CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS

Derechos Reproductivos de la Mujer en Bolivia: Un Informe Sombra

www.reproductiverights.org

DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN BOLIVIA: UN INFORME SOMBRA

Publicado por:

Centro Legal para Derechos Reproductivos
y Políticas Públicas

120 Wall Street
New York, NY 10005
U.S.A.

©2001 Centro Legal para Derechos Reproductivos

Cualquier parte de este informe puede ser copiada, traducida o adaptada con el permiso del CRLP, siempre que las copias sean distribuidas gratuitamente o al costo (sin ánimo de lucro) y que el CRLP sea reconocido como la organización autora. Cualquier reproducción comercial requiere previa autorización escrita del CRLP. CRLP apreciaría recibir la copia de cualquier material en que la información de este informe sea usada.

ÍNDICE

Leyes y políticas públicas que afectan los derechos reproductivos
La aplicación de leyes y la realidad de las vidas reproductivas de las mujeres

	Página
I. Introducción	**1**
II. Puntos principales de preocupación	**2**
III. Los derechos de las mujeres en Bolivia según las disposiciones pertinentes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	**3**
A. Derecho a la salud reproductiva de las mujeres: acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluido el aborto seguro y legal (artículos 10, 12 y 15(1)(b) del PIDESC)	**3**
1. Acceso a servicios de salud, incluida la salud reproductiva	4
2. Anticoncepción	6
3. Aborto	7
4. Esterilización	8
5. VIH/SIDA	9
B. Relaciones familiares, incluyendo la igualdad entre los cónyuges, matrimonio y uniones de hecho (artículo 10 del PIDESC)	**10**
1. Igualdad entre los cónyuges, matrimonio y uniones de hecho	11
2. Divorcio y custodia	12
3. Matrimonio de menores	13
C. Violencia sexual contra las mujeres, incluyendo menores (artículos 10(3) y 12 del PIDESC)	**13**
1. Violación y otros delitos sexuales	13
2. Acoso sexual	14
3. Violencia doméstica	15
4. Violencia en los servicios de salud	17
D. Derecho a la educación (artículos 12, 13, 14 y 15 del PIDESC)	**17**
E. Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (artículos 6, 7 y 10 del PIDESC)	**19**

I. Introducción

La intención de este documento es convertirse en un "informe sombra" del presentado por el Estado boliviano al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Este informe ha sido recopilado y redactado por la Oficina Jurídica para la Mujer de Cochabamba, Bolivia, integrante del Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), y editado por el Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), con sede en la ciudad de Nueva York. Los y las integrantes del CDESC han determinado que ONG como las que acabamos de mencionar pueden desempeñar un papel esencial en el suministro de información independiente y confiable en lo que se refiere a la condición legal y la vida cotidiana de las mujeres, así como influir en los estados miembros para que cumplan con lo estipulado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además, cuando las recomendaciones del CDESC están firmemente basadas en la realidad de la vida de las mujeres, las ONG las pueden usar para presionar a sus gobiernos a que promulguen e implementen cambios en las leyes y las políticas.

La discriminación a las mujeres existe en todas las sociedades y es necesario tomar medidas urgentes al respecto. El presente informe se centra en particular en los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en conferencias internacionales recientes, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995. En el informe se analizan las leyes y políticas públicas relacionadas con dichos derechos y las realidades que afectan a los derechos de la mujer en Bolivia.

En Bolivia persisten normas, políticas y prácticas discriminatorias en todas las esferas de la vida que afectan de manera decisiva la existencia de las mujeres, exponiéndolas a graves riesgos y desventajas. Ante la persistencia de prejuicios culturales y normas legislativas que constriñen los derechos de las mujeres tanto en el ámbito público como en el privado, las mujeres están expuestas cotidianamente a graves violaciones de sus derechos humanos. Ante esta realidad, en este informe se insta al Estado boliviano a que asuma su obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres reconocidos en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La realización de este informe estuvo a cargo de Julieta Montaño, de la Oficina Jurídica para la Mujer, quien contó con la colaboración de todo el equipo de la Oficina Jurídica para la Mujer y la asistencia de Ivonne Agreda en la organización de los documentos. La revisión general estuvo a cargo de Cristina Cardozo. Luisa Cabal y Mónica Roa, del CRLP, lo revisaron y editaron con la ayuda de Corinne Nakamoto y los comentarios de Katherine Hall Martínez.

Abril 2001

II. Puntos principales de preocupación

Derecho a la salud reproductiva de las mujeres (artículos 10, 12 y 15(1)(b) del PIDESC)

Mortalidad materna
Bolivia registra la tasa más alta de mortalidad materna de América Latina y el Caribe (416 por cada cien mil nacidos vivos), sin tener en cuenta Haití. Hay una gran disparidad entre la tasa de mortalidad materna urbana (274 por cada cien mil nacidos vivos) y la rural (524 por cada cien mil nacidos vivos). En materia de atención materno-infantil, Bolivia tiene el porcentaje más bajo de toda la región en atención prenatal (52%) y el tercero más bajo en partos atendidos por personal calificado (46%), después de Haití (20%) y Guatemala (35%).

Cáncer cérvico uterino
Las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva se siguen elaborando desde una perspectiva que privilegia la salud materna en detrimento de otros de sus componentes. A ello se suma el hecho de que sólo 10% de las mujeres bolivianas en edad reproductiva tiene acceso a exámenes que permitan detectar el cáncer del cuello uterino, por lo que este tipo de cáncer se cuenta entre las primeras causas de mortalidad de la mujer. El gobierno debe promover la prevención y la detección temprana de este cáncer.

Anticoncepción
Si bien es importante resaltar la ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos mediante la reglamentación de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, es indispensable que el gobierno realice un atento seguimiento de la implementación y aplicación de esta norma para evitar que se violen los derechos de las usuarias y se garantice su consentimiento libre e informado. Además en Bolivia no hay acceso suficiente a servicios e información en materia de métodos de planificación familiar. Deben realizarse esfuerzos para mejorar los canales de información y ampliar la cobertura de estos servicios.

Aborto
En el año 2000 se estima que se practicaron en Bolivia de 30 a 40 mil abortos clandestinos. Lejos de reducir el número de abortos realizados, la penalización del aborto contribuye a que Bolivia tenga una de las tasas más altas de mortalidad materna en Latinoamérica, violando con ello los derechos humanos a la vida y a la salud de la mujer. A pesar de que desde hace 26 años el Código Penal consagra algunas excepciones a la punibilidad del aborto, de acuerdo con las cuales se puede obtener autorización judicial para acceder al servicio de aborto, hasta 1999, en Bolivia se había practicado sólo un aborto legal.

El desarrollo y la implementación de procedimientos claros para la prestación del servicio de aborto en los casos permitidos por la ley son fundamentales. La falta de prestación de este servicio a las mujeres, incluyendo adolescentes víctimas de violación sexual, constituye una violación a sus derechos reproductivos.

Adolescentes
El embarazo adolescente es un problema que refleja la necesidad de promover aún más los programas de educación sexual y de consejería. Bolivia es el país de la región con el mayor porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de cumplir los 20 años (57%), incluso por encima de Brasil (50%) y Colombia (50%). Resulta desalentador que tan solo 1.6% de las adolescentes entre 15 y 19 años usen métodos modernos de planificación familiar, quedando expuestas a embarazos no deseados y a infecciones transmisibles sexualmente y VIH/SIDA.

VIH/SIDA
A pesar de que Bolivia es un país con una baja incidencia de VIH/SIDA, es preocupante la indiferencia del gobierno al respecto y el retardo en la introducción de estrategias de prevención. Por otra parte el fenómeno de la feminización del contagio del virus es cada vez más evidente. Mientras que en el periodo 1988-1990 había una mujer contagiada por cada cinco hombres, en 1998 la relación fue de una mujer contagiada por cada dos hombres.

Relaciones familiares, incluida la igualdad entre los cónyuges (artículo 10 del PIDESC)

No obstante el principio de igualdad conyugal vigente, aún existen disposiciones discriminatorias en el Código de la Familia. Por ejemplo, el esposo puede conseguir que se restrinja o se prohiba a la mujer el ejercicio de cierta profesión u oficio por razones de moralidad o porque la función social que cumple en el hogar resulta gravemente perjudicada.

Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (artículos 6, 7 y 10 del PIDESC)

En materia laboral, es preocupante que las mujeres reciban en promedio 50% de los ingresos de los hombres independientemente de la edad, la rama de actividad, la ocupación y el nivel de instrucción.

El sector de las trabajadoras del hogar, formado principalmente por mujeres migrantes del área rural, representa 12.9% de las mujeres en trabajo familiar no remunerado, a las que se les niega el reconocimiento de sus derechos laborales básicos, como el salario mínimo, la seguridad social, la jornada laboral permitida y la estabilidad laboral en casos de maternidad.

III. Los derechos de las mujeres en Bolivia según las disposiciones pertinentes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

A. Derecho a la salud reproductiva de las mujeres: acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluido el aborto seguro y legal (artículos 10, 12 y 15(1)(b) del PIDESC)

El artículo 12 del PIDESC protege el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Este artículo se complementa con el artículo 15(1)(b), que garantiza a todas las personas el derecho a beneficiarse de los avances alcanzados a través de investigaciones científicas y de sus aplicaciones. Esto incluye el derecho de las mujeres a beneficiarse de los avances científicos en el área de la salud reproductiva. El artículo 10 garantiza una protección especial a las mujeres embarazadas antes y después del parto, así como a los niños y adolescentes.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, el Comité) reconoció en su Observación General No. 14 el derecho a "tener control sobre el propio cuerpo y la salud, incluyendo… la libertad reproductiva"[1] En la Observación General 14, el Comité también resalta "la necesidad de desarrollar e implementar una estrategia nacional comprehensiva que promueva el derecho de la mujer a la salud durante toda su vida,"[2] incluyendo el área de la salud reproductiva.[3]

Estas provisiones requieren que los gobiernos implementen programas de salud reproductiva, planificación familiar y servicios e información de maternidad segura, accesibles a las mujeres. Sin estos servicios, las mujeres y adolescentes quedan expuestas a embarazos no deseados que pueden resultar en muerte o enfermedad, como resultado de la carencia de servicios de salud adecuados. Este Comité ha expresado su preocupación sobre la salud de las mujeres embarazadas, especialmente con respecto a los altos índices de embarazo en adolescentes y de mortalidad materna.[4] También ha aconsejado a los estados parte a revisar las políticas de salud, sugiriendo que se presta atención a temas como el embarazo de adolescentes y la mortalidad materna, incluyendo la reducción de muertes causadas por abortos ilegales.[5]

1. Acceso a servicios de salud, incluida la salud reproductiva

Leyes y políticas públicas

Uno de los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Política es el derecho a la salud,[6] entendida ésta como un bien de interés público.[7] El Estado tiene la obligación de velar por la salud del individuo, la familia y la población en general.[8] Las políticas de salud pública las define el Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud,[9] que entre otras funciones tiene la de "formular, instrumentar y fiscalizar políticas y programas de salud, incluyendo la prevención, protección y recuperación de la salud, así como nutrición, saneamiento e higiene".[10]

Las nuevas políticas formuladas por el gobierno del presidente Hugo Bánzer para el quinquenio presidencial en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social 1999-2000, han tenido por resultado nuevos lineamientos y estrategias para el sistema de salud en Bolivia. Este Plan se basa en cuatro pilares fundamentales: oportunidad, equidad, institucionalidad y dignidad, que rigen las políticas de los diferentes sectores, incluido el de salud.[11] En este ámbito se propusieron reformas para continuar con la descentralización del sistema de salud y se creó el Seguro Básico de Salud, que incluye la prestación de servicios dentro del área de salud sexual y reproductiva.[12] A su vez, el Plan Estratégico de Salud (PES), aprobado en 1998, contiene las principales líneas directrices en materia de gestión técnico-administrativa, financiamiento, prestación de servicios, acciones intersectoriales, gestión social y perspectiva jurídica del sistema de salud.[13] Se reconoce la importancia de las acciones en salud sexual y reproductiva como elementos fundamentales para reducir la mortalidad materna.[14] Asimismo, la Norma Boliviana de Salud de Atención a la Mujer y al Recién Nacido regula los servicios de atención para una maternidad segura en los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, y en los Institutos de Maternidad, Hospitales Departamentales, Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales de Distrito.[15]

El objetivo principal de la política de salud pública está contenido en el "Pilar de Equidad", en el cual se establecen las políticas instrumentales del sector con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, "reafirmando la decisión de la mujer sobre su sexualidad y la libre determinación en la reproducción".[16] Entre los programas especializados de atención a la salud sexual y reproductiva se encuentran el Programa de Atención Integral a la Mujer, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva[17] y el Programa de Atención Integral al Escolar y Adolescente.[18]

El Estado boliviano asumió las recomendaciones de las conferencias de El Cairo y Beijing al adoptar el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999–2002 (PNSR) como instrumento de política y orientación programática para el área de la salud sexual y reproductiva.[19]

La realidad

Inversión e infraestructura en salud

En Bolivia, el gasto *per capita* en salud es de siete a ocho dólares, mientras que el promedio latinoamericano para este mismo sector está entre 12 y 13 dólares.[20] Por otra parte, se estima que para 1998 el gasto público en salud como porcentaje del total del producto interno bruto fue de 1.1%.[21] Los establecimientos de salud registrados hasta 1998 suman un total de 2.492, de los cuales 91% son establecimientos que forman parte de la red primaria (puestos y centros de salud), 6% de la red secundaria (hospitales de distrito) y 3% corresponden a la red terciaria (hospitales generales e institutos especializados).[22]

Asimismo, en 1998 se estima que por cada mil personas había 1.7 camas disponibles en hospitales[23] y del total de médicos especializados que forman parte de los Servicios de Salud Pública, 80% estaba concentrado en las zonas urbanas del país y del tercer nivel de atención, quedando desprotegido un amplio sector de la población rural.[24] En 20% de los 311 municipios existentes en el país, la atención a la salud está a cargo del personal comunitario ya que no se cuenta con personal de salud calificado en el área de su jurisdicción.[25]

Mortalidad materna

Bolivia registra la tasa más alta de mortalidad materna en América Latina y el Caribe (416 por cada cien mil nacidos vivos),[26] sin tener en cuenta Haití (600 por cada cien mil nacidos vivos).[27] Según el informe oficial del gobierno al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la mortalidad materna urbana 1998 fue de 274 defunciones por cada cien mil nacidos vivos y la rural de 524.[28] Es preocupante la existencia de grandes disparidades regionales en materia de mortalidad materna: en el altiplano la tasa se estima en 602 muertes por cada cien mil nacidos vivos, lo que equivale a más del doble de la tasa de los valles (293) y a casi seis veces la tasa de los llanos (110).[29]

Las principales causas de muerte materna son: hemorragia, toxemia, infección y parto obstruido. El aborto tiene un porcentaje estimado de 27% a 35% de estas causas.[30] Si bien se estima que la mortalidad materna en el domicilio es más alta que en los hospitales (de cuatro a seis veces más alta), la mortalidad hospitalaria sigue siendo muy alta (115 por cada cien mil nacidos vivos).[31]

Servicios de atención prenatal y del parto

Bolivia tiene el porcentaje más bajo de toda la región en materia de atención prenatal (52%) y el tercero más bajo en partos atendidos por personal calificado (46%), después de Haití (20%) y Guatemala (35%).[32]

Mientras que aproximadamente 73% de las mujeres del área urbana y 25% del área rural acuden al servicio de salud en el momento del parto, 25% de las mujeres del área urbana y 72% del área rural prefieren quedarse en casa y ser atendidas por parteras tradicionales (9.6%) o por familiares o amigas/os (57.1%).[33]

Hay estudios que demuestran que en términos generales el prestigio de los servicios de salud públicos está deteriorado. Aun cuando existe interés por demandar atención sanitaria, la respuesta institucional sigue siendo deficiente, insuficiente y/o inoportuna. Tiempos de espera, maltrato, rechazo, falta de información, muchas horas de separación de los familiares antes y después del parto hospitalario, sábanas y frazadas sucias, baños deteriorados y malolientes, y falta de apoyo emocional son factores presentes en las instituciones que inciden en la decisión de los usuarios de no acudir al sistema de salud pública.[34]

Cáncer cérvico-uterino
Hay que destacar también que uno de los problemas que presenta el Seguro Básico de Salud instituido es que no ha incorporado entre sus prestaciones la prueba del PAP (prueba de detección del cáncer cérvico-uterino), a pesar de que es una prueba simple, barata y de fácil obtención.[35] Esto es determinante para garantizar la salud de la mujer, en especial si se tiene en cuenta que el cáncer cérvico-uterino es la causa de 25% de las muertes de mujeres.[36] La Paz tiene una tasa de 154 casos de fallecimiento por cada cien mil mujeres de 35 a 64 años, tasa muy superior a la de 66 por cada cien mil en Sao Paulo, Brasil, y 20.7 por cada cien mil en Connecticut, Estados Unidos.[37]

Salud reproductiva de adolescentes
Un signo de la falta de educación sexual y de la necesidad de prestar mayor atención a las necesidades en materia reproductiva de la población adolescente es el elevado índice de maternidad adolescente. Esta problemática afecta principalmente a las adolescentes que habitan en áreas rurales y a las que tienen un menor nivel de instrucción. Las encuestas muestran las dimensiones de esta realidad: en 1998, 14% de las mujeres de 15 a 19 años de edad habían estado embarazadas alguna vez (12%) o estaban gestando por primera vez (2%).[38] De las adolescentes que eran madres o estaban embarazadas, 52% corresponde a mujeres sin instrucción.[39] Por otra parte, en el área rural el porcentaje de adolescentes embarazadas era de 22% frente a un 11% en las zonas urbanas.[40]

Una de las causas de la alta tasa de embarazo adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos entre esta población. En 1998, 92% de mujeres entre 15 y 19 años conocía algún método anticonceptivo, pero sólo 30.7% de las adolescentes unidas en pareja usaba algún método.[41]

2. Anticoncepción

Leyes y políticas públicas

El gobierno boliviano establece expresamente, como parte de su política de población, la difusión de información sobre salud reproductiva y la promoción de los métodos de regulación de la fecundidad, así como el apoyo a los servicios de planificación familiar.[42] Si bien se reconoce y respeta el derecho de todas las personas a decidir libremente sobre su sexualidad y fecundidad, se prohibe expresamente el aborto como método de planificación familiar.[43]

La realidad

A pesar de que es legal la difusión de información sobre planificación familiar así como la distribución de métodos anticonceptivos, estadísticas de 1998 indican que sólo 48% de las mujeres en unión estaba usando métodos anticonceptivos. De este porcentaje, 25% corresponde a métodos modernos y 22% a métodos tradicionales.[44]

Los mayores porcentajes de uso de métodos anticonceptivos se encuentran entre las mujeres con mayor nivel de instrucción (65%) y las que residen en áreas urbanas (62%). En consecuencia, los menores niveles de uso se encuentran entre las mujeres que residen en el área rural (30%) y con un menor nivel de instrucción (19%).[45] La mayor diferencia en el uso de estos métodos la determina el nivel de instrucción: mientras que las mujeres con nivel medio o alto tienen una prevalencia de 65%, apenas una de cada cinco mujeres sin instrucción usa algún método, en su mayoría uno tradicional.[46]

Por otra parte, uno de los problemas que presenta el Seguro Básico de Salud instituido es que no subvenciona la distribución de métodos anticonceptivos, lo cual deja desprotegida a una población con una demanda no satisfecha de planificación familiar muy alta.[47] En este contexto, el sector privado en Bolivia desempeña un papel importante en el suministro de anticonceptivos, teniendo una cobertura de 56% de las usuarias de métodos modernos de planificación familiar de acuerdo con cifras de 1998. El sector público por su parte en 1994 aumentó su participación de 33% a 42%.[48]

En materia de consejería sobre planificación familiar, aún existen grandes deficiencias. Un estudio realizado en 1998 encontró que a diferencia del sector privado, los centros de salud públicos no ofrecen consejería sobre métodos anticonceptivos.[49]

La oferta de la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos de salud no ha sido regulada por el Ministerio de Salud. Los servicios de salud del Estado no ofrecen este tipo de anticoncepción, aunque en el comercio local (farmacias y clínicas particulares) se puede encontrar y no está prohibida su importación.[50]

3. Aborto

Leyes y políticas públicas

En Bolivia el aborto está tipificado como delito en el Código Penal, en el que se sanciona al que "cause la muerte de un feto en el seno materno o provoque su expulsión prematura".[51] Se reconoce la figura del aborto impune o no sancionado cuando el embarazo es producto de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto,[52] o cuando la vida de la madre corre grave peligro y no puede ser evitado por ningún otro medio[53] (aborto terapéutico).[54] Cuando el aborto es consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, la ley requiere además que la víctima haya iniciado la acción penal respectiva[55] y que el juez autorice la práctica del aborto.[56] El Código Penal establece sanciones tanto para la mujer que "presta su consentimiento" a la realización del aborto[57] como para la persona que realiza el procedimiento abortivo con la aprobación de la mujer o sin ella.[58]

La realización del aborto en los dos casos excepcionales permitidos por la ley requiere que sea practicado por un médico con el consentimiento de la mujer.[59] En 1999 se aprobó una normativa que incluye dentro del paquete de prestaciones del Seguro Básico de Salud el tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (tratamiento postaborto).[60]

La realidad

Aborto inseguro y mortalidad materna

La penalización del aborto provoca uno de los principales problemas de salud pública, dada su incidencia en la mortalidad materna y los costos hospitalarios por las intervenciones médicas que requieren las complicaciones de abortos mal realizados.[61] Si se toma en cuenta que no todos los casos de aborto ingresan en los centros de salud pública, sino en hospitales privados, el cálculo estimado del número de abortos clandestinos practicados en el año 2000 en Bolivia es de entre 30 a 40 mil abortos.[62] Se estima que aproximadamente de 27% a 35% de las muertes maternas están relacionadas con abortos realizados en condiciones de riesgo.[63] La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bolivia

estima una tasa de 60 muertes por cada diez mil abortos.[64] De acuerdo con los datos proporcionados por el Servicio de Información en Salud, en los últimos cuatro años los casos de aborto incompleto fueron incrementándose y la tendencia es que sigan elevándose.[65]

Del total de los casos que ingresan con aborto incompleto, resulta difícil establecer cuáles fueron provocados puesto que generalmente las mujeres atribuyen el hecho a caídas o a haber cargado pesos excesivos. Lo que se sabe es que algunas mujeres realizan estas actividades con el propósito de provocarse el aborto. Otras mujeres recurren a mates y tallos que inducen el aborto.[66]

Las mujeres que llegan a los centros de salud pública con complicaciones de aborto son de escasos recursos económicos y no pueden acceder a un servicio médico adecuado y responsable. Ante un embarazo no deseado, se someten a la práctica de la interrupción del embarazo realizada por personal empírico o por profesionales irresponsables.[67]

Atención postaborto
Las complicaciones del aborto incompleto (que la reglamentación denomina hemorragias de la primera mitad del embarazo) son atendidas en los centros u hospitales de salud a cargo del Seguro Básico de Salud. Las mujeres de las zonas rurales y periurbanas no se han beneficiado lo suficiente de este servicio debido a factores culturales y al maltrato que reciben de los prestadores del servicio de salud.[68]

Acceso al aborto legal
Si bien el Código Penal establece las circunstancias en las que un o una juez puede autorizar la práctica de un aborto legal, el proceso a seguir resulta vejatorio y degradante para la mujer, en algunos casos por la resistencia de las autoridades judiciales a conceder la autorización y en otros por la resistencia de los médicos o médicas responsables de los servicios de salud pública a cumplir con las disposiciones judiciales, recurriendo a diferentes pretextos como argumento.[69] En muy pocos casos las mujeres acuden a este procedimiento porque los o las jueces suelen negar la autorización a pesar de que se reúnen todos los requisitos para acceder a un aborto legal.[70] Hasta 1999, en Bolivia se había practicado sólo un aborto legal, a pesar de que el artículo que prevé las excepciones legales existe desde hace 26 años.[71] Frente a esta realidad, las mujeres embarazadas que a consecuencia de una violación desean interrumpir su embarazo consideran como únicas alternativas seguir con el embarazo hasta su conclusión o recurrir a prácticas clandestinas que ponen en peligro su propia vida.

4. Esterilización

Leyes y políticas públicas

La anticoncepción quirúrgica voluntaria fue reglamentada por primera vez en 1998. Esta reglamentación señala que este procedimiento[72] comprende la orientación adecuada a la mujer o a la pareja, su elección informada, la expresión de su consentimiento informado por escrito, la evaluación preparatoria, los pasos sistematizados del acto quirúrgico, la evaluación postoperatoria, la orientación de seguimiento, las instrucciones escritas que se deben dar a conocer y la identificación de las señales de alarma de complicaciones postoperatorias por las que se debe consultar de inmediato.[73]

La realidad

No se cuenta aún con informes o estudios sobre la cobertura del servicio que sirvan para evaluar la

aplicación de la norma y es bastante difícil acceder a la información oficial del número de casos de anticoncepción quirúrgica voluntaria en riesgo reproductivo.[74] El Estado debe contar con información actualizada sobre el tema, especialmente por tratarse de un tema sensible para determinados grupos humanos que por sus valores culturales se resisten a admitir que alguna de sus miembros se someta a la esterilización como medio de anticoncepción. Por lo tanto, es necesario que el gobierno asuma el compromiso de estudiar la implementación de esta norma.

Los requisitos para el acceso a dicho servicio son ambiguos: oficialmente se habla de una solicitud de cirugía firmada únicamente por la paciente, pero en la práctica se exige además la autorización de un pariente cercano que puede ser el cónyuge de la solicitante.[75] En una visita realizada a las instalaciones del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi,[76] no se encontró el formato de consentimiento informado al que hace referencia el Reglamento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.[77] En lugar de este formato se obtuvo una autorización de la usuaria del plantel médico para que se le practicaran *todos los exámenes necesarios*. En la visita se observó que los requisitos para la práctica de esta intervención, que en principio deberían obedecer a un criterio de *riesgo reproductivo y obstétrico*, no se cumplen en su totalidad.[78]

5. VIH/SIDA

Leyes y políticas públicas

El Reglamento para la Prevención y Vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia[79] señala que sólo podrán realizarse pruebas de laboratorio a petición del interesado y ante la presencia de antecedentes epidemiológicos, cuando exista sospecha clínica de infección del VIH o para fines de vigilancia epidemiológica e investigación determinada por factores epidemiológicos.[80] El Reglamento regula los derechos y obligaciones de todas las personas sanas, infectadas o enfermas en relación con esta enfermedad.[81]

El Reglamento señala además que las encuestas y entrevistas de investigación sólo podrán realizarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad de salud lo determine por razones de seguridad pública.[82] A las personas infectadas con el VIH no se les puede negar el acceso a los centros educativos, deportivos, sociales y culturales, públicos o privados,[83] y se rechaza la discriminación de cualquier clase debido a su condición de portadoras.[84] Ningún trabajador de salud en establecimientos de ese sector público, seguridad social, ONG o del sector privado podrá negar atención médica y servicios de internación a una persona VIH positiva o enferma de SIDA,[85] y tiene además la obligación de orientar, informar y educar a la población boliviana sobre el VIH/SIDA sin distinción alguna.[86] Toda persona que ejerza la prostitución debe recibir información, capacitación, educación y consejería sobre la prevención y control del VIH/SIDA por parte de las entidades de salud correspondientes.[87]

En el campo laboral, el Reglamento establece la obligación del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral de brindar apoyo jurídico y laboral a los portadores del VIH, a los cuales no podrá negárseles el ingreso o permanencia en sus locales de trabajo.[88] En el ámbito penal se tipifica como delito contra la salud pública la propagación de enfermedades graves o contagiosas[89] y se sanciona con pena privativa de la libertad a la persona que pusiera en peligro de contagio a otra mediante relaciones sexuales o nutricias, sanción que es agravada en caso de producirse el contagio.[90]

La realidad

Por ser un país definido como de baja prevalencia, en Bolivia no se considera que el SIDA sea un problema inminente.[91] En 1999 se calculó que 4,200 personas serían portadoras de VIH/SIDA.[92] Hasta marzo de 2000 se reportaron 498 casos de VIH positivos, pero este número se elevó a 517 en los ocho meses siguientes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este número debería multiplicarse por diez, es decir, que existen más de cinco mil personas portadoras de VIH.[93]

Algunos estudios han identificado que la transmisión de VIH está relacionada con las desigualdades de género, con deficiencias en los programas de educación sexual, con patrones de comportamiento, valores, creencias y tabúes patriarcales, con la ignorancia, subvaloración y preconcepciones erróneas sobre el SIDA. Los grupos más vulnerables como las mujeres, adolescentes y jóvenes son los más propicios a la expansión de la enfermedad.[94]

Según los expertos, Bolivia está rezagada en el fortalecimiento de su capacidad de reacción porque la debilidad de la incidencia ha traído consigo un retraso irrecuperable en la introducción de estrategias de prevención.[95] A pesar de que comparada con el promedio en América Latina la tasa de incidencia es muy baja (24.7 por cada cien mil habitantes), está aumentando de manera preocupante (de 0.02 por cada cien mil en 1985 a 1.26 por cada cien mil en 1998).[96] Los estereotipos existentes en materia de VIH/SIDA, de acuerdo con los cuales se trata de un problema de homosexuales, prostitutas y drogadictos, se están desvirtuando con el creciente contagio de mujeres, amas de casa y heterosexuales.[97] Mientras que en el periodo 1988-1990 existía una mujer contagiada por cada 5 hombres, en 1998 la relación fue de una mujer contagiada por cada 2 hombres.[98] De los casos reportados (461 hasta diciembre de 1999), aproximadamente la mitad se encuentra en la etapa de enfermedad y la tasa de letalidad se acerca a 70%.[99]

A diferencia de lo que dicen las autoridades, los derechos humanos de las personas portadoras de VIH son violentados permanentemente: no existen centros de atención especializados que garanticen la dotación de medicamentos y las políticas públicas desconocen las disposiciones que se dictan para protegerlas.[100]

Con respecto a la incidencia de infecciones transmisibles sexualmente (ITS), no existe información suficiente por falta de estudios de incidencia, salvo algunos muy puntuales (trabajadoras sexuales, por ejemplo).[101]

B. Relaciones familiares, incluyendo la igualdad entre los cónyuges, matrimonio y uniones de hecho (artículo 10 del PIDESC)

El artículo 10 del PIDESC garantiza la protección familiar, de la madre y del niño, e incluye el derecho de contraer o no matrimonio.

El Comité ha expresado su preocupación por la falta de un reconocimiento legal de las uniones no convencionales, y las consecuencias devastadoras a las que queda expuesta una mujer después de la separación, el abandono o la muerte del cónyuge proveedor, debido a la falta de protección legal.[102]

1. Igualdad entre los cónyuges, matrimonio y uniones de hecho

Leyes y políticas públicas

El principio de igualdad reconocido por la Constitución Política de Bolivia establece que toda persona goza de los derechos, libertades y garantías reconocidos por ella sin distinción de sexo.[103] La Constitución afirma la igualdad entre los cónyuges al establecer que el matrimonio "descansa en la igualdad de derechos y deberes de los cónyuges"[104] y declara que el matrimonio, la familia y la maternidad se encuentran bajo la protección del Estado.[105] El Código de la Familia[106] regula lo relativo a las relaciones familiares y matrimoniales y recoge el principio constitucional de la igualdad jurídica de los cónyuges. Así, la ley establece que las relaciones conyugales y de filiación, así como el ejercicio de la autoridad sobre los hijos, están sujetas a un trato jurídico igualitario.[107] Para efectos civiles, la mayoría de edad está fijada en los 21 años[108] y la ciudadanía se adquiere a los 18.[109] El Código de la Familia establece como edad mínima para el matrimonio la de 16 años para los varones y 14 para las mujeres.[110]

Los esposos se deben fidelidad, asistencia y auxilio mutuo.[111] El domicilio conyugal se fija por ambos cónyuges[112] y cada uno contribuye a la satisfacción de las necesidades comunes en la medida de sus posibilidades económicas.[113] En caso de desocupación o de impedimento para trabajar de uno de ellos, el otro debe satisfacer dichas necesidades.[114] Según la ley, la mujer cumple en el hogar una función social y económicamente útil que se halla bajo la protección del ordenamiento jurídico.[115] Los bienes comunes de la sociedad conyugal los administran ambos cónyuges.[116] La bigamia está tipificada como delito en el Código Penal y se sanciona con una pena de dos a cuatro años de prisión.[117]

El Código de la Familia contiene aún disposiciones discriminatorias, como la que señala que "el marido puede obtener que se restrinja o no se permita a la mujer el ejercicio de cierta profesión u oficio, por razones de moralidad o cuando resulte gravemente perjudicada la función social que cumple en el hogar".[118]

La legislación familiar boliviana protege la "unión conyugal libre o de hecho," entendiéndose que ésta existe "cuando el varón y la mujer, voluntariamente, constituyen hogar y hacen vida común en forma estable y singular" por un periodo mínimo de 2 años.[119] Sus efectos son similares a los del matrimonio en cuanto a las relaciones personales así como a las patrimoniales de la pareja que convive.[120] Los requisitos exigidos para el reconocimiento de la unión libre o de hecho son: la edad, que es la misma que se exige para el matrimonio, la libertad de estado civil y la inexistencia de condena por homicidio consumado contra el cónyuge del otro.[121] Por otro lado, el Código Civil reconoce derechos hereditarios entre los convivientes[122] y establece que "las uniones conyugales libres o de hecho reconocidas por la Constitución Política del Estado y el Código de la Familia producen respecto a los convivientes efectos sucesorios similares a los del matrimonio".[123]

Las formas de unión prematrimoniales, como el "tantanacu" y el "sirvinacuy" subsistentes en las comunidades andinas, las uniones de hecho de las comunidades aborígenes y otras son reconocidas legalmente por las leyes bolivianas y sus efectos son similares a los del matrimonio.[124]

La realidad

No obstante el principio de igualdad conyugal vigente, aún existen algunas disposiciones discriminatorias en el Código de la Familia.[125]

Es importante destacar el avance alcanzado con la regulación de las uniones de hecho; pero hay que señalar que en la práctica la resolución de conflictos en la pareja y la familia sigue siendo muy problemático para las mujeres de los sectores populares y rurales. La dificultad para probar su condición de concubinas o la paternidad de sus hijos a través de documentos demora sus peticiones de asistencia familiar o de distribución de bienes. Esta exigencia de pruebas documentales por parte de las autoridades judiciales implica altos costos económicos en abogados y valores judiciales que día a día aumentan en precio y cantidad exigida.[126]

En 1998, más de la mitad de las mujeres en edad fértil (59%) vive en algún tipo de unión conyugal: 45% en matrimonio formal y 14% en convivencia. Nueve de cada diez mujeres entre los 15 y 19 años son solteras, 49% de las mujeres de 24 años convive en unión conyugal y menos del 8% de las mujeres mayores de 40 años permanecen solteras.[127] Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, 7.8% son convivientes y 2.8% casadas.[128] Veintiún años es la edad mediana de la primera unión de las mujeres entre 25 y 49 años, mientras que para los hombres es 24 años, tres años más que las mujeres.[129]

2. Divorcio y custodia

Leyes y políticas públicas

El divorcio como forma de disolución del matrimonio está admitido por las siguientes causales: adulterio o relación sexual de cualquiera de los cónyuges; sevicia, injurias graves o malos tratos de palabra o de obra que hagan intolerable la vida en común; tentativa contra la vida del cónyuge; ser autor, cómplice o instigador de delitos contra su honra o sus bienes; corrupción de uno de los cónyuges al otro; corrupción a los hijos; consentimiento para la corrupción o prostitución de los hijos; y abandono malicioso del hogar siempre que, sin ninguna causa, no se restituya al hogar conyugal después de seis meses de haber sido requerido judicialmente por el otro.[130] También se considera causal de divorcio la separación libre, consentida y continuada por más de dos años.[131]

Los bienes adquiridos dentro del matrimonio forman parte de la comunidad de gananciales y en caso de divorcio se dividen por igual entre ambos cónyuges, incluidas las utilidades obtenidas durante el matrimonio, salvo que exista separación judicial de bienes.[132]

En caso de separación, divorcio o ruptura de la unión de hecho, la tenencia de los hijos es definida por el juez atendiendo al mejor cuidado e interés moral y material de éstos.[133] Independientemente, el padre y la madre pueden celebrar acuerdos y éstos ser aceptados por los jueces.[134] El progenitor que no tiene la custodia de los hijos está obligado a contribuir a la manutención de los mismos "de acuerdo a sus posibilidades" y a las necesidades de éstos.[135] La asistencia familiar (pensión alimentaria), fijada por el juez, es susceptible de modificación de acuerdo con el incremento de los ingresos del obligado o con las necesidades de los alimentarios, y como es considerada de interés social, su cumplimiento puede ser obtenido mediante requerimiento.[136]

La realidad

Una vez determinadas las obligaciones alimentarias mediante sentencia a favor de los hijos(as) y la esposa, su incumplimiento da lugar al cobro mediante apremio corporal.[137] Sin perjuicio del apremio corporal, una ley posterior dispuso que el o la juez puede ordenar el pago de las pensiones devengadas

con el producto del embargo y remate de los bienes del obligado pasados tres días de su notificación con la liquidación correspondiente, al mismo tiempo que reconoce intereses sobre el monto adeudado.[138]

3. Matrimonio de menores

Leyes y políticas públicas

El Código de la Familia establece como edad mínima para el matrimonio 16 años para los varones y 14 para las mujeres, siempre que cuenten con la autorización de los padres.[139] Excepcionalmente "cuando concurran circunstancias graves y justificadas", comprendiendo entre éstas el embarazo, el o la juez puede autorizar el matrimonio de personas menores de estas edades.[140]

La realidad

La proporción de mujeres que se unen antes de los 20 años en 1998 era de 65% a 70%, porcentaje que se mantiene desde 1994.[141] La edad mediana de la primera unión de las mujeres entre 25 y 49 años correspondiente a 1998 era de 21 años.[142] Por otra parte, en el periodo 1990-1994, Bolivia era el país de la región con el mayor porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que habían mantenido relaciones sexuales antes de cumplir sus 20 años (57%), incluso por encima de Brasil (50%) y de Colombia (50%).[143]

C. Violencia sexual contra las mujeres, incluyendo menores (artículos 10(3) y 12 del PIDESC)

El artículo 10(3) del PIDESC requiere que los Estados parte tomen todos las medidas necesarias para proteger a los niños y adolescentes. Este artículo, junto con el artículo 12, protege a niños y adolescentes contra todas las formas de abuso y violencia física. De esta misma manera, los artículos 10 y 12 declaran una protección a la mujer, estableciendo la prohibición de todo tipo de violencia física y/o sexual hacia ella. Aun así, mujeres jóvenes y mayores, son víctimas de episodios de violencia doméstica y abuso sexual, estando expuestas a una permanente violación de sus derechos.

El Comité ha expresado de manera permanente su preocupación sobre las constantes formas de violencia hacia la mujer.[144] Ha señalado que la violencia hacia ellas, tanto en el ámbito público como en el privado, tiene un efecto en la salud mental y física de las mujeres y de sus hijos.[145] También ha promovido que "la violencia doméstica sea reconocida como un problema de salud pública"[146] y ha exhortado fuertemente a los estados parte a que adopten medidas efectivas que combatan la violencia contra la mujer a través de políticas públicas.[147]

1. Violación y otros delitos sexuales

Leyes y políticas públicas

En 1999 la Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual modificó el capítulo de los Delitos contra las Buenas Costumbres del Código Penal. Esta reforma redefine el delito de

violación de la siguiente manera: "Quien empleando violencia física o intimidación, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo, penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, incurrirá en privación de libertad de cinco(5) a quince (15 años)".[148]

La novedad de esta ley es el reconocimiento de los derechos y garantías de las víctimas de delitos contra la libertad sexual, entre los que se enuncia el derecho a elegir el lugar donde presentar denuncia, incluyendo asociaciones o fundaciones de protección o ayuda a las víctimas; a no comparecer como testigo si considera que los elementos de prueba presentados son suficientes para establecer la responsabilidad del imputado; a emplear un nombre sustituto en aquellos casos que sea necesaria su participación; al anonimato en los medios de comunicación; a realizarse el examen médico forense una sola vez, no pudiendo ser obligada a repetir el examen; a la renuncia del careo con el imputado.[149]

El Código Penal tipifica también el delito de rapto, señalando que se sancionará a aquel que "con violencia, amenazas o engaños sustrajere o retuviere a una persona con el fin de contraer matrimonio".[150] No habrá lugar a la sanción si el reo contrae matrimonio con la víctima, siempre que exista libre consentimiento antes de que la sentencia quede ejecutoriada.[151]

La realidad

Aunque debe reconocerse que en los últimos diez años se ha avanzado en el tratamiento de la violencia sexual como tema de la agenda pública, los conceptos centrados en la genitalidad que aún persisten son un obstáculo para avanzar en el tratamiento adecuado de los delitos que atentan contra la libertad sexual y la integridad física y psíquica de las personas, sean éstas menores o adultas. La tendencia para el tratamiento de los delitos sexuales es el incremento de las penas y no la adecuada tipificación del delito.

De acuerdo con datos estadísticos oficiales, en 1998 se registraron 3,321 casos de lo que todavía eran delitos contra las Buenas Costumbres -violación, estupro y abuso deshonesto-, menos de la mitad de los registrados en el año 1996.[152]

2. Acoso sexual

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política señala que: "La dignidad y la libertad de las personas son inviolables. Respetarlas y protegerlas es deber primordial del Estado."[153] En la legislación boliviana no existe tratamiento directo del problema del acoso sexual, que no está tipificado como delito, ni existe ninguna norma que prevea la sanción de actos de acoso sexual.

El instrumento más idóneo para hacer frente a los problemas de acoso sexual en el lugar de trabajo resulta ser la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), incorporada a la legislación boliviana en 1994.[154] Fuera de este instrumento legal sólo existen reglamentos sectoriales del magisterio y personal docente que contienen disposiciones que sancionan estas conductas.[155]

La realidad

Los instrumentos legales mencionados resultan insuficientes para proteger a las víctimas, muchas de las cuales prefieren guardar silencio o simplemente dejar constancia del abuso de que fueron objeto ante una institución u organización de defensa de los derechos de la mujer, para su información y/o representación.[156] Al no estar tipificado el acoso sexual como delito o falta administrativa, las víctimas de esta forma de violencia no denuncian, menos aún cuando dependen de los ingresos de su trabajo. Resultan muy raros los casos de denuncia y cuando se presentan son motivo de hilaridad entre las mismas autoridades receptoras de la denuncia.[157] En la actualidad existe un proyecto de ley contra el acoso u hostigamiento sexual que fue aprobado en la Cámara de Diputados, pero que por haber transcurrido más de tres años desde su presentación no pudo prosperar su planteamiento.[158]

Los casos más denunciados de acoso sexual son los cometidos por profesores/as, situación que tiene que ver con la condición de minoría de edad de las víctimas. Estas conductas se tipifican como abuso deshonesto o estupro, lo cual impide tomar conciencia del daño que provocan estos comportamientos, que no necesariamente implican acercamiento o contacto físico.[159]

3. Violencia doméstica

Leyes y políticas públicas

En 1995 el gobierno de Bolivia aprobó la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica.[160] Su objetivo principal es impulsar procesos de modificación de valores socioculturales, sensibilizar a la comunidad sobre el problema de la violencia, generar valores de respeto y solidaridad al interior de las familias, sancionar aquellas acciones calificadas como violencia intrafamiliar, aplicar medidas alternativas y adoptar medidas cautelares inmediatas para la protección de las víctimas.[161] La ley define la violencia en la familia o doméstica como la "agresión física, psicológica o sexual cometida por el cónyuge o conviviente; los ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa o colateral; y los tutores curadores o encargados de la custodia".[162] También constituyen actos de violencia doméstica las agresiones cometidas entre excónyuges, exconvivientes o personas que hubieran procreados hijos en común.[163]

La Ley otorga competencia a los jueces de instrucción de familia para el conocimiento de los hechos de violencia doméstica.[164] En las comunidades indígenas y campesinas se reconoce la competencia de las autoridades comunitarias y naturales para la solución de los hechos de violencia familiar, de acuerdo con sus usos y costumbres en tanto éstos no sean contrarios a la Constitución Política del Estado y el espíritu de la ley.[165] Los hechos de violencia que constituyan delitos tipificados en el Código Penal son de competencia exclusiva de los jueces penales.[166]

Entre las medidas de protección que el juez puede establecen en favor de las víctimas de violencia doméstica se hallan: prohibir o restringir temporalmente la presencia del denunciado en el hogar conyugal; ordenar la restitución de la víctima al hogar del que hubiera sido alejada con violencia; autorizar a la víctima el alejamiento del hogar común y disponer la entrega inmediata de sus efectos personales; disponer el inventario de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la comunidad de gananciales; y prohibir o limitar la concurrencia del denunciado al lugar de trabajo de la víctima.[167]

La realidad

Incidencia de la violencia doméstica

La violencia doméstica es una de las formas más denunciadas y visibilizadas de violencia contra las mujeres. Desde 1995, año en que se aprobó una ley expresa para prevenir y sancionar las agresiones que sufren mayoritariamente las mujeres y los/as niños/as en las relaciones familiares y/o domésticas, el número de denuncias ha tenido un crecimiento vertiginoso. En 1998 el Instituto Nacional de Estadística y el Comando General de la Policía Boliviana dieron cuenta de 44.965 casos de denuncias de violencia doméstica que comprende: maltrato a menores, agresión física, psicológica, sexual, abandono de familia, abandono de mujer embarazada, intentos de violación y otros.[168] El primer semestre de 1999, las brigadas de protección a la familia existentes en cinco departamentos dieron cuenta a la prensa de 24.034 casos denunciados. Los Servicios Legales Integrales (instancias de apoyo jurídico creadas en algunos municipios) registraron 21.449 casos y los juzgados de familia en los departamentos del país donde no existen brigadas de protección a la familia reportaron 1.171 casos de un total de 46.654 casos.[169]

Obstáculos en la aplicación de la normatividad

No obstante las previsiones de la ley y su reglamentación,[170] a la fecha la violencia doméstica es tratada como un problema eminentemente policial atendido por policías (mujeres u hombres, según el caso), que aunque en algunas ciudades reciben capacitación y entrenamiento, no están suficientemente preparados para garantizar un trato respetuoso a las víctimas y la observancia de los derechos humanos de quienes acuden a ellos. El mayor obstáculo en la aplicación de la ley es la obtención de la prueba para iniciar un proceso investigativo, es decir, el certificado médico forense que valora el daño causado. Los jueces exigen que la prueba sea expedida por el médico forense, pero el personal insuficiente con que cuenta la Oficina de Medicina Forense y su falta de especialización en el tratamiento de víctimas de violencia impiden que este departamento tenga una actuación efectiva. Si bien de acuerdo a la ley son también válidos como prueba documental los certificados médicos expedidos por cualquier profesional que trabaje en instituciones públicas de salud, éstos no pueden certificar los días de impedimento, lo cual obstruye el proceso de investigación y dilata su remisión ante el juez.[171]

El alto número de denuncias registradas en dependencias policiales y los Servicios Legales Integrales no guardan relación con el número de casos atendidos por los jueces de familia, que son los únicos llamados por ley a imponer sanciones de arresto, multa o medidas alternativas como el tratamiento psicológico y los trabajos comunitarios.[172]

Las denuncias sobre malos tratos, privaciones arbitrarias de libertad y exacciones a víctimas y agresores por parte de la policía son frecuentes y las soluciones se limitan a cambios de destino que terminan por ser rotaciones de las mismas personas.[173]

Dada la sobrecarga de trabajo que tienen las autoridades judiciales y la poca importancia que asignan a la violencia doméstica, prefieren volver a remitir a la policía estos casos para que sea ella la que resuelva.

4. Violencia en los servicios de salud

La realidad

Derechos de las(os) usuarias(os) de los servicios
En Bolivia no existe legislación apropiada para la protección de las usuarias contra los actos de coerción o negligencia en los servicios de salud. Esto a su vez impide el registro de casos para su control estadístico, a pesar de los permanentes reclamos de las personas afectadas, tal como registra la prensa nacional.[174]

Las asimetrías de poder que se dan en las relaciones entre profesionales de salud y las usuarias encuentra su peor forma de expresión en la coerción de aquéllos a la persona que requiere de sus conocimientos para resolver las dolencias que le aquejan. La población boliviana, mayoritariamente de origen indígena, cuando acude a los puestos de salud, en los que se hace énfasis en la calidad de la atención y la integridad de los servicios, enfrenta actitudes discriminatorias de índole social por género, edad o etnia.[175]

Estudios realizados para evaluar los avances logrados en los temas de salud señalan que hace falta capacitar el capital humano y mejorar la infraestructura para poder afrontar el aumento de la cobertura del Seguro Básico de Salud sin perder los niveles de calidad en la atención. Es importante también tratar de eliminar los obstáculos culturales que desalientan la solicitud de servicios.[176]

No existen mecanismos creados en los sistemas de salud para vigilar la esterilización forzada ni el abuso sexual de las usuarias. En caso de ocurrir, la única opción de las víctimas sería acudir a tribunales de justicia amparándose en los artículos 270 y siguientes del Código Penal, referidos a los delitos contra la integridad corporal y la salud o al inciso cuarto del artículo 218 que sanciona con reclusión de tres meses a dos años o multa de 30 a cien días a quien efectúe una intervención quirúrgica o tratamiento médico innecesarios.[177]

D. El derecho a la educación (artículos 12, 13, 14 y 15 del PIDESC)

Los artículos 13 y 14 del PIDESC protege el derecho de los niños a educación básica gratuita. El artículo 15 reconoce la importancia del acceso a información y materiales de diversas fuentes. El artículo 12, junto con estos artículos, establece la unión entre el derecho a la educación y los derechos a no ser discriminado con base en el género y a recibir educación sobre la salud.

En la Observación General No. 13 el Comité reconoce que el derecho a la educación es un "derecho por sí mismo y que es un medio indispensable para garantizar otros derechos humanos".[178] Igualmente reconoce que "la educación tiene una función muy importante para lograr el empoderamiento de la mujer".[179] El Comité también enfatiza que la educación debe ser accesible a todas las personas sin ninguna discriminación.[180]

Este Comité ha llamado la atención sobre la necesidad de abordar el problema de la falta de educación en las mujeres[181] y ha resaltado el derecho a la educación de grupos particularmente vulnerables. El Comité ha reconocido el valor del cambio en las políticas de educación, que están promoviendo el acceso a la educación por parte de grupos en situación de vulnerabilidad, y ha recomendado que este enfoque se mantenga.[182] El Comité también ha unido los derechos a la educación y a la salud

resaltando que "las mujeres de estratos económicos bajos sin educación tienen un índice de mortalidad materna diez veces más alto que las mujeres educadas."[183]

Leyes y políticas públicas

La Ley de Reforma Educativa indica entre sus objetivos el de incentivar en los educandos el conocimiento, cuidado y bienestar personal, la adquisición de hábitos de higiene, la planificación familiar, el manejo responsable y afectivo de su sexualidad, la relación entre sexualidad y afectividad, la preservación de la salud, valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la misma.[184] En el Reglamento para la Prevención y Vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia, se establece que la Secretaría de Educación, en coordinación con la Secretaría Nacional de Salud, impartirá clases de educación sexual en los planteles educativos, previa capacitación de los y las docentes en el tema.[185] Este programa abarca la educación primaria, secundaria y superior.[186]

La realidad

Reforma del sistema educativo
Durante la década de los noventa Bolivia desarrolló una serie de acciones orientadas a implantar una reforma del sistema educativo que sea capaz de universalizar el acceso a la educación y superar los problemas educativos existentes, como la falta de pertinencia cultural y lingüística, la obsolescencia metodológica y curricular, y otros problemas de carácter administrativo. Sin embargo, los esfuerzos realizados siguen siendo insuficientes por lo que problemas como la extrema pobreza en el área rural y la discriminación étnica y de género constituyen obstáculos difíciles de superar.[187]

Cobertura del sistema educativo
En Bolivia el sistema educativo sólo cubre a un poco más de dos tercios de la población en edad escolar, ya que 32% de los niños/as y adolescentes quedan fuera del sistema educativo formal.[188] Los niveles de acceso a la educación presentan grandes brechas que se traducen en inequidad de género, de clase y de etnia.[189] La discriminación dentro del sistema educativo se refleja de diferentes maneras. Una de ellas es la asistencia y la retención escolar, con diferencias muy marcadas en el área urbana y rural y entre hombres y mujeres. Del total de jóvenes y adolescentes en edad escolar que no asisten a clases, 62.2% son mujeres y del total de analfabetos jóvenes del área rural, 77.6% son mujeres.[190] La inasistencia entre jóvenes y adolescentes urbanos es de 22.8%, mientras que entre los del área rural es de 41.%.[191]

Analfabetismo
En 1997 el volumen de analfabetismo se concentraba en la población comprendida entre los 25 a los 65 años, con un 44.7 % del total de la población analfabeta.[192] Se estima que 3.4% de las mujeres adolescentes y jóvenes no saben leer ni escribir, comparadas con 2% de los varones en el grupo de 10 a 24 años, diferencia que es mayor en el área rural.[193] Del total de analfabetos/as adolescentes y jóvenes (10-24 años), 77.6% corresponden al área rural (de los cuales 62.2% son mujeres y 37.7% hombres). En el área urbana, de los adolescentes y jóvenes en situación de analfabetismo, 66.1% son mujeres y 33.8% hombres.[194]

Educación sexual
Un indicador de la necesidad de brindar educación sexual a los adolescentes es los altos porcentajes de madres adolescentes o embarazadas que hay entre las mujeres sin instrucción (52%). En 1998, entre las mujeres sin instrucción, una de cada diez estaba embarazada de su primer hijo.[195] De acuerdo con la reforma educativa, se ha diseñado y puesto en ejecución el proyecto Educación para la Sexualidad como tema transversal en todos los grados y materias del primer ciclo de instrucción formal. Sin embargo, la falta de personal calificado, despojado de valores y prejuicios, dificulta la aplicación generalizada del proyecto, limitándose a algunos establecimientos.[196] Por lo anterior, en las áreas rurales resulta aún más difícil la introducción del proyecto en el sistema educativo formal. Es de destacar que las demandas de salud sexual y reproductiva en el área rural siguen postergándose por falta de recursos humanos y financieros.[197]

Discriminación a mujeres embarazadas en planteles educativos
Con el fin de enfrentar el problema de deserción escolar por embarazo adolescente, las autoridades educativas dictaron la Resolución Secretarial No. 457 del 8 de junio de 1995, que prohibe rechazar o expulsar a estudiantes embarazadas de los planteles educativos cualquiera que sea su estado civil, permitiéndoles continuar sus estudios hasta culminarlos.[198] Debido a la falta de una adecuada difusión de esta norma, los/as directores/as de establecimientos educativos de nivel secundario, técnico y profesional continúan con la práctica de rechazo y expulsión de las estudiantes embarazadas.[199]

E. Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (artículos 6, 7 y 10 del PIDESC)

El artículo 6 del PIDESC garantiza el derecho de las personas a trabajar y escoger o aceptar un trabajo libremente. El artículo 7 establece las condiciones mínimas bajo las cuales el trabajo debe ejecutarse. El artículo 10 protege los derechos de la mujer trabajadora antes y después del parto.

Estas provisiones garantizan a la mujer el acceso al trabajo sin discriminación y su protección durante el embarazo. El Comité ha expresado su preocupación sobre el tratamiento hecho a mujeres trabajadoras. En particular, condena la práctica de someter a las mujeres a pruebas de embarazo durante el proceso de aceptación para un trabajo o durante el trabajo, y la práctica discriminatoria de despedir mujeres de su trabajo por estar embarazadas.[200] El Comité le ha solicitado de manera urgente a los estados que tomen las acciones necesarias para proteger a la mujer trabajadora de dichas prácticas, incluyendo la prohibición de exigir pruebas de embarazo durante el trabajo y evitar la acción legal contra empleadas que se nieguen a hacerlo.[201]

Leyes y políticas públicas

Las leyes laborales, contenidas en la Ley General del Trabajo,[202] reconocen el derecho de toda mujer embarazada a gozar del descanso prenatal de 45 días y postnatal por igual periodo.[203] Además, ninguna mujer embarazada puede ser retirada de su fuente de trabajo durante el tiempo de gestación y hasta un año del nacimiento del hijo.[204] El Código de Seguridad Social[205] incorpora el seguro de maternidad obligatorio para las mujeres trabajadoras y las esposas o convivientes de los trabajadores.[206] Este seguro cubre el cuidado prenatal, postnatal, la atención del parto y el puerperio.[207] Complementarios a los servicios de salud, se reconoce en favor de la asegurada (trabajadora o beneficiaria), el subsidio de maternidad durante un lapso de diecisiete meses a partir del cuarto mes del embarazo hasta un año

después del parto.[208] El monto del subsidio es el equivalente a un salario mínimo nacional, pagadero en leche y sal yodada.[209] Los subsidios de maternidad y lactancia están reconocidos por el Código de Seguridad Social.[210]

La realidad

Remuneración, oportunidades de trabajo y discriminación

Según datos recientes, de las mujeres que trabajan, sólo 81% recibe dinero por su trabajo y gran parte de las trabajadoras independientes no recibe dinero por su trabajo, especialmente las que se encuentran entre los 15 y 19 años de edad (29.6%). En el área rural, 38.8% de las trabajadoras no recibe remuneración.[211] Las mujeres reciben en promedio 50% de los ingresos de los hombres independientemente de la edad, la rama de actividad, la ocupación y el nivel de instrucción. Las mujeres sin ninguna instrucción reciben en promedio 44% de lo que reciben los hombres en la misma condición. Las mujeres con nivel universitario o técnico superior reciben en promedio 70% de lo que reciben los hombres con este nivel.[212]

Las oportunidades de trabajo para las mujeres en Bolivia son muy pocas, tanto por la carencia de fuentes de trabajo como por la persistencia de valores culturales que responsabilizan a las mujeres de la atención del hogar y de los niños. Sesenta por ciento de las mujeres que se encuentran en edad de trabajar dedica su tiempo a las actividades en la esfera del hogar.[213] Casi 50% de las mujeres que trabajan se dedican al comercio u otros servicios (47%). Las mujeres trabajadoras residen en su mayoría en las ciudades (59%), donde también se encuentran las profesionales, técnicas y ejecutivas (20%). En el área rural, las mujeres trabajadoras por lo general forman parte del sector agrícola (59%). El empleo agrícola tiene mayor concentración entre las mujeres sin instrucción, en los municipios de alta marginalidad y en los departamentos de Potosí, La Paz y Chuquisaca.[214]

Los prejuicios de los empleadores y de los altos ejecutivos en relación al trabajo femenino se traducen en pagar menos a las mujeres por el mismo trabajo. Hay estudios que indican que los empleadores justifican el salario promedio más bajo de las mujeres porque piensan que su productividad es inferior por la mayor probabilidad de interrupción de su carrera profesional, las responsabilidades del hogar que les restan atención y esfuerzo en el trabajo y menos disponibilidad de tiempo fuera del horario de trabajo.[215] Estos estudios indican que los empleadores y ejecutivos, independientemente de su sexo, creen mayoritariamente que los hombres y las mujeres tienen perfiles psicológicos, físicos y sociales casi antagónicos que definen potencialidades laborales distintas.[216]

Trabajadoras domésticas

Un sector cuyos problemas tienen que ver con clase, etnia y género es el de las trabajadoras del hogar, grupo formado principalmente por mujeres migrantes del área rural. Este grupo representa 12.9% de las mujeres en trabajo familiar no remunerado, a quienes se les niega el reconocimiento de sus derechos laborales básicos como el salario mínimo, la seguridad social, la jornada laboral permitida y la estabilidad laboral en casos de maternidad. Este sector se moviliza permanentemente con el objetivo de lograr la aprobación de la Ley del Trabajo Doméstico Asalariado, cuyo tratamiento ha quedado paralizado en el Senado de la República después de su aprobación en la Cámara de Diputados, siendo vanos los esfuerzos realizados por la Federación de Trabajadoras del Hogar y las instituciones que las apoyan para sensibilizar a los legisladores.[217]

Discriminación por licencia de maternidad

Otro problema importante para la contratación y promoción laboral de las mujeres es la interrupción

temporal (tres meses) y/o definitiva del trabajo por causa de maternidad. Los empleadores y ejecutivos hombres y mujeres consideran que la capacidad reproductiva de las mujeres es un serio obstáculo para su contratación. Los empleadores consideran que la interrupción por tres meses es muy costosa para la empresa, principalmente por las dificultades de sustitución en determinados cargos que implican capacitación.[218]

Las mujeres con hijos pequeños que quieren trabajar deben contar con el apoyo de familiares, principalmente de las abuelas, o con una trabajadora del hogar, pues las guarderías no son una alternativa para la mayoría de las mujeres bolivianas.[219] Entre las madres que trabajan, el cuidado de los niños lo llevan a cabo ellas mismas en una alta proporción (54%), y en una proporción menor, pero importante, el cuidado está a cargo de otro familiar (18%). En tercer lugar, el esposo o compañero está a cargo del cuidado solamente en 3% de los casos.[220]

La Ley reconoce a las mujeres el derecho a una hora de lactancia, pero en la práctica este derecho se reconoce solamente a 21% de las asalariadas.[221] Los descansos de 45 días antes y 45 días después del parto, establecidos por ley, se refieren a personas aseguradas y sólo 55% de las mujeres con empleo gozan de este derecho, con grandes diferencias según el rubro donde trabajan. De la totalidad de las mujeres con empleo investigadas, 32% no tuvo ningún día de descanso antes de dar a luz en su último embarazo.[222]

NOTAS

[1] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación general no. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000, N.U. Doc. No. E/C.12/2000/4, pár. 8.
[2] *Ibid*., pár. 21.
[3] *Ibid.*
[4] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Argentina*, 8 de diciembre de 1999, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.38, pár. 24.
[5] *Ibid*., pár. 38 y también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: México*, 8 de diciembre de 1999, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.41, pár. 43.
[6] Constitución Política, art. 7, inc. a.
[7] Código de Salud, Decreto Ley no. 15629, 18 de julio de 1978, art. 2.
[8] *Ibid*.
[9] Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia. Revisión Bibliográfica* [a], La Paz, 1996, p. 32, [en adelante Secretaría Nacional de Salud, *Diagnóstico Cualitativo*].
[10] Ley de Ministerios del Poder Ejecutivo, Ley no. 1495, 17 de septiembre de 1995, art. 19, inc. f.
[11] Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), Unidad de Atención a las Personas, *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999–2002,* aprobado mediante Resolución Ministerial no. 0134 del 31 de marzo de 1999, p. 42, [en adelante MSPS, *Programa nacional*].
[12] En 1998 se creó el Seguro Básico de Salud, que amplía los servicios básicos para la niñez, las mujeres y la población en general, y que se ofrece a través de la red de establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) y la Caja Nacional de Salud. Ley de Creación del Seguro Básico de Salud, Decreto Supremo no. 25.265, diciembre de 1998. En el caso de la salud materna y perinatal, el nuevo seguro amplía el paquete de prestaciones que se venían brindando gratuitamente desde 1996 a través del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Véase *ibid*., p. 38.
[13] *Ibid*., p. 46.
[14] Véase Secretaría Nacional de Salud, *Diagnóstico Cualitativo*, p. 32. Los servicios básicos para la niñez, las mujeres y la población en general están incluidos en el Seguro Básico de Salud. En el caso particular de la oferta de servicios de salud materna y perinatal, está organizada en un paquete –el Seguro de Maternidad y Niñez- que se viene entregando gratuitamente a la población desde 1996 y ahora se ofrece a través del Seguro Básico de Salud. Sin embargo, este último no contempla las prestaciones relacionadas con la prevención y control del cáncer cérvico-uterino y mamario,

que es asumido por instituciones de tercer nivel y por las usuarias, lo cual resulta insuficiente para cubrir las necesidades de detección de la población en riesgo.

[15] Norma Boliviana de Salud ND.SNS-02-96, Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales de Distrito.

[16] MSPS, *Programa nacional*, p. 42.

[17] *Ibid*. El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002 reconoce como sexual y reproductiva las intervenciones en cuidados pre y post natal, parto, prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA, aplicación del toxicoide tetánico, anticoncepción, detección temprana de cáncer femenino, lactancia materna, educación sexual, nutrición y prevención de anemias nutricionales.

[18] *Ibid.*, p. 46. La instancia encargada del diseño, ejecución y regulación normativa de los temas referidos a la salud es el MSPS, el cual se encarga de supervisar, evaluar y coordinar el Sistema Nacional de Salud.

[19] *Ibid*. Este programa busca mejorar las desigualdades existentes en el sector salud y está dirigido a toda la población, incluyendo los y las adolescentes, mujeres en gestación y no gestantes, así como grupos especiales.

[20] Véase Sistema Nacional de Salud, *La crisis del sector salud y la reforma del sector*, <http://www.sns.gov.bo/pilares8.html>, visitada el 6 de noviembre de 1999.

[21] Véase Banco Mundial, *World Development Indicators 2000* [Indicadores Mundiales de Desarrollo 2000], Washington, D.C., 1999, p. 90.

[22] Véase Ministerio de Salud, *Capacidad Instalada*, <http://www.sns.gov.bo/capacrrff.html>, visitada el 8 de febrero de 2001.

[23] Véase Banco Mundial, p. 90.

[24] Véase Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, *Primer informe de Bolivia al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales*, 1999, La Paz, Bolivia, p. 122, [en adelante Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, *Informe de Bolivia al CDESC*].

[25] Véase Banco Mundial, p. 90.

[26] Véase Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, *Informe de Bolivia al CDESC*, pp. 121-122.

[27] Véase Banco Mundial, p. 98, cuadro 2.15.

[28] Véase Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, *Informe de Bolivia al CDESC*, pp. 121-122.

[29] Véase *ibid*.

[30] Véase *ibid*.

[31] Véase Alberto de la Gálvez Murillo y Bertha Pooley, "Remontando la pobreza", en *Dónde estamos el 2000? Ocho cimas a la vez*, Naciones Unidas, 1999, p. 147.

[32] Véase Naciones Unidas, *The World's Women Trends and Statistics 2000* [Tendencias y estadísticas de las mujeres del mundo 2000], p. 80, cuadro 3A.

[33] Véase Instituto Nacional de Estadística (INE), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 1998, p. 158, [en adelante INE, *Encuesta Nacional*].

[34] Véase de la Gálvez y Pooley, p. 149.

[35] Véase *ibid.*, p. 174.

[36] Véase Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Salud sexual y reproductiva: un tema clave en la política boliviana*, cáncer femenino.

[37] Véase *ibid.*

[38] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 50.

[39] Véase *ibid.*

[40] Véase *ibid.*

[41] Véase Instituto Nacional de Estadística (INE), *Información estadística, Bolivia: violencia doméstica registrada por ciudades capitales, según naturaleza de caso (año 1998)*, p. 59, <http://www.ine.gov.bo/cgi-bin/iwdie.exe/despliegue>, visitada el 24 de noviembre de 1999. En cambio, entre las adolescentes que no están unidas pero que tienen una vida sexual activa, 63.5% usa algún método de anticoncepción.

[42] Véase Ministerio de Desarrollo Humano, *Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible*, La Paz, octubre de 1994, p. 18, [en adelante Ministerio de Desarrollo Humano, *Declaración de principios*]. Este documento recoge la política oficial del gobierno de Bolivia en materia de población, presentada por la Delegación Boliviana a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo, septiembre de 1994.

[43] Véase *ibid*.

[44] Véase *ibid*., p. 58. Entre las mujeres que usaban métodos modernos, el mayor porcentaje corresponde al dispositivo intrauterino (11%) y el menor a inyecciones (1%). Véase INE, *Encuesta Nacional*.

[45] Véase Ministerio de Desarrollo Humano, *Declaración de principios*, p. 60 y también INE, *Encuesta Nacional*.

[46] Véase *ibid.*

[47] Véase de la Gálvez y Pooley, p. 147.

[48] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 66. Dentro del sector privado, las clínicas y hospitales, los consultorios médicos y las farmacias cubren respectivamente el 17, 12 y 24 por ciento del suministro de anticonceptivos. Las farmacias son los principales proveedores de los métodos de suministro (píldora, inyección, condón y métodos vaginales) y los hospitales públicos de aproximadamente la mitad de las esterilizaciones (46%).

[49] Micaela Parras, *No. 25-Manejo de la perspectiva de género en servicios de salud sexual y reproductiva: análisis comparativo en centros públicos y privados*, CIDEM *et al*., Bolivia, 1997-1998, <http://www.fhi.org/sp/bolivias/bolabss25.html >, visitada el 6 de noviembre de 1999.

[50] Véase Oficina Jurídica para la Mujer, Julieta Montaño, *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y el Caribe Suplemento 2000*, informe borrador, capítulo de Bolivia, (en archivos del CRLP), Cochabamba, Bolivia, 1999, p. 13 (citando información proporcionada por la Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva).

[51] Código Penal, art. 263. La persona que cause el aborto sin

el consentimiento de la mujer, o si ésta es menor de 16 años, es sancionada con prisión de dos a seis años.

[52] *Ibid*., art. 266.

[53] *Ibid*., pár. 2.

[54] *Ibid*.

[55] *Ibid*., pár. 1.

[56] *Ibid*., pár. 3.

[57] *Ibid*., art. 263, inc. 3. Si el aborto se practica con la anuencia de la mujer, la pena a aplicarse es de uno a tres años de prisión, tanto para ella como para quien lo realice

[58] *Ibid.*, inc. 1-2. En un artículo especial se establece la pena a imponer a la persona que se dedica habitualmente a la práctica del aborto (art. 269). El Código Penal también aplica un castigo a quien por 'culpa' ocasiona un aborto (art. 269) y al que mediante violencia provoca el aborto de una mujer, sin tener la intención de causarlo, si es que el embarazo es notorio o tenía conocimiento previo del mismo (art. 267). La tentativa de aborto no es punible (art. 266). Cuando el aborto lo lleve a cabo la propia mujer o terceras personas con el consentimiento de la misma con el fin de 'salvar su honor' (aunque el código no define "honor"), la pena que se impone es de seis meses a dos años de reclusión, agravándose la sanción en un tercio si sobreviene la muerte de la mujer (art. 265).

[59] *Ibid.*, art. 266, pár. 3.

[60] Resolución Ministerial no. 0133 del 31 de marzo, 1999. En un estudio realizado en 1997, 89% de los médicos entrevistados aprobaban la introducción de la tecnología AMEU. Véase Julio Córdova *et al.*, *Actitudes y opiniones sobre la tecnología Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Estudio realizado con autoridades y proveedores de salud en servicios públicos de La Paz, Cochabamba, y Sucre*, IPAS y MSPS, <http://www.fhi.org/sp/bolivias/bolabss29.html>, visitada el 5 de noviembre de 1999.

[61] Véase Oficina Jurídica para la Mujer, Julieta Montaño y Florinda Corrales, *Leyes formales y políticas sobre salud reproductiva. Bolivia*, versión original del informe, Cochabamba, noviembre de 1996, p. 34 (en archivos del CRLP).

[62] Véase "Gobierno pide discutir legalización del aborto", *Los Tiempos*, 28 de diciembre de 2000.

[63] Véase Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, *Informe de Bolivia al CDESC*, pp. 121-122.

[64] Para ellos, esta cifra tiene que ver con la falta de capacitación de quienes realizan estas prácticas, por lo general auxiliares de enfermería, estudiantes de medicina u otros, con el costo y la calidad de los servicios, los problemas económicos, las presiones sociales y los temores originados por la tipificación del aborto como delito. Véase Zulema Alanez, *Mitos y realidades. El aborto en Bolivia*, Ofavim, 1995, p. 9.

[65] En 1996 se presentaron 8,528 casos; en 1997 se registraron 10,619; en 1998 12,425 y en 1999 fueron reportados en los servicios de salud pública 13,790 casos. En algunos hospitales como el Maternológico Germán Urquidi de la ciudad de Cochabamba, el incremento en sólo un semestre fue del 300%, llegando a un promedio de 30 abortos incompletos por semana. Véase "Más de 10 mil abortos incompletos fueron atendidos por el SBS en 1999", *Última Hora*, 2 de marzo de 2000.

[66] Véase *ibid.*

[67] Véase Oficina Jurídica para la Mujer, *Derechos Humanos de las Mujeres en Bolivia, Informe Sombra, versión preliminar*, Cochabamba, Bolivia, 2001, p. 7 (en archivos del CRLP), [en adelante *Informe sombra preliminar*].

[68] Véase *ibid.*

[69] Véase en general "Un juez decidirá si una menor aborta", *La Razón*, 6 de julio de 1999, p. 19A; "Al parecer, la niña violada no abortará", *Los Tiempos*, 8 de julio de 1999, p. D1; " Jueza: La niña violada por su padrastro no podrá abortar", *La Razón*, 11 de julio de 1999 y "Violador: 'Siempre he creído ser estéril'" *La Razón*, 12 de julio de 1999.

[70] Véase "No prospera un juicio por aborto por falta de pruebas de cargo", *Los Tiempos*, 27 de enero de 2000, "Sorprenden a médico practicando aborto", *Los Tiempos*, 24 de febrero de 2000 y "Atraparon a médico realizando un aborto que no era el denunciado", *Los Tiempos*, 25 de febrero de 2000.

[71] Véase Tegan A. Culler, "Paper Justice" [Justicia de papel], en *Conscience*, vol. XXI, no. 2, verano 2000, p. 16.

[72] Técnica de la Oclusión Tubárica Bilateral.

[73] Norma Boliviana de Salud MSPS-98, Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, aprobada por Resolución Ministerial no. 0517 de 17 de noviembre de 1998. Véase en general Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño, *Oclusión Tubárica Bilateral en Riesgo Reproductivo*, vol. 1, 1998, [en adelante MSPS, *Oclusión Tubárica*].

[74] Extraoficialmente se obtuvo que en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba el número aproximado es de siete mujeres que mensualmente reciben el servicio de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

[75] Véase Hospital Materno Infantil "Germán Urquidi", *Formato de solicitud de alta voluntaria*, Cochabamba, Bolivia.

[76] La visita fue realizada por Wara Céspedes el día 22 de diciembre de 2000.

[77] MSPS, *Oclusión Tubárica*.

[78] Según fuentes extraoficiales consultadas por la Oficina Jurídica para la Mujer, existen casos en mujeres menores de edad sometidas a dicha práctica; sin embargo, la imposibilidad de conseguir tal información oficialmente no permite mayor aclaración en este punto. Véase *Informe sombra preliminar*, p. 9.

[79] Resolución Secretarial no. 0660 para la Prevención y Vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia, diciembre de 1996.

[80] *Ibid*., arts. 8-12. Se establece que la notificación de los resultados de las pruebas de laboratorio es estrictamente confidencial, debiendo brindarse servicios de consejería y apoyo psicosocial en todos los casos. Los resultados presuntivos y confirmatorios de infección deben reportarse

en forma confidencial a la Secretaría Regional correspondiente para la investigación epidemiológica respectiva, no pudiendo los profesionales de la salud invocar el secreto profesional como impedimento para proporcionar la mencionada información.

[81] *Ibid*., arts. 40-43. Cuando el paciente consienta o el médico lo considere pertinente, se podrá informar sobre el estado de salud de la persona infectada o enferma y los riesgos de contagio al cónyuge, compañero(a) permanente o pareja sexual del mismo, para que asuma las medidas de protección correspondientes. Si la condición de salud del enfermo de SIDA es grave, se debe informar de la situación a familiares y allegados, guardando siempre estricta confidencialidad.

[82] *Ibid*., art. 36. Queda totalmente prohibido realizar estas actividades con fines "discriminatorios o de publicidad".

[83] *Ibid*., art. 38.

[84] *Ibid*. Se prohibe la exigencia de pruebas serológicas para determinar la infección del VIH como requisito obligatorio en los siguientes casos: admisión a centros educativos, deportivos y sociales; ingreso al país de ciudadanos extranjeros y nacionales; acceso a actividades laborales o permanencia en las mismas; e ingreso a instituciones militares. *Ibid*., art. 45.

[85] *Ibid*., art. 17.

[86] *Ibid*., art. 49.

[87] *Ibid*., art. 50. Los administradores de moteles, lenocinios y otros establecimientos afines tienen la obligación de proveer regularmente de preservativos o condones a los clientes y personas que trabajan en la prostitución en estos establecimientos. *Ibid*., art. 51.

[88] *Ibid*., art. 37. Los empleados no están obligados a informar a sus empleadores de su condición de infectados del VIH para así resguardar su derecho a la confidencialidad y a la no discriminación. A los servicios del Seguro Social les está prohibido informar a los empleadores sobre el estado específico de salud del empleado. *Ibid*., art. 39.

[89] Código Penal, art. 216, inc. 1.

[90] *Ibid*., art. 277.

[91] Véase Family Care International, *ETS/SIDA, Archivos*, Boletín no. 3, marzo 1998, p. 2.

[92] Véase ONUSIDA, *Epidemiological Fact Sheet on HIV and sexually transmitted infections, 2000 Update, Bolivia* [Hoja informativa epidemiológica sobre VIH y infecciones transmisibles sexualmente, suplemento 2000, Bolivia], 2000, p. 3, <http://www.unaids.org>, visitada el 9 de febrero de 2001.

[93] Véase "El mundo pierde la lucha contra el SIDA", *Los Tiempos*, 1 de diciembre de 2000.

[94] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 197.

[95] Véase de la Gálvez y Pooley, p. 173.

[96] Véase *ibid.*

[97] Véase *ibid.*, pp. 173-197.

[98] Véase Family Care International, p. 2.

[99] de la Gálvez y Pooley, p. 173.

[100] Véase *Informe sombra preliminar*, p. 11.

[101] Véase *ibid.*, p. 10.

[102] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: República Dominicana*, 12 de junio de 1996, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.6, pár. 22, [en adelante, CDESC, *Observaciones finales de República Dominicana 1996*].

[103] Constitución Política, art. 6.

[104] *Ibid*., art. 194.

[105] *Ibid*., art. 193.

[106] Código de la Familia, Decreto del 23 de agosto de 1972, elevado a rango de ley el 4 de abril de 1988.

[107] *Ibid*., art. 3.

[108] Código Civil, Decreto Ley no. 12760 del 6 de agosto de 1975, art. 4.

[109] Constitución Política, art. 41.

[110] Código de la Familia, art. 44.

[111] *Ibid*., art. 97.

[112] *Ibid*.

[113] *Ibid*., art. 98.

[114] *Ibid*.

[115] *Ibid*.

[116] *Ibid*., arts. 114, 125 y 116. Los actos de administración de uno de los cónyuges que se justifiquen por las cargas de la comunidad se presume que cuentan con el asentimiento del otro y surten efecto con relación a él. Si los actos no se justifican, sólo obligan personalmente al cónyuge que los realizó, siempre que el acreedor haya conocido o debido conocer su carácter injustificado con arreglo a las circunstancias. Cada cónyuge puede administrar y disponer libremente de las ganancias que obtenga por el trabajo o industria desempeñados separadamente del otro cónyuge, siempre que no sea en perjuicio de la sociedad conyugal. Para disponer o gravar los bienes comunes es indispensable el consentimiento expreso de ambos cónyuges, dado por sí o por medio de apoderado con poder especial.

[117] Código Penal, art. 240.

[118] Código de la Familia, art. 99.

[119] *Ibid.*, art. 158.

[120] *Ibid.*, art. 159.

[121] *Ibid*., art. 172.

[122] Código Civil, art. 1083.

[123] *Ibid*., art. 1108.

[124] Código de la Familia, art. 160.

[125] *Ibid.*, art. 99.

[126] Véase *Informe sombra preliminar*, p. 12.

[127] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 85.

[128] Véase *ibid.*, p. 86.

[129] Véase *ibid.*, p. 87.

[130] Código de la Familia, arts. 130 y 131.

[131] *Ibid*.

[132] *Ibid*., art. 101.

[133] *Ibid*., art. 145.

[134] *Ibid*.

[135] *Ibid*.

[136] *Ibid*., art. 149.
[137] *Ibid*., art. 436. Esta disposición ha sido modificada en su efectividad por disposición del artículo 11. I y II de la Ley de Abolición de Prisión y Apremio Corporal por Obligaciones Patrimoniales, ya que el apremio tiene duración de sólo 6 meses, vencidos los cuales el obligado puede obtener libertad, sin necesidad de constituir fianza, con el solo compromiso de palabra de cumplir la obligación. Si transcurridos 6 meses de su libertad el obligado no cumple con la obligación, el Juez puede volver a disponer su apremio. Ley no. 1602 de Abolición de Prisión y Apremio Corporal por Obligaciones Patrimoniales del 15 de diciembre de 1994.
[138] Ley de Breviación Procesal Civil y de Asistencia Familiar, Gaceta Oficial de Bolivia no. 1981, 28 de febrero de 1997, arts. 70-71.
[139] Código de la Familia, arts. 44 y 53.
[140] *Ibid.*, art. 44.
[141] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 87.
[142] Véase *ibid.*
[143] Véase *ibid*, pp. 85-87 y también Naciones Unidas, p. 58, cuadro 3.7.
[144] CDESC, *Observaciones finales de Argentina*, pár. 25; CDESC, *Observaciones finales de México*, pár. 26; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: República Dominicana*, 12 de diciembre, 1997, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.16, pár. 22.
[145] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El Salvador*, 28 de mayo de 1996, N.U. Doc. E/C.12/Add.4, pár. 20.
[146] CDESC, *Observaciones finales de República Dominicana 1996*, pár. 8.
[147] CDESC, *Observaciones finales de Argentina*, pár. 39; CDESC, *Observaciones finales de México*, pár. 40; CDESC, *Observaciones finales de República Dominicana 1996*, pár. 8.
[148] Ley de Protección a Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual, Ley no. 2033, 29 de octubre de 1999, art. 2.
[149] *Ibid*., art. 15.
[150] Código Penal, art. 316. La pena a aplicarse en estos casos es de tres a 18 meses de reclusión, pero se reduce a la mitad si el autor del rapto devuelve espontáneamente la libertad a la persona raptada o la coloca en lugar seguro, a disposición de su familia.
[151] *Ibid*., art. 317, modificado por Ley no. 2033 de 1999, art. 8.
[152] Véase Instituto Nacional de Estadística (INE) y Comando General de la Policía Nacional, "Bolivia: casos policiales registrados por año según tipo del delito, faltas, sucesos y casos de auxilio", cuadro 3.11.02 (en archivos del CRLP).
[153] Código Penal, art. 6, inc. 2.
[154] Ley 1599, 8 de octubre de 1994, Gaceta Oficial.
[155] Reglamento de Faltas y Sanciones del Magisterio y Personal Docente Administrativo, 21 de abril de 1993.
[156] Véase notas enviadas a: Rector del Instituto Tecnológico "El Paso"; Ejecutivo General de la Federación Departamental de Maestros de Educación Rural; Director Departamental de Educación; Jefe Médico Regional; Consejo Universitario y otros (en archivos del CRLP).
[157] Véase "Violencia intrafamiliar afecta al 98% de mujeres", *Presencia*, 25 de febrero de 2000.
[158] Proyecto de Ley sobre Acoso u Hostigamiento Sexual.
[159] Recortes de prensa de casos ocurridos en diferentes departamentos del país (en archivos del CRLP).
[160] Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, Ley no. 1674, 15 de diciembre de 1995.
[161] *Ibid*., art. 3.
[162] *Ibid*., art. 4.
[163] *Ibid*., art. 5.
[164] *Ibid*., art. 14.
[165] *Ibid*., art. 16.
[166] *Ibid*., art. 15.
[167] *Ibid*., art. 18.
[168] INE y Comando General de la Policía Nacional, cuadro 3.12.01.
[169] Véase "Violencia" *La Razón*, Reportajes, 28 de mayo de 2000, p. 4.
[170] Ley no. 1674, 15 de diciembre de 1995 y también D.S. no. 25087, 6 de julio de 1998, Gaceta Oficial.
[171] Véase Oficina Jurídica para la Mujer, *1984-1998*, p. 39 (en archivos del CRLP).
[172] Véase "Violencia familiar no se cumplen leyes, no hay albergues ni medios para evitarla", *Última Hora*, 15 de junio de 2000 y "Jueces: sanciones contra los agresores de mujeres y niños no son ejemplares", *Última Hora*, 25 de agosto de 2000.
[173] Véase en general "Intervendrán Brigada Familiar de la Policía", *La Razón*, 25 de marzo de 2000, "Denuncia contra la BPF comprobada por PAT", *El Diario*, 25 de marzo de 2000 y "Por irregularidades, suspenden a Comandante de Brigada femenina", *La Razón*, 26 de marzo de 2000.
[174] Véase en general, los artículos del año 2000 sobre la negligencia médica en los periódicos *La Razón*, *El Diario*, *Presencia*, *Última Hora* (en archivos del CRLP).
[175] Véase *Informe sombra preliminar*, p. 23.
[176] Véase de la Gálvez y Pooley, p. 177.
[177] Código Penal, Ley no. 1768, 10 de marzo de 1997, arts. 270-271.
[178] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general no. 13: El derecho a la educación*, 8 de diciembre de 1999, N.U. Doc. E/C.12/1999/10, pár. 1.
[179] *Ibid*.
[180] *Ibid*., pár. 6(b)(i).
[181] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observaciones finales del Comité de Asuntos Económicos, Sociales y Culturales: Guatemala*, 28 de mayo de 1996, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.3, pár. 32.
[182] *Ibid*.
[183] Comité de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales (CESCR), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Perú*, 20 de mayo de 1997, N.U. Doc. E/C.12/Add.1/14, pár. 16.
[184] Ley Reforma Educativa, Ley no. 1565, 7 de julio de 1994, art. 40.
[185] Resolución Secretarial no. 0660 para la Prevención y Vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia, art. 56.
[186] *Ibid*.
[187] Véase *Informe sombra preliminar,* p. 24.
[188] Véase Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación *et al.*, "La Situación de Adolescentes y Jóvenes en Bolivia", La Paz, 2000, p. 46 (en archivos del CRLP).
[189] Véase *ibid.*, p. 46.
[190] Véase *ibid*., p. 47.
[191] Véase *ibid*., pp. 47-48.
[192] Véase *ibid*., p. 46. Los/as adolescentes y jóvenes (10-24 años) analfabetos/as representaron 5.3%, porcentaje que no resulta muy significativo en términos cuantitativos respecto del total nacional, pero que cualitativamente muestra que el sistema educativo formal no incorpora a estas personas en su cobertura o las expulsa muy tempranamente del sistema escolar formal.
[193] Véase *ibid*., p. 46.
[194] Véase *ibid*., p. 47.
[195] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 50.
[196] Véase Silvia Camacho, "Técnicas del Programa Transversales de la Reforma Educativa", *La Razón*, 11 de marzo de 1999, p. A10.
[197] Véase de la Gálvez y Pooley, p. 176.
[198] Resolución Secretarial no. 457, 8 de junio de 1995, p. 2.
[199] Testimonios de las representantes de las Organizaciones de defensa de los Derechos de las Mujeres demandando la observancia de la resolución Secretarial mencionada. Cartas al Director Departamental de Educación reclamando por el alejamiento del magisterio por ser madres y por exigencias de certificado de matrimonio.
[200] CDESC, *Observaciones finales de México*, pár. 37; CDESC, *Observaciones finales de República Dominicana 1996*, pár. 22.
[201] CDESC, *Observaciones finales de México*, pár. 37.
[202] Ley General del Trabajo, Decreto Ley del 24 de mayo de 1939, elevado a la Ley de la República el 8 de diciembre de 1942.
[203] *Ibid*., art. 61.
[204] Ley no. 975, 2 de mayo de l988, art. 1.
[205] Código de Seguridad Social, 14 de diciembre de 1956.
[206] *Ibid*., art. 23.
[207] *Ibid*.
[208] *Ibid*.
[209] *Ibid*.
[210] *Ibid*., art. 45.
[211] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 32.
[212] Véase Fernanda Wanderley, *Discriminación ocupacional y de ingresos por género*, Subsecretaría de Asuntos de Género, La Paz, 1995, p. 24.
[213] Véase *ibid*., p. 23.
[214] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 30.
[215] Véase Ministerio de Desarrollo Humano, Subsecretaría de Asuntos de Género, *Contribución de las Mujeres a la Economía Nacional. El caso de Bolivia*, documentos de trabajo, Subsecretaría de Asuntos de Género, 1996, p. 66.
[216] Véase Wanderley, p. 35. La existencia de patrones culturales fuertemente enraizados sobre las características supuestamente naturales de mujeres y hombres que conforman los comportamientos y capacidades masculinas y femeninas para la vida social en general y para el trabajo en particular. En esta dimensión se considera que las ocupaciones tienen sexo y que existen trabajos adecuados para hombres y otros para mujeres.
[217] Véase en general, los artículos del junio 2000 en los periódicos *La Razón*, *Los Tiempos* y *El Diario* (en archivos del CRLP). Las movilizaciones de las Trabajadoras del Hogar han dado como resultado la recolección de más de 30 mil firmas de adhesión, que fueron entregadas en acto público al Presidente del Senado, sin que hayan tenido efecto alguno en su actitud de resistencia al reconocimiento de derechos mínimos para las trabajadoras del hogar.
[218] Véase Wanderley, p. 45.
[219] Véase *ibid*., p. 48.
[220] Véase INE, *Encuesta Nacional*, p. 34.
[221] Véase Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Mujer, Empleo y Lactancia en Bolivia*, 1998, p. 59.
[222] Véase *ibid.*, p. 53.