

## EL EJERCICIO

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva.

## DE TRES DERECHOS

Para poder tener salud reproductiva<sup>1</sup> y poder disfrutarla es necesario reconceptualizar los derechos humanos abstractos, ya consagrados en los instrumentos internacionales, para incluir así las nuevas experiencias y perspectivas de las mujeres. Nos toca entonces, entender las causas de la subordinación reproductiva y de la mala salud reproductiva así como desarrollar la habilidad para entender el mundo a través de los ojos de aquellas cuyos deseos y objetivos reproductivos son frustrados y comprometidos.<sup>2</sup>

## REPRODUCTIVOS EN

Tanto el Estado como la sociedad civil colombiana deben lograr y garantizar la autonomía y la autodeterminación reproductiva de los hombres pero sobre todo, de las mujeres pues no podemos olvidar que la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad

## COLOMBIA

**MARÍA ISABEL PLATA**

Abogada de la Universidad del Rosario. Magister en Derecho Comparado, Universidad SMU de Dallas, EEUU. Especialista en Derechos Humanos de la Mujer. Directora de Profamilia.

<sup>1</sup> La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (ver par.7.1 CIPD) y en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer se aclara que el poder gozar de una salud reproductiva implica: (ver Plat. de Acc. par.96)

- tener una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos ;
- tener la capacidad de reproducirse, y
- tener la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia.

<sup>2</sup> Cook, Rebecca. "Human rights and reproductive self-determination" en The American University Law Review "Conference on the International Protection of Reproductive Rights" Vol.44, April 1995, No.4, Pag.975.)

3 El empoderamiento consiste, en el proceso a través del cual las mujeres se movilizan para entender, identificar y superar la discriminación de género, para alcanzar la igualdad, el bienestar y el acceso igualitario a los recursos, por medio de la toma del control y de la realización de las acciones necesarias para vencer los obstáculos de la desigualdad.

Se considera que el empoderamiento de las mujeres y el control que ellas tengan sobre sus propios cuerpos es una premisa básica para el disfrute de otros derechos así como para su pleno desarrollo en todas las demás esferas de la vida pública, incluyendo la social, cultural, política, y económica entre otras. El empoderamiento y la autonomía de las mujeres constituyen por sí solos una importante finalidad. (ver González V, Ana. "Por qué el género y los derechos sexuales y reproductivos?" PROFAMILIA, Oficina asesora en derechos reproductivos y género. Doc. de Trabajo, 1995.)

4 La ENDS-95 se desarrolló en el marco de la tercera fase del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) con el fin primordial de proporcionar, a quienes diseñan y administran programas de salud y planificación familiar, información actualizada para el país y sus regiones sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad, el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención, la salud materno-infantil, la nutrición, el SIDA y la violencia doméstica. Está constituida por dos encuestas: una encuesta de hogares y una encuesta individual para recolectar información sobre las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años. Se completaron en total 10,112 entrevistas de hogares y 11,140 individuales. La operación de campo tuvo lugar entre el 29 de marzo y el 25 de junio de 1995. Los resultados se pueden analizar a diferentes niveles de desagregación geográfica para las cinco regiones naturales: Atlántico, Oriental, Central, Pacífico y Bogotá y para 14 subregiones del país.

5 PROFAMILIA es una entidad privada, sin ánimo de lucro, afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), que cuenta con 43 clínicas en el país y es responsable directa e indirectamente de cerca del 65 % de toda la planificación familiar en Colombia. Entre sus objetivos está el de promover y defender el derecho humano a la planificación familiar en Colombia y trabajar en favor de una mejor salud sexual y reproductiva ofreciendo información y servicios.

constituye una base fundamental para el disfrute de sus otros derechos. En este sentido es también un factor de gran importancia en la búsqueda del "empoderamiento"<sup>3</sup> de las mujeres.

Veamos entonces, algunos de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995 (ENDS-95)<sup>4</sup> y la reciente publicación de PROFAMILIA<sup>5</sup> sobre los Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual de los Adolescentes que compila resultados de varias encuestas realizadas en 1993 y 1994. Estos datos nos aclaran aspectos importantes sobre el ejercicio de tres de los siguientes derechos humanos reconocidos en la Constitución y en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos, y en los documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso, que son fundamentales para contar con una salud reproductiva .

**El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello**

Las parejas e individuos en el país aceptan y ejercen este derecho en Colombia, pues hoy el promedio de hijos nacidos vivos que tendrán las mujeres durante toda su vida reproductiva es de tres. Sin embargo, por ejemplo, las mujeres sin educación y residentes en la zona rural del Litoral Pacífico tienen en promedio mas del doble de hijos nacidos vivos (7.1) que las mujeres con educación superior y residentes en las grandes ciudades como Bogotá, Medellín y Cali. Y si miramos la tasa de fecundidad deseada por estas mujeres en el Pacífico estaríamos hablando de 2.4 hijos.

El conocimiento de métodos anticonceptivos en Colombia está muy generalizado. Casi el ciento por ciento de las mujeres han oído hablar de métodos modernos de regulación de la fecundidad. Los métodos más conocidos son la píldora, el condón, la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino. Sin embargo, en

# D O S S I E R

cuanto a los métodos tradicionales, como la abstinencia periódica, donde el conocimiento sobre la menstruación y el ciclo menstrual es clave, se encontró que una de cada cuatro usuarias del ritmo no sabe en qué momento del ciclo menstrual son mayores los riesgos de embarazo. Al preguntarse al los adolescentes que viven en ciudades intermedias, cuál es el momento de mayor riesgo de embarazo durante el ciclo menstrual, 14 de cada 100 no saben cual es el momento de mayor riesgo y de los que creen saberlo, la mayoría dan respuestas equivocadas (63 por ciento).

Existen entonces en Colombia, evidencias de la fuerte motivación para el espaciamiento y limitación de la familia. Al mirar los patrones del uso de métodos anticonceptivos para espaciar y para limitar, se encontró que tres de cada cuatro mujeres están usando métodos para limitar. Como es lógico, las mujeres jóvenes usan más la anticoncepción para espaciar los nacimientos, pero ya después de los 30 años, más de la mitad los usa para limitar. En las zonas urbanas, el porcentaje de las mujeres que usan métodos para espaciar (21%), es mayor que en las zonas rurales (14%), pero los porcentajes de las que usan métodos para limitar son muy semejantes en las dos zonas.

El 72 por ciento de la mujeres unidas manifestó estar usando métodos en 1995. Este nivel de uso representa un aumento importante en comparación con los niveles observados en encuestas anteriores: 64 % en 1986 y 66% en 1990. Si bien el mayor aumento entre 1990 y 1995 se registró en el uso de la esterilización al pasar del 21 al 26 por ciento (un aumento de un punto porcentual por año), también el uso del condón aumentó de forma considerable (del 2 al 4 por ciento). La píldora y el DIU continuaron disminuyendo su participación relativa en el

conjunto de métodos usados, pero son utilizados por más del 20% de las mujeres.

En cuanto a los medios para disponer de servicios de anticoncepción moderna, según la ENDS-95, el 72.1% de los métodos anticonceptivos son ofrecidos por el sector privado y de éste, PROFAMILIA ofrece el 28.8%, las droguerías el 33%, clínicas privadas el 6.2% y el médico particular el 3.2%. Del 27.1% ofrecido por el sector público, los hospitales ofrecen el 18.2% ; el centro de salud el 4.7; y los seguros sociales el 3.6%. Las droguerías son los principales proveedores de píldoras, condones, métodos vaginales e inyecciones. PROFAMILIA y los hospitales del gobierno son los que más realizan esterilizaciones femeninas e inserciones de DIU. Igualmente, PROFAMILIA realiza en Colombia la mayor parte de las vasectomías.



## El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva

La ENDS-95 permite estimar en qué medida la mortalidad en Colombia es sensible a los patrones reproductivos de la población, en lo que se refiere a edades extremas de la madre al nacimiento de los hijos (menores de 18 o de 35 o más años), intervalos cortos entre nacimientos (menos de 24 meses), y orden de nacimiento mayor de 3.

El 45 por ciento de los nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta ocurrieron en condiciones de riesgo elevado de mortalidad; dos terceras partes de éstos nacieron con un solo riesgo de mortalidad y el resto con riesgos combinados. Las categorías de riesgos más importantes son los intervalos cortos, de menos de 24 meses (11 por ciento de los nacimientos) y

el nacimiento de orden mayor a 3 (10 por ciento), y un 5 por ciento de los nacimientos tienen riesgos de mortalidad casi cuatro veces a los normales por haber nacido con intervalos menores de 24 meses y por ser de orden 4 o mayor. En resumen, el 46% de las mujeres actualmente unidas están en posibilidades de concebir hijos con alto riesgo de mortalidad. Estos niños tendrían una probabilidad sesenta por ciento mayor de morir en el primer año de vida con respecto a aquellos que no están en tales condiciones (razón de riesgo 1.00). Casi la tercera parte de estas madres están en riesgo por tener 35 o más años y haber tenido tres o más hijos.

Casi cuatro de cada cinco mujeres que tuvieron hijos en los últimos cinco años contaron con asistencia médica prenatal y tres de cada cuatro tuvieron atención médica en el parto. Mientras el 77% tuvieron sus hijos en instituciones de salud, 22% tuvieron partos domiciliarios, estos últimos ocurrieron especialmente en las zonas rurales. Más de la mitad (56%) tuvieron parto normal, 27 % se enfrentaron a un trabajo de parto prolongado y el 26% sufrieron sangrado excesivo.

### **El derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia de acuerdo con lo establecido en los documentos de derechos humanos**

En la ENDS-95 se encontró que 5.3% de las mujeres en edad fértil, habían sido obligadas a tener relaciones sexuales y entre las adolescentes de 15 a 19 años se encontró un porcentaje de 3.1.

Se observa que en la mayoría de los casos la persona responsable es una persona conocida. En el conjunto de mujeres que han sufrido este

tipo de violencia, el 44 por ciento señalan como responsable al esposo o compañero, el 20% a amigos o vecinos, el 14 por ciento a parientes (2% mencionan al padre, 4% a los padrastros y el 8% a otros parientes como hermanos, abuelos, tíos, cuñados o primos) y el 14% a desconocidos, entre otros.

Entre las adolescentes los principales responsables fueron novios, amigos o vecinos (39%), parientes (26%), desconocidos (16%) y otros diez por ciento. La mitad de las que señalan a los parientes dicen que fueron violadas por los padrastros (13%), seis por ciento por sus propios padres y 6% por otros .

Para el total de las mujeres la mediana de la edad a la que ocurrió la primera relación sexual forzada son los 18.7 años y para las adolescentes son los 14 años. Los resultados muestran que cuando el violador fue una persona muy cercana a la mujer, ésta era, en promedio, una niña (10-12 años para todas las mujeres, 12-13 para las adolescentes); en tanto que si se trata del cónyuge la mujer era mayor( 23 años para todas las mujeres y 18 para las adolescentes)

Al preguntar en qué circunstancias sucedió, el 42% de todas las mujeres y el 79% de las adolescentes dicen que el violador aprovechó que estaba sola. El estado de embriaguez lo mencionan el 22% de todas las mujeres y el 10 de las adolescentes. Un 22% de todas las mujeres dice que el hombre lo hizo porque se cree su dueño, causa señalada por 4% de las adolescentes.

Aunque la encuesta no preguntó directamente si la violación terminó en embarazo y cual había sido su resultado, se tienen algunos indicadores de que la violación afecta el deseo de hijos.<sup>6</sup> Con relación al embarazo actual, 46 por ciento de las mujeres no violadas lo desearon, vs. 34 por ciento de las violadas, en tanto que la proporción de embarazos indeseados es mayor

6 El conjunto de mujeres violadas se comparó con las mujeres no violadas para tres indicadores: embarazadas actualmente y deseo del embarazo; planeación de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años; y proporción de mujeres que, en los últimos cinco años, tuvieron embarazos que terminaran en pérdida, aborto o nacido muerto. (Ver, Ordoñez, Myriam. Violación de las Mujeres en Colombia. Doc. de PROFAMILIA, Gerencia de Evaluación e Investigación . Nov. 1995)

entre estas últimas (32 vs. 20 por ciento). Con relación a los nacimientos de los últimos cinco años, mientras el 57 por ciento de las mujeres no violadas los desearon, entre las violadas, el 31 por ciento lo consideraron inoportuno y el 30 por ciento no querían tener más hijos. En cuanto a los embarazos que terminaron en pérdida o aborto, la proporción entre las forzadas es de 24 por ciento, cuando entre las no forzadas es del 14%.

La violencia sexual en un poco mayor en la zona urbana, 6% vs. 4% en la zona rural. Pero se presenta con mayor intensidad en las grandes ciudades, Medellín 9%, Bogotá 8% y Cali 7%.

Finalmente, a manera de conclusión y como bien lo analiza la política, "**Salud para las mujeres, Mujeres para la Salud**": las mujeres no nos agotamos en lo biológico, en el aparato reproductor o en el cuerpo como un conjunto de sistemas y funciones. Pero más allá de buscar la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar la calidad de vida de las mujeres y de responder de manera integral a la problemática de salud que enfrenta la mujer, es necesario que este sector desarrolle una cultura de respeto absoluto por los derechos humanos de las mujeres. Porque ante todo, la mujer debe ser vista y tratada como una persona y como tal su integridad personal debe ser respetada. Es necesario reconocer su capacidad de sujeto autónomo, político y sociocultural que vive experiencias de su género que se reflejan en sus necesidades, intereses y prioridades, generalmente negadas y desvalorizadas.

