiar, ofreciéndoles en este campo prestaciones adaptadas y accesibles.

Por lo que se refiere a la lucha contra las prácticas perjudiciales a la salud de la niña y la mujer, en particular la ablación clitoridiana, se intensificará el enfoque intersectorial, con participación de las instituciones de promoción de la mujer, del niño y de la familia y de la sociedad civil. Se ofrecerá tratamiento médico o la remisión de las complicaciones debidas a esas prácticas. Se regulará apropiadamente la práctica de la ablación clitoridiana dentro de la estructura sanitaria, sin perder de vista el objetivo final de su prohibición total. En la esfera de la salud reproductiva de los jóvenes y adolescentes (SRJA), se adoptarán disposiciones con el fin de aumentar sus conocimientos y reducir, pues, al mínimo los comportamientos de riesgo, reforzando la capacidad de intervención y coordinación de los centros juveniles y la participación de las ONG y asociaciones de jóvenes y mujeres para la promoción de la salud reproductiva.

Se han adoptado diversas medidas en el ámbito de la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades que presentan problemas de salud pública (paludismo, neumonía y diarreas de menores de cinco años, enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA, tuberculosis, esquistosomiasis, oncocercosis, tripanosomiasis, hepatitis B y filariosis linfática...).

Ha quedado aprobado el plan sectorial de lucha contra el VIH/SIDA de 2005 a 2009. En él se prevén acciones en la esfera de la prevención y el tratamiento. El plan prevé, además de presupuestos del Estado y de los actores tradicionales, otras posibilidades de financiación, como el Fondo Mundial, el MAP, el BAD y el PPTE.

La aplicación de la nueva política de tratamiento del paludismo se reforzó a partir de 2005. Las intervenciones necesarias que se desarrollarán durante el próximo quinquenio para reducir de manera notable la morbilidad y la mortalidad ligadas a esas enfermedades se centran en:

- La formación y el reciclaje del personal sanitario, enlaces comunitarios, miembros de asociaciones y cargos electos;
- El refuerzo del sistema de referencia y evacuación con participación de los practicantes tradicionales que quedarán incluidos a estos efectos;
- La detección sistemática del VIH, sobre todo entre las mujeres embarazadas, a fin de proporcionar tratamiento gratuito mediante ARV y la detección y el tratamiento de la tuberculosis y la esquistosomiasis en los presuntos afectados;
- La organización de campañas masivas de detección y tratamiento contra la oncocercosis bajo dirección comunitaria en las zonas de riesgo;
- El suministro adecuado a los establecimientos de salud de material y de reactivos de laboratorio;
- La intensificación de las actividades de comunicación para modificar los comportamientos (CCC), a fin de emplear intensivamente las mosquiteras impregnadas en los hogares, especialmente en los más pobres.

La prevención de la transmisión por vía sexual del VIH/SIDA se hará distribuyendo preservativos, sobre todo a los grupos de alto riesgo, y reforzando la comunicación para modificar comportamientos, con la participación de las radios locales, los medios tradicionales de comunicación, los formadores de opinión y los educadores; la prevención de la transmisión por vía sanguínea se hará reforzando la seguridad de las transfusiones y empleando instrumentos esterilizados.

La prevención de la transmisión madre a hijo (PTME) se hará mediante el tratamiento del par madre-hijo antes y después del parto y de su familia en el marco de la iniciativa maliana de acceso a los antirretrovirales (IMAARV); el tratamiento al nacer de los hijos de madres seropositivas con antirretrovirales y el seguimiento 18 meses después; el cuidado y apoyo de los hijos de madres seropositivas y a las viudas y huérfanos del SIDA.

En la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA se atenderá también a los elementos siguientes:

- La formación del personal en el criterio del síndrome;
- El equipamiento de los laboratorios y la disponibilidad de reactivos para las pruebas y confirmaciones;
- El suministro de medicamentos específicos para las infecciones oportunistas;
- El reforzamiento y la ampliación del tratamiento psicosocial y médico de las personas que viven con el VIH, el asesoramiento y las visitas a domicilio;
- El apoyo a las personas que viven con el VIH y a los grupos vulnerables, la triterapia gratuita con antirretrovirales de los casos detectados de personas que viven con el VIH;
- Detección sistemática del VIH y de todos los solicitantes en los centros de salud de referencia y de centros de detección voluntaria;
- Transfusión de sangre segura a los receptores.

El reforzamiento de la vigilancia constante se organizará mediante la formación de personal en vigilancia epidemiológica, el suministro de reactivos, el equipamiento de los centros de vigilancia, la supervisión y las investigaciones adecuadas.

El reforzamiento de la colaboración intersectorial para hacer frente a la pandemia tendrá lugar sobre una base contractual con los departamentos interesados, las ONG y las asociaciones del sector privado.

El VIH/SIDA ha ocasionado el recrudecimiento de la tuberculosis, con lo que se ha ampliado el alcance de esta enfermedad social todavía insuficientemente combatida.

Las intervenciones tendrán los objetivos siguientes:

- Reforzar la capacidad de los laboratorios en equipamiento y reactivos para el diagnóstico;
- La formación del personal en la observancia directa del tratamiento y la descentralización de la estrategia al nivel CSCOM;
- El suministro periódico a los establecimientos de salud pública y comunitarios de medicamentos específicos;
- El tratamiento de todos los casos detectados por el método de observancia directa del tratamiento;
- El seguimiento y la supervisión periódica del personal a nivel de distrito y nacional.

La lucha contra el paludismo se centrará en medidas preventivas y el reforzamiento de la capacidad del personal y de los enlaces comunitarios. De esta manera, la intervención prioritaria atenderá a la subvención de la instalación de mosquiteras impregnadas de insecticida sobre todo en presencia de mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como a la promoción del tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina y pirimetamina de las mujeres embarazadas entre el cuarto y el octavo mes del embarazo en las CPN.

El elemento antivectorial se organizará de manera intersectorial con la participación efectiva de las colectividades territoriales y se orientará al saneamiento, en concreto la evacuación de las aguas residuales y el tratamiento de los focos de larvas.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado a domicilio de los casos simples de paludismo se efectuará con el apoyo de los enlaces comunitarios supervisados y dirigidos; la mejora del tratamiento de los casos simples y complicados del paludismo en los niños con fiebre en todos los establecimientos de salud, mediante la aplicación de directrices técnicas revisadas, habida cuenta del nivel actual de resistencia a la cloroquina. La evaluación de las actividades se hará mediante el seguimiento y la supervisión integrados. Proseguirá la investigación sobre la quimioresistencia para comprobar la eficacia de los nuevos regímenes terapéuticos nacionales en curso de finalización. Continuará la investigación sobre vacunas eficaces y eficientes en el centro de excelencia nacional de la OMS de la Facultad de Medicina y Odontología del Hospital del Punto G.

Se reforzará la asociación con los actores del sector privado, las ONG, las asociaciones y otros actores interesados en torno a la promoción del empleo de apoyos impregnados de insecticida. A ese efecto, el departamento de salud elaborará modelos contractuales que se evaluarán de acuerdo con las partes.

Por lo que se refiere a la intervención para modificar comportamientos, se destacará la definición y aplicación de una serie de informaciones fundamentales para las familias más pobres. Se reforzará la capacidad técnica de las asociaciones de mujeres y jóvenes en el marco de un desarrollo sanitario ordenado a nivel comunitario; se subvencionarán actividades específicas de promoción de la salud por parte de las organizaciones femeninas y se reforzará y acelerará la aplicación de la iniciativa "un círculo, una ONG". Se elaborarán por zonas y a la luz de las necesidades la información y los servicios de base comunitaria. Se recurrirá aún más a los medios de comunicación modernos y tradicionales y, concretamente, a los de proximidad.

En el marco de la investigación sanitaria y con la finalidad de mejorar la calidad de las prestaciones, el empleo y el funcionamiento de los servicios y de controlar los elementos determinantes de la morbilidad y la mortalidad ligados a las enfermedades prioritarias, se reforzará las competencias del personal de los equipos de distrito sanitarios mediante sesiones de formación y reciclaje, y dotando de medios adecuados a los responsables de los establecimientos que lo soliciten. Los resultados de los estudios e investigaciones se pondrán a disposición de los interesados a todos los niveles para su empleo adecuado según las necesidades sobre el terreno.

La aplicación del PRODESS II contribuirá a mejorar el funcionamiento y los resultados en el sector. Habrá que apoyar intervenciones eficaces y de gran efecto en la mortalidad materna e infantil, a fin de aplicarlas de manera óptima en el marco de los programas en ejecución. De esta manera, Malí podrá avanzar apreciablemente en el logro de los objetivos del Milenio.

### **Párrafo 17**

La lucha contra la trata de niños constituye una de las preocupaciones principales del Gobierno de Malí; de ahí que tras el Plan de acción de urgencia de marzo de 2000 en la lucha contra el tráfico transfronterizo de niños entre Malí y Côte d'Ivoire, se haya elaborado un plan de acción nacional 2002-2006 de lucha contra la trata de niños.

Uno de los ejes estratégicos de ese plan de acción nacional es el castigo de los autores de trata de niños.

Malí ha ratificado el Convenio N° 182 de la OIT sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, así como el Convenio N° 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo.

En el artículo 244 del Código Penal de Malí se tipifica la trata de niños, que se castiga con pena de 5 a 20 años de reclusión.

Sobre la trata de niños se han organizado talleres de formación e información destinados a los actores interesados (tanto públicos como privados) y a la población en general. En estos talleres se habla del artículo 244 del Código Penal y se describen los elementos constitutivos del delito de la trata de niños, sus autores y las víctimas, así como las fases del procedimiento contra los autores.

En 2004 se formó a un núcleo de 30 educadores sobre la protección de los niños en situación de trata. Estaba constituido por agentes de los servicios de seguridad, personal de servicios sociales y ONG. En este momento, al cabo de seis talleres, se ha impartido formación a 144 educadores. Gracias a la formación, ha mejorado la capacidad de los participantes para identificar a los autores y a las víctimas de la trata, así como sus conocimientos sobre los mecanismos jurídicos y el procedimiento contra los autores.

Por otro lado, el Código de Protección del Niño establece un deber de "informar", en cuya virtud toda persona está obligada a informar al delegado de protección de la infancia de las situaciones peligrosas en que pueda encontrarse un niño (art. 73). Con esa obligación de informar, a cargo de todos los elementos de la comunidad, se crea de manera implícita un deber de vigilancia y de protección de los niños por todos los miembros de la comunidad.

En este mismo sentido, las estructuras de vigilancia comunitaria en la lucha contra la trata de niños, que, en número de 364, se reparten en las 5 de las 8 regiones, desempeñan un papel fundamental en la acción judicial contra los autores de la trata y sus cómplices, ya que intervienen en la redacción y difusión de información sobre las cuestiones de prevención y de protección contra la trata de niños, y contribuyen a poner fin a la espiral de indiferencia e impunidad, fenómenos ambos que propician la repetición de situaciones de trata.



### **Párrafo 18**

La preocupación por la situación de las niñas migrantes es real y constituye un fenómeno de actualidad. No obstante, el Gobierno ha emprendido asimismo una serie de actividades para mejorar su situación.

De esta manera, con miras a la promoción de los derechos de las adolescentes, se ha iniciado un proyecto en el marco de una asociación entre el Estado y tres organismos del sistema de las Naciones Unidas: UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Con este proyecto se pretende, entre otras cosas:

- Formar a la ciudadanía y poner a punto redes internas y externas de niñas migrantes;
- Introducir la microfinanciación entre las niñas migrantes alfabetizadas;
- La información y formación de las niñas migrantes sobre sus derechos (en particular en materia de familia y trabajo), que luego actuarán de referencia en su entorno social.

La ejecución del proyecto ha permitido obtener ciertos resultados: la organización permanente de sesiones de alfabetización en beneficio de 4.000 adolescentes migrantes y marginadas, la formación de 386 enlaces sociales en salud reproductiva, y la realización de sesiones de información y sensibilización sobre la salud reproductiva en los centros de alfabetización.

La primera jornada nacional de adolescentes, celebrada en San, región de Segú, reunió a más de 800 personas, entre ellas más de 500 adolescentes llegadas de todas las regiones del país.

Sin embargo, esa formación y sensibilización no ha permitido alcanzar los resultados que se pretendía, lo que plantea una serie de problemas: la orientación exclusiva de esa formación al medio urbano y los profesionales, la falta de un plan de seguimiento de los actores ya formados, haber dejado al margen de los diferentes programas de formación a los verdaderos actores que son los padres y los niños, y, finalmente, la pertinencia de las estrategias de formación.

En suma, el proyecto, que llegó a su conclusión, ha de renovarse a la luz de las enseñanzas sacadas de la experiencia.

### **Párrafo 19**

Según el derecho de Malí, el juez es competente para decretar o denegar la libertad provisional, pero no durante la fase de detención policial. En cambio, si durante ésta el fiscal considera que no existen motivos suficientes que justifiquen la privación de libertad, decide la liberación del detenido al cabo de 48 horas. Los textos de Malí sobre la detención policial garantizan los derechos y libertades del detenido. En efecto, la presencia de letrado en la fase de averiguación preliminar y la subordinación de la prórroga de la detención a la aprobación del fiscal constituyen elementos que favorecen la protección de los derechos del ciudadano.

Por lo demás, el Gobierno de Malí, a través de los Ministerios de Justicia y de Seguridad Interior, ha iniciado cursos de formación sobre deontología y el respeto riguroso de los textos, destinados a jueces y fiscales, auxiliares de justicia, personal de la administración penitenciaria y oficiales y agentes de la policía.

El objetivo es instaurar una cultura de respeto de los derechos humanos en las actividades de todos los actores de la justicia y más específicamente de la policía judicial.

Se ha dado instrucciones a las fiscalías para supervisar mejor a los oficiales y agentes de la policía adscritos a su servicio, para evitar la violación de los derechos.

Por lo que se refiere a las condiciones de detención en las comisarías de policía o gendarmería, a pesar de lo limitado de los medios, Malí ha logrado notables progresos, concretamente renovando las celdas de detención y separando a las mujeres de los hombres y a los menores de los adultos.

## **Párrafo 20**

Desde el conflicto de 1989 entre Mauritania y el Senegal, gran número de refugiados ha recibido asilo en el territorio de Malí, y particularmente en la región fronteriza de Kayes. La delegación del ACNUR en Malí junto con el Centro Canadiense de Cooperación Internacional ofrecieron hasta 1998 protección jurídica y asistencia material. Tras retirarse de Malí la delegación del ACNUR, se hizo cargo de las operaciones la Comisión Nacional de los Refugiados.

En 1999 la delegación del ACNUR y la Comisión Nacional de los Refugiados hicieron un censo de los refugiados mauritanos, con el resultado de 600 refugiados repartidos en distintas localidades de la región de Kayes. Esos refugiados quedaron registrados y se abrieron en la secretaría de la Comisión Nacional de los Refugiados los correspondientes expedientes por familia y localidad.

El número ha aumentado con la llegada de otros refugiados tras el golpe de Estado fallido de junio de 2003 en Mauritania. Al 31 de diciembre de 2005 el número era de 6.303.

Con el fin de evaluar las condiciones de estancia de esos refugiados en la región de Kayes, del 13 al 18 de octubre de 2003 se organizó una misión conjunta de la Oficina del Alto Comisionado para los refugiados y de la Comisión Nacional de los Refugiados, dirigida por el Representante Regional del Alto Comisionado en Dakar, que tenía por objeto establecer contacto con las autoridades administrativas y los refugiados y hallar una solución para sus problemas (identificación y entrega de documentos administrativos) sobre el terreno. Tras la misión, el Alto Comisionado decidió que todos los solicitantes de asilo mauritanos fueran admitidos *prima facie* a partir de 2004. No obstante, la medida no pudo aplicarse debido a restricciones presupuestarias.

Sin embargo, todos los solicitantes de asilo de nacionalidad mauritana que se presentaron en la secretaría de la Comisión Nacional de los Refugiados tienen derecho a la asistencia jurídica gracias a sus documentos administrativos: certificado de refugiado y certificado en sustitución de la partida de nacimiento, lo que les permite desplazarse libremente.

Los refugiados mauritanos residentes en el distrito de Bamako, que poseen la tarjeta de refugiado, tienen derecho a asistencia médica y sus hijos en edad escolar tienen derecho a asistir a una escuela.

Por lo demás, cabe señalar que Malí no es parte en la Convención de 28 de septiembre de 1954 sobre el estatuto de los apátridas de 1954 ni tampoco en la Convención para reducir los casos de apatridia de 1961. En este sentido, ningún solicitante de asilo o refugiado mauritano tiene la condición de apátrida.

El Gobierno, a través de la Comisión Nacional de los Refugiados, sigue de cerca la situación de los solicitantes de asilo y de los refugiados mauritanos que viven en su territorio.

Cabe recordar que, en la esfera de los derechos humanos de los refugiados, Malí ha ratificado los instrumentos internacionales siguientes:

- La Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 28 de julio de 1951;
- El Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 31 de enero de 1967;
- La Convención de la OUA de 10 de septiembre de 1969;
- Distintos instrumentos de derechos humanos y de derecho humanitario.

Bamako, 31 de octubre de 2007

-----