

Derechos Reproductivos de la Mujer en Colombia: Un Reporte Sombra

www.reproductiverights.org

DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN COLOMBIA:
UN REPORTE SOMBRA

Publicado por:

Centro Legal para Derechos Reproductivos
y Políticas Públicas

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

©1998 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.

Contenido

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

A. Derecho a la salud, incluyendo salud reproductiva y planificación familiar (Artículos 12, 14 (2) (b), (c) Y 10 (h) de CEDAW)	Página
1. Acceso a los servicios de salud	2
2. Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad	4
3. Acceso a la información sobre salud, incluyendo salud reproductiva y planificación familiar	6
4. Anticoncepción	7
5. Aborto	8
6. Esterilización	9
7. VIH / SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)	11
8. Salud reproductiva de las adolescentes	12
B. Relaciones familiares (Artículo 16 de CEDAW)	
1. Matrimonio y uniones de hecho	14
2. Divorcio y custodia	15
3. Matrimonio de menores	16
4. Derecho al acceso a la planificación familiar sin consentimiento del cónyuge	16
C. Violencia sexual contra las mujeres (Artículos 5, 6 y 16 de CEDAW)	
1. Violación y otros delitos sexuales	17
2. Violencia doméstica	19
3. Violencia y/o coerción dentro de los servicios de salud	21
D. Educación y adolescentes (Artículo 10 de CEDAW)	
1. Acceso a la educación	21
2. Información y educación sobre sexualidad y planificación familiar	22
E. Derechos laborales (Artículo 11 de CEDAW)	
1. Protección a la maternidad	23
2. Licencia posnatal y subsidios por maternidad	25

Introducción

La intención de este documento es la de presentar un “reporte sombra” del informe del gobierno colombiano al Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Este informe ha sido recopilado y escrito por el Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) (Centro Legal Para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) y la Corporación Casa de la Mujer (Casa). Los países miembros del CEDAW han determinado que las ONG, tales como el CRLP y Casa, puedan tener un papel esencial en el suministro de información independiente y confiable en lo que se refiere al estatus legal y a la vida cotidiana de las mujeres, así como en los esfuerzos hechos por los estados miembros para cumplir con lo estipulado en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer). Además, si las recomendaciones del CEDAW están firmemente basadas en la realidad de la vida de las mujeres, las ONG las pueden usar para presionar a sus gobiernos en la promulgación o implementación de cambios en las leyes y políticas.

La discriminación contra las mujeres existe en todas las sociedades y es indispensable que se tomen medidas urgentes. Este informe enfoca particularmente los derechos reproductivos, las leyes y políticas públicas relacionadas con dichos derechos, y las realidades que afectan a los derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. Y, por otro lado, busca hacer un seguimiento a la “Mesa Redonda de los Organismos Monitores de los Tratados de Derechos Humanos sobre la Aproximación de los Derechos Humanos a la Salud de las Mujeres, con Especial Énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos”, que fue realizada en Glen Cove, Nueva York, en diciembre de 1996. La intención de esta mesa redonda era mostrar a los organismos monitores de los tratados las dimensiones de los derechos humanos con respecto a los problemas de salud, enfatizando especialmente la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Tanto la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, reconocieron que los derechos reproductivos consisten en un grupo de derechos humanos independientes “ya reconocidos en las leyes nacionales e internacionales, en los documentos de derechos humanos y en otros documentos de consenso”, incluyendo la Convención sobre la Mujer. Creemos que los derechos reproductivos son fundamentales para la salud y la igualdad de las mujeres, y que el compromiso de asegurar tales derechos, adquirido por los estados firmantes, debe recibir una atención especial.

Este reporte sombra cubre diversos derechos reproductivos fundamentales en relación con las estipulaciones respectivas de la Convención de la Mujer. Cada tema está dividido en dos secciones distintas. La primera sección sombreada recoge las leyes y políticas colombianas que se refieren al tema y las estipulaciones correspondientes en la Convención de la Mujer. La información de la primera parte fue obtenida principalmente del capítulo sobre Colombia en *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas - América Latina y el Caribe*. Este libro es parte de la serie de informes mundiales que está elaborando el CRLP en colaboración con ONG nacionales en cada país. La segunda sección se concentra en la implementación y cumplimiento de estas leyes y políticas, en otras palabras, en la realidad de las vidas de las mujeres. Casa brindó casi toda la información utilizada en esta sección.

Este informe ha sido coordinado y editado por Katherine Hall Martínez y Luisa Cabal, de CRLP, con la asistencia de Alison-Maria Bartolone, y por Isabel Agatón Santander, de la Corporación Casa de la Mujer.

Diciembre 1998

A. Derecho a la Salud, Incluyendo Salud Reproductiva y Planificación Familiar (Artículos 12, 14 (2)(b),(c) y 10 (h) de la CEDAW)

1. Acceso a los servicios de salud

Leyes y políticas públicas

A partir de 1991, la Constitución Política reconoce que la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual tiene el deber de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud¹. El Estado también está obligado a organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad². Dicha prestación se da de manera descentralizada, por niveles de atención que se distribuyen entre el Estado, las entidades territoriales y los particulares, con participación de la comunidad³.

La Seguridad Social en Colombia es un servicio público obligatorio que “se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”⁴. En 1993, el gobierno colombiano promulgó la Ley 100 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), estableciendo en la misma mecanismos para garantizar que, al cabo de siete años a partir de ese año, se amplíe la cobertura de sus servicios, hasta abarcar a la totalidad de la población, incluyendo a aquellos que no pueden pagar las cotizaciones⁵. La seguridad social provee servicios de salud, pensión de invalidez y vejez, y sus sistemas de afiliación son: el contributivo, al cual tienen acceso los trabajadores asalariados; y el régimen subsidiado, destinado a dar cobertura a la población más pobre⁶. La prestación de los servicios de salud dentro de este sistema se da a través de entidades públicas y privadas⁷.

El Sistema de Seguridad Social Integral comprende tres modalidades de prestación de servicios de salud: el Plan Obligatorio de Salud (POS)⁸, El Plan de Atención Básica (PAB)⁹, y el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSRS)¹⁰. El POS está dirigido a la atención individual, especialmente al cuidado de la maternidad¹¹. Además de recibir estos servicios, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año que acceden al POS, a través del régimen subsidiado, también recibirán un subsidio alimentario¹². El POS establece la organización de programas de educación para la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual, dándose prioridad al área rural y a las adolescentes¹³. El PAB fue establecido por el Ministerio de Salud para complementar las acciones previstas en el POS, en el ámbito de información, educación, comunicación y orientación de la comunidad¹⁴; cubre las áreas de planificación familiar y el control de enfermedades transmisibles, como el SIDA¹⁵. La prestación de estos servicios es gratuita y obligatoria¹⁶. El POSRS incluye los servicios de salud a los que tienen derecho las personas sin capacidad de pago y que deben incorporarse al régimen del POS¹⁷. Dicho Plan incluye programas de promoción de salud para mujeres en edad fértil, a través de servicios de planificación familiar, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina, examen de seno, así como programas de atención de enfermedades de transmisión sexual¹⁸.

La Ley 100, de 1993, también estableció escalas de subsidios a los costos de atención, modalidades de pago en cuotas, paquetes de servicios para las mujeres y otras formas de pago subsidiado, preferentemente para los niveles básicos de atención de la salud¹⁹. Los afiliados cotizantes del SSSI financian los servicios que reciben con sus aportaciones²⁰. Los afiliados a través del régimen

subsidiado reciben distinto tratamiento, en el marco de una estrategia de incorporación de los sectores más pobres a los beneficios del SSSI. De este modo, la Ley 100 establece que, bajo este régimen, la prestación de los servicios del Plan de Atención Básica será gratuita y obligatoria, y cubierta con recursos fiscales del Estado²¹. Asimismo, los servicios de salud de nivel primario serán cubiertos en un equivalente al 50% del valor pagado por tal servicio en el sistema contributivo, mientras que los servicios de mayor nivel se irán incorporando progresivamente, de acuerdo con el aporte de los afiliados a ese régimen en los años siguientes a 1993²².

La realidad

Según estadísticas de 1996, el 97% de la población colombiana tiene acceso a la atención primaria de su salud²³. En 1992, la cobertura del sistema estatal de salud era solamente del 39%²⁴, mientras que la alcanzada por la infraestructura pública y mixta (privado y estatal) para la atención prenatal fue de 80%, en el período 1990-1995²⁵; el 3% de los partos en ese período fue asistido por enfermeras y el 17% no recibió atención prenatal²⁶. A pesar de que las coberturas y recursos humanos en el sector salud son relativamente altos, aún son de baja calidad y se encuentran concentrados en ciertas áreas del país, quedando gran parte de la población pobre dispersa y sin posibilidades de acceso a dichos servicios²⁷. La reforma del sector salud ha posibilitado un aumento de la cobertura de los servicios de salud, la cual llega en 1998 a más de 20.5 millones de personas, es decir, se ha triplicado el número de colombianos y colombianas aseguradas en relación con 1993²⁸. Sin embargo, la mayor cobertura no implica por sí sola servicios de calidad.

De acuerdo con los estudiosos de la Ley 100, la reforma planteada ha sido la más ambiciosa e integral de la región latinoamericana, por lo tanto su aplicación es más difícil y compleja, particularmente por el hecho de tener como punto de partida un nivel de aseguramiento inferior al 20% de la población y un sistema público sin tradición de eficiencia²⁹.

Asimismo, la reforma ha tenido tropiezos para su implantación debido, entre otros factores, al desigual desarrollo de la descentralización administrativa en las entidades territoriales; al desconocimiento de procesos de gestión; a la demora en la normatización de las acciones del PAB y el POS; y a coberturas poco realistas para los inicios del proceso. Estos factores han incidido en el deterioro de la calidad y del acceso a servicios y condiciones de trabajo de los profesionales de la salud³⁰.

Debe destacarse, asimismo, que la Ley 100 dispone la vinculación equitativa de las mujeres a los Planes de Beneficios en Salud. Sin embargo, aunque se ha logrado la afiliación de 5.7 millones de personas al régimen subsidiado, no se dispone de información desagregada por sexo que permita evaluar la equitativa participación de las mujeres en los programas de salud. Igualmente, el informe de 1996 del Defensor del Pueblo reportó que el acceso al Sistema ha sido limitado e inequitativo, la participación social y comunitaria no se ha hecho efectiva, y el POS ha sido inequitativo y discriminatorio³¹.

También hay que remarcar que los proveedores de salud son formados dentro de conceptos como la calidad total (número de pacientes por médico) y no dentro de la ética ni de los derechos humanos³². El problema de la inexistencia de la ética médica aumenta en el marco de la Ley 100, ya que el médico es otro empleado del mercado cuyo trabajo se mide con criterios de productividad. Las

tarifas, el tiempo del paciente, los medicamentos, la cantidad de citas, los exámenes y otros aspectos no son decididos ni por él ni por las necesidades del paciente. A los médicos y a los hospitales se les contrata para que atiendan “paquetes de pacientes”, sin reparar en la calidad de la atención³³.

En general, los planes y programas alrededor de los cuales gira el Sistema de Seguridad Social adolecen de grandes deficiencias en la realidad. Es así como, por ejemplo, el POS está limitado a unos medicamentos llamados esenciales, dejando otros también esenciales fuera³⁴. Asimismo, la Ley 100 no incluye la preexistencias (enfermedades previas a la afiliación), y se advierten grandes limitaciones para acceder a los servicios cuando se padece de enfermedades como SIDA o cáncer³⁵. Por último, debe mencionarse que la remisión que hace el médico general a los servicios de especialista es restringida y está condicionada al pago de un sobrecosto, lo cual filtra el acceso y contradice la calidad de integral de la prestación del servicio de salud.

Cabe destacar que en el marco del desplazamiento interno de población, generado por la situación de violencia en algunas regiones del país, aunque actualmente se están desarrollando programas para atender a la población desplazada, no se está haciendo énfasis en las necesidades específicas de las mujeres, aunque la mayoría de la población que asiste en busca de servicios es femenina. Como medidas para atención de la salud, el gobierno prevé que la mujer desplazada debe recibir la prestación del servicio de salud totalmente gratuito, no debe cancelar cuotas de moderación o copagos para recibir atención ni medicamentos³⁶; sin embargo, en la práctica no existen instrumentos que permitan medir la eficacia y/o el cumplimiento de estas disposiciones ni su cobertura.

2. Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad

Leyes y políticas públicas

En 1992, el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud³⁷, lanzó su política Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud, la cual buscó dar un nuevo enfoque al rol de la mujer, ubicándola en el centro de las decisiones, como protagonista fundamental de la gestión en materia de salud³⁸. Esta política tenía como objetivos elevar la calidad de vida de las mujeres, disminuir las desigualdades entre hombres y mujeres con respecto al acceso a servicios de salud y fortalecer el protagonismo de la mujer en el sector, impulsando su participación en la toma de decisiones³⁹. El programa propiciaba la autonomía y el autocuidado en los aspectos relacionados con el cuerpo, la sexualidad y la salud de las mujeres⁴⁰. Más recientemente, el Plan de Desarrollo para el período 1994-1998, denominado “El Salto Social”⁴¹, estableció la Política de Participación y Equidad para la Mujer (EPAM)⁴². La EPAM tiene como objetivo propiciar una actitud de respeto en el tratamiento de la problemática específica de la salud de la mujer; propender a la atención integral de su salud, a través de programas que respondan a sus necesidades específicas; y fomentar un mayor protagonismo de la mujer mediante su participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud⁴³. Los compromisos específicos del Ministerio de Salud son: “fortalecer, coordinar y supervisar las políticas en favor de la salud integral y desarrollo de la mujer y la niña, elaborando un protocolo de prevención, detección y manejo de riesgo de enfermedades de prevención sexual, y promover y educar para una mayor vinculación de la población masculina a los procesos de salud sexual y reproductiva”⁴⁴.

Un componente esencial de la EPAM es el Programa Salud Integral para las Mujeres (SIM)⁴⁵, el cual se basa en la experiencia de la política Mujeres para la Salud, Salud para las Mujeres. El SIM busca primordialmente integrar de manera equitativa a las mujeres pobres al régimen subsidiado de salud e impulsar la vinculación de las trabajadoras independientes y empleadas domésticas al régimen contributivo de seguridad social en salud⁴⁶. El SIM establece que el gobierno debe emprender las acciones necesarias dirigidas a disminuir los embarazos no deseados, los abortos, la mortalidad materna y perinatal, la mortalidad por cáncer de seno y cérvix, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmuno Deficiencia Humana/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH/SIDA)⁴⁷. Con el fin de incorporar a los grupos vulnerables al régimen subsidiado de seguridad social, se introdujo un Plan de Atención Materno Infantil para las mujeres embarazadas y los menores de un año. Dicho programa incluye, entre otros, servicios prenatales, de parto y puerperio, de planificación familiar, consejería en salud reproductiva y atención para niños menores de un año⁴⁸.

Adicionalmente, el régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social establece que las mujeres en edad fértil tienen derecho a servicios de planificación familiar, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina y examen del seno⁴⁹. A su vez, el Plan de Atención Materno Infantil (PAMI) del régimen antes mencionado comprende no solo el cuidado prenatal, la atención del parto y el control del puerperio, sino también servicios de planificación familiar⁵⁰. Asimismo, se establece la creación de una consejería en salud reproductiva para dichos efectos⁵¹ y contempla la obligación por parte del Estado de proteger y apoyar a las mujeres en estado de gravidez y después del parto, así como a la mujer cabeza de familia⁵². Se excluyen del POS (Plan Obligatorio de Salud) los tratamientos para la infertilidad.

La realidad

Aunque en Colombia la tendencia de muerte materna está en descenso (pasó de 1198 por cien mil nacidos vivos, en 1986, a 98.20, en 1994), aún se considera un grave problema de salud y persisten los problemas de subregistro de la información⁵³. Las tasas de morbilidad y mortalidad son superiores para las mujeres pobres⁵⁴. Por ejemplo, la costa del Pacífico mantiene tasas de mortalidad materna tres veces más altas que las del promedio nacional y nueve veces más altas que la del Área Metropolitana de Medellín⁵⁵. En los últimos 20 años, ha variado la edad de inicio de la vida reproductiva: entre las mujeres con educación se tiende a retrasar la iniciación de la maternidad⁵⁶, mientras que en mujeres jóvenes pobres tiende a aumentar. El parto normal constituye la primera causa de egreso hospitalario en niñas de 10 a 14 y de 15 a 19 años⁵⁷.

En una encuesta desarrollada en 1995, se estableció que el porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron atención de un médico, enfermera, auxiliar o sanitario durante el embarazo fue de 82,6%⁵⁸. El porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron atención de un médico, enfermera, auxiliar o sanitario durante el parto, en el mismo periodo fue de 84,6%⁵⁹. El 73,8% de los partos es asistido por médicos, el 10,8%, por enfermeras, el 8,5%, por parteras, y el 6,6% no cuenta con los cuidados de personal entrenado.⁶⁰ En 1991, el 37% de las muertes de las mujeres fue originado por causas obstétricas directas y el 25% se debió a toxemias durante el embarazo⁶¹.

Los modelos de atención de la salud general y de la salud sexual y reproductiva, en particular, no son integrales, ya que continúa predominado la visión de la mujer como sujeto reproductivo; se excluye el ejercicio y goce de la sexualidad, se asigna mayor responsabilidad a las mujeres en torno a la

regulación de la fertilidad, es limitado el acceso a métodos seguros y eficaces para hombres y mujeres, y no se respeta la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres⁶².

3 Acceso a la información sobre salud, incluyendo salud reproductiva y planificación familiar

Leyes y políticas públicas

La legislación colombiana reconoce el derecho de la pareja y/o el individuo a decidir responsablemente el número de hijos y el momento de tenerlos⁶³. El proceso de adecuación legislativa, que promueve el programa SIM, enfatiza la obligatoriedad de los servicios, dentro del proceso de consejería, de informar al individuo sobre sus opciones en planificación familiar⁶⁴.

Existen normas a través de las cuales se organizan y establecen las modalidades de participación social en la prestación de los servicios de salud, creadas con el fin de que los usuarios ejerzan sus derechos en esta área y gestionen planes y programas de salud⁶⁵. Estas normas establecen la obligación, por parte de las instituciones proveedoras de salud, de garantizar un sistema de información y atención a los usuarios⁶⁶. Contemplan la constitución de asociaciones y alianzas de usuarios⁶⁷, las cuales tienen las funciones de informar sobre la calidad de los servicios prestados, atender las quejas de los usuarios, ejercer vigilancia y control de las instituciones del sector, entre otras⁶⁸. La legislación establece que el control social de la salud podrá ser realizado a través de la “veeduría” en salud⁶⁹, que debe ser ejercida al nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la prestación de los servicios⁷⁰.

La realidad

En 1995, siete de cada diez mujeres entrevistadas en una encuesta de demografía y salud señalaron haber visto o escuchado mensajes de planificación familiar en los seis meses anteriores a la encuesta, especialmente por la radio y la televisión (34%) o únicamente por la televisión (28%)⁷¹. Las mujeres de la zona rural y las de los más bajos niveles de educación fueron las que, en mayores proporciones, informaron no haber escuchado mensajes. La inmensa mayoría de las mujeres (98%) considera aceptable la difusión de mensajes de planificación familiar por radio, televisión y prensa escrita⁷².

Aunque el conocimiento de las mujeres sobre los diferentes métodos de planificación familiar es alto, no significa que éstas tengan una información precisa de los métodos, su uso y contraindicaciones⁷³. En el área rural, el 58% de las mujeres que usan la píldora lo hacen equivocadamente; cerca del 60% de las mujeres creen que la píldora produce graves efectos secundarios y el 75% la obtiene directamente en las farmacias, lo que significa que muchas no tienen instrucción adecuada sobre su uso o pueden tener dificultades con la comprensión de sus instrucciones impresas⁷⁴.

4 Anticoncepción

Leyes y políticas públicas

El Código de Ética Médica consagra la obligación de obtener el consentimiento del paciente antes de aplicar cualquier tratamiento o procedimiento,⁷⁵ y regula los derechos de éste en su relación con el médico⁷⁶. Además, existen disposiciones específicas que establecen que los usuarios de métodos anticonceptivos irreversibles deben dar su consentimiento consciente y voluntario, luego de haber sido informados del procedimiento que se les va a efectuar⁷⁷. Asimismo, se establece que los servicios de regulación de la fertilidad forman parte de las funciones asignadas a los profesionales de la salud, y deben ceñirse a las normas de la ética profesional⁷⁸.

Las metas del Ministerio de Salud, con relación a las políticas de población y planificación familiar, son ampliar la oferta de métodos anticonceptivos y de consejería, con el fin de incrementar la participación estatal en la Prevalencia de Uso de Métodos (PUM), del 30%, en 1994, al 60%, en el año 2000, frente a un 70-72% de participación oficial y privada, en el año 2000⁷⁹.

La planificación familiar es un componente del plan de atención primaria⁸⁰. Cada centro de salud y cada hospital debe proveer servicios de planificación familiar dirigida a personas de bajos recursos⁸¹.

El control de la calidad de los medicamentos está a cargo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)⁸². Este organismo tiene la función de ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud en materia de vigilancia sanitaria y de control de la calidad de los medicamentos y anticonceptivos, tales como condones y diafragmas⁸³.

La realidad

De acuerdo a información estatal, los servicios de planificación familiar han sido suministrados durante muchos años por el Estado e incorporados a las políticas de población⁸⁴. Sin embargo, en 1993, los servicios prestados por el Estado tenían una cobertura del 20%, únicamente⁸⁵. El Ministerio de Salud facilita los siguientes métodos de anticoncepción, respecto del total de la cobertura de anticonceptivos: 53% de los DIU, 25,2% de la píldora, 25,2% de las esterilizaciones, y 7% de los condones⁸⁶. Estos servicios se ofrecen a través de hospitales y centros de salud, en las áreas rural y urbana⁸⁷.

En la práctica, la mayor parte de estas prestaciones son ofrecidas por el sector privado, a través de organizaciones como PROFAMILIA⁸⁸, la cual cubre 70% de la demanda de métodos modernos. Los lugares más mencionados como fuente de suministros de anticoncepción son las droguerías, PROFAMILIA y los hospitales⁸⁹. En el orden de prevalencia de suministro de métodos se encuentra el Sector Público, con un 27,2%, en relación con el Sector Privado, con un 72,1%. La necesidad insatisfecha en Planificación Familiar en Colombia, en 1997, se estima en 1.8 millones de mujeres⁹⁰.

No existen indicadores que permitan determinar si los proveedores de los servicios de planificación familiar están sujetos a “incentivos” con respecto a ciertas formas de anticoncepción, o si se aplican métodos anticonceptivos sin consentimiento o sin consentimiento informado.

5. Aborto

Leyes y políticas públicas

En Colombia, el aborto es ilegal y está tipificado en el Código Penal entre los delitos contra la vida y la integridad personal⁹¹. Aunque la Constitución Política reconoce el derecho a la vida como derecho fundamental inviolable, no establece en qué momento dentro del proceso de gestación comienza el reconocimiento de dicho derecho⁹². Sin embargo, la Corte Constitucional de Colombia estableció, al resolver un caso reciente, que la vida humana se protege desde el momento de la fecundación⁹³.

La legislación penal castiga la conducta de la mujer que aborta, así como la de la persona que lleva a cabo el aborto con el consentimiento de la mujer⁹⁴. Asimismo, se penaliza la actuación de la persona que lo realiza sin el consentimiento de la mujer o en una mujer menor de catorce años⁹⁵. La ley penal prevé una pena menor cuando el aborto es consecuencia de un embarazo producto de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida⁹⁶. También se sanciona a quien lesiona a una mujer, causándole con ello un aborto⁹⁷.

Las mujeres que inducen su propio aborto o consienten su práctica, son sancionadas con penas de prisión de uno a tres años⁹⁸. La misma sanción se aplica a la persona que, con la anuencia de la mujer, le cause el aborto⁹⁹. Si lo hace sin su aprobación, o en una mujer menor de catorce años, la pena es de prisión de tres a diez años¹⁰⁰. A la mujer que aborte, como resultado de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida, se le aplica una pena de arresto de cuatro meses a un año¹⁰¹, la misma que se aplica a quien le cause el aborto en esas circunstancias¹⁰².

La realidad

El aborto continúa siendo un problema de salud pública cuya magnitud aún no se establece, por su carácter de ilegalidad, lo que a su vez ocasiona un alto subregistro. En 1995, cerca del 80% de los abortos se produjo por embarazos debidos a la ausencia de métodos anticonceptivos y el 20% restante se explica por fallas en el método de control de fertilidad¹⁰³.

De acuerdo a información del año 1993, se estima que en Colombia se producen 450.000 abortos anuales¹⁰⁴. Un estudio realizado en 1996 acerca de la mortalidad materna en Colombia¹⁰⁵ estima que, en 1994, el aborto era la segunda causa de muerte materna en el país, lo cual coincide con la alta cifra de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. El mismo informe señala que su mayor incidencia se presenta en el grupo de 20 a 29 años¹⁰⁶. En el año 1993, según la Consejería Presidencial para la Mujer, alrededor del 20% de las colombianas en edad fértil (cerca de un millón y medio) abortaron por lo menos una vez. Se trata de mujeres de todas las edades y clases sociales, aunque lo más frecuente es que sean jóvenes de 16 a 27 años; en las menores de 15 años, el aborto también está presente e incluso es la cuarta causa de hospitalización¹⁰⁷.

Según los últimos estudios en Colombia, 26 de cada 100 mujeres que asisten a la Universidad se han practicado un aborto inducido y más de la mitad no superan los 20 años de edad¹⁰⁸. La situación no es menos grave en el resto de la población. En el país, una de cada tres mujeres que alguna

vez ha estado embarazada, acepta que se ha realizado un aborto inducido¹⁰⁹. De cada 100 mujeres que se practican un aborto en el país, 29 sufren complicaciones, y dieciocho de ellas llegan en condiciones deplorables a los hospitales¹¹⁰.

Según información sobre iniciación de procesos por delitos contra la vida e integridad personal, en 1994 se registraron 119 casos por delito de aborto, a nivel nacional¹¹¹; sin embargo, se desconoce el número total de sentencias condenatorias o absolutorias y, por lo tanto, se ignora si existen mujeres encarceladas por esta causa.

La práctica clandestina del aborto marca una diferencia sustancial entre las mujeres, de acuerdo a sus ingresos. Las técnicas van desde procedimientos médicos modernos, eficaces, seguros y costosos, hasta un amplio surtido de métodos populares usados por las mismas mujeres o por personal no capacitado (curanderas, comadronas, empíricos). Estos métodos incluyen la administración vaginal u oral de fármacos, e infusiones de hierbas o de productos hormonales, y la introducción de sondas y la utilización de técnicas que van desde ejercicios violentos a saltos y caídas repetidas¹¹². El uso de estos métodos y sus consecuencias tienen directa relación con la persona que los practica y con el estrato social de la mujer. Las mujeres pobres del campo y de la ciudad son las que más sufren complicaciones (entre 50 y 60%), y en esos casos el aborto ha sido inducido por ellas mismas o por un empírico¹¹³.

Por tratarse de una práctica ilegal y de rechazo generalizado en la sociedad colombiana, el comportamiento de los proveedores de salud frente a los casos de complicaciones por abortos clandestinos es discriminatorio, de rechazo y creador de culpabilidad. Algunos funcionarios de salud reportan los casos de aborto inducido ante el sistema judicial, en cumplimiento del deber general que tienen todas las personas de denunciar los hechos delictivos de que tengan conocimiento.

Actualmente, sigue su curso en el Congreso un proyecto de reforma del Código Penal, que introduce serias modificaciones en relación con el aborto y que, en caso de ser aprobado, implicaría un retroceso al individualizar como sujeto pasivo de la acción al feto. El proyecto, dentro del título de los delitos que atentan contra la vida y la integridad personal, consagra un capítulo especial que recoge todas aquellas conductas que pueden atacar contra el feto, aduciendo que si bien tiene una vida dependiente de la madre, es por sí misma una vida humana. El proyecto introduce también dos nuevas circunstancias de atenuación punitiva: la interrupción del embarazo, producto de una transferencia de óvulo no consentida, y la existencia de patologías en el feto, médicas o genéticas, que hagan incompatible la posterior vida independiente del que está por nacer.

6. Esterilización

Leyes y políticas públicas

La esterilización quirúrgica en Colombia está normada por reglamentación expedida por el Ministerio de Salud¹¹⁴. En dicha reglamentación se establece que los usuarios de métodos irreversibles de anticoncepción deben dar su consentimiento consciente y voluntario, el cual debe quedar plenamente documentado¹¹⁵. Dicha aceptación debe ser otorgada por la persona luego de

haber sido ilustrada sobre los procedimientos quirúrgicos a los que se va a someter, las molestias, riesgos y beneficios que conlleva, la disponibilidad de métodos de anticoncepción alternativos, el propósito de la operación y su irreversibilidad, entre otros¹¹⁶.

La realidad

La esterilización es el método más usado entre las mujeres. Una de cuatro usuarias de métodos lo es de esterilización femenina¹¹⁷. PROFAMILIA y los hospitales del gobierno realizan la mayor parte de las esterilizaciones femeninas e inserciones del DIU. Igualmente, PROFAMILIA lleva a cabo la mayor parte de vasectomías¹¹⁸.

Muchas instituciones del gobierno realizan esterilizaciones mediante contratos especiales con PROFAMILIA, o los médicos y demás miembros de los equipos quirúrgicos de esta institución efectúan las cirugías en las instalaciones del sector público, especialmente en aquellos lugares donde PROFAMILIA no posee quirófanos¹¹⁹.

Los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud para realizar esterilizaciones, con respecto a la edad y al número de hijos, son: una edad mayor de 30 años, tanto para hombres como para mujeres, un mínimo de dos hijos y una solicitud voluntaria y autorización por escrito del paciente o pareja, llenando un formato de consentimiento informado en el cual se hace mención expresa de la irreversibilidad del método¹²⁰. PROFAMILIA, a su vez, exige una edad mínima de 25 años para la mujer, así como un mínimo de tres hijos; pero, dependiendo de los casos particulares, la edad o el número de hijos priman en la aceptación de la mujer para ser operada. Por ejemplo, si se trata de una mujer muy joven con muchos hijos, o de una mujer con muchos años pero con pocos hijos, se hacen excepciones¹²¹.

Igualmente, PROFAMILIA cuenta con un programa móvil, a través del cual las mujeres son llevadas a la clínica y a sus hogares en una camioneta de la institución, junto con otras mujeres. Una vez allí, el procedimiento es virtualmente el mismo que para las aceptantes individuales. La principal diferencia entre unas y otras aceptantes es la motivación. Las individuales tienden a estar motivadas por su propia cuenta, mientras que las que vienen por el programa móvil suelen vivir en áreas remotas y pobres, y están menos informadas y les faltan los recursos para viajar a la clínica de la ciudad correspondiente. Ellas son motivadas por charlas educacionales dadas por instructoras de PROFAMILIA en sus comunidades. Las discusiones de estos grupos son similares en contenido a las sesiones de consejería privada.

No se sabe con certeza si se realiza consejería posesterilización en los establecimientos públicos; sin embargo, los servicios de esterilización que prestan las entidades privadas subcontratadas por entidades oficiales brindan tales servicios.

7. VIH / SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Leyes y políticas públicas

La legislación que actualmente regula la política gubernamental en esta materia¹²² reglamenta el papel de las instituciones de salud, los aspectos relativos a la prevención, la investigación, y los derechos y deberes de las personas infectadas¹²³. Estas normas establecen que las instituciones de salud deben promover e implementar acciones de información, capacitación y educación al equipo de salud que forme parte de su personal de planta, con el fin de mantener conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos que garanticen el adecuado manejo del VIH/SIDA¹²⁴. Igualmente, dicen que las acciones deben estar encaminadas hacia la prevención, como la medida más importante para el control de la infección por el VIH¹²⁵. En este marco, el Ministerio de Salud se encarga de promover las investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA¹²⁶, estableciéndose que la investigación terapéutica en humanos, y en especial la aplicada en los casos de SIDA, se sujete a la declaración de Helsinki, dictada por la Asociación Médica Mundial¹²⁷. La legislación actual señala la obligatoriedad de impulsar las campañas educativas a cargo de todas las instituciones, organizaciones, instancias y sectores de la Nación, principalmente a través del Ministerio de Comunicaciones, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación¹²⁸.

En relación con el ejercicio de los derechos de las personas infectadas y el cumplimiento de los deberes de las personas y entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud, las leyes establecen el deber de éstas de dar atención integral a las personas infectadas por el VIH y a los enfermos de SIDA o con posibilidades de estarlo¹²⁹. Dicho servicio debe prestarse en condiciones de respeto a su dignidad, sin discriminación alguna y con sujeción a la ley y a las normas técnico-administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud¹³⁰. También se dispone que las personas a quienes se ha informado que están infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y que, a sabiendas, realicen prácticas mediante las cuales puedan contaminar a otras personas, o donen sangre, semen, órganos o componentes anatómicos en general, podrán ser denunciadas para que se investigue la existencia de los delitos de propagación de la epidemia o la violación de las medidas sanitarias señalados en el Código Penal¹³¹.

Los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores sobre su condición de infectados por el VIH¹³². Asimismo, las personas privadas de libertad no podrán ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar la infección por VIH, salvo con fines probatorios en un proceso judicial o por orden de la autoridad sanitaria competente¹³³.

En 1993, se inició en Colombia el Plan Intersectorial a Mediano Plazo para la Prevención y Control de las ETS/VIH/ SIDA (el Plan), diseñado para efectuar la promoción de la salud, la prevención de la transmisión, la vigilancia epidemiológica y la reducción del impacto socioeconómico de VIH/SIDA¹³⁴. El objetivo del mencionado Plan es “fomentar en el individuo, la familia y la sociedad el conocimiento sobre diferentes formas identificadas de transmisión de la infección por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; la promoción de valores, actitudes y comportamientos que propendan a una sexualidad responsable; el fortalecimiento y desarrollo de las acciones orientadas a su prevención, control y asistencia a la reducción de su impacto social y económico dentro del marco de una cultura de la salud”¹³⁵.

Las estrategias del Plan hacen hincapié en la promoción de la salud sexual, la prevención del contagio por vía sexual, perinatal y sanguínea, así como por los hemoderivados y el trasplante de órganos o durante procedimientos invasivos. Asimismo, se refiere a la prevención del contagio por el uso de jeringas y agujas; la vigilancia epidemiológica y la investigación de ETS/VIH/SIDA; la reducción del impacto económico y social de la enfermedad, regulando su evaluación y monitoreo¹³⁶. El subprograma de promoción de la salud sexual desarrolla estrategias de intervención dirigidas a grupos poblacionales específicos (hombres y mujeres en edad reproductiva, adolescentes escolarizados y no escolarizados, docentes, personal de salud), a través de programas seccionales y locales de prevención de ETS/SIDA encaminados a fortalecer los servicios de información y educación¹³⁷. El subprograma de reducción del impacto económico de la infección busca adecuar los servicios de salud, para que respondan a las necesidades planteadas por la epidemia, especialmente en lo que se refiere a la atención integral de personas infectadas o enfermas de SIDA. Asimismo, prioriza la atención a las personas pertenecientes a los estratos más bajos de la población o a los beneficiarios del régimen subsidiado de la seguridad social¹³⁸.

La realidad

Hasta 1994, se registraron 85 casos de VIH/SIDA por cada millón de habitantes¹³⁹. En 1992, se registraron 2.855 casos de SIDA en hombres y 212 casos en mujeres¹⁴⁰. En 1993, se registraron 2.855 casos de VIH y 3.304 de SIDA¹⁴¹. Sin embargo, dado el subregistro y considerando que aún no toda la población se encuentra inserta en el Sistema de Seguridad Social, se estima que las cifras reales sean muy superiores a las que se reportan oficialmente. Existe discriminación en los servicios de salud contra las personas, hombres y mujeres portadores de VIH/SIDA Y ETS, que denota la existencia de prejuicios sobre las diferencias sexuales y sobre el ejercicio mismo de la sexualidad. No se cuenta con informes que permitan establecer con certeza el número real de estos casos ni la respuesta de las autoridades para sancionar los abusos o la discriminación. La protección frente a las vulneraciones de los derechos de las personas portadoras o de los familiares se denuncia a través de la acción de tutela¹⁴² ante los jueces y tribunales.

Debe resaltarse que para la atención de los casos de SIDA en el Sistema de Seguridad Social, se debe pagar 100 semanas (dos años) al Sistema lo que hace que muchas personas no sean cubiertas¹⁴³.

8. Salud reproductiva de los adolescentes

Leyes y políticas públicas

El Programa Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud (SMMS), impulsado por el Ministerio de Salud desde 1992, señala dentro de los grupos prioritarios de atención a las mujeres del grupo de 15 a 49 años y, de manera específica dentro de este grupo, a las adolescentes¹⁴⁴. Asimismo, dentro de la Política de Participación y Equidad para la Mujer (EPAM) se establece como área prioritaria la prevención de abortos y de embarazos no deseados, a través del diseño y la implementación de programas de planificación familiar¹⁴⁵.

La realidad

En Colombia, aproximadamente una de cada diez mujeres ha manifestado haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años¹⁴⁶; una tercera parte, antes de los 18 años; y un poco más de la mitad, antes de los 20 años¹⁴⁷.

En la actualidad, solo el 11% de las mujeres entre los 14 y los 19 años usa métodos anticonceptivos¹⁴⁸, y de este grupo el 14% son madres¹⁴⁹. La edad promedio de la mujer al momento del primer nacimiento está directamente relacionada con su nivel educativo¹⁵⁰: 19 años, entre las mujeres sin educación, y 23 años, entre las mujeres con educación secundaria¹⁵¹. En 1995, el 31% de los nacidos vivos entre las adolescentes colombianas fueron producto de concepciones prematrimoniales¹⁵².

Los embarazos a temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones, pero por lo general estos son embarazos no deseados y, en su mayoría, de madres solteras usualmente abandonadas¹⁵³. Asimismo, muchos de estos embarazos terminan en abortos costosos efectuados en condiciones inadecuadas¹⁵⁴. De cada 100 jóvenes embarazadas menores de 19 años, 45 ha tenido un aborto, y de acuerdo con registros hospitalarios, el aborto es la tercera causa de muerte materna en adolescentes¹⁵⁵.

Entre los funcionarios de salud prevalecen conceptos moralistas que impiden abordar integralmente el ejercicio de la sexualidad por parte de los adolescentes, inhibiéndolos de consultarles desde sus dolencias de salud y sus inquietudes, y de solicitar atención en casos de enfermedades de transmisión sexual. Existe aún el concepto de que el ejercicio de la sexualidad es “asunto de adultos” y, por lo tanto, la creencia de que los jóvenes no deben conocer métodos de planificación familiar.

Asimismo, en la práctica los y las adolescentes sin recursos económicos no están en la posibilidad de recibir atención a su salud reproductiva ni acceso a métodos anticonceptivos. El Estado no cubre estos servicios, razón por la cual son cubiertos muchas veces por organizaciones como PROFAMILIA.

Dada la temprana edad en que las adolescentes están siendo madres, han recibido tratos discriminatorios en los establecimientos educativos y han sido expulsadas en algunos casos. Debe destacarse que las acciones de tutela han jugado un papel importante al defender el embarazo en adolescentes, como parte del libre desarrollo de la personalidad y por el cual no debe recibirse trato discriminatorio¹⁵⁶. Sin embargo, es necesario que las autoridades gubernamentales realicen un mayor seguimiento para verificar los actos discriminatorios al interior de los establecimientos educativos y el cumplimiento de los fallos judiciales que se han pronunciado en este sentido.

B. Relaciones Familiares (Artículo 16 de CEDAW)

1. Matrimonio y uniones de hecho

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política establece que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, la cual se constituye por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por voluntad responsable de conformarla¹⁵⁷.

El Código Civil¹⁵⁸ afirma que el matrimonio es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen con el fin de vivir juntos, procrear y auxiliarse mutuamente¹⁵⁹. El contrato se perfecciona por el mutuo y libre consentimiento de los contrayentes, expresado ante el funcionario competente¹⁶⁰. La edad mínima para contraer matrimonio libremente son los 18 años¹⁶¹. La mujer puede adoptar o no el apellido del marido¹⁶². Los cónyuges están obligados a guardarse fidelidad, socorrerse y ayudarse mutuamente¹⁶³. La mujer y el hombre tienen conjuntamente la dirección del hogar¹⁶⁴, la potestad de fijar la residencia y el deber de contribuir a la economía doméstica en proporción a sus facultades¹⁶⁵. Al padre y a la madre les corresponde ejercer a la vez la patria potestad¹⁶⁶ sobre los hijos¹⁶⁷, cuya representación legal tiene cualquiera de ellos¹⁶⁸.

La Ley Civil reconoce la igualdad entre los cónyuges, así como la plena capacidad civil de las mujeres casadas para manejar sus bienes y los de la sociedad conyugal, firmar contratos y acceder a los tribunales¹⁶⁹. En 1996, el Congreso colombiano aprobó una ley que exige la firma de ambos cónyuges para transferir bienes inmuebles destinados a la habitación de la familia¹⁷⁰.

La Ley 54, de 1990, reconoció y definió el régimen aplicable a las uniones maritales de hecho, describiéndolas como la unión formada entre un hombre y una mujer que, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular¹⁷¹. Estableció que, para todos los efectos civiles, se denomina compañero y compañera permanente al hombre y a la mujer que forman parte de la unión marital de hecho¹⁷². Se presume la existencia de este tipo de unión cuando ha durado dos años sin que exista impedimento de ninguno de los cónyuges para contraer matrimonio¹⁷³. El patrimonio o capital producto del trabajo pertenece por igual a ambos compañeros permanentes¹⁷⁴.

La legislación laboral establece que el compañero o la compañera permanente tiene derecho a la pensión por vejez o invalidez del trabajador o trabajadora que fallece, cuando haya convivido por más de dos años con la persona que le sobrevive, o si hubieran procreado uno o varios hijos¹⁷⁵. Asimismo, la compañera o compañero permanente de quien trabaja o recibe una pensión de invalidez o vejez, tiene derecho a los servicios de seguridad social de la empresa prestadora de salud, cuando los compañeros hubieran convivido durante dos años o más¹⁷⁶.

La realidad

El promedio de edad de las mujeres colombianas en la primera unión fue de 21.4 años en 1995¹⁷⁷, mientras que el promedio de edad para el primer hijo fue de 22.1 años¹⁷⁸. La diferencia de edad en la primera unión varía ostensiblemente de acuerdo con el nivel educativo: las mujeres más educadas, de 30 a 34 años, se unen en promedio 10 años más tarde que las menos educadas de la misma edad¹⁷⁹. El lugar de residencia también incide en el promedio de edad de la primera unión de las mujeres: en el área urbana es de 22 años y en el área rural, de 20 años¹⁸⁰.

Ha sido a través del mecanismo judicial conocido como acción de “tutela” que se han garantizado algunos de los derechos de las mujeres en las uniones de hecho. Recientemente, la Corte Constitucional en ejercicio de la acción eventual de revisión de los fallos de tutela reconoció el valor económico del trabajo doméstico de las compañeras permanentes¹⁸¹.

2. Divorcio y custodia

Leyes y políticas públicas

El matrimonio civil en Colombia se disuelve por la muerte de uno de los cónyuges o por divorcio judicialmente decretado¹⁸². Asimismo, los efectos civiles de todo matrimonio religioso cesan por divorcio¹⁸³. Las causales de divorcio son: adulterio; incumplimiento de los deberes como cónyuge o como padre o madre; trato cruel; uso habitual e injustificado de alcohol o estupefacientes; enfermedad grave e incurable que ponga en peligro físico o mental al otro cónyuge; conducta de uno de los cónyuges tendiente a corromper o pervertir al otro o a un descendiente; separación de cuerpos que haya durado más de dos años; y consentimiento de ambos cónyuges manifestado ante un juez competente¹⁸⁴.

Si la sentencia decreta el divorcio, se disuelven el vínculo matrimonial y la sociedad conyugal, la cual deberá liquidarse de conformidad con el procedimiento previsto en la ley¹⁸⁵. Los bienes remanentes se dividen en partes iguales entre ambos cónyuges¹⁸⁶. El cónyuge inocente puede revocar donaciones que por causa de matrimonio hubiere hecho al cónyuge que causó el divorcio¹⁸⁷.

El juez debe decidir a quién le otorga la custodia y la patria potestad¹⁸⁸. Este determina también el monto de los alimentos¹⁸⁹ que los cónyuges deben a los hijos o el monto que el cónyuge culpable del divorcio debe a los hijos y al cónyuge inocente¹⁹⁰. Igualmente, el Código Penal destina algunas de sus normas a sancionar la inasistencia alimentaria¹⁹¹. La legislación colombiana contiene algunas disposiciones sobre los alimentos que corresponden a los menores y señala el tipo de proceso de carácter civil que deberá aplicarse para lograr su efectiva prestación¹⁹².

La realidad

La persona declarada inocente en un proceso de divorcio tiene derecho a alimentos otorgados por quien es declarado culpable. Aunque existen procedimientos para reclamarlos ante autoridad judicial o negociarlos en una audiencia de “conciliación”, en la práctica no se cumplen de buena fe los

acuerdos y existe desacato o fraude con respecto a las resoluciones judiciales. Asimismo, los incumplidos ocultan la información salarial correcta y los bienes que garantizarían el cumplimiento de las obligaciones alimentarias.

Para contrarrestar esta práctica, se expidió la ley 311 de 1996, que tuvo por finalidad la creación del Registro Nacional de Protección Familiar. Este tiene como fin incluir los nombres de las personas que se sustraigan de la prestación alimentaria y ejercer un control sobre el cumplimiento de dicha obligación¹⁹³. Sin embargo, a dos años de su vigencia, aún no se conocen los resultados de su implementación ni se han establecido los mecanismos para medir su eficacia y operatividad.

Con anterioridad a la promulgación de la Ley 1, de 1976, se consideraba como causal de divorcio y de separación de cuerpos el adulterio de la mujer. A partir de la reforma legal, se unifica esta causal estableciéndola como “las relaciones sexuales extramatrimoniales de uno de los cónyuges, salvo que el demandante las haya consentido, facilitado o perdonado”¹⁹⁴. No obstante, aún permanece vigente en las apreciaciones de los jueces al juzgar más severamente las relaciones sexuales extramatrimoniales de la esposa en estos procesos.

3 Matrimonio de menores

Leyes y políticas públicas

La mayoría de edad requerida para contraer matrimonio es de 18 años¹⁹⁵. No obstante, se permite a los varones mayores de 14 años y a las mujeres mayores de 12 contraer matrimonio con autorización de los padres¹⁹⁶. Los matrimonios contraídos entre un hombre menor de 14 años y una mujer menor de 12 años, o, cuando solo uno de ellos sea menor de esa edad, son nulos¹⁹⁷. Sin embargo, no será nulo si no se ha cuestionado su validez una vez transcurridos tres meses después de haber llegado los menores a la pubertad o cuando la mujer, aun siendo impúber, ha concebido¹⁹⁸.

La realidad

La unión entre las adolescentes está en aumento. Para 1995, el 16,5% de ellas vive en unión, mientras que en 1986, este porcentaje fue de 14,2%¹⁹⁹.

4 Derecho al acceso a la planificación familiar sin consentimiento del cónyuge

Leyes y políticas públicas

No se necesita consentimiento del marido para obtener anticonceptivos.

La realidad

Para la obtención de anticonceptivos, no se exige en la práctica la autorización o el consentimiento del esposo o compañero permanente; sin embargo, algunas mujeres, particularmente en el área rural, manifiestan que sus compañeros les impiden el uso de los mismos²⁰⁰.

C. Violencia sexual contra las mujeres (Artículos 5, 6, y 16 de CEDAW)

1. Violación y otros delitos sexuales

Leyes y políticas públicas

La legislación colombiana fue modificada recientemente²⁰¹ para aumentar las sanciones e introducir modificaciones en lo que respecta a los delitos que atentan contra la libertad sexual y la dignidad humana²⁰². La legislación penal clasifica estos delitos en tres categorías: violación sexual²⁰³, actos sexuales abusivos²⁰⁴ y estupro²⁰⁵. Dentro de la violación se incluye el acceso carnal violento (se aplica una pena de ocho a veinte años de prisión)²⁰⁶; el acto sexual violento (se asigna una pena de cuatro a ocho años de prisión)²⁰⁷, y el acto sexual con persona puesta en incapacidad de resistir (con una pena de cuatro a diez años de prisión)²⁰⁸. Los actos sexuales abusivos comprenden el acceso carnal abusivo con persona incapaz de resistir (con una pena de tres a diez años de prisión)²⁰⁹. Las circunstancias de agravamiento punitivo para estos delitos son el hecho de que se cometa con la participación de otras personas²¹⁰; que el autor tenga un rango de autoridad sobre la víctima²¹¹; que la víctima quede embarazada²¹²; que se produzca contaminación venérea; y que el delito se cometa con menor de 10 años²¹³.

La Ley 360, de 1997, suprimió la norma del Código Penal que establece que la acción penal para los delitos anteriores se extingue si el autor contrae matrimonio con la víctima²¹⁴. Asimismo, debe destacarse que, en 1996, se consideró la violación sexual dentro de la pareja como delito²¹⁵.

La legislación penal correspondiente a los delitos contra la libertad y la dignidad humana²¹⁶ penaliza el acceso carnal con una persona menor de 14 años. A esta conducta la ley le impone una sanción de cuatro a diez años²¹⁷. Si el acceso carnal se realiza mediante violencia con una persona menor de 12 años, la pena es de veinte a cuarenta años²¹⁸. Cuando el agresor realiza un acto sexual diferente al coito con una persona menor de 14 años, la pena es de dos a cinco años²¹⁹.

El Código Penal también contempla el delito de estupro, que consiste en acceder carnalmente o realizar acto sexual mediante engaño con una persona mayor de 14 años y menor de 18²²⁰. En estos casos, se establece una pena de prisión de uno a cinco años²²¹, y para el acto sexual mediante engaño, una pena de arresto de seis meses a dos años²²². Igualmente, la ley penal contempla el delito de incesto dentro de los que atentan contra la familia²²³. El incesto consiste en acceder carnalmente o realizar algún otro acto sexual con un descendiente o ascendiente, adoptante o adoptivo, o con un hermano o hermana²²⁴. La pena que se asigna al agresor es de prisión de seis meses a cuatro años²²⁵. Asimismo, se contemplan los delitos de estímulo a la prostitución de menores²²⁶ y la pornografía de menores²²⁷. Estos se sancionan con dos a seis años y cuatro a diez años de prisión, respectivamente²²⁸.

La Dirección Nacional de Equidad para las Mujeres coordina, desde 1997, la mesa de trabajo sobre la “Revisión de los procedimientos de las víctimas de violación sexual”, en la cual participan diversas instituciones públicas y privadas. El objetivo primordial es mejorar la atención a las víctimas de violación sexual, por medio de la integración y coordinación de las intervenciones de las instituciones que tienen a su cargo estos casos. Igualmente, el Ministerio de Justicia, para responder a la problemática del tráfico de personas, creó el Comité Interinstitucional para la Lucha contra el Tráfico de Mujeres, Niñas y Niños²²⁹.

La Consejería Presidencial para los Derechos Humanos está desarrollando acciones de sensibilización y formación dirigidas a funcionarios de la Policía Nacional en derechos sexuales y reproductivos y calidad de atención a las víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar.

La realidad

La tercera parte de las mujeres que viven en pareja ha sido víctima de violencia verbal²³⁰; una de cada cinco, de violencia física²³¹; y 6% ha sufrido violencia sexual.²³²

En Colombia, el 5,3% de las mujeres en edad fértil ha manifestado haber sido obligada a tener relaciones sexuales²³³. En la mayoría de los casos, la persona responsable es conocida por la víctima: el 44% de las mujeres indican como responsable al esposo o compañero; el 20%, a vecinos o amigos; el 14%, a desconocidos; el 14%, a parientes; el 2%, a patronos o compañeros de trabajo; y el 7%, a otros²³⁴.

La edad promedio en la que ocurrió la primera violación es 18,7 años²³⁵. La violencia sexual varía muy poco según la zona: 6% en la zona urbana y 4% en la zona rural²³⁶. En 1995, fueron remitidos al Instituto de Medicina Legal, 11.970 casos de delitos sexuales en proceso de investigación, en todo el territorio nacional²³⁷.

El promedio de edad en el que las mujeres entre 14 y 19 años han sufrido una violación es de 14 años²³⁸, y el porcentaje de las violadas a esta edad es de 3,1%²³⁹. Los principales responsables de estas violaciones son los novios, amigos o vecinos (39%), parientes (26%), desconocidos (16%) y otros (10%)²⁴⁰. La edad promedio en la que fueron violadas las adolescentes disminuye en la misma proporción que el nivel educativo: 13 años en las mujeres sin educación, 17 años en las que cuentan con algunos años de educación superior²⁴¹.

De los 11.048 dictámenes por violencia sexual realizados en 1997 por el Instituto de Medicina Legal, el 26,7% se realizó en el grupo de edad de 10 a 14 años y el 81,6% correspondió a mujeres. De los dictámenes que se realizaron a menores de 15 años, se pudo establecer que el 80% de los agresores era una persona conocida de la víctima: 16,2 %, el padre; 13,1%, el padrastro; 15,4%, otro familiar; y 35,3%, otro conocido²⁴².

Una reciente investigación en tres ciudades sobre la violencia intrafamiliar y sexual muestra que, de 115 procesos penales por delitos sexuales analizados, las víctimas fueron niñas en un 91,6%. El presunto responsable resultó ser el padre en un 31,1% de los casos, seguido del padrastro en un 28,5%²⁴³.

No obstante los esfuerzos del gobierno en este campo, estos son aún insuficientes para atender en forma integral y sistemática la problemática de la violencia sexual, sobre todo en lo que respecta al resarcimiento de las víctimas y a la atención humanizada de las mismas dentro de los casos judiciales.

Asimismo, si bien existen recientes modificaciones que aumentan las penas en materia de delitos sexuales, la investigación penal de los mismos presenta serias dificultades relacionadas con el procedimiento, con el manejo probatorio y con el respeto a los derechos de las víctimas²⁴⁴. A esta dificultad se suma la escasez de recursos técnicos y económicos necesarios para la realización de las investigaciones y el hecho de que la infraestructura institucional actual no es adecuada para este manejo²⁴⁵.

Actualmente, sigue su curso en el Congreso un Proyecto de Reforma del Código Penal que, en caso de ser aprobado, constituiría un gran retroceso frente a los avances logrados en años recientes²⁴⁶. La propuesta incluye la disminución del máximo establecido para algunas penas así como de los estándares mínimos para algunos de los delitos sexuales, convirtiéndose nuevamente en excarcelables. Estos hechos permiten ratificar la subvaloración de conductas de esta naturaleza por parte de los legisladores, impidiendo consecuentemente su individualización y reproche.

Las sentencias sobre agresión sexual proferidas por algunos jueces de la República aún reproducen conceptos o prejuicios, según los cuales las mujeres son las causantes de los hechos de violencia sexual pues se les considera como provocadoras de los hechos²⁴⁷. También permanecen conceptos que impiden la aplicación de la justicia en términos de equidad, ya que se limita la protección de acuerdo a valoraciones subjetivas de "honestidad" o "buen nombre", manteniéndose además dentro de los procesos judiciales la falta de credibilidad en la palabra de las mujeres, más aún cuando el agresor es conocido o parte de la familia.

2. Violencia doméstica

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política establece que cualquier forma de violencia familiar es destructiva de su armonía y unidad y será sancionada de conformidad con la ley²⁴⁸. En desarrollo de este mandato constitucional, el Congreso de la República expidió la Ley 294, de 1996, que tiene por objeto remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Asimismo, el Congreso colombiano aprobó e incorporó en su legislación la Convención Internacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer²⁴⁹.

La Ley que desarrolla el mandato constitucional de tratamiento integral a las diferentes modalidades de violencia intrafamiliar²⁵⁰ establece como delito la conducta de la persona que maltrate física, psíquica o sexualmente a cualquier miembro de su núcleo familiar²⁵¹. En caso de lesiones físicas o a la salud mental de la persona, se aplica la pena prevista en el Código Penal para las lesiones personales, aumentada de una tercera parte a la mitad²⁵². Igualmente, se sanciona la conducta de quien, mediante la fuerza y sin causa razonable, restrinja la libertad de locomoción a un miembro mayor de edad de su familia²⁵³, y se establecen medidas de protección provisionales y definitivas con el objeto de que cese la agresión, y para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar²⁵⁴. En la reglamentación también se conceden facultades al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar²⁵⁵, para desarrollar

acciones que tiendan a prevenir o remediar la violencia en la familia²⁵⁶. Asimismo, se dan facultades a los departamentos y municipios para que conformen Consejos de Prevención Familiar, con el fin de desarrollar estudios y actividades de prevención y tratamiento de los problemas de violencia familiar²⁵⁷. Por último, debe destacarse que el Plan Nacional de Desarrollo establece que el gobierno deberá fortalecer el papel de las Comisarías de Familia y los Jueces de Paz como instancias para la atención de los problemas de violencia contra la mujer²⁵⁸.

La realidad

En 1997, hubo 145 homicidios registrados por violencia doméstica²⁵⁹, y de estos, el 57% fue de mujeres²⁶⁰. Según estadísticas de 1995, el 33% de las mujeres que viven en pareja fue víctima de violencia verbal por parte de sus cónyuges; el 19% manifiesta que ha sido agredido físicamente²⁶¹; y el 6% de las mujeres en unión ha sufrido abuso sexual²⁶². En 1995, fueron remitidos al Instituto de Medicina Legal 42.963 casos de lesiones causadas a personas por causa de violencia intrafamiliar²⁶³.

Los datos disponibles sobre violencia intrafamiliar representan solo una parte de la verdadera magnitud del problema. Aunque no hay estimativos definitivos sobre el subregistro, algunos datos señalan que aunque las mujeres conocen las instituciones donde pueden demandar a sus cónyuges, tan solo el 27% ha denunciado la agresión ante las autoridades²⁶⁴. Si aceptamos este parámetro, acercarnos a un conocimiento más aproximado de la magnitud real de la problemática nos llevaría a multiplicar los datos existentes por cuatro.

Aun así, en 1994, se atendió en Medicina Legal un promedio diario de 93 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 75% se relacionaron con problemas conyugales²⁶⁵. El año 1997, el número de dictámenes por esta causa aumentó en un 40%, de los cuales el 16% correspondió a maltrato a menores. La proporción más alta se registró en el grupo de 5 a 14 años, con una distribución similar por géneros hasta este rango de edad. De los 15 a los 17 años, la proporción de niñas duplica a la de niños²⁶⁶. Del total de personas tratadas en el Instituto de Medicina Legal por violencia conyugal, en 1997, el 93% fueron mujeres, en especial entre los 25 y 34 años²⁶⁷.

En 1997, el 47% de los dictámenes de lesiones no fatales, evaluadas en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, correspondió a mujeres. De las lesiones en mujeres, el 36% corresponde a maltrato conyugal, seguido por violencia común, el 32%, accidentes de tránsito, el 15%, y delitos sexuales, el 10%²⁶⁸.

Para confrontar la violencia doméstica se establecen medidas de protección que el juez de familia o civil puede decretar ante los hechos de violencia intrafamiliar, entre las que se encuentran la orden de desalojo, el tratamiento reeducativo y terapéutico, la orden de pago de daños y la protección especial por parte de la policía²⁶⁹. Igualmente, se establecen los mecanismos para la asistencia a las víctimas del maltrato, por parte de las autoridades de policía en lo relacionado con la ayuda necesaria para impedir la repetición de los hechos de violencia²⁷⁰. Estas acciones no se están cumpliendo en la práctica, si tenemos en cuenta el alto índice de ocurrencia de hechos de violencia, la falta de capacitación de los funcionarios de policía y la poca disponibilidad de personal. Asimismo, las medidas no tienen los efectos de proteger a las víctimas del hecho de violencia²⁷¹ ni se decretan con la celeridad necesaria²⁷².

Por otra parte, la ley prevé que se podrá ordenar como medida transitoria la asistencia en

hogares de paso, pero la realidad demuestra que esto tampoco se cumple en la práctica, puesto que dichos hogares son casi inexistentes y los pocos que se encuentran son primordialmente para menores o son administrados por ONG, sin apoyo estatal.

Actualmente, se halla en estudio en el Congreso de la República un Proyecto de Ley que, en caso de ser aprobado, evitaría el tratamiento judicial de la violencia intrafamiliar, en tanto pretende devolver la competencia a instancias administrativas, como la Comisarías de Familia, lo cual podría traer graves consecuencias. Este proyecto se asienta sobre la base de considerar la violencia familiar como un asunto de interés privado, que no debe trascender al ámbito público ni amerita sanciones penales ni debe ser resuelta por las autoridades judiciales.

3. Violencia y/o coerción dentro de los servicios de salud

Leyes y políticas públicas

Estas prácticas no están sancionadas por la ley ni existen políticas escritas para subsanarlas.

La realidad

En la prestación de los servicios, se ha detectado que los espacios físicos de atención y la infraestructura de las instituciones son inadecuadas para la atención de las mujeres, en particular, las salas de parto²⁷³. Asimismo, es hasta ahora incipiente el esfuerzo que se está haciendo al interior de cada uno de los establecimientos de salud o a través de la División de Atención a la Comunidad del Ministerio de Salud, para institucionalizar una cultura del buen trato y del respeto de los derechos de los usuarios de los servicios. En este sentido, las personas por lo general acuden al mecanismo judicial de ‘acción de tutela’ para buscar la garantía de sus derechos fundamentales, obteniendo en muchos de los casos respuestas favorables.

D. Educación y adolescentes (Artículo 10 de CEDAW)

1. Acceso a la educación

Leyes y políticas públicas

La Constitución establece como derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión²⁷⁴.

En 1933, se autorizó por primera vez en Colombia el acceso de la mujer a la educación superior²⁷⁵. La Constitución Política establece que la educación es un derecho y un servicio público, a través del cual se busca el acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y los demás bienes y valores de la cultura²⁷⁶. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, la cual es obligatoria

desde los 5 a los 15 años y es gratuita en las instituciones del Estado²⁷⁷.

Cabe destacar que actualmente el gobierno colombiano está ejecutando el proyecto Educación Para la Equidad, el cual tiene como objeto modificar el sistema educativo para evitar que se refuercen patrones de socialización, caracterizados por la inequidad y los estereotipos de género²⁷⁸. Asimismo, se busca garantizar igual acceso a la educación a niños y niñas e identificar los factores que obstaculizan el acceso educativo de las niñas, para superarlos²⁷⁹.

La realidad

La tasa de analfabetismo de la población femenina ha disminuido de un 29%, en 1964, a un 11,6%, en 1993²⁸⁰. En casi todos los niveles, la matrícula escolar se distribuye homogéneamente por sexo; incluso el porcentaje de mujeres en educación superior ha aumentado a 51,7%²⁸¹, comparado con el 18,4%, en 1960²⁸². En el período comprendido entre 1989 y 1991, las mujeres representaban el 50% de la matrícula preescolar y el 49,2% de la matrícula para educación secundaria²⁸³. En la población mayor de 24 años, tanto hombres como mujeres han cursado un número similar de años de estudio: aproximadamente 5.8 años, las mujeres, y 6, los hombres²⁸⁴. La mujer rural tiene menos acceso a la educación que la mujer urbana²⁸⁵.

2. Información y educación sobre sexualidad y planificación familiar

Leyes y políticas públicas

El Ministerio de Educación Nacional ha expedido reglamentación específica que dispone la obligatoriedad de la educación sexual²⁸⁶. De manera particular, establece que, a partir del inicio de los calendarios académicos de 1994, todos los establecimientos del país que ofrecen y desarrollan programas de educación preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional deben realizar, con carácter obligatorio, proyectos institucionales de educación sexual como componente esencial del servicio público educativo²⁸⁷. En este sentido, el Ministerio de Educación diseñó el Plan Nacional de Educación Sexual (PNES). Los objetivos del PNES son: fomentar cambios en los valores y comportamientos relativos a la sexualidad²⁸⁸; replantear los roles sexuales tradicionales²⁸⁹; promover modificaciones de la vieja estructura familiar con el fin de buscar una mayor equidad en las relaciones entre padres e hijos y entre la pareja conyugal²⁹⁰; y lograr que, de una manera consciente y responsable, hombres y mujeres decidan el momento en que desean procrear, utilizando adecuadamente los diversos medios de regulación de la fertilidad.²⁹¹

Con el fin de dotar de instrumentos metodológicos al Programa Nacional de Educación Sexual, el Ministerio de Educación Nacional ha editado una serie de once textos para ser incluidos dentro de la enseñanza preescolar, primaria y secundaria²⁹². Estos textos incluyen los temas de identidad personal, reconocimiento, tolerancia, reciprocidad, vida, ternura, diálogo, amor-sexo, responsabilidad y creatividad, que forman parte de la estructura curricular desde el primer al undécimo grado de enseñanza²⁹³.

El Ministerio de Educación desarrolla el “Proyecto de Educación en Salud Sexual y

Reproductiva de Jóvenes y para Jóvenes”, dirigido a hombres y mujeres jóvenes, con edades entre los 14 y 20 años, grupo constituido por jóvenes escolarizados y no escolarizados, miembros de organizaciones juveniles²⁹⁴.

La realidad

Aún no se conocen los resultados de la Evaluación del Plan Nacional de Educación Sexual que adelanta el Viceministerio de la Juventud – Ministerio de Educación. Sin embargo, se reconoce como gran limitación que tales programas alcanzan solamente a la población escolarizada tanto del sector rural como urbana, y se observa que está quedando un gran número de la población adolescente desescolarizada fuera de la cobertura.

Debe destacarse también que aunque el Plan de Educación Sexual ha servido como modelo para otros países, tiene algunas limitaciones, como son la insuficiencia de textos y materiales educativos y la lenta incorporación de la perspectiva de género²⁹⁵.

Para atender a la situación de las menores o adolescentes que quedan en estado de embarazo en los colegios, el Ministerio de Educación, desde el Viceministerio de la Juventud, está tratando de implementar una pedagogía de respeto hacia el embarazo adolescente. Sin embargo, no existe un seguimiento sistemático del manejo institucional que se da a nivel interno en cada establecimiento educativo. Cabe resaltar que en muchas ocasiones, al no encontrarse respuestas institucionales por parte de autoridades judiciales y administrativas, es a través de las acciones de tutela interpuestas que se ha logrado que la Corte Constitucional proteja el derecho a la educación de menores que son expulsadas de dichos colegios por encontrarse en estado de embarazo²⁹⁶.

E. Derechos Laborales (Artículo 11 de CEDAW)

1. Protección a la maternidad

Leyes y políticas públicas

De acuerdo con las normas constitucionales, el trabajo en Colombia es un derecho y una obligación social que goza de la protección del Estado²⁹⁷. Asimismo, se reconoce como principio fundamental de la legislación laboral la protección especial a la mujer y a la maternidad²⁹⁸. Se garantiza el derecho de todas las personas a la seguridad social, dentro de la cual se establece preferencia de atención a las mujeres jefes de hogar, embarazadas y lactantes²⁹⁹.

La legislación laboral colombiana protege a la mujer embarazada. Ninguna trabajadora puede ser despedida por motivo de embarazo o lactancia³⁰⁰. La ley presume que el despido se ha efectuado por este motivo cuando ha tenido lugar durante el período de embarazo o dentro de los tres meses posteriores al parto y sin autorización de las autoridades³⁰¹. En tales casos, el despido es nulo y aquella debe ser reincorporada a su empleo después de disfrutar de los descansos remunerados³⁰². Desde 1994, la legislación establece que no se puede ordenar la práctica de la prueba de embarazo como requisito

previo a la vinculación laboral de una trabajadora, salvo cuando las actividades a desarrollar estén consideradas como de alto riesgo³⁰³. Asimismo, el empleador está obligado a reubicar a la trabajadora embarazada en un puesto que no ofrezca exposición a factores de riesgo para el embarazo³⁰⁴.

La legislación laboral colombiana también establece la prohibición de emplear a menores de edad y mujeres de cualquier edad en actividades que impliquen contacto con sustancias nocivas para la salud, así como asignar turnos de más de cinco horas a mujeres embarazadas³⁰⁵.

La realidad

La maternidad sigue siendo un elemento de discriminación en el ámbito laboral. Ello se refleja, por ejemplo, en el hecho de que los empleadores prefieren contratar a hombres porque, ante la posibilidad del embarazo, la mujer les resulta más costosa que un empleado del sexo masculino³⁰⁶. Generalmente las mujeres no se quejan ante el Ministerio de Trabajo porque no son conscientes de la discriminación o por temor a perder sus empleos. Prefieren callar y no denunciar el abuso de que son objeto³⁰⁷.

La protección de los derechos laborales de las mujeres en estado de embarazo o en edad reproductiva, que se violan y que en muchas ocasiones no encuentran solución en los mecanismos creados por la ley, han sido protegidos en algunas ocasiones, aunque no de una manera consistente, a través de la acción de tutela³⁰⁸.

Algunas ONG que trabajan con esta problemática señalan como prácticas comunes en materia de violación a la legislación, la exigencia de requisitos extralegales para acceder al empleo, como pruebas de embarazo o de utilización de métodos de planificación familiar³⁰⁹. Por lo general, las mujeres señalan como causas de la no denuncia la necesidad del empleo, que las hace someterse a las condiciones impuestas, y el desconocimiento de que estas exigencias son ilegales³¹⁰. Otras de las prácticas más frecuentes que vulneran los derechos de la mujer trabajadora, son las relacionadas con el chantaje y el acoso sexual de que son objeto por parte de capataces y jefes inmediatos, como condición para permanecer en el trabajo³¹¹. Como causas de la no denuncia de estos hechos, se encuentran las pocas posibilidades de encontrar solución a través de los procedimientos judiciales, los costos económicos, el tiempo y los permisos laborales que se requieren para encaminar un proceso legal de este tipo³¹².

Dentro de las quejas presentadas por las mujeres ante la Defensoría del Pueblo, las relacionadas con vulneraciones del derecho al trabajo representan un 57,8 % del total³¹³. Sin embargo, es necesario fortalecer los procedimientos de registro y codificación de la información, de manera que permita visualizar las diferencias por género en la violación de los derechos humanos³¹⁴. Cuando se codifica sin discriminar por género, desaparecen asuntos reclamados por las mujeres³¹⁵, lo cual evidencia la falta de información confiable que permita evidenciar la magnitud de estas violaciones.

No se cuenta con registros sobre riesgos ambientales en el trabajo de las mujeres embarazadas.

2. Licencia posnatal y subsidios por maternidad

Leyes y políticas públicas

La trabajadora gestante tiene derecho a una licencia posnatal de doce semanas, remunerada con el equivalente al salario vigente al momento del descanso³¹⁶. Esta licencia se hace extensiva a la madre adoptante de un menor de 7 años de edad, considerándose como si fuera la fecha del parto³¹⁷. La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época prenatal podrá reducir su licencia a once semanas, cediendo la semana restante a su esposo o compañero permanente para obtener de éste la compañía y atención en el momento del parto y en la fase inicial del puerperio³¹⁸. Igualmente, el empleador está en la obligación de concederle dos descansos de treinta minutos cada uno, dentro de la jornada de trabajo, para amamantar a su hijo, sin descuento alguno de salario por dicho concepto, durante los primeros seis meses de edad del mismo³¹⁹. De igual manera, cuando en el curso del embarazo la trabajadora sufra un aborto no provocado o un parto prematuro no viable, tiene derecho a una licencia de dos a cuatro semanas, remuneradas con el salario vigente al momento de iniciarse el descanso³²⁰. Si el parto es viable, se aplica lo establecido en las disposiciones sobre licencia de maternidad anteriormente descritas³²¹.

La realidad

En los casos en que se incumple la legislación laboral sobre licencia de maternidad y subsidio por maternidad existen mecanismos a través de los cuales las personas perjudicadas buscan la protección de sus derechos, bien sea acudiendo a la jurisdicción laboral privada o laboral administrativa, respectivamente. Sin embargo, el promedio de duración de estos procesos es de dos a tres años, motivo por el cual, ante peligro inminente o vulneración cumplida, resulta más efectivo acudir a la acción de tutela, que en algunas ocasiones ha protegido los derechos de la mujer por licencia de maternidad³²².

Notas Finales

¹ Constitución Política de Colombia [de aquí en adelante, Constitución Política] vigente desde el 4 de julio de 1991, Editorial Themis, artículo 49.

² *Ibíd.*

³ *Ibíd.* Dentro de las disposiciones relativas a las competencias de las entidades territoriales, se asigna a las asambleas departamentales, como a los concejos municipales, el papel de reglamentar el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios a cargo del departamento o municipio, respectivamente. Ley 60, de 1993.

⁴ Decreto N° 1292, de 1994, artículo 48. El mismo artículo establece que el servicio debe dispensarse de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

⁵ CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA POLÍTICA SOCIAL-PNR, Informe Nacional de Colombia – Preparado para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, p. 55. La elección entre el sistema estatal o el privado es voluntaria.

⁶ *Ibíd.*

⁷ Ley N° 100, de 1993, Libro II, artículo 162, párrafo 1.

⁸ *Ibíd.*, artículo 162.

⁹ *Ibíd.*, artículo 165.

¹⁰ *Ibíd.*, artículo 162. Asimismo, *ver* Decreto Ley 1298, de 1994, y el Decreto 1895, de 1994, los cuales reglamentan el régimen subsidiado del sistema de seguridad social en materia de salud.

¹¹ *Ibíd.*, artículos 162 y 166.

¹² *Ibíd.*, artículo 166.

¹³ *Ibíd.*, párrafo 2.

¹⁴ *Ibíd.*, artículo 166.

¹⁵ *Ibíd.*, artículo 165.

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*, artículo 162. La reglamentación del régimen subsidiado se encuentra en el Decreto 1895, de 1994, artículos 1-3.

¹⁸ Decreto 1895, de 1994, artículo 11.

¹⁹ “El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva, antes del año 2001”. Ley 100, 1993, artículo 162.

²⁰ *Ibíd.*

²¹ *Ibíd.*, artículo 165.

²² *Ibíd.*, artículo 162.

²³ FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Resource Requirements for Population and Reproductive Health Programmes - Profile Country Profiles for Population Assistance, E/500/1996*. New York, 1996, p. 158.

²⁴ *Ibíd.*, p. 22.

²⁵ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, Santafé de Bogotá, octubre de 1995, p. 101.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ NACIONES UNIDAS, Presentación Conjunta de los Informes Periódicos Segundo y Tercero Revisados de los Estados Parte – Colombia, pp. 48-49.

²⁸ CORPORACIÓN CASA DE LA MUJER - BOGOTÁ, *Informe sobre los progresos hechos por el gobierno en relación con el Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994*, octubre de 1998, p. 4.

²⁹ Fundación Corona, ACSSALUD, FESCOL, GTZ. *El Estado Actual de la Ley 100/93 en Salud*, marzo de 1997 (informe).

³⁰ *Dialoguemos... sobre Salud Sexual y Reproductiva*, Boletín, febrero de 1998, N° 1, p. 4.

³¹ Víctor de Currea Lugo. *Derechos Humanos y Salud. La letra Menuda de la Ley 100*. En: Revista Nova & Vetera, p. 67.

³² *Ibíd.*, p. 70.

³³ *Ibíd.*

- ³⁴ *Ibíd.*
- ³⁵ *Ibíd.*
- ³⁶ CORPORACIÓN CASA DE LA MUJER, *op. cit.*, p. 30.
- ³⁷ Al Ministerio de Salud le corresponde la Dirección Nacional del Sistema Nacional de Salud. Dicha reglamentación está contenida en el Decreto N° 1292, de 1994, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud.
- ³⁸ MINISTERIO DE SALUD, *Planteamiento de la Iniciativa Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud*, p. 30 (mimeo).
- ³⁹ *Ibíd.*
- ⁴⁰ *Ibíd.* Este programa busca reorientar las políticas dirigidas a la población femenina, a fin de institucionalizarlas y mejorar la calidad y cobertura del sistema de salud, además de propiciar un mayor protagonismo de la mujer, una concepción integral de su salud, así como trazar políticas y ejecutar programas orientados hacia la promoción, prevención y atención de la salud femenina. La población destinataria de este programa está constituida por mujeres cabeza de familia, mujeres de 15 a 49 años, mujeres trabajadoras y mujeres de edad avanzada.
- ⁴¹ *Vé*r, en general, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - CONPES, Plan Nacional de Desarrollo, El Salto Social, aprobado por Ley 188, de 1995.
- ⁴² CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - CONPES, *El Salto Social, Política de Participación y Equidad para la Mujer*. Documento No. 2726, Santafé de Bogotá, D.C., 30 de agosto de 1994.
- ⁴³ MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, Unidad de Género-CA, Apoyo Institucional a la Política de Equidad y Participación de la Mujer-EPAM, Santa Fé de Bogotá, 1995, p. 28.
- ⁴⁴ MISIÓN COLOMBIANA ANTE LAS NACIONES UNIDAS, *Revisión después de la Conferencia de Beijing - Implementando el Contrato con las Mujeres del Mundo: De las Palabras a la Acción*, agosto de 1996, p. 4.
- ⁴⁵ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - CONPES, El Salto Social, Política de Participación y Equidad para la Mujer, *op. cit.*, p. 5. *Vé*r, asimismo, MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, *op. cit.*, p. 28.
- ⁴⁶ MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, *op. cit.*, p. 28.
- ⁴⁷ *Ibíd.*, p. 5. El mismo documento indica que para emprender dicha acción se deben organizar campañas agresivas de educación en materia de salud, mejorar la oferta de servicios y diseñar programas dirigidos a la utilización, por parte de las mujeres, de los servicios de planificación familiar, salud reproductiva y diagnóstico precoz de las patologías que las afectan.
- ⁴⁸ Law 100 de 1993, libro II, artículo 12.
- ⁴⁹ Decreto No. 1895 de 1995, artículo 11.
- ⁵⁰ *Ibíd.*, artículo 12.
- ⁵¹ *Ibíd.*
- ⁵² Constitución Política, artículos 42 y 43.
- ⁵³ *Dialoguemos... sobre Salud Sexual y Reproductiva*, Bol. No. 1, febrero de 1998, p. 2.
- ⁵⁴ DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, Memorias Seminario Taller *La Salud de las Mujeres en el marco de la Ley 100/93*, mayo de 1997, p. 13.
- ⁵⁵ *Dialoguemos... sobre Salud Sexual y Reproductiva*, Bol. No. 1, febrero de 1998, p. 2.
- ⁵⁶ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, *op. cit.*
- ⁵⁷ DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, Memorias Seminario Taller, *op. cit.*
- ⁵⁸ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, *op. cit.*, p. XXXIII.
- ⁵⁹ *Ibíd.*
- ⁶⁰ PROFAMILIA, *Por qué se mueren las Mujeres en Colombia*. En: Planificación, Población y Desarrollo, Volumen 14, N° 28, Santa Fe de Bogotá, diciembre de 1996, pp. 18-19.
- ⁶¹ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL-CONPES, *op. cit.*, p. 3.
- ⁶² DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, Memorias Seminario Taller, *op. cit.*
- ⁶³ Constitución Política, artículo 42; y Resolución N° 08514, de 1984, del Ministerio de Salud. *Vé*r los considerandos de dicha resolución.
- ⁶⁴ MINISTERIO DE SALUD, SALUD PARA LAS MUJERES, *op. cit.*, p. 45.
- ⁶⁵ Decreto 1757, de 1994, artículo 1.

⁶⁶ *Ibíd*, artículos 3-6 y 9-14.

⁶⁷ *Ibíd*.

⁶⁸ *Ibíd*, artículo 14.

⁶⁹ Las veedurías son organizaciones de ciudadanos, en este caso encargadas de fiscalizar la gestión de los funcionarios prestadores de servicios y la prestación misma del servicio.

⁷⁰ Decreto 1757, de 1994, artículo 20.

⁷¹ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 61.

⁷² *Ibíd*.

⁷³ The Alan Guttmacher Institute, New York and Washington. *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana*, 1994.

⁷⁴ *Ibíd*.

⁷⁵ Ley 23, de 1981, artículo 5.

⁷⁶ *Ibíd*, artículos 4-26.

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD, Resolución 8514, de 1984, artículo 2, numeral 4.

⁷⁸ *Ibíd*, numeral 2.

⁷⁹ FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Programme Review and Strategy Development Report - Colombia, E/850/1993, Nueva York, 1993, p. 23.

⁸⁰ *Ibíd*.

⁸¹ *Ibíd*.

⁸² Decreto 1290, de 1994. Asimismo, el Decreto 677, de 1995, reglamenta parcialmente el régimen de registros y licencias, el control de calidad, así como el régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales y otros productos (dentro de los cuales se encuentran los condones y diafragmas).

⁸³ Decreto 1290, de 1994, artículo 2.

⁸⁴ FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, op. cit., p. 23

⁸⁵ *Ibíd*.

⁸⁶ *Ibíd*.

⁸⁷ *Ibíd*, p. 22.

⁸⁸ *Ibíd*, p. 23.

⁸⁹ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit.

⁹⁰ The Alan Guttmacher Institute, op. cit.

⁹¹ Código Penal, promulgado por la Ley 100, de 1980, artículo 343.

⁹² Constitución Política, artículo 11.

⁹³ Sentencia C-013/97 de la Corte Constitucional de Colombia, Santa Fe de Bogotá, 23 de enero de 1997.

⁹⁴ Código Penal, artículo 343.

⁹⁵ *Ibíd*, artículo 344.

⁹⁶ *Ibíd*, artículo 345.

⁹⁷ *Ibíd*, artículo 338. En enero de 1997, la Corte Constitucional de Colombia declaró la constitucionalidad de esta disposición y estableció que la vida en Colombia se protege desde el momento de la fecundación. *Vé*r Sentencia C-013/97, de la Corte Constitucional.

⁹⁸ *Ibíd*, artículo 343.

⁹⁹ *Ibíd*.

¹⁰⁰ *Ibíd*, artículo 344

¹⁰¹ *Ibíd*, artículo 345.

¹⁰² *Ibíd*.

¹⁰³ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit.

¹⁰⁴ CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA MUJER, EL MENOR Y LA FAMILIA. Segundo y Tercer Informe periódico de Colombia presentado al Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, Bogotá, enero de 1994.

¹⁰⁵ Presidencia de la República, Organización Mundial de la Salud y otros. *1996. Mortalidad Materna en Colombia*.

¹⁰⁶ *Ibíd*, p. 13.

¹⁰⁷ *Ibíd*, p. 39

¹⁰⁸ "Aborto: otra moda en la U", en: *El Tiempo*, 9 de octubre de 1998, a propósito del encuentro parlamentario de América Latina y el Caribe sobre aborto inducido, en la Universidad Externado de Colombia, p. 6A.

¹⁰⁹ *Ibíd*.

¹¹⁰ *Ibíd*.

¹¹¹ DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Ministerio de Justicia. *Iniciación de sumario. Delitos contra la vida y la integridad personal por capítulos del Código Penal*, Bogotá, 1994.

¹¹² *Latinoamérica aborta por montones*, en: *El Tiempo*, Bogotá, 28 de abril de 1994.

¹¹³ *Ibíd*.

¹¹⁴ Resolución N° 08514, de 1984, del Ministerio de Salud.

¹¹⁵ *Ibíd*, artículo 2, numeral 4.

¹¹⁶ *Ibíd*.

¹¹⁷ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 46.

¹¹⁸ *Ibíd.*, p. 54.

¹¹⁹ *Ibíd*.

¹²⁰ Ruiz, Maga. en PROFAMILIA. *La esterilización Femenina en Colombia*. Datos Provenientes de encuestas nacionales y de PROFAMILIA. Miriam Ordoñez, Gabriel Ojeda. Bogotá, Abril 1994.

¹²¹ *Ibíd*.

¹²² Decreto 559, de 1991.

¹²³ *Ibíd*.

¹²⁴ *Ibíd*, artículo 9.

¹²⁵ *Ibíd*, artículo 11.

¹²⁶ *Ibíd*, artículo 30.

¹²⁷ *Ibíd*, artículo 29.

¹²⁸ *Ibíd*, artículos 13, 16, 17, 18.

¹²⁹ *Ibíd*, artículo 31. Asimismo, el artículo 8 establece que ningún profesional de la salud o institución prestadora del servicio de salud puede negarse a otorgar dicho servicio, a riesgo de incurrir en una pena establecida en la misma regulación.

¹³⁰ *Ibíd*.

¹³¹ *Ibíd*, artículo 53. Su reclusión, si fueren condenadas, deberá hacerse en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica o psiquiátrica. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a la aplicación de sanciones que el decreto señala, desde la multa hasta la suspensión o pérdida del derecho a los servicios de salud.

¹³² *Ibíd*, artículo 35.

¹³³ *Ibíd*, artículo 38.

¹³⁴ MINISTERIO DE SALUD, Dirección General de Promoción y Prevención, *Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA*, p. 1.

¹³⁵ *Ibíd*, p. 3. Dentro de los objetivos específicos se encuentran los siguientes: alcanzar el mayor grado de concienciación por parte de la población; reducir la morbimortalidad; disminuir al mínimo el riesgo de transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; garantizar el respeto de los derechos de las personas infectadas y velar por el cumplimiento de los deberes de las mismas; fortalecer los servicios de atención, asesoría y orientación dirigidos a las personas afectadas por las ETS, en especial la infección por VIH/ SIDA.

¹³⁶ *Ibíd*, p. 7.

¹³⁷ *Ibíd*, p. 8.

¹³⁸ *Ibíd*, p. 29.

¹³⁹ *Ibíd*, p. 25.

¹⁴⁰ NACIONES UNIDAS, op.cit., p. 47.

¹⁴¹ *Ibíd*.

¹⁴² La acción de tutela es un procedimiento preferente y sumario de protección de los derechos constitucionales fundamentales, contemplado en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia.

¹⁴³ Víctor de Currea Lugo, op.cit., p. 67.

¹⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD, *Planteamiento de la Iniciativa Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud*, op. cit., p. 35 (mimeo).

¹⁴⁵ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL- CONPES, op. cit., p. 6.

¹⁴⁶ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 68.

¹⁴⁷ *Ibid*, p. 73. Asimismo, debe destacarse que casi el 80% de las mujeres en edad fértil han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, así como el 30% de las que tienen menos de 20 años.

¹⁴⁸ *Ibid*, p. 47.

¹⁴⁹ *Ibid*, p. 40.

¹⁵⁰ *Ibid*. El 30% de las mujeres menores de 20 años, sin educación o solo con primaria, ya ha iniciado su vida reproductiva, comparado con tan solo el 7% entre quienes tienen educación superior.

¹⁵¹ *Ibid*, at 39

¹⁵² *Dialoguemos sobre salud Sexual y Reproductiva*, Folleto informativo de Family Care International, N° 2, marzo de 1998, p. 3.

¹⁵³ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 39.

¹⁵⁴ *Ibid*.

¹⁵⁵ Muñoz, Montserrat, *Informe Nacional a la Reunión Regional de América Latina sobre salud sexual y reproductiva de los Adolescentes colombianos*, 1997, p. 13.

¹⁵⁶ Comité Interinstitucional para la Revisión de los Procedimientos de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual. "Derecho, ordenamiento legal y proceso judicial," a propósito de los delitos sexuales con menor entre 14 y 18 o menor de 14.

¹⁵⁷ Constitución Política., artículo 42.

¹⁵⁸ Código Civil, Libro I, Título IV.

¹⁵⁹ *Ibid*, artículo 113.

¹⁶⁰ *Ibid*, artículo 115.

¹⁶¹ *Ibid*, artículo 116.

¹⁶² Mediante el Decreto Ley N° 999, de 1988, se suprimió la obligación de la mujer de llevar la partícula "de", seguida del apellido del esposo, en la cédula de ciudadanía.

¹⁶³ Código Civil, artículo 176.

¹⁶⁴ *Ibid*, artículo 177.

¹⁶⁵ *Ibid*, artículo 179.

¹⁶⁶ La patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre los hijos no emancipados. Código Civil, artículo 288.

¹⁶⁷ *Ibid*.

¹⁶⁸ *Ibid*, artículo 306.

¹⁶⁹ Ley N° 28, de 1932, y Decreto 2820, de 1974.

¹⁷⁰ Ley N° 258, de 1996.

¹⁷¹ Ley N° 54, de 1990, artículo 1.

¹⁷² *Ibid*.

¹⁷³ Ley N° 54, de 1990, artículo 3.

¹⁷⁴ *Ibid*.

¹⁷⁵ Ley N° 100, de 1993, artículo 47. Ver también, DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Los Derechos de la Mujer en Colombia*, Santafé de Bogotá, marzo de 1997, p. 134.

¹⁷⁶ Ley N° 100, de 1993, artículo 236.

¹⁷⁷ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 70.

¹⁷⁸ *Ibid*, p. XXXIII.

¹⁷⁹ *Ibid*, p. 70.

¹⁸⁰ *Ibid*, p. 71.

¹⁸¹ NACIONES UNIDAS, op. cit., p. 68.

¹⁸² Ley N° 25, de 1992, artículo 5.

¹⁸³ *Ibid*.

¹⁸⁴ Código Civil, artículo 154; modificado por la Ley N° 25, de 1992, artículo 6.

¹⁸⁵ Las normas sobre disolución de la sociedad conyugal están contenidas en el Libro IV, Título XXII,

capítulos I a IV del Código Civil.

¹⁸⁶ Código Civil, artículo 183.

¹⁸⁷ *Ibid.*, artículo 162.

¹⁸⁸ *Ibid.*, artículos 161 y 151.

¹⁸⁹ *Ibid.*, artículos 151 y 411. Se entiende por alimentos lo que es indispensable para el sustento, la habitación, el vestido, la asistencia médica, recreación, formación integral y educación o instrucción de la persona.

¹⁹⁰ *Ibid.*, artículos 161 y 411.

¹⁹¹ Se refiere a la conducta de la persona que debe alimentos y se sustraiga de proveerlos sin justa causa. Código Penal, artículo 263.

¹⁹² Decreto 2727/89.

¹⁹³ Ley N° 311/96, artículo 1.

¹⁹⁴ Código Civil, artículo 154.

¹⁹⁵ *Ibid.*, artículo 116, modificado por el Decreto 2820, de 1974, artículo 2.

¹⁹⁶ *Ibid.*, artículo 117.

¹⁹⁷ *Ibid.*, artículo 140.

¹⁹⁸ *Ibid.*, artículo 143.

¹⁹⁹ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 66.

²⁰⁰ Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que en una reciente encuesta, las mujeres que manifestaron no utilizar métodos de planificación familiar por motivos religiosos y porque el esposo o compañero se opone, solo fueron el 1 y 2%, respectivamente. Ver PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 61.

²⁰¹ El 7 de febrero de 1997, el Congreso de la República de Colombia expidió la Ley N° 360, de 1997.

²⁰² Anteriormente, estos se catalogaban como delitos contra la libertad y el pudor sexuales. Ver Código Penal, Título XI del Libro II.

²⁰³ *Ibid.*, artículos 298 a 300, modificados por los artículos 2-4 de la Ley N° 360, de 1997.

²⁰⁴ *Ibid.*, artículos 303 al 305, modificados por los artículos 5-7 de la Ley N° 360, de 1997.

²⁰⁵ *Ibid.*, artículos 301 y 302. Este es un delito de acceso o acto sexual mediante engaño con una persona menor de 18 años. Para una mayor descripción, ver capítulo correspondiente a adolescentes.

²⁰⁶ Ley N° 360, de 1997, artículo 2. Para la legislación penal, el “acceso carnal” es el acto sexual con realización del coito.

²⁰⁷ *Ibid.*, artículo 3. Se define así cualquier acto sexual diferente al acceso carnal.

²⁰⁸ *Ibid.*, artículo 4.

²⁰⁹ *Ibid.*, artículo 6. El acceso carnal abusivo es aquella violación efectuada a la persona en estado de inconciencia, que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir.

²¹⁰ Código Penal, artículo 306.

²¹¹ *Ibid.*

²¹² *Ibid.*

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ Ley N° 360, de 1997, artículo 8.

²¹⁵ Ley N° 294, de 1996, artículo 25. La pena para este delito es de prisión de seis meses a un año. Esta acción penal solo procede por querrela de la víctima.

²¹⁶ Código Penal, Título XI.

²¹⁷ *Ibid.*, artículo 303, modificado por la Ley N° 360, de 1997, artículo 5.

²¹⁸ *Ibid.*, artículo 290, modificado por el artículo 2 de la Ley N° 360, de 1997.

²¹⁹ *Ibid.*, artículo 305, modificado por la Ley N° 360, de 1997, artículo 7.

²²⁰ *Ibid.*, artículos 301 y 302.

²²¹ *Ibid.*, artículo 301.

²²² *Ibid.*, artículo 302.

²²³ *Ibid.*, Título IX.

²²⁴ *Ibid.*, artículo 259.

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ *Ibid.*, artículo 312, modificado por el artículo 12 de la Ley N° 360, de 1997.

- 227 *Ibíd*, artículo 312 bis, modificado por el artículo 13 de la Ley N° 360, de 1997.
- 228 *Ibíd*, artículos 312 y 312 bis.
- 229 Decreto 1974, de 1996.
- 230 PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. XXXI.
- 231 *Ibíd*.
- 232 *Ibíd*.
- 233 PROFAMILIA, “Violación a las Mujeres en Colombia”, en: *Planificación, Población y Desarrollo*, Volumen 14, N° 27, junio de 1996, at 45.
- 234 *Ibíd*, p. 46. En “otros” incluyeron al esposo o compañero anterior, al padre del primer hijo, al padrino, a un inquilino y, en general, a personas conocidas.
- 235 *Ibíd*.
- 236 *Ibíd*, p. 49.
- 237 DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Los Derechos de la Mujer en Colombia*, op. cit., p. 47.
- 238 PROFAMILIA, “Violación a las Mujeres en Colombia”, op. cit., p. 46.
- 239 *Ibíd*.
- 240 *Ibíd*.
- 241 *Ibíd*, p. 49.
- 242 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL, Centro de Referencia sobre Violencia, Boletín CRNV volumen 3, febrero de 1998, p. 6.
- 243 DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Investigación sobre la aplicación de la Ley de Violencia Intrafamiliar*, 1998, p. 67.
- 244 Comité Interinstitucional para la Revisión de los procedimientos de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual. *Derecha, ordenamiento legal y proceso judicial*.
- 245 *Ibíd*.
- 246 Proyecto de Ley por el cual se reforma el Código Penal y de Procedimiento Penal.
- 247 *Vé* Sentencia Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, 22 de mayo 1992, Magistrado ponente: Gustavo Rendón Gaviria.
- 248 Constitución Política, artículo 42.
- 249 Ley N° 248, de 1995.
- 250 Ley N° 294, de 1996, artículo 1.
- 251 *Ibíd*, artículo 22.
- 252 *Ibíd*, artículo 23. Además, el Código Penal establece, en sus artículos 331-341, los diferentes tipos de lesiones y las penas, de acuerdo con su gravedad.
- 253 *Ibíd*, artículo 24. Este delito se denomina: “Maltrato mediante restricción a la libertad física”.
- 254 *Ibíd*, artículos 4-5.
- 255 El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la entidad encargada de velar por la protección de la familia. De manera específica, implementa programas para la niñez desprotegida y da asistencia a las madres maltratadas y de escasos recursos. También presta servicios de guardería para niños menores de cinco años. *Vé* CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA POLÍTICA SOCIAL – PNR, Informe Nacional de Colombia – Preparado para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, op. cit., p. 34.
- 256 Ley N° 294, de 1996, artículos 28 y 29.
- 257 *Ibíd*, artículo 28.
- 258 CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - CONPES, El Salto Social, Política de Participación y Equidad Para la Mujer, op. cit., p. 6.
- 259 Estos representan el 2% del total de homicidios.
- 260 CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Boletín CRNV, volumen 3, N° 5, mayo de 1998, p. 6.
- 261 PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p. 157.
- 262 *Ibíd*, p. XXXI.
- 263 DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Los Derechos de la Mujer en Colombia*, op. cit., p. 47.

- 264 PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 1995*, op. cit., p XXXI. Ver también p. 157. Esta cifra es superior a la registrada en 1990, cuando tan solo el 11% de las mujeres maltratadas físicamente lo había denunciado.
- 265 CORPORACIÓN SALUD Y DESARROLLO, *Violencia en Colombia. Retos y Propuestas desde el sector salud*, Bogotá, noviembre de 1997.
- 266 CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, Boletín CRNV, volumen 3, N° 4, abril de 1998.
- 267 CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, Boletín CRNV, volumen 3, N° 5, mayo de 1998.
- 268 *Ibid.*
- 269 Ley N° 294, de 1996, Título II.
- 270 *Ibid.*, Título IV.
- 271 DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Investigación aplicación ley de violencia intrafamiliar*, Bogotá, julio de 1988, p. 58.
- 272 *Ibid.*, p. 15.
- 273 DIRECCIÓN NACIONAL DE EQUIDAD PARA LAS MUJERES, *Memorias Seminario Taller*, op. cit.
- 274 También establece que los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio, procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes. Constitución Política de Colombia, artículo 42.
- 275 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Colombia Paga su Deuda a las Mujeres - Informe Nacional del gobierno de Colombia - Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, p. 11.
- 276 Constitución Política, artículo 67.
- 277 *Ibid.*
- 278 MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE - Unidad de Género-CA, Apoyo Institucional a la Política de Equidad y Participación de la Mujer- EPAM, op. cit., p. 27.
- 279 *Ibid.*
- 280 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, op. cit., p. 21.
- 281 NACIONES UNIDAS, op.cit., p. 26.
- 282 *Ibid.*
- 283 *Ibid.*
- 284 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, op. cit., p. 21.
- 285 NACIONES UNIDAS, op.cit., p. 61. La población rural femenina tenía, en 1990, un promedio de 3.2 años de educación frente a 5.8 años en la zona urbana. Entre las mujeres rurales hay un 13,9% sin educación frente a un 6,3% de la población urbana; el 40,2% tiene algún estudio de primaria (60% de la población femenina urbana); el 12,9% ha cursado algún año de secundaria (35% de las mujeres urbanas); y el 0,5% posee estudios superiores (frente al 7,5% de la población femenina urbana).
- 286 Resolución N° 03353, de julio de 1993, por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en la educación básica del país.
- 287 *Ibid.*
- 288 MINISTERIO DE EDUCACIÓN, *Proyecto Nacional de Educación Sexual*, Santa Fe de Bogotá, 1993, p 1.
- 289 *Ibid.*
- 290 *Ibid.*
- 291 *Ibid.*
- 292 *Ibid.*, at 4-5.
- 293 *Ibid.*
- 294 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL — VICEMINISTERIO DE LA JUVENTUD. *Proyecto de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes y para Jóvenes*
- 295 *Dialoguemos sobre salud Sexual y Reproductiva*, Folleto informativo de Family Care International, N° 2, marzo de 1998, p. 4.
- 296 CIJUS: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOJURÍDICAS, Universidad de los Andes, *Observatorio Legal de la mujer*. Santa Fe de Bogotá, 3 de septiembre de 1998, p. 42.
- 297 Constitución Política, artículo 25.
- 298 *Ibid.*, artículo 53.

299 *Ibíd*, artículo 48, y Ley N° 100, de 1993.

300 Código Sustantivo del Trabajo (Ley 50, de 1990), artículo 239.

301 *Ibíd*. Para poder despedir a una trabajadora durante el período de embarazo o durante los tres meses posteriores al parto, el empleador necesita autorización del inspector del trabajo o del alcalde municipal. *Vé* también artículos 240 y 241.

302 *Ibíd*, artículos 240 y 241.

303 Resolución N° 4050, de 1994, artículo 2.

304 *Ibíd*, artículo 3.

305 Resolución N° 02400, de mayo de 1979.

306 DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *Cuarto Informe Anual del Defensor del Pueblo al Congreso de Colombia*, p. 457.

307 *Ibíd*.

308 CIJUS: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOJURÍDICAS, *op. cit.*

309 MINISTERIO DEL TRABAJO, *Diagnóstico sobre la Discriminación Laboral de la Mujer en Colombia*, Santa Fe de Bogotá, 1997, p. 99.

310 *Ibíd*.

311 *Ibíd*.

312 *Ibíd*.

313 DEFENSORÍA DEL PUEBLO, *op. cit.*, p. 475.

314 *Ibíd*, p. 483.

315 *Ibíd*.

316 Código Sustantivo del Trabajo, artículo 236.

317 *Ibíd*.

318 *Ibíd*.

319 *Ibíd*, artículo 238.

320 *Ibíd*, artículo 237.

