
MORTALIDAD MATERNA
Y
DERECHOS HUMANOS

MARIA IANUZOVA



PROFAMILIA

Colombia

2004

Título:
MORTALIDAD MATERNA Y
DERECHOS HUMANOS

Autora
MARIA IANUZOVA

Publicado por Profamilia

Directora Ejecutiva de Profamilia
MARÍA ISABEL PLATA

Oficina Asesora en Derechos Sexuales, y Reproductivos
MARIA CRISTINA CALDERÓN

Consejo Editorial
MARÍA ISABEL PLATA, MARIA CRISTINA CALDERÓN

Diseño e Impresión: Printex Impresores Ltda.

ESPACIO LIBRE
ISSN: 0124-1303

Vol. 1 No. 7 Julio de 2004
Tarifa Postal Reducida 925
Vence: Dic./2004

Apartes del texto pueden reproducirse citando la fuente.
Para su reproducción total se necesita autorización expresa de la institución.

Las opiniones expresadas en este texto sólo comprometen a su autora.



PROFAMILIA
C O L O M B I A

Calle 34 No. 14-52 - Bogotá, D.C.
Correo Electrónico: juridico@profamilia.org.co
Línea 01 8000 110 900

CONTENIDO

DE LA NEGLIGENCIA A L COMPROMISO
5

¿POR QUÉ MUEREN LAS MUJERES?
8

LAS MUJERES MUEREN TAMBIÉN POR
FALTA DE DERECHOS
10

LOS PROGRESOS
13

LA MORTALIDAD MATERNA ES UN ASUNTO DE
DERECHOS HUMANOS
19

EL DERECHO A LA SALUD REPRODUCTIVA Y A LA
ATENCIÓN MÉDICA
24

EL DERECHO A LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO
CIENTÍFICO
33

PARA CONCLUIR
34

La presente publicación fue realizada con el apoyo de The Research and Development (Task Forces) component of the Special Programme social science research initiative on adolescent sexual and reproductive health de la Organización Mundial de la Salud.

MORTALIDAD MATERNA

Y

DERECHOS HUMANOS

MARIA IANUZOVA

De la negligencia al compromiso

La muerte materna se define como el deceso de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada por éste, sin tener en cuenta su duración.¹

En el mundo, cada año, mueren cerca de 515.000 mujeres, por causas relacionadas con el embarazo y el parto, lo que equivale a una tasa de más de 1.400 muertes maternas diarias y un poco más de una muerte por minuto. De estas muertes, solamente cerca de 2.800 tienen lugar en los países más desarrollados, mientras que las 512.000 restantes ocurren en los países menos desarrollados. Más de la mitad de estas muertes, 273.000, tienen lugar en África, comparadas con el total de sólo 2.200 muertes maternas en Europa.²

Los cálculos ajustados de la Organización Mundial de la Salud indican que la proporción de mortalidad materna global³ es de 400. En los distintos países, la tasa varía desde menos de 10 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, hasta más de 1.500. La proporción de mortalidad materna muestra una mayor disparidad entre países que cualquier otro indicador de salud pública. Se estima que para el año de 1990 en la región de América Latina y el Caribe se produjeron 28.000 muertes maternas.

En Colombia “Para el año de 1998, la tasa de mortalidad materna se calcula en 101.9 por 100.000 nacidos vivos, basado en información de nacimientos y muertes registrados en dicho año (DANE-Departamento Administrativo Nacional de Estadística), datos sin ajustar. El aumento que se observa en la tasa de mortalidad materna refleja las mejoras introducidas en el registro de los hechos vitales.

Las cifras globales no muestran, sin embargo, las grandes diferencias según las distintas divisiones geográficas del país, situación que está directamente relacionada con el grado de desarrollo, las facilidades de acceso a los servicios, la infraestructura básica disponible, el adecuado y oportuno diligenciamiento de los certificados de defunción y la calidad de la información misma.

De acuerdo con el estudio del DANE/FNUAP⁴, en Colombia la región que presenta la más alta tasa de mortalidad materna es la región conformada por la Orinoquía y la Amazonía (141 por 100.000 nacidos vivos), que comprende las vastas planicies y zonas selváticas del sur-oriente, seguida por las regiones Oriental y Pacífica con tasas de 111 y 106 por 100 mil nacidos vivos. Con valores por debajo del promedio nacional se encuentran las tres regiones restantes: Central, Atlántica y Bogotá. Según la división político administrativa por departamentos, un poco más de la tercera parte de estas divisiones presenta niveles de mortalidad materna extremadamente altos frente al promedio del país. En Nariño y Boyacá las tasas son el doble del promedio nacional y los otros departamentos como Santander y Caquetá están entre 30% y 88% por encima de este promedio.”⁵

Las estadísticas indican que los Estados (incluido el estado colombiano) han descuidado gravemente la salud reproductiva de la mujer y su bienestar, convirtiéndose la mortalidad materna en un asunto de salud pública. Frente a esta negligencia oficial tradicional, ha surgido un nuevo punto de vista, un nuevo concepto de salud reproductiva que integra las diferentes necesidades de salud relacionadas con la reproducción.

Actualmente la salud reproductiva se define como: “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de su propia fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”⁶

En consonancia con estos nuevos conceptos de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

De acuerdo con estos nuevos conceptos, las personas y sus necesidades reproductivas son la esencia de la salud reproductiva, las personas son los sujetos y no los objetos de la misma. Algo más, la nueva definición: “Coloca a las mujeres en el centro del proceso y reconoce, respeta y responde a sus necesidades como mujeres y no solamente como madres.”⁷

El nuevo enfoque en la salud reproductiva más allá de la demografía y la planificación de la familia, se orienta hacia la realización de la dignidad humana de todos los miembros de la sociedad. Esta finalidad de la salud reproductiva señala que las necesidades reproductivas de las personas deben reconocerse en las metas fijadas por los gobiernos, convirtiendo a las políticas y los programas en vehículos para promoverla y garantizarla para todos los miembros de la sociedad. Lo cual quiere decir también que el

rediseño de las políticas, programas y servicios de salud reproductiva tiene que hacerse dentro del marco ético de respeto por los derechos humanos, si se tiene en cuenta el proceso de definición de los derechos fundamentales a partir de las necesidades básicas de las personas.

Para determinar si se están cumpliendo los estándares⁸ fijados por las legislaciones nacionales o por los organismos de vigilancia de los tratados de derechos humanos y para medir la efectividad de las intervenciones de salud⁹, la Organización Mundial de la Salud y otras agencias de Naciones Unidas han propuesto, como indicadores de salud reproductiva nacionales y globales, entre otros:¹⁰

- la tasa de mortalidad materna¹¹ y la proporción de mortalidad materna¹². Esta última es otra medida que refleja tanto el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas o recientemente embarazadas, como la proporción de mujeres que resultan embarazadas en un año dado.
- el cubrimiento de la atención prenatal que es el porcentaje de mujeres atendidas, al menos una vez durante su embarazo, por razones relacionadas con el mismo y por personal de salud capacitado (excluyendo parteros tradicionales con o sin entrenamiento).
- el porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado (excluyendo parteros tradicionales con o sin entrenamiento).

¿Por qué mueren las mujeres?

Una de las principales causas de mortalidad en las mujeres se debe a la falta de cuidado médico durante el embarazo, el parto y el postparto. Se calcula que por lo menos un 35% de las mujeres en los países subdesarrollados no reciben cuidados prenatales (en algunos países el porcentaje de cobertura prenatal es sólo del 26%), el parto en un 45% de los casos se realiza sin contar con personal

entrenado y un 70% no recibe atención posparto. En cambio, el cuidado materno infantil es casi universal (98%) en el mundo desarrollado.¹³

Las investigaciones han encontrado como factor asociado a la mortalidad, la hipertensión inducida por el embarazo, que es un ejemplo que ilustra y pone en relieve la importancia del cuidado médico durante el embarazo y el parto. Para Colombia, en general, según el estudio realizado por el DANE/FNUAP, *“las cifras del período 92-96 muestran que la eclampsia sigue siendo la causa principal de muerte materna, pero su proporción actual de 35% es ligeramente inferior a la mostrada en 1994 (38%).”*¹⁴

Según el estudio de la Secretaria de Salud de Bogotá (1998): *“Las mujeres que presentaron hipertensión durante el embarazo tuvieron 3.3 veces más probabilidades de morir que aquellas que no la presentaron; la cual aumenta a 4.8 veces cuando la hipertensión se presenta durante el parto. El 84% de los casos que presentaron hipertensión en el parto había sido detectado en el embarazo y tan sólo el 16% se presentó en el momento del parto.”*¹⁵

Según el mismo estudio la ausencia o el número bajo de controles prenatales es otro de los factores asociados a la mortalidad materna: *“La probabilidad de morir es 4 veces más alta en mujeres que no asisten a ningún control prenatal y es casi el doble en mujeres que tienen cuatro o menos controles prenatales.”*¹⁶

Las mujeres también mueren por tener embarazos y partos estando muy jóvenes: para las adolescentes entre los 15 y 19 años, las probabilidades de morir en el parto se duplican. Para las menores de 15 años, estos riesgos se multiplican por cinco.¹⁷

Por ello, es alarmante la altísima tasa de nacimientos en adolescentes en el mundo: se calcula que el 10% de todos los nacimientos al año, unos 14 millones de nacimientos, son partos de adolescentes.¹⁸ En consecuencia, las complicaciones relacionadas con el embarazo se encuentran entre las principales causas de

muerte en las jóvenes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo.¹⁹ En Colombia, entre 1983 y 1995, una de cada siete defunciones maternas fue en mujeres menores de 20 años, con un aumento del 26% mostrado en los últimos 12 años.²⁰

Las muertes también se deben a los embarazos no deseados. Estos pueden suceder por dos razones principales: porque la pareja no estaba utilizando métodos anticonceptivos o porque falló el método. Son muchísimas las razones por las cuales las personas no utilizan métodos anticonceptivos. Las más fuertes son la falta de acceso a la información y a los servicios de planificación familiar, el incesto o la violación, las razones religiosas, la ignorancia, y la limitada capacidad de decisión que tienen las mujeres. Se estima que entre un 19 y 34% de las mujeres en edad fértil en América Latina no han satisfecho sus aspiraciones anticonceptivas. Los datos epidemiológicos acerca de la mortalidad materna están relacionados con la falta de servicios de planificación familiar.

Las mujeres también mueren por falta de derechos

Las relaciones de poder desigual en general restringen la capacidad de las mujeres para tomar decisiones. Hay innumerables casos de mujeres que requieren del permiso de su marido para asistir a un centro de salud. Aún cuando desde el punto de vista jurídico no necesiten de este permiso, el acceso inequitativo a los recursos en la familia y en la sociedad hace que las mujeres no sean independientes y que su capacidad para tomar decisiones se vea ampliamente restringida. Lo mismo puede decirse en cuanto a las adolescentes. Ellas igualmente tienen poco poder de decisión. Adicionalmente es rara la ocasión en que cuentan con el poder o con la confianza para negarse a tener relaciones sexuales si no lo desean.

Lo cierto es que la mayoría de las muertes maternas por estas causas podrían ser evitadas con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso de parto y un buen

seguimiento de las pacientes después del parto. Los datos empíricos demuestran que existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud reproductiva, en general. Son varios los factores que limitan el acceso de las mujeres a estos servicios: *“Entre las barreras que limitan el acceso de las mujeres a la atención de salud, se incluyen:*

- * Distancia y falta de transporte: Casi el 80% de las mujeres de áreas rurales vive a más de cinco kilómetros del hospital más cercano, y muchas no tienen forma de llegar a los servicios de salud salvo caminando, incluso cuando ya han comenzado el trabajo de parto.*
- * Costo: Millones de mujeres no pueden costear el uso de los servicios, incluso cuando estos son baratos o gratuitos. Esto obedece a los costos adicionales, a veces ocultos, que las pacientes deben pagar: transporte, elementos médicos, e incluso alimento y alojamiento para ellas mismas y su familia.*
- * Interacción con los proveedores: Demasiado a menudo los proveedores de salud tienen un trato rudo, poco acogedor y descuidado con las usuarias. Frecuentemente no respetan las preferencias culturales, por ejemplo: privacidad, posición a la hora del parto o deseos de ser atendida por mujeres.*
- * Factores socioculturales: Las mujeres en varias regiones del mundo carecen del poder de tomar decisiones acerca de su salud y sus vidas, con negativas consecuencias para la salud materna. La tradición, las costumbres familiares e incluso las leyes limitan la toma de decisiones de las mujeres y sus derechos en lo que se refiere a la crianza, anticoncepción, iniciación de las relaciones sexuales, y si se busca o no atención médica y cuándo. En algunos lugares se requiere el permiso del cónyuge para que la mujer reciba atención de salud, incluso tratamientos que pueden salvar sus vidas; en otros las suegras deciden si las mujeres pueden utilizar los servicios disponibles.”²¹*

En el mundo, una de cada cinco personas es adolescente. No obstante, en muchas sociedades, la sexualidad de los adolescentes

es un tema delicado, y sus derechos reproductivos siguen siendo polémico. Actualmente cuando los y las adolescentes comienzan sus actividad sexual, no sólo carecen de conocimientos sobre la reproducción y la sexualidad, sino de servicios de salud reproductiva que incluyan la anticoncepción. Debido a la polémica generada en torno a la sexualidad entre adolescentes y el desconocimiento general sobre sus necesidades en materia sexual y reproductiva, muy pocos países del mundo han establecido servicios adecuados de atención en salud reproductiva para adolescentes. En la actualidad, los programas nacionales para adolescentes tienen que desarrollarse dentro de un marco legal que restringe la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a los menores de edad o a las mujeres no casadas.

Por último, cuando las leyes son favorables, los trabajadores de la salud censuran a los adolescentes y les obstaculizan el acceso a los servicios.

Por lo tanto, existen muchos factores que contribuyen a la muerte materna y algunos se conjugan con otros, aumentando el riesgo de muerte que afronta la mujer embarazada. Una lectura mas cuidadosa de los factores que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el postparto, nos permite deducir que las causas de las muertes maternas van mucho mas allá del embarazo que las puede desencadenar, y que es en la vida de la mujer y de la niña donde hay que buscarlas:

“La causa de la mortalidad materna suele tener sus raíces en la vida de la mujer antes del embarazo. Puede radicar en la infancia o incluso antes del nacimiento, cuando comienzan las deficiencias de calcio, vitamina D y hierro, pues estas deficiencias pueden producir contracción de la pelvis y eventualmente ocasionar la muerte, debido a la obstrucción durante el parto o a una anemia por deficiencia de hierro, y con frecuencia pueden producir la muerte por hemorragia. Esta serie de factores negativos continúan a todo lo largo de la vida de la mujer: los riesgos particulares del embarazo en adolescentes; el agotamiento de la madre debido al reducido

espaciamiento entre embarazos; la carga del trabajo físico pesado durante el periodo reproductivo; el alto riesgo que representa un embarazo después de los 35 años y, peor aún después de los 40; los riesgos conjugados de los partos múltiples; y a lo largo de todos los anteriores, los aterradores peligros del aborto ilegal. Todos estos son eslabones de una cadena de la cual la mujer solamente puede escapar en la tumba o en la menopausia.”²²

Así, la mortalidad materna como problema de la salud reproductiva de la mujer, puede explicarse por una causa inmediata -la ausencia de atención obstétrica-, por causas intermedias -el agotamiento- y anemia secundaria a la multiparidad y a los cortos intervalos entre partos, o por causas estructurales -pobreza-.

Las enfermedades y las muertes maternas pueden desencadenarse por causa del embarazo, pero con frecuencia son el resultado de factores culturales, médicos y socioeconómicos que demeritan las condiciones y la salud de la mujer y la niña. El factor universal de riesgo es sencillamente el hecho de ser mujer, puesto que el sexo y el género, es decir los factores biológicos y socioculturales, juegan un papel muy importante en la definición de la salud.

Los progresos

En los últimos veinticinco años se ha generado un significativo compromiso internacional para encarar los Derechos Humanos en general, y entre otras cuestiones sociales relacionadas con el desarrollo sostenible, los derechos y la salud en materias de sexualidad y reproducción en particular. Este proceso, liderado por la Organización de las Naciones Unidas, produjo varios tratados internacionales de Derechos Humanos de carácter vinculante para los Estados que se comprometieron con sus disposiciones. Los momentos cumbres del proceso se relacionaron con la celebración de una serie de conferencias de las Naciones Unidas que reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como Derechos Humanos, hecho que los afirmó como una parte

inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos Universales.

Los derechos reproductivos se plantearon como marco dentro del cual es posible realizar la salud reproductiva, resolviendo sus grandes desafíos. Este marco exigió y exige, un cambio fundamental en las políticas gubernamentales de salud, en el sistema sanitario actual y en los programas de planificación familiar.

La mayoría de los Estados que afirmaron e incorporaron en sus constituciones nacionales los principios fundamentales de respeto por los Derechos Humanos, suscribieron los nuevos tratados regionales e internacionales²³ comprometiéndose a implementarlos, para asegurar el bienestar de sus poblaciones dentro del ámbito de la vida sexual y reproductiva.

La Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer de 1979 (Convención de la Mujer) expresa los valores implícitos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y refuerza los dos convenios iniciales vigentes: El Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de 1966. Este tratado resulta directamente pertinente porque plantea explícitamente los Derechos Humanos relacionados con los servicios de planificación familiar, atención y nutrición durante el embarazo, información y educación para decidir el número y el espaciamiento de los hijos.

La Convención sobre los Derechos del Niño (Noviembre de 1989) es uno de los documentos internacionales de Derechos Humanos más importantes y contiene numerosas disposiciones que abarcan los Derechos reproductivos de los/las adolescentes. Actualmente, sigue existiendo una brecha importante entre las disposiciones recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño y la realidad de la salud reproductiva y la vida de los adolescentes. En muchas de sus observaciones finales dirigidas a los gobiernos, el Comité de los

Derechos del Niño que vigila el cumplimiento de la Convención por parte de los Estados ha abordado los asuntos relativos a los derechos reproductivos de los/las adolescentes, haciendo hincapié a menudo en la necesidad de que los gobiernos tomen medidas para garantizar estos derechos. La mayor parte de los temas de salud y derechos reproductivos que afectan a los adolescentes a la luz de las obligaciones gubernamentales contenidas en la Convención sobre los Derechos del Niño son universales para todos los adolescentes: educación, anticoncepción, violencia sexual, VIH/SIDA, aborto y acceso a la atención en salud reproductiva. Otros tienen una especial importancia regional como el matrimonio a edad temprana y la mutilación sexual.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, logró levantar obstáculos y exclusiones que enfrentaban los Derechos Humanos de diversos grupos humanos: mujeres, discapacitados, niñas/os, migrantes, pueblos indígenas. etc.

Su Declaración y Programa de Acción reconocieron que los Derechos Humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integral e indivisible de los Derechos Humanos Universales y que su promoción y protección no deben estar subordinados a costumbres, cultura o religión alguna (párrafo 5). Admitió como una obligación emanada del reconocimiento y respeto de los derechos humanos de las mujeres, la necesidad de la eliminación de la violencia contra las mujeres en todas sus formas y en todas las esferas: públicas y privadas.

La Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de las Naciones Unidas, Beijing, septiembre de 1995, avanzaron a partir del consenso alcanzado en anteriores conferencias internacionales sobre temas de derechos humanos y población que reconocieron que todos los individuos tienen tales derechos, independientemente de su estado civil, edad o cualquier otra situación. Estas dos conferencias condujeron al reconocimiento de

que la protección de la salud sexual y reproductiva es un asunto de justicia social y que la realización de la salud puede ser lograda a través del mejoramiento de la aplicación de los Derechos Humanos contenidos en las constituciones nacionales existentes y en los tratados regionales e internacionales de Derechos Humanos. Estas conferencias generaron una mayor atención hacia el tema de las necesidades y los problemas de la salud reproductiva de los adolescentes.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, definió la salud reproductiva, la salud sexual y la atención de la salud reproductiva (párrafo 7.2). Reconoció la necesidad de un enfoque integrado ante la salud reproductiva, que comprende los elementos biológicos obvios del entendimiento estrecho de la salud, pero al mismo tiempo incorpora la conciencia de los contextos sociales y culturales en los cuales se lleva a cabo la sexualidad, la reproducción y la crianza de los hijos, con particular atención a las necesidades, emancipación y derechos de la mujer. Afirmó la existencia de los derechos reproductivos que: *“abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre Derechos Humanos y los documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre ellos; a disponer de la información y de los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos”*. (párrafo 7.3) Este último se establece como principio fundamental en el ejercicio de los derechos reproductivos.

La Conferencia de El Cairo reconoció el rol fundamental de la mujer en las cuestiones de población y desarrollo y estableció como la piedra angular de los programas de población el

principio de “*promover la equidad y la igualdad de los sexos y asegurar que la mujer controle su propia fecundidad*”. El Programa de Acción de El Cairo trata la cuestión relativa a la igualdad desde la perspectiva de los Derechos Humanos y se propone como objetivo eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer de manera de permitirle que ejerza sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Los Derechos Humanos relacionados con reproducción deben ocuparse de los derechos de ambos miembros de la pareja y deben poner énfasis en la igualdad, participación y alianza en la toma de las decisiones y la responsabilidad. No obstante, si bien la participación de ambos -hombres y mujeres- es primordial, sigue siendo la salud y la vida de las mujeres las que se ven directamente afectadas por la falta de acceso a servicios de atención en salud reproductiva, ya que son ellas quienes llevan el peso del aborto de riesgo, el parto en condiciones peligrosas y los métodos anticonceptivos inapropiados. Es necesario entonces, para proteger la seguridad de las mujeres en relaciones abusivas, que se les reconozca el derecho sobre su propio cuerpo y la seguridad de su persona, y que esto se observe como un derecho primordial del individuo. Para poder ser efectivos, los servicios de salud reproductiva deben ser conscientes de la amplia gama de las necesidades de las mujeres en materia de salud reproductiva y de los contextos dentro de los cuales surgen diferentes necesidades.

El mayor logro de la Cuarta Conferencia Mundial sobre La mujer de las Naciones Unidas, Beijing, septiembre de 1995, fue la forma en que el lenguaje de los Derechos Humanos permeó tanto la Declaración como su Plataforma de Acción. En la Declaración de Beijing los gobiernos expresan su convencimiento de que los derechos de la mujer son Derechos Humanos y que para que las mujeres puedan potenciar su papel es básico reconocer su derecho a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad. Al avanzar más allá de El Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing dejó en claro que la religión, la cultura y la tradición no pueden ser utilizadas como razones para no permitir el ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres.

Para lograr el empoderamiento de la mujer y la igualdad, la Plataforma identificó doce áreas decisivas de especial preocupación, que se destacan como prioridades para la acción y requieren de medidas especialmente urgentes: pobreza, educación, atención de la salud, violencia contra las mujeres, conflictos armados, estructuras y políticas económicas y acceso a los recursos, desigualdad de género en el poder y toma de decisiones, mecanismos de promoción, Derechos Humanos de las mujeres, desigualdad de acceso a los sistemas de comunicación, desigualdad de género en la gestión de los recursos naturales y discriminación contra la niña.

Los importantes acuerdos para la salud de la mujer logrados en Beijing incluyen los derechos sexuales (párrafo 96)²⁴; la despenalización de las mujeres que se practican abortos (párrafo 107k); y los Derechos Humanos de todas las mujeres.²⁵

El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo de 1994 y la Declaración y la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing de 1995 han sido fortalecidos con revisiones realizadas durante los cinco años subsiguientes, en 1999 y 2000 respectivamente.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la población y El Desarrollo de El Cairo no es un programa que impone, por sí solo, obligaciones legales a los Estados. Es un documento aprobado por consenso donde los Estados se comprometen a ejecutar los programas y las estrategias allí contempladas. Sin embargo, el Comité rector de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) decidió en 1995, utilizar este Programa como estándares de cumplimiento de la misma Convención. En consecuencia, hoy los Estados que han firmado y ratificado la Convención de la Mujer están obligados, por el derecho internacional de los tratados, a ejecutar y desarrollar este Programa.

El Comité de la CEDAW que vigila el cumplimiento de las obligaciones que han aceptado los Estados Partes en la Convención de

la Mujer, expidió también la Recomendación General No. 24 "La Mujer y la Salud" (sobre el artículo 12 del tratado)²⁶, en la cual explica el contenido y significado del Derecho a la salud. En ella la CEDAW señala los deberes legales de los Estados Partes de la Convención de la Mujer a respetar los derechos no obstaculizando su ejercicio, a protegerlos aplicando acciones positivas contra terceros que atenten contra ellos y a cumplirlos empleando medios gubernamentales para velar por el ejercicio pleno de los Derechos Humanos.

Al cumplir cincuenta años de existencia en 1998, la Organización Mundial de la Salud escogió como tema del año la maternidad segura, declarando que el objetivo de la iniciativa es reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de vigilar si los Estados Partes han ajustado sus leyes, políticas y prácticas a las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expidió la Observación General No.14 (2000) sobre el "Derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud" (artículo 12 del Pacto)²⁷, pronunciándose expresamente sobre las violaciones de la obligación de cumplir y explicando que:

“52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas...el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.”

La mortalidad materna es asunto de Derechos Humanos

Los gobiernos y organismos internacionales han adoptado diversos compromisos frente a la mortalidad materna reconociendo que la maternidad sin riesgo es un Derecho Humano de la Mujer²⁸, frente al cual el Estado tiene el deber de asegurar que toda mujer reciba el cuidado que necesita para mantenerse segura y saludable durante el embarazo y el parto.

De otra parte, la investigación desde las diferentes disciplinas sobre las múltiples dimensiones de la salud sexual y reproductiva ha permitido su comprensión, ilustrando las causas y las consecuencias humanas de mala salud sexual y reproductiva y, por lo tanto, sobre cómo aplicar los Derechos Humanos para evitar y aliviar algunas de estas causas de la mala salud. Puesto que una de las principales causas de mortalidad en las mujeres se debe a la falta de cuidado médico durante el embarazo, el parto y el postparto, en opinión de los asesores médicos, muchas de las muertes maternas son evitables con acciones y políticas estatales orientadas hacia la maternidad segura. Así, se sostiene que la mayoría de las muertes maternas podrían ser evitadas con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso de parto y un buen seguimiento de las pacientes después del parto.²⁹ Los estudios epidemiológicos señalan cuáles son las mujeres que tienen acceso limitado a la atención médica y, por lo tanto, se encuentran en una situación de mayor riesgo de mortalidad. Al respecto se ha establecido que son varios los factores que limitan el acceso de las mujeres a estos servicios: las distancias, los costos, la falta de tiempo de las mujeres, la pobreza y el no poder expresar sus opiniones y deseos.³⁰ Como consecuencia, el acceso a los servicios de maternidad varía muchísimo entre las mujeres urbanas y las rurales, entre las ricas y las pobres, entre las que viven en países desarrollados y las que viven en países en vías de desarrollo, y entre las mujeres educadas y las analfabetas. De ahí que las altas tasas de mortalidad materna se pueden relacionar con la negligencia gubernamental frente a las condiciones en que las mujeres viven los embarazos y el parto. El objetivo es entonces modificar estas condiciones, invocando la legislación sobre Derechos Humanos, para proporcionar intervenciones de alivio, remedio y preferiblemente, prevención. Según los expertos, la mortalidad materna se puede prevenir con intervenciones sencillas de implementar y de bajo costo, pero debe existir voluntad política y compromiso de promover la equidad, la justicia social y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en especial de las más pobres, las que residen en zonas rurales y las mujeres adolescentes, negras e indígenas, quienes

frecuentemente son discriminadas en su acceso a recursos y servicios y a quienes la maternidad muchas veces puede costarles la vida.³¹

Estas muertes evitables son imputables al Estado y pueden ser el fundamento de la responsabilidad estatal al relacionar la mortalidad materna con omisiones del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales frente a los Derechos Humanos Reproductivos de la Mujer. No abordar las causas evitables de mortalidad materna es una forma de discriminación contra las mujeres. Es decir, la tragedia ignorada de la mortalidad materna no solo es un problema de salud; es una violación de los Derechos Humanos de las Mujeres.³²

La Recomendación General No. 24 "La Mujer y la Salud" con la que la CEDAW interpretó el artículo 12 de la Convención de la Mujer³³, señala los deberes legales de los Estados Partes a respetar los derechos no obstaculizando su ejercicio, a protegerlos aplicando acciones positivas contra terceros que atenten contra ellos y a cumplirlos empleando medios gubernamentales para velar por el ejercicio pleno de los Derechos Humanos: *"...el deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica. Los estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer"* (párrafo 17). El Comité recomienda a los Estados Partes a indicar en sus informes qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto: *"Así mismo debe indicarse en qué proporción han disminuido en su país en general y en*

las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.” (párrafo 26)

En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad: *“Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*. (Párrafo 27) Los Estados Partes deberían, en particular: *“(c)...reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal...”* (Párrafo 30)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General No.14 (2000) no dejó dudas al decir que:

“52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas...el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.”³⁴

Varios derechos suelen ser transgredidos conjuntamente en casos particulares de muertes evitables como resultado de embarazos o partos. Cuando la muerte se produce porque el Estado no garantizó el acceso a los servicios básicos de salud reproductiva el derecho humano que se viola en la forma más obvia es el derecho a la vida y a la supervivencia.³⁵ Aun cuando este derecho tradicionalmente ha implicado una prohibición para los gobiernos a imponer la pena de muerte de manera arbitraria, también tiene una naturaleza positiva por cuanto su protección exige que los Estados adopten

medidas positivas para proteger la vida.³⁶ Esto es especialmente cierto para los casos donde el hecho de ser mujer constituye en sí mismo una amenaza contra la vida. La condición de ser mujer desde la concepción hasta la edad avanzada está llena de riesgos de aborto e infanticidio, de desnutrición, de menor acceso a la atención médica que los hombres, de violencia endémica. Se requieren por lo tanto formas especiales de protección legal para que las mujeres puedan disfrutar su derecho a la vida.

Si un Estado no adopta las medidas necesarias para evitar que las mujeres mueran por embarazo o parto, esta faltando a su obligación de proteger la vida.³⁷ Aplicando la naturaleza positiva del derecho a la vida y a la supervivencia se puede exigir a los gobiernos, en primer lugar, identificar las causas de mortalidad materna con el fin de evitar las muertes maternas evitables. La protección efectiva del derecho a la vida requiere que se adopten las medidas positivas necesarias para garantizar, como lo exige el Programa de El Cairo: *“el acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”*³⁸ El derecho a la vida es el derecho que más claramente se puede aplicar para proteger a las mujeres del riesgo de morir en el parto debido a la falta de atención obstétrica esencial o de emergencia, por lo tanto puede ser invocado para exigirles a los gobiernos suministrar servicios obstétricos esenciales o de emergencia cuando no están disponibles de manera adecuada. Las medidas positivas pueden significar que se den pasos progresivos para garantizar que, cada vez con mas frecuencia, los nacimientos sean atendidos por personal capacitado, como lo exigen los documentos de Beijing y El Cairo.

En las sociedades en las cuales la mortalidad materna es alta, la negligencia gubernamental frente a las condiciones en las cuales las mujeres viven los embarazos y el parto, violan su derecho a la vida. El derecho a la vida es violado en los casos de muertes evitables

como resultado de embarazos o partos que se producen porque el Estado no garantizó el acceso a los servicios básicos de salud reproductiva. En consecuencia, toda legislación y toda práctica que obstaculice el acceso a estos servicios, estaría violando el derecho a la vida y a la supervivencia.

El Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos de 1966, ratificado por Colombia, en sus observaciones finales al Cuarto Informe Periódico de Colombia, aprobadas en su 1583 sesión, celebrada el 9 de abril de 1997, entre sus “*Principales motivos de preocupación*” expresa: “*su inquietud por la situación de las mujeres, quienes, a pesar de algunos avances, siguen siendo objeto de discriminación de jure y de facto en todas las esferas de la vida económica, social y pública*”. A este respecto, el Comité observa que la violencia contra las mujeres sigue siendo una amenaza grave contra el derecho a la vida, y que es preciso ocuparse seriamente de esta cuestión. En el párrafo 37 de sus observaciones, el Comité recomienda que el Estado Colombiano: “*revise las leyes y adopte medidas para garantizar la plena igualdad de hecho y de derecho de las mujeres en todos los aspectos de la vida social, económica y pública, en particular en relación con su situación dentro de la familia. A este respecto, hay que dar prioridad a la protección del derecho de las mujeres a la vida, adoptando medidas eficaces contra la violencia y garantizando el acceso a los medios anticonceptivos sin riesgo...*”

El derecho a la salud reproductiva y a la atención médica³⁹

Lleva implícito el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (atención prenatal, del parto y postnatal).⁴⁰ En consecuencia, los Estados tienen la responsabilidad de garantizar el suministro de la atención obstétrica esencial y el tratamiento médico indicado, el cual debe incluir servicios para tratar el embarazo de alto riesgo o para terminar un embarazo en condiciones seguras cuando la vida de la mujer o su salud permanente están en riesgo. El derecho a la

salud reproductiva incluye también el derecho negativo a recurrir a los métodos anticonceptivos y a la esterilización sin obstáculos legales y también el derecho positivo de tener acceso a los servicios y asesoría relacionados con los mismos. Debido a que el bienestar mental y social es un componente de la salud, los embarazos no deseados, que ponen en peligro el bienestar mental y social, representan para la salud de la mujer una amenaza tan grande como el embarazo, cuando éste pone en peligro la supervivencia, la longevidad o la salud física.⁴¹

Tres artículos diferentes de la Convención de la mujer incorporan la salud reproductiva y la planificación familiar como componentes del derecho a la salud: arts.11 (f), 12 y 14 (b) y 16.1. Al establecer estos derechos de la mujer, la Convención va mas allá del derecho a la salud y obliga a los Estados Partes, entre ellos Colombia, a ofrecer servicios adecuados en materia de planificación familiar. El art. 12(2) de la Convención exige a los Estados Partes proporcionar servicios de maternidad gratuitos cuando sea necesario, y a asegurarle una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. Conforme al art. 24 (d) de la Convención del Niño, los Estados Partes se comprometen a garantizar la atención prenatal, de parto y posparto apropiados para las madres. Cuando un Estado Parte no proporciona los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el posparto, esta incumpliendo lo dispuesto por el art.12(2) de la Convención de la Mujer y el art. 24 de la Convención del Niño.

El derecho general a la no discriminación y al respeto por la diferencia⁴² exige tratar los mismos intereses sin discriminación y también exige que las sociedades traten los intereses que son significativamente diferentes de maneras que respeten adecuadamente esas diferencias.

El derecho que tiene toda mujer a no ser objeto de ningún tipo de discriminación⁴³ obliga a las sociedades y sus Estados a tener en cuenta diferentes intereses biológicos, como el embarazo y el parto, de manera que respondan razonablemente a estas

diferencias, pues la salud materna es una necesidad específica de las mujeres. La Convención de la mujer, vigente en Colombia desde el año de 1981, tiene como objetivo la prohibición de todo tipo de discriminación contra la mujer, con el fin de reconocer el hecho de que la naturaleza particular de la discriminación contra la mujer y las características distintivas de la misma ameritan una respuesta legal.

La Recomendación General No. 24 de la CEDAW sobre la Mujer y la Salud, exige que los Estados apliquen el derecho a no sufrir discriminación para proteger los diferentes intereses frente a la opción de evitar un embarazo, de tratar las consecuencias de los embarazos no deseados y las necesidades de los embarazos y partos seguros. (Párrafos 11 y 12).

La Convención de la Mujer obliga, en términos generales, a los Estados Partes a: *“propender por todos los medios adecuados y sin dilaciones, por una política que elimine la discriminación contra la mujer.”* (Art.2) y en particular a: *“eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la atención médica, con el objeto de garantizar...el acceso a los servicios de salud, incluyendo aquellos que se relacionan con la planificación familiar”* (Art. 12.1.). Este derecho de la mujer obliga a los Estados Partes a eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la atención médica, con el objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, en particular el acceso a la atención prenatal, del parto y después del parto⁴⁴, proporcionando servicios de maternidad gratuitos cuando fuere necesario, y una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia⁴⁵. Este derecho obliga a los Estados a derogar las leyes que discriminan a la mujer en su texto o en sus efectos. De otro lado, según el art.5 (a) de la Convención de la Mujer, los Estados Partes, para eliminar la discriminación contra la mujer, se comprometen a tomar todas las medidas apropiadas para: *“Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de*

cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres o mujeres.”

Este derecho obliga al Estado Parte a reconocer que la discriminación contra la mujer comienza en las primeras etapas de la vida y por lo tanto se debe enfrentar desde ese momento en adelante.⁴⁶ No abordar las causas evitables de mortalidad materna es una forma de discriminación contra las mujeres.⁴⁷

El derecho al debido respeto a las diferencias sexuales se viola cuando los servicios de salud no responden a las diferencias biológicas fundamentales en la reproducción, como lo evidencian las 515.000 mujeres que mueren anualmente por causas, que con frecuencia se podrían prevenir, relacionadas con el embarazo.⁴⁸ Las leyes que niegan o limitan el acceso de la mujer a los servicios médicos, o que hacen que este acceso dependa de la autorización de terceros, atentan contra los derechos de las mujeres⁴⁹ y las colocan en situación desventajosa respecto de los hombres y, en consecuencia, constituyen formas de discriminación contra ella: por ejemplo una ley que exija a las mujeres casadas, y no a los hombres, obtener la autorización de su cónyuge para acceder a los servicios de salud. O la ley que no permite que los adolescentes reciban información y servicios de salud reproductiva sin el consentimiento de sus padres. Esta ley, aparentemente neutral, pondría a las adolescentes, pero no a los muchachos, en riesgo de embarazo. Puesto que la incidencia de desnutrición y anemia en las niñas está directamente relacionada con las tasas de mortalidad y morbilidad materna, los Estados Partes en la Convención de la Mujer deben tomar todas las medidas apropiadas para abolir el patrón sociocultural de conducta según el cual en la alimentación se les dá prioridad a los hombres⁵⁰. Este patrón es discriminatorio porque se basa en la idea de superioridad del hombre y en las funciones estereotipadas de hombres y mujeres, ya que las mujeres consideran que la supervivencia de sus maridos e hijos es un factor clave para su propia supervivencia. La no aplicación de las leyes que establecen una edad mínima para contraer matrimonio y de las

disposiciones y prácticas legales que condenan el matrimonio infantil, en la práctica discrimina a las niñas y a las mujeres negándoles la debida protección de la ley cuando permiten el matrimonio prematuro y el riesgo de muerte inherente al embarazo y al parto prematuros.

El derecho a la libertad y a la seguridad personal⁵¹ está siendo aplicado mas allá de la prohibición del arresto o detención arbitrarios que fue su sentido original, para exigir que los gobiernos proporcionen servicios de salud cuando la falta de estos pone en riesgo la libertad, y particularmente la salud de la persona.⁵² Según las leyes internacionales de Derechos Humanos, los Estados no pueden obligar a las mujeres a concebir hijos contra su voluntad. El Programa de Acción de El Cairo afirma que los Estados tienen la obligación primordial de: *“Asegurar que todo niño que nazca sea un niño deseado”* (párrafo 6.6.). El Estado, al no ofrecer el acceso adecuado a métodos anticonceptivos, deja a las mujeres en riesgo de tener embarazos no deseados, poniendo en peligro su salud y comprometiendo su autonomía. La decisión de tener un hijo debe ser: *“Una experiencia voluntaria y autónoma, que signifique para la mujer un suceso positivo y enriquecedor de su existencia. Impedir que ello ocurra, forzar a una mujer a que culmine un embarazo no deseado y a afrontar sus consecuencias, supone atentar contra su libertad, su dignidad y su derecho a decidir, y condenarla a un futuro que ella no ha elegido.”*⁵³ Existe violación de la libertad y de la seguridad personal si la muerte de la mujer se produce en relación con un embarazo no intencional, cuando el Estado le niega a la mujer el acceso a los métodos anticonceptivos. Este derecho es igualmente violado cuando las leyes de un estado permiten a los esposos o compañeros prohibir a sus esposas o compañeras el control de la fecundidad. Las leyes de veto paterno pueden ser condenadas por la misma razón cuando obstruyen la elección personal por parte de menores maduros o emancipados que estén en capacidad de tomar sus propias decisiones sexuales y asumir las consecuencias de su elección. Cuando una mujer adolescente se ve obligada a continuar con un embarazo indeseado que pone en peligro su vida

o su salud porque faltaron los anticonceptivos, la denegación de la atención médica también implica crueldad, inhumanidad y degradación.

El derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes⁵⁴ también ha recibido un nuevo contenido para garantizar que la dignidad inherente a las mujeres sea respetada, protegida y realizada: las Cortes y los Tribunales de Derechos Humanos ahora exigen que los Estados garanticen la prestación de servicios de salud en los casos en que no hacerlo constituiría trato inhumano y degradante.⁵⁵ Por lo tanto, los Estados Partes tienen la responsabilidad de garantizar el suministro de la atención obstétrica esencial y los servicios para tratar un embarazo de alto riesgo, porque no hacerlo constituiría trato inhumano y falta de respeto por la dignidad inherente de las mujeres. Los Estados que ignoren las consecuencias -entre ellas, la muerte materna- que para la mujer adolescente implica la falta de disponibilidad de anticonceptivos y la falta de servicios en caso de embarazo no deseado, serán responsables de la violación del art. 7º del Pacto de Derechos Civiles y Políticos y del art. 19 de la Convención del Niño.⁵⁶

El derecho al matrimonio y a formar una familia⁵⁷ implica en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos. El derecho a formar una familia no se observa correctamente si se refiere únicamente al derecho de concebir, gestar y dar a luz un hijo. El acto de “*formar*” una familia es algo más que someterse pasivamente a los hechos biológicos, e incluye el derecho positivo de la mujer a planificar, a escoger el momento del parto y a espaciar los hijos con el objeto de optimizar la salud del niño y la suya propia. De conformidad, el art. 16 num. 1º inc.e de la Convención de la Mujer exige que los Estados Partes garanticen a la mujer el goce de los mismos derechos: “*A decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos*”. Esto significa que cuando los Estados Partes adopten políticas de planificación familiar, estas

deben ser compatibles con las disposiciones de los Convenios de Derechos Humanos y, en particular no deben ser discriminatorias ni obligatorias.

La Recomendación general No. 21 de la CEDAW sobre la "Igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares" (1994), aclara que: *"La decisión de tener o no tener hijos, si bien de preferencia debe adoptarse en consulta con el cónyuge o el compañero, no debe, pese a ello, estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno."*

Este derecho a formar una familia incorpora el derecho de optimizar las posibilidades de supervivencia de un niño concebido o nacido, a través del espaciamiento de los nacimientos con anticonceptivos. Este derecho es complementario al derecho de la mujer misma a sobrevivir al embarazo, dado que los hijos de las mujeres que mueren después del parto son de tres a diez veces más propensos a morir en los primeros dos años de vida, que los que tienen a ambos padres vivos.⁵⁸

En las sociedades que no reconocen más funciones ni valores de la mujer que las definidas por la biología, la mujer necesita protección legal contra el condicionamiento que genera la creencia que deben formar una familia en forma prematura. Los Estados deben garantizar que las adolescentes tengan la suficiente madurez física para el matrimonio y el parto con el fin de evitar los riesgos de los embarazos tempranos (por ej. la mortalidad materna). Esto quiere decir que las leyes tienen que fijar la edad a la cual los adolescentes pueden contraer matrimonio sin el consentimiento de sus padres.⁵⁹ Que las adolescentes se casen más tarde es un resultado deseable que ofrece varias ventajas para la salud: así ellas alcanzarían la suficiente madurez física para tener un embarazo y un parto seguros, y de otro lado tendrían la madurez emocional e intelectual para cuidarse a sí mismas y a sus hijos y para saber cuándo buscar la asistencia que sea necesaria. Cuando los gobiernos abordan el tema de las muertes maternas en adolescentes deben implementar leyes que prohíben el

matrimonio infantil, porque la edad en que una mujer contrae matrimonio con frecuencia determina el momento de sus embarazos.

En consecuencia, este derecho puede verse violado cuando las leyes sobre el matrimonio establecen límites demasiado bajos para contraer matrimonio lo que afecta el bienestar de la mujer, y por lo tanto de su familia, o cuando establecen límites más bajos para la mujer que para el hombre. Cuando la obligación legal de los padres de sostener a la hija concluye a la edad matrimonial, aún cuando la mujer todavía no tiene los medios para sostenerse con un empleo y carece de oportunidades educativas y profesionales, ella puede verse obligada a casarse y tener embarazos tempranos.⁶⁰

El derecho a buscar, recibir e impartir información⁶¹ está protegido en todas las Convenciones básicas sobre Derechos Humanos y es esencial para la realización de la salud reproductiva, puesto que se ha establecido que existe relación entre el acceso limitado a la información y los riesgos para la salud. Este derecho crea obligaciones concretas e inmediatas para los gobiernos de proporcionar la información necesaria para la protección y promoción de la salud reproductiva y no solo la obligación de abstenerse de interferir en la diseminación de la información. Los gobiernos tienen el deber positivo de garantizar el acceso a la información: así, por ejemplo, la atención en la salud sexual y reproductiva incluye la información, orientación y servicios de planificación familiar.⁶²

El derecho a la educación⁶³ contribuye a la meta de la salud reproductiva por cuanto, en general, la educación es un fundamento de la autonomía y responsabilidad individuales. Las estadísticas indican que la mujer tiene mas acceso a los métodos anticonceptivos cuando puede leer y comprender los riesgos que un corto intervalo entre nacimientos puede representar para su salud. Por ésto el derecho a la educación, entre otros, trata la causa subyacente a la multiparidad. A pesar de no desconocerse el papel del individuo en esta materia, y dado que, por definición, el respeto

por los Derechos Humanos y su realización es un compromiso del Estado, cabe anotar que incluso el comportamiento personal de los individuos y su educación para el autocuidado son responsabilidad del Estado. El Programa de Acción de El Cairo exhorta a los gobiernos a atender las necesidades especiales de los y las adolescentes y establecer programas apropiados para responder a ellas con enseñanza y orientación sobre las relaciones entre los sexos, la violencia contra los y las adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA (párrafo 7.47). La Recomendación General de la CEDAW sobre la "Mujer y Salud" llama a los Estados Partes a: *"Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal."* (Para. 31 (c).)

El derecho de la mujer a una vida libre de violencia⁶⁴, tiene la categoría de derecho internacionalmente protegido. El art. 1º de La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, define la violencia contra la mujer como: *"...cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado."*

Al reconocer que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de sus Derechos Humanos (Art.4), en todos los casos, donde quiera que ocurra, compromete la responsabilidad del Estado, directa o mediata, por acción u omisión, porque es: *"Perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes"*. (literal c). La Convención obliga a los Estados Partes a condenar todas las formas de la violencia contra la mujer y fija su compromiso a combatirla: *"Por todos los medios apropiados y sin dilaciones"* (Art. 7º). Se establece como deber del Estado Parte abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de

conformidad con esta obligación (literal a). Se consagra así, la obligación de respeto al Derecho Humano de la Mujer a tener una vida libre de violencia. (El literal c) del artículo, crea una obligación “de hacer” para el Estado Parte en el sentido de realizar la reforma de la legislación interna necesaria para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer, mediante la promulgación de normas en el campo del derecho penal, civil y administrativo así como “*las de cualquier otra naturaleza*”.

En relación con la salud reproductiva, la violencia contra las mujeres es considerada como una condición subyacente que aumenta los factores de riesgo de la mala salud sexual y reproductiva. En consecuencia, los Estados Partes deben procurar que se apliquen medidas para impedir la coacción (en el ámbito público y el privado) con respecto a la fecundidad y a la reproducción, para asegurar que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, tales como los abortos ilegales, por ejemplo, por falta de servicios apropiados en materia de control de la fecundidad. Las leyes penales que condonan o ignoran la violencia contra las mujeres, en especial el abuso sexual, dentro y fuera del matrimonio, menoscaban la capacidad de las mujeres para protegerse de los embarazos no deseados y deben ser reformadas.

El derecho a los beneficios del progreso científico⁶⁵

Es importante, por cuanto muchas de las técnicas modernas de control y promoción de la fecundidad, y de reproducción asistida, son resultado del progreso científico. El hecho de que la mujer se haya liberado de los embarazos no deseados mediante métodos anticonceptivos seguros, eficaces y convenientes se logró gracias al progreso científico.

El derecho a los beneficios del progreso científico exige que los Estados Partes faciliten el uso de métodos comprobados, seguros y efectivos, y que favorezcan las interpretaciones de la ley existente para facilitar su uso. Las leyes y actos que obstaculizan la aprobación e importación de medicamentos seguros y eficaces violan este

derecho. Este derecho puede ser invocado para exigirles a los gobiernos que le den prioridad a la realización de investigaciones en salud reproductiva (biomédicas, epidemiológicas o de salud pública, y jurídicas) con fondos públicos.⁶⁶ Se puede utilizar el mismo derecho, cuando los servicios de salud sexual y reproductiva no son accesibles, por razones financieras o geográficas, a las paisanas en alto riesgo de sufrir mala salud sexual o reproductiva.⁶⁷

La maternidad se vuelve segura si los gobiernos nacionales le dan la alta prioridad que requiere. Invertir en la maternidad segura genera una altísima relación beneficio costo, si bien, al promover la salud de la mujer, se logra también beneficiar la salud de su familia, impulsar la fuerza laboral y fomentar el bienestar de la comunidad. La reducción de la mortalidad y morbilidad maternas reduce la pobreza doméstica y beneficia el sistema de salud. Se sabe que el costo de proveer cuidados prenatales, de parto y posparto y de planificación familiar a las mujeres de los países con bajos ingresos, cuesta alrededor de US\$3 al año por persona. En Africa y en algunas partes del Asia, el costo puede ser menor a un dólar al año.

Por último, los Estados pueden ser considerados responsables legales de la causa estructural de la mortalidad materna que es la pobreza, cuando asignan una parte exagerada de su riqueza nacional a gastos militares, mientras niegan a su población la cobertura de sus necesidades básicas (por ejemplo el acceso a los servicios básicos de salud reproductiva). En este caso se pueden invocar el derecho al mas alto nivel posible de salud⁶⁸, el derecho a los beneficios del progreso científico y finalmente el derecho al desarrollo.⁶⁹

Para concluir

De los ejemplos sobre la forma en que cada uno de los derechos podría ser aplicado al problema de mortalidad materna se puede concluir:

- Que los derechos más pertinentes para invocar y la forma como se podría demostrar que han sido transgredidos,

dependen de los hechos particulares de la supuesta violación y de las causas subyacentes de la mortalidad materna.

- Que en los casos particulares de muertes evitables como resultado de embarazos o partos, varios derechos suelen ser transgredidos conjuntamente. Ocurre así porque los Derechos Humanos son interdependientes en cuanto cada derecho depende, en mayor o menor grado, del cumplimiento de otros derechos. Esta es la razón por la cual la violación de un derecho suele implicar otro u otros derechos. Los derechos que se han expresado separadamente no están aislados unos de otros sino que interactúan entre sí para darle forma a otros derechos:

“Los altos niveles de mortalidad materna evitable violan los derechos de las mujeres a la vida y los altos niveles de morbilidad materna comprometen el derecho al más alto nivel de salud posible. Con la violación de estos derechos se viola a la vez el derecho a la vida familiar, no sólo de las mujeres sino también de sus esposos y con frecuencia de sus hijos. Desconocer los procedimientos médicos que sólo necesitan las mujeres, como los servicios necesarios para garantizar el embarazo y el parto seguro, constituye una forma de discriminación contra las mujeres y un desconocimiento del derecho a la no discriminación por razones de sexo consagrado en la mayoría de las Constituciones Nacionales y en las Convenciones Regionales e Internacionales de Derechos Humanos”⁷⁰.

- Que la justicia social y los Derechos Humanos de la Mujer están íntimamente relacionados con las muertes y las enfermedades maternas. Las muertes maternas son un hecho de injusticia social y el resultado más desastroso del inmenso cúmulo de negaciones de los Derechos Humanos de la Niña y de la Mujer.
- Que los gobiernos están en la obligación de remediar la injusticia de las muertes maternas promoviendo y garantizando la salud reproductiva para todas las mujeres. Porque: *“No es lo mismo tener y ejercer un derecho. Entre estas dos instancias de la existencia del derecho se encuentra la realización de la justicia.”*

“Los Derechos Humanos constituyen un material muy rico y moldeable para que los individuos, las comunidades y las sociedades puedan darle forma a su libertad sexual y reproductiva. También tienen por objeto proporcionarles a las personas que tradicionalmente no han tenido poder, la facultad de auto defensa y de autodeterminación, y que exigen del gobierno, por lo menos, abstenerse de interferir y a veces asignar recursos económicos...”⁷¹

“Cuando las Cortes no definen los Derechos Humanos como derechos positivos, estos tienen poco o ningún valor práctico para las personas en situación de desventaja por la pobreza, la ignorancia y la falta de poder ya que en muchos países son personas en condiciones de marginalidad o de minoría racial o étnica. El desafío para el siglo veintiuno es garantizar todos los Derechos Humanos como derechos negativos, y promover como derechos positivos los que dependen de la asignación de recursos gubernamentales.”⁷²

BIBLIOGRAFIA:

BERMUDEZ V., Violeta. *Violencia contra la Mujer, Mecanismos de Protección, Dialogo Iberoamericano, diciembre de 1996.*

BUNCH, Charlotte, DUTT, Mallica y FRIED, Susana. *Referendum global sobre derechos humanos de las mujeres, Revista MUJER SALUD, Chile 3-4 1995.*

COPELON, Rhonda. *Terror íntimo: la violencia domestica entendida como tortura en "Derechos Humanos de la Mujer- Perspectivas Nacionales e Internacionales", Editado por Rebecca J. COOK, PROFAMILIA, 1997.*

COOK, Rebecca y HAWS, Jeanne. *"La Convención de la ONU sobre los derechos de la mujer- oportunidades para quienes facilitan servicios de planificacion familiar", Revista de Profamilia Nos. 9 y 10, septiembre de 1987.*

El documento de El Cairo, Revista de Profamilia N.24, diciembre de 1994.

FAMILY CARE INTERNACIONAL. *Acción Para El Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para todos, octubre 1994.*

FAMILY CARE INTERNACIONAL. *Compromisos para la Salud y Derechos Reproductivos para todos, Marco de Acción, 1995.*

GOMEZ, Adriana. *Un ejercicio de poder.*

GONZALEZ, Nirvana, *El ciclo perverso.*

HERNANDEZ GUEVARA, Nohema. *Una Ley para prevenir y sancionar.*

IANUZOVA, María, DIAZ, Ana María. *"Veto Conyugal vs. Autonomía Reproductiva de la Mujer" Revista de Profamilia No.28, diciembre de 1996.*

PERSPECTIVAS DE LAS MUJERES SOBRE SALUD Y DESARROLLO REPRODUCTIVOS, *Revista de Profamilia* N.24, diciembre de 1994.

PROFAMILIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, *Profamilia y AVSC*, 1996.

PLATA, María Isabel y YANUZOVA, Maria. *Los Derechos Humanos y la Convencion para la eliminacion de todas las formas de discriminacion contra la mujer*. Profamilia-Servicio de Consultoria Juridica Familiar, Santa Fe de Bogotá, 2a. edición 1993.

NOTAS

1 *Family Care Internacional-FCI, Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva*, 2000.

2 OMS, *Maternal Mortality in 1995, Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. (Ginebra, OMS, 2001)

3 *La tasa de mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos*.

4 DANE: DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA FNUAP. *Fondo de Población de Naciones Unidas*.

5 *Family Care Internacional-FCI, Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y Estado Actual*, 2001, pag.14.

6 *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Cairo, septiembre 5-13 de 1994, par. 7.2.

7 Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho*, pag. 9. Traducido por Profamilia - Colombia, 2004.

8 Los estándares consisten en párrafos pertinentes de los informes y declaraciones de recientes conferencias de las Naciones Unidas y otros documentos clave, que reflejan el consenso internacional y en algunos casos incluyen metas que los gobiernos se han impuesto respecto a actividades específicas en la esfera de un derecho particular, contra los cuales puede medirse la defensa y la promoción del derecho en cuestión.

9 *Ibidem*, pags.219 a 222.

10 OMS, *Indicadores de Salud Reproductiva para la Vigilancia Global*, (Ginebra: OMS, 2001, WHO/RHR/01.19,1-51).

11 *Es el número anual de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos*.

12 *Es el número anual de muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva*.

13 OMS, *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information* (Ginebra, OMS, 1997) WHO/RHT/TSM/96.28.

14 DANE/FNUAP (1999), *La Mortalidad Materna en Colombia, Estimaciones departamentales y Municipales*, autora Leticia Jaramillo, Bogotá, pag.20.

15 Peñuela A.M. et al.(1998) *Mortalidad materna y factores de riesgo: estudio de casos y controles*, Secretaria de Salud de Santa Fe de Bogotá. Junio 1995-Julio 1996 (tomado de Family Care Internacional-FCI, *Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y Estado Actual*, 2001, pag.21).

16 *Ibidem* pag.20.

17 *En una declaración conjunta en 1988, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, acordaron la siguiente clasificación de hombres y mujeres jóvenes:*

Adolescentes: 10-19 años

Juventud: 15 a 24 años

Jóvenes: 10-24 años

18 *Hacia un nuevo mundo: La vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes- Resumen ejecutivo.* Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1998; *Estado de la población mundial*, 1998, FNUAP, Nueva York, 1998.

19 "Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide." Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1998; *Estado de la población mundial*, 1998, FNUAP, Nueva York, 1998.

20 Family Care Internacional-FCI, *Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y Estado Actual*, 2001, pag.18.

21 *Revista Mujer Salud/Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, Chile,1/2003.

22 Cook, Rebecca. J: *Derechos humanos, Mortalidad Materna y Salud Reproductiva*, publicado en la revista de Profamilia No. 9-1993 (pags. 43-68).

23 *Los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia son guía auxiliar en la tarea doctrinaria de definir los derechos humanos, reconociéndose la primacía del derecho convencional internacional, de manera especial en el campo de los derechos fundamentales (Art.93 C.N.). Se acoge así a nivel constitucional la tesis que las normas internacionales han sido creadas precisamente para suplir las insuficiencias de las nacionales y al mismo tiempo para uniformar los criterios sobre la correcta aplicación de los derechos humanos.*

24 *Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y*

responsablemente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

25 El capítulo *Mujer y Salud*, que contiene 23 puntos, comienza con una sección descriptiva (párrafos 91 al 112), que analiza la desigualdad en el acceso a la atención de salud, disminución del gasto público y discriminación en contra de las mujeres y las niñas. Los párrafos 96 a 99 tratan sobre salud y derechos reproductivos y sexuales, incluyendo la anticoncepción, abortos peligrosos y VIH/SIDA. El párrafo 107 K grafica una perspectiva de salud pública sobre el aborto inseguro y una propuesta menos punitiva contra las mujeres que sufren ese drama.

26 Adoptada en su 20o. periodo de sesiones, 1999.

27 *Ibidem*.

28 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994, 8.20(a,b), 8.22, 8.23, 8.24, 8.26; Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995, 100, 106 (e,k,r,y), 108 (i); Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, arts. 12.2 y 14.2 (b); Convención sobre los derechos del Niño, 24.2 (d); Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, Programa de Acción, 47; Cumbre Mundial sobre desarrollo social, Declaración de los Compromisos, 2(b) y 6(p), Programa de Acción, 36(d), 37(e).

29 Family Care Internacional-FCI, *Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y Estado Actual*, 2001, pag.19.

30 *Revista Mujer Salud/Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, Chile, 1/2003.

31 *Ibidem*, pag.16.

32 M.F.Fathalla, "Imagine a world where motherhood is safe for all women" *Int. J. Gynecol. Obstet.* 72 (2001), 207-13.

33 Adoptada en su 20o. periodo de sesiones, 1999.

34 Adoptada en su 22o. periodo de sesiones, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, Ginebra.

35 *Declaración Universal de Derechos Humanos*, art.3; *Pactos de Derechos Civiles y Políticos*, art.6(1).

36 "La existencia de los derechos depende de los deberes. Los derechos negativos dependen del deber del gobierno y de otros de no interferir en su ejercicio. Los derechos

positivos dependen del deber del gobierno y de otros de intervenir mediante actos afirmativos que faciliten su disfrute. En muchas circunstancias los aspectos negativos y positivos de los derechos coinciden, cuando existe la legislación que permite la iniciativa individual y exige acción gubernamental.” Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho*, 2004, pag.146.

El Comité de Derechos Humanos del Pacto de Derechos Civiles y Políticos ha recomendado recientemente a los países miembros que apliquen el art.6.1. de manera amplia, y que, en consecuencia, adopten medidas positivas.

37 En su Observación General No. 28 “Igualdad de derechos entre Hombres y Mujeres” (artículo 3): 29/3/2000, el Comité para los Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos exige que “Los Estados Partes, al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparado en el artículo 6, deberán aportar datos respecto de las tasas de natalidad y el número de casos de muertes de mujeres en relación con el embarazo o el parto.” (para.10).

38 Programa de El Cairo, párrafo 7.2.

39 Declaración Universal, art.25; Pacto de Derechos Económicos y Sociales art.12.1.; Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer arts.11 (f), 12, 14 (b) y 16.1. que incorporan la salud reproductiva y la planificación familiar como componentes del derecho a la salud.

40 La salud reproductiva implica, entre otras, que “la mujer pueda transcurrir por el embarazo y el parto en forma segura, que la regulación de la fecundidad puede lograrse sin riesgo para la salud y que las personas logren seguridad en sus relaciones sexuales “MAHMOUD F. Fathalla. “Reproductive Health: A global overview”. *Annals of the New York Academy of sciences*. June 28, 1991. Pág.1.

41 Es importante hacer constar que aunque se ofreciesen servicios adecuados de planificación familiar, no dejarían de existir casos de embarazos no deseados, porque ningún método anticonceptivo es seguro al 100% y porque la efectividad de los métodos anticonceptivos temporales depende en cierta medida de las circunstancias de las usuarias.

42 Pacto de Derechos Civiles y Políticos art.2(1), 3 y 26.

43 Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art.1; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art.2(1), 3 y 26; Observación General del Comité de Derechos Humanos sobre Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (art. 26 del Pacto).

44 Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, arts. 2 y 12 (1) y (2).

45 Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 12(2); Recomendación General No. 24 del CEDAW sobre la "Mujer y la Salud", para. 27.

46 Plataforma de Acción de Beijing, párrafos 38, 39, 259; CMDS Declaración Compromiso 5 (f); Programa de Acción de El Cairo, párrafo 4. 15.

47 M.F.Fathalla, "Imagine a world where motherhood is safe for all women" Int. J. Gynecol. Obstet. 72 (2001), 207-13.

48 Rebecca J.Cook, Bernard M.Dickens y Mahmoud F. Fathalla Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho, pag. 189, Profamilia - Colombia, 2004.

49 Estas leyes atentan contra la potestad de la mujer para proteger su propia vida y su salud y para formar familias del tamaño y estructura que les resulten mas convenientes para proteger su salud y la de sus familias.

50 Programa de Acción de El Cairo, párrafos 4.15 y 4.16

51 Declaración Universal de Derechos Humanos, arts.3 y 5; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art.9 (1); Convención Americana de Derechos Humanos, art. 4º.

52 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe Anual 1980-1981, 125.

53 María Isabel Rosas Ballinas, Aborto por Violación: Dilemas Eticos y Jurídicos, Demus y Population Council, 1997, pag. 50.

54 Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art. 7º: "nadie será sometido a torturas ni a tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes".

55 Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Williams v. Jamaica, Comm. No. 609/1995 NU Doc. CCPR/C/61/D/609/ 1995,17 Nov. 1997. D v. United Kingdom (1997), 24 EHRR 423 (Corte Europea de Derechos Humanos), citados en Rebecca J.Cook, Bernard M.Dickens y Mahmoud F. Fathalla Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho, pag. 165, Profamilia - Colombia, 2004.

56 Convención del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, art.19: "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la

custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

57 Pacto de Derechos Civiles y políticos, art. 23: “se reconocerá el derecho del hombre y de la mujer en edad casadera a contraer matrimonio y a formar una familia”; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 10; Convención de la Mujer, art.14(b) y 16 num.1 inc.e.

58 Rebecca J.Cook, Bernard M.Dickens y Mahmoud F. Fathalla Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho, pag. 172, Profamilia - Colombia, 2004.

59 “No tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptaran todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio...”(Convención de la Mujer, art.16.2); Programa de Acción de El Cairo, párrafo 4.21.

60 La Constitución de Colombia, en su art.42 inc.8, establece a cargo de los padres la obligación de educar y sostener a los hijos mientras sean menores o estén impedidos. Según la doctrina jurídica la condición de impedidos se refiere a: a) la incapacidad síquica o física para trabajar; y b) comprende también a los hijos mayores de 18 años que se encuentren educándose o formándose con buen resultado en una profesión (ver Derecho de Familia, A.Valencia Zea, Ortiz Monsalve, pags. 98-116); Sentencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia, 7 de mayo de 1991, sobre el alcance del art. 422 del C.C:”Se deben alimentos necesarios al hijo que estudia, aunque haya alcanzado la mayoría de edad, siempre que no exista la prueba de que subsiste por sus propios medios”. En el mismo sentido la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de Tutela julio 9/93 Exp. 632 M.P. Eduardo García Sarmiento; Corte Constitucional, Sentencia de Tutela No.T-174/94 abril 11/94 Exp.T-27 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

61 Declaración Universal, art.19; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art.19; Convención Interamericana de Derechos Humanos, art.13; Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer art.14(b) y 16(e).

62 Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: arts. 10 (h) y 16 (e).

63 Declaración Universal de Derechos Humanos, art.26; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art. 13.

64 Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, 9 de junio de 1994, arts.1, 2, 4, 5 y 7.
También la Recomendación General No. 19 sobre La Violencia contra la Mujer del CEDAW, 11o periodo de sesiones, 1993.

65 *Declaración Universal, art.27; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art.15; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 15(1); Convención Interamericana de Derechos Humanos, art.26.*

66 *Programa de Acción de El Cairo, párrafo 12. 14.*

67 *Rebecca J.Cook, Bernard M.Dickens y Mahmoud F. Fathalla Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho, pag. 184 y 185, Profamilia - Colombia. 2004.*

68 *Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art.12; Observación General No. 14 (2000) sobre El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

69 *De acuerdo con la Declaración de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Desarrollo de 1986 (reafirmada en 1994): “El derecho humano al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual toda persona y todos los pueblos tienen derecho a participar, contribuir y disfrutar del desarrollo económico, social, cultural y político, en el cual puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”*

70 *Rebecca J.Cook, Bernard M.Dickens y Mahmoud F. Fathalla Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho, pag. 385. Profamilia - Colombia, 2004.*

71 pag. 203 R.C.

72 pag. 147 R.C.



SOBRE LA AUTORA

MARÍA IANUZOVA

Nacida en Bulgaria, abogada egresada de la Universidad de Sofía, especializada en Derechos de Familia en la Universidad Javeriana de Bogotá. Entre los años 1988 y 2004, hizo parte del equipo de abogadas del Servicio Jurídico de Profamilia.

La Abogada Ianuzova es experta en Derecho Internacional de los Derechos Humanos y ha sido autora de numerosos artículos sobre Derechos Humanos de las mujeres y coautora del libro "Los Derechos Humanos y la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" publicado por Profamilia en 1989.

El primer título de la Serie Espacio Libre "Mujer, Derechos Humanos y Género" publicado en 1999, es de su autoría.

