

AUTOR: GONZÁLEZ MONROY ANA DELIA

TÍTULO: EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO EN LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA VIDA Y LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA

CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

AÑO DE ELABORACIÓN: 2007

NÚMERO DE PÁGINAS: 99

FACULTAD: CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES

PROGRAMA: MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS

TÍTULO OBTENIDO: MAGÍSTRA EN ESTUDIOS POLÍTICOS

DESCRIPTORES: Estado Social de Derecho, Democracia, Derechos fundamentales, Mortalidad Materna y Derecho a la Salud.

RESUMEN DE CONTENIDO: Así como sucedió con la niñez, la juventud y la tercera edad, la maternidad fue objeto de especial protección en la Constitución de 1991 (art. 43), dada su estrecha relación con la dignidad de la persona humana consagrada en el Art. 1 de la Carta y la protección a la familia. Se tiene además que este artículo no tiene antecedentes normativos en la Constitución, ya que de manera expresa señala que la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación y que a más de ello, gozará de especial asistencia y protección del estado durante el embarazo y después del parto, comprometiéndose el mismo a subsidiarla alimentariamente si estuviere desempleada (C.P artículo 43), enumeración que armoniza con el Art. 13 de la norma superior que habla de la igualdad de todas las personas ante la ley y la vocación de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación alguna, incluido el sexo.

En esta nueva garantía, debe entenderse que el derecho a la salud de la mujer en embarazo, es un derecho inclusivo, que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada de su estado, sino también los determinantes subyacentes al mismo y a la salud, como el acceso al agua sana y potable y al saneamiento adecuado, el suministro adecuado de alimentación, nutrición y vivienda, condiciones ocupacionales y ambientales saludables y el acceso a la educación e información relacionadas con su estado, es decir, todo aquello que abarque la salud sexual y reproductiva.

No obstante tener el Estado Social de Derecho garantías para la protección de la maternidad y no solo de ella sino de los derechos fundamentales que le asisten a

todas las personas, es lamentable que en este escenario político y social, una mujer muera a causa del embarazo o del parto.

**EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO EN LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A
LA VIDA Y LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA**

ANA DELIA GONZÁLEZ MONROY

**PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
BOGOTÁ D.C.
2007**

**EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO EN LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A
LA VIDA Y LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA**

ANA DELIA GONZÁLEZ MONROY

**Tesis para optar al título de
Magíster en Estudios Políticos**

Asesor

**Jesús Carrillo Rodríguez
Doctor en Estudios Políticos
Docente Universidad Javeriana**

**PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
BOGOTÁ D.C.**

2007

Alejandro: Desde siempre, como siempre y para siempre.

Reina: Porque yo tengo un universo donde tu eres la Reina

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 EL SURGIMIENTO DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO.	17
2.2 EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y EL ESTADO DE BIENESTAR	19
2.3 MANIFESTACIONES DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO EN COLOMBIA	21
3. DEMOCRACIA, ESTADO SOCIAL DE DERECHO, DERECHOS FUNDAMENTALES Y MUJER	25
4. EL DERECHO A LA SALUD	42
4.1 EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA	43
4.1.1 El derecho a la salud como derecho fundamental.	45
4.1.2 El derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida digna.	46
4.2 LOS DERECHOS DE LA MUJER.	50
4.2.1 Los derechos de la mujer embarazada.	53
4.2.2 Derechos del que está por nacer – nasciturus.	55
4.2.3 Relación entre el derecho a la salud de la madre y del que está	

	por nacer.	57
5.	LA MORTALIDAD MATERNA	58
5.1	DEFINICIÓN	59
5.2	LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO	59
5.3	LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO	62
5.4	LA MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	64
5.5	LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA	66
5.6	LA MORTALIDAD MATERNA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	70
5.7	CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	71
5.8	LA MORTALIDAD MATERNA: ¿UN ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL?	75
6.	MARCO NORMATIVO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	78
6.1	POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	80
6.2	PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	82
7.	DISCUSIÓN	85
7.1	ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN EFECTIVA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA – PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	94
8.	CONCLUSIONES	97

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1.Tasas de mortalidad materna en Colombia (TMM).	68

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la reforma constitucional de 1991 introdujo un cambio significativo en la concepción del estado colombiano al calificarlo como “social de derecho” cuya finalidad primigenia radica en la consecución del bien común mediante el respeto a la dignidad humana y el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales, es necesario evaluar el impacto que dichos cambios han tenido en la protección de la vida y salud de la mujer embarazada como sujeto de atención especial, tanto en instrumentos internacionales como en el ordenamiento interno nacional.

Este estudio se propone identificar algunas diferencias que se consideran como una manifestación de la ineficiencia del Estado Social de Derecho frente a la protección de la mujer embarazada, utilizándose como referente las tasas de mortalidad materna que tiene el país, aún después de haberse expedido un nuevo ordenamiento constitucional garantista por demás, de los derechos de la mujer en aras de crear condiciones de igualdad real.

Se indicarán las políticas públicas vigentes que sobre mortalidad materna se han implementado en el país para dar atención efectiva al problema descrito, específicamente para el 2002 - 2006, como también se considerarán las causas de la misma y su relación con los postulados de la Constitución Política. Las deficiencias encontradas al igual que las causas que generan las altas tasas de mortalidad son consideradas una manifestación clara de la ineficiencia del estado social frente a la protección real de la mujer en embarazo, ya que estas corresponden a condiciones de desigualdad e inequidad en la prestación de los servicios de salud, las cuales son evitables e injustas.

En este sentido, se tiene que el Estado Social de Derecho se erige sobre los valores tradicionales de la libertad, la igualdad y la seguridad, pero su propósito principal es procurar las condiciones materiales generales para lograr su efectividad y la adecuada integración social.

Los factores asociados e inherentes a la salud sexual y reproductiva en general, y en particular los relacionados con la maternidad y el ejercicio de los derechos que de ella se derivan, muestran de manera directa, el nivel de desarrollo de un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afecta.

En lo que se refiere a la protección de la mujer embarazada, la mortalidad materna es uno de los mayores indicadores de desigualdad y desatención de los derechos que a ésta le corresponden. Se expresa entonces que mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, el nivel de desarrollo de un país es mayor; en este sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad materna tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país.

En este contexto, vale la pena analizar la eficiencia del Estado Social de Derecho frente a la protección de la mujer embarazada, ya que el ordenamiento jurídico constitucional vigente apunta a la disminución efectiva de aquellas circunstancias que manifiestan expresamente la inequidad y la desigualdad de esta población frente a la consagración y efectividad de los derechos que en la Carta Política se señalan, agregando que el tema de la protección de la mujer embarazada desde la órbita del Estado Social de Derecho como garantista de una sociedad más justa e igual, no se ha abordado.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El artículo 1 de la Constitución Política, consagra que Colombia es un Estado Social de Derecho donde se señalan como sus cimientos, la protección de los derechos fundamentales, el respeto a la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Esta nueva fórmula se constituye así, en el justificable moral y político del mismo estado, pues se esfuerza adicionalmente, por la realización de los derechos sociales fundamentales como la alimentación, la vivienda, la educación, la salud, la seguridad social etc., buscándose de esta manera, favorecer el ejercicio de la libertad y la igualdad reales y no meramente formales. Así, en materia de protección y promoción, no existe diferencia alguna entre los derechos de primera, segunda y tercera generación.

Bajo esta concepción, el nuevo ordenamiento constitucional le da prevalencia al hombre como sujeto de derechos, ya que procura satisfacer por intermedio de su administración, las necesidades básicas insatisfechas de los individuos; distribuye bienes y servicios que permiten el logro de un estándar de vida más elevado, convirtiendo a los derechos económicos y sociales en conquistas en permanente realización y perfeccionamiento, en donde el estado se despliega en programas de acción, que derivan en si mismo de la Constitución y no de la ley, vinculando por ello, al ejecutivo, al legislador y al poder judicial.

Dentro del marco de los derechos sociales y económicos, le da importancia a la familia y especial protección a la mujer y a los niños, consagrando a su vez, la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, sometido a la dirección, coordinación y control de Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que la misma ley establece

(C.P artículo 48 Inciso 1), reconociéndolo correlativamente a todos los habitantes del territorio nacional y cuya efectividad debe garantizar el Estado (C.P artículo 48 inciso 2°).

Así como sucedió con la niñez, la juventud y la tercera edad, la maternidad fue objeto de especial protección en la Constitución de 1991 (art. 43), dada su estrecha relación con la dignidad de la persona humana consagrada en el Art. 1 de la Carta y la protección a la familia. Se tiene además que este artículo no tiene antecedentes normativos en la Constitución, ya que de manera expresa señala que la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación y que a más de ello, gozará de especial asistencia y protección del estado durante el embarazo y después del parto, comprometiéndose el mismo a subsidiarla alimentariamente si estuviere desempleada (C.P artículo 43), enumeración que armoniza con el Art. 13 de la norma superior que habla de la igualdad de todas las personas ante la ley y la vocación de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación alguna, incluido el sexo.

En esta nueva garantía, debe entenderse que el derecho a la salud de la mujer en embarazo, es un derecho inclusivo, que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada de su estado, sino también los determinantes subyacentes al mismo y a la salud, como el acceso al agua sana y potable y al saneamiento adecuado, el suministro adecuado de alimentación, nutrición y vivienda, condiciones ocupacionales y ambientales saludables y el acceso a la educación e información relacionadas con su estado, es decir, todo aquello que abarque la salud sexual y reproductiva.

No obstante tener el Estado Social de Derecho garantías para la protección de la maternidad y no solo de ella sino de los derechos fundamentales que le asisten a todas las personas, es lamentable que en este escenario político y social, una mujer muera a causa del embarazo o del parto.

En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta de manera definitiva los indicadores de mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas, y debilidades en la gestión que se traducen, de manera notoria, en deficiencia para la prestación de servicios de calidad, dificultades para el acceso, e institucionalización de prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. Aquí los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son el bajo nivel de escolaridad, la pobreza, la residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado, el desplazamiento forzado, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, entre otros¹. A su vez, todos estos factores se relacionan con aspectos económicos, sociales y culturales que tienen incidencia en los indicadores de mortalidad materna.

En este panorama, vale la pena preguntarse ¿El estado social de derecho ha cumplido eficientemente con la protección de la vida y la salud de la mujer embarazada?

A pesar de las dificultades que se tienen a nivel nacional y local para el registro real de las muertes maternas (imprecisión de los registros de defunción, partos en casa, subregistros, no identificación de las causas de mortalidad materna, diversidad de fuentes), aquí se tomarán en cuenta, los datos del Ministerio de la Protección Social y del Instituto Nacional de Salud² de acuerdo con el cual, la razón de mortalidad materna en Colombia para el 2005, había pasado del 63.5%

¹ Boada, C. L. y Cortés Benítez M. (2003), *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*. Bogotá. Profamilia

² Se trata del Informe Quincenal Epidemiológico Nacional del 15 de marzo de 2007. Volumen 12, Número 5.

al 68%, siendo este referente el que se tendrá en cuenta para la presente investigación.

Bajo esta perspectiva de derechos y de obligaciones asumidas por el Estado con fundamento en instrumentos internacionales, vemos que no ha sido suficiente el despliegue de las políticas nacionales para enfrentar la mortalidad materna, ya que la tasa de mortalidad antes referida, continúa siendo alta en relación con cifras de años anteriores para el país y en relación con tasas de países latinoamericanos como Chile (17.3), Costa Rica (36.3), Panamá (43.0) para el 2004³.

Estudiar el Estado Social de Derecho en relación con la protección efectiva de la vida y la salud de la mujer embarazada, toma importancia habida cuenta el Constituyente consagró de manera expresa su protección y cuidado a cargo del Estado, sumando a ello, el hecho de que las mujeres tienen el derecho de recibir una atención de salud reproductiva integral que incluya planificación familiar, educación, nutrición y servicios básicos de salud, lo que a su vez les asegura el derecho a la vida, libertad y seguridad, salud, protección de la maternidad, y la búsqueda de estándares de equidad.

En el presente trabajo se asume el concepto de Estado Social de Derecho como aquel que procura satisfacer, por intermedio de su brazo administrativo, las necesidades vitales básicas de los individuos, distribuye bienes y servicios que permiten el logro de un standard de vida más elevado, convirtiendo a los derechos económicos y sociales en conquistas en permanente realización y perfeccionamiento. Se considera entonces que la mortalidad materna será el reflejo de la aplicación y efectividad constitucional de los derechos y garantías legalmente reconocidos para toda mujer.

³ Organización Panamericana de la Salud (2006), *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006*. Washington. OPS.

El estudio hace parte del proyecto de investigación: “El Estado Social de Derecho en la protección del derecho a la vida y salud de la mujer embarazada” cuyo objetivo es analizar la mortalidad materna desde la órbita del Estado Social de Derecho Constitución Política de 1991, con miras a establecer si el nuevo ordenamiento constitucional ha sido eficaz en la protección del derecho a la vida y la salud de la mujer embarazada. El proyecto empleará diferentes fuentes de información como la jurisprudencia de la Corte Constitucional, documentos especializados sobre los temas a tratar, como también estadísticas vigentes para el país y para Latinoamérica dadas por la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Protección Social y Profamilia, tomándose como referente la primera.

Se inicia el proceso de investigación tomando como referente la evolución del Estado Social de Derecho y las características del mismo referidas especialmente a la protección de la mujer embarazada en los ámbitos de derecho a la vida y a la salud, sumándose además, la mortalidad materna como problema de salud pública y como manifestación clara de la ineficiencia del estado colombiano.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL SURGIMIENTO DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO.

Como precursor de la idea del Estado Social suele citarse al alemán Lorenz Von Stein, quien había dicho en el siglo XIX que el haber terminado la época de las revoluciones políticas implicaría comenzar la de las reformas sociales, afirmando la distinción entre sociedad y estado, en el sentido de que el segundo tiende al desarrollo de la personalidad del individuo, mientras la sociedad tiende a la miseria, servidumbre de la personalidad debido a las relaciones de propiedad: la dominación de las cosas se trastoca en la dominación de las personas⁴.

No obstante lo anterior, fue en realidad Hermann Héller quien formuló el concepto de Estado Social de Derecho en la década de los treinta (siglo XX), enfrentándose con ello, a la crisis que vivía el estado de derecho y la democracia. En este contexto, Alemania tiene que culminar y superar primero la dictadura nazi para finalmente acoger la forma de estado social de derecho en la Constitución de Bonn de 1949. Aquí no se concibe el abandono del estado de derecho formado sobre el positivismo jurídico, sino que por el contrario, busca fortalecerse con un contenido económico – social tendiente a una mejor distribución de bienes y servicios, dando mayor importancia al individuo que hasta entonces es concebido solamente como un ser libre e igual. En España, esta nueva fórmula se adoptará en la Constitución de 1978, no obstante tener como antecedente en lo social, la Carta de 1931.

⁴ Younes Jerez, S. (2005), *Estado Social de Derecho*, Bogotá, Ediciones Jurídicas Ibáñez.

La teoría del estado del siglo XIX y principios del XX partía de la idea del ciudadano como persona adulta, letrada, propietaria, generalmente masculina, y libre frente al poder público. Desde esta perspectiva, la sociedad era autónoma para el aseguramiento de su reproducción material y cultural, por lo que el Estado estaba prioritariamente destinado a proteger a las personas frente a peligros internos y externos por medio de la policía, el ejército y la justicia. No obstante, la recesión económica de la primera posguerra y la expansión de las ideas socialistas, acompañadas de reacciones de corte igualitario dentro de las doctrinas liberales y conservadoras, así como la creciente industrialización y tecnificación de las sociedades, vinieron a dejar en claro hasta qué punto el ser humano no es realmente libre e igual debido a limitaciones naturales y sociales, dentro de las cuales sobresalen las económicas.

Es por ello que se acepta que, en muchos casos, la libertad y la igualdad requieren para su realización de medidas, acciones, prestaciones, servicios, que la persona, por sí misma, no puede asegurar. El Estado de derecho evolucionó así, de un estado liberal democrático a uno social, también democrático, animado por el propósito de que los presupuestos materiales de la libertad y la igualdad para todos estén efectivamente asegurados⁵.

En estos términos, el Estado Social de Derecho, significó el ajuste del estado tradicional – de derecho – a las nuevas condiciones en que se desarrollaba la sociedad europea, ya que no eran solo “nuevos problemas” sino que también crecían paralelamente las posibilidades tecnológicas para su atención, convergiendo en este proceso, ideas socialistas de la tradición liberal y del pensamiento social cristiano.

⁵ Colombia, Corte Constitucional (2001, octubre), “Sentencia C-1064” [en CD], M. P.: Cepeda Espinosa J. M. y Córdoba Triviño J., Bogotá.

2.2 EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y EL ESTADO DE BIENESTAR

El concepto de Estado de Bienestar (Welfare State) comienza a adquirir relevancia en los países en procesos de industrialización en Europa Occidental especialmente y en Norteamérica, después de la II Guerra Mundial, consolidándose en el período comprendido desde la segunda posguerra hasta principios de la década del setenta. Durante este proceso, se hace un intento por desarrollar un nuevo capitalismo, que dependía entonces del uso y expansión del crédito para evitar o controlar el proceso de crisis que se había manifestado en los años treinta después de la Gran Depresión. Implicó en consecuencia, la intervención del Estado sobre la sociedad, ya que buscó corregir los desajustes económicos y las desigualdades producidas por el capitalismo.

Esta noción se consolidó con el perfeccionamiento de los sistemas de seguridad social, el desarrollo de la tributación progresiva y la asunción de políticas fiscales y monetarias, acorde al modelo keynesiano, lo que generó un aumento significativo en el gasto público especialmente, en el gasto social: salud, educación, sistema pensional, protección al desempleado etc. Es el estado quien asume las obligaciones de prestación y asistencia a aquellos que estuvieran menos favorecidos. Pareciera entonces que el Estado es el único capaz de aplicar los correctivos necesarios para salvaguardar el capitalismo de las agudas crisis que le asisten.

No obstante tener el estado de bienestar una orientación de política económica y social, construida sobre la promoción de los beneficios sociales a favor de los sectores marginados a través de la construcción de obras públicas, de subsidios a las actividades de producción y en la extensión de servicios gratuitos, terminó en muchos casos, en agudas crisis fiscales, siendo algunas veces contradictorio, en tanto que transfería mayor poder a las personas o grupos que ya lo tenían

quienes eran en algunos casos, contratados por el Estado para la prestación de los servicios que este atendía, sumando a ello, el crecimiento del aparato burocrático administrativo y su ineficiencia para resolver los problemas existentes.

Por su parte, el estado social de derecho, con sus características de propiedad privada de los medios de producción, libertad de empresa, iniciativa privada e intervencionismo estatal, está orientado según un contenido humano y por la aspiración de alcanzar los fines esenciales de la organización social. Por ello, el ordenamiento jurídico consagra tanto derechos programáticos, que dependen de las posibilidades presupuestales del país, como derechos prestacionales⁶ que dan lugar - cuando se cumplen los requisitos para ello - al ejercicio de un derecho público subjetivo en cabeza del individuo y a cargo del Estado.”⁷

Cabe resaltar, pues, que a diferencia del Estado de Derecho que atiende exclusivamente a un concepto formal de igualdad y libertad, en el Estado Social de Derecho la igualdad material es determinante como principio fundamental que guía las tareas del Estado con el fin de corregir las desigualdades existentes, promover la inclusión y la participación y garantizar a las personas o grupos en situación de desventaja el goce efectivo de sus derechos fundamentales.

De esta forma, el Estado Social de Derecho busca realizar la justicia social y la dignidad humana mediante la sujeción de las autoridades públicas a los principios, derechos y deberes sociales de orden constitucional, pues amplía su concepto en cuanto integra aspectos políticos, económicos, jurídicos y sociales.

⁶ Colombia, Corte Constitucional (1992, junio), “Sentencia T-427” [en CD], M.P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

⁷ Colombia, Corte Constitucional (1992, septiembre), *Sentencias*, “Sentencia T-533”, M.P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

2.3 MANIFESTACIONES DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO EN COLOMBIA

El Estado social de derecho, se proyecta en la Constitución, en primer término, en la consagración del principio de igualdad y en su consecuencia obligada: los derechos sociales y económicos y en la prestación de los servicios públicos. En segundo término, a través de los derechos de participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación, que se compendian en el principio democrático y gracias al cual se socializa el Estado y las diferentes instancias de poder dentro de la comunidad. El avance del Estado social de derecho, postulado en la Constitución, no responde al inesperado triunfo de ninguna virtud filantrópica, sino a la actualización histórica de sus exigencias, las cuales no son ajenas al crecimiento de la economía y a la activa participación de los ciudadanos y de sus organizaciones en el proceso democrático⁸.

En este sentido, las manifestaciones del Estado Social de Derecho se dan en la dimensión política, económica y social que la misma Carta Política consagra. Por ello, una de los cambios operativos que soportan al Estado Social, reside especialmente, en atribuir a los poderes públicos así constituidos la consecución de los fines y cometidos del mismo estado, en beneficio de la sociedad mediante el reconocimiento efectivo de los derechos que les asisten.

En la Carta Política nuestra, estas manifestaciones se dan principalmente sobre la construcción constante de una sociedad justa en donde prime la igualdad y la dignidad humana. (Preámbulo y artículos 1, 2, 13, 42 a 50, 363 y 366 C.P.). Este reconocimiento supone la superación del concepto formal de Estado de Derecho, que circunscribe su actuación al imperio de la ley especialmente. Esta superación

⁸ Colombia, Corte Constitucional (1995, noviembre), *Sentencias*, "Sentencia C-566", M.P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

implica una nueva concepción de los derechos fundamentales y su protección efectiva; la división del poder público como consecuencia de esta nueva reformulación de derechos; la responsabilidad de las autoridades frente al aseguramiento de los derechos y deberes de todos; la categorización de los poderes sociales como poderes políticos dentro del Estado y la interacción real entre estado y sociedad.

En este orden de ideas y atendiendo el desarrollo jurisprudencial constitucional, se tienen entre las manifestaciones concretas del principio fundamental del Estado Social de Derecho, por citar algunos, los mandatos generales dirigidos a promover la igualdad real y efectiva mediante la adopción de medidas a favor de grupos marginados o discriminados (artículo 13 inciso 2 C.P.); la protección especial a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta (artículo 13 inciso 3 C.P.); la protección a la mujer embarazada, a la mujer cabeza de familia, a la niñez, a los adolescentes, a las personas de la tercera edad, a los discapacitados, a los pensionados y a los enfermos (artículos 43 a 49 C.P.); el apoyo a los desempleados (artículo 54 C.P.) y la promoción del pleno empleo así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de menores ingresos (artículo 334, inciso 2); y, en general, el dar prioridad sobre cualquier otra asignación al gasto social para la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales (artículo 366 C.P.).

La interpretación del principio fundamental del Estado Social de Derecho y de los preceptos constitucionales que lo concretan, permite concluir que dicha concepción se sustenta en la justicia distributiva; ya que en contraposición con el estado de derecho que asignaba derechos, el segundo distribuye bienes jurídicos de contenido material, aquél era legislador mientras éste es gestor, convirtiéndose por ello, en el mayor protector de la sociedad, ya que corresponde al estado

social, adoptar las medidas necesarias para asegurarle al hombre, las posibilidades de existencia que por sí solo, no puede darse.

Al respecto ha dicho la Corte Constitucional: “El artículo 1 de la Carta define al Estado colombiano como un Estado social de derecho, de lo cual se desprende el deber de especial protección a los grupos más débiles y vulnerables de la población (C.P., artículo 13), así como la consagración de un importante catálogo de derechos económicos, sociales y culturales (C.P., artículos 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 65, 66, 67, 70 y 71). Adicionalmente, la Carta le confiere una incuestionable prioridad al gasto social (C.P., artículo 350) y le adjudica tareas sociales a las autoridades públicas (C.P., artículo 366) entre otras.”⁹

En otro aspecto se tiene que para la efectiva concreción del principio de Estado Social de Derecho, existe para los asociados la obligación del pago de tributos, en aras de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro del concepto de justicia y equidad (artículo 95 inciso 3 numeral 9 C.P), deber que se desprende así mismo del principio de solidaridad que pregonan el citado artículo 1 constitucional. Aquí, distintos sectores de la sociedad asumen cargas públicas adicionales para permitir que aquellos sectores marginados puedan paulatinamente, tener acceso al goce y disfrute de los beneficios dados por el progreso y superar de esta manera, las crecientes desigualdades.

En estas condiciones, el Estado Social de Derecho opera como una obligación para el legislador y el operador jurídico ya que en el ejercicio de sus funciones, deben atender la justicia y la equidad, sin que ello afecte el margen de operación de las autoridades elegidas popularmente.

⁹ Colombia, Corte Constitucional, (2000 agosto), (Sentencia T-1083), M.P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

Adicional a ello, la Corte Constitucional ha reiterado que el Estado Social de Derecho no impone un modelo económico o social, pero que tampoco es indiferente a la realización de valores como el orden social justo y la dignidad humana, dejando libre a la potestad legislativa radicada en cabeza del Congreso y de diseño de programas de gobierno atribuida al Ejecutivo, y busca conciliarla con los contenidos materiales que la propia Constitución consagra y que vinculan a todas las autoridades públicas. Por ello, el legislador, por ejemplo, puede intervenir en la economía y la sociedad mediante normas generales a las cuales debe sujetarse el Gobierno (artículo 150 numeral 19 C.P.), de forma que asegure los objetivos propios del Estado Social (artículo 1 C.P.). No obstante lo anterior, la omisión legislativa de dictar las normas generales llamadas a regular las relaciones de trabajo (artículo 53 C.P) y de intervención estatal en diversos ámbitos de la vida económica y social, (artículos 150 numeral 21 y 334 C.P.) no puede tener como efecto que el principio de Estado Social de Derecho quede simplemente escrito. El principio de inmunidad de los derechos constitucionales impide este resultado. Por ello, ante circunstancias omisivas debe darse aplicación directa a los preceptos constitucionales.

3. DEMOCRACIA, ESTADO SOCIAL DE DERECHO, DERECHOS FUNDAMENTALES Y MUJER

En Colombia, las instituciones democráticas y constitucionales han sido en la mayoría de los casos esencialmente formales, es decir, han existido siempre en el papel, sin alcanzar una vigencia significativa en la realidad, no obstante haberse sometido la estructura política del estado a un estado de derecho en principio y social después de una reforma constitucional. Es decir, el fortalecimiento de las instituciones políticas y jurídicas ha obedecido principalmente a la realización real de los principios y valores democráticos y constitucionales, lo que ha implicado un nuevo discurso político - humanista - por así decirlo, para el Estado, que sin ser novedoso son un imperativo moral y jurídico para éste.

Así, en esta breve reflexión presentaré de una manera sencilla y muy general los componentes básicos de la democracia para luego, dar cuenta del desarrollo del estado social de derecho y de la evolución de los derechos fundamentales como parte integrante del orden jurídico mundial, para terminar luego con la importancia del componente “mujer” en el contexto jurídico social actual.

Para comenzar, vasta señalar que la democracia ha sido un tema recurrente en los estudios políticos, especialmente. Desde la antigüedad clásica – Platón y Aristóteles – hablaban de democracia bajo un solo nombre: ya que al ser la peor forma de gobierno entre las mejores junto con la monarquía y la aristocracia y de las mejores formas de gobierno entre las peores junto con la tiranía y la oligarquía, adquiere la misma categorización en términos de que en su versión buena o mala no presenta mayores variaciones, como sí ocurriría entonces con la monarquía en donde el gobierno de un solo en su versión buena es el mejor y en su modalidad mala es el peor. Cabe aclarar que Aristóteles utiliza el término “politeia” para

denominar “forma de gobierno”, que tradicionalmente es traducido como constitución. Es decir, constitución y gobierno significan lo mismo. De todas formas, la democracia para este período histórico se traduce en el ejercicio del poder de los comunes - los demos - (población masculina libre) reunidos en ciudades - polis -, es decir, en un estado fundado sobre la asamblea del pueblo¹⁰.

No obstante ello, la democracia antigua desarrollada especialmente en Atenas, reconoce los principios de libertad, igualdad y de mayorías, que se hacen visibles específicamente en la posibilidad que tenía cada uno de expresar las opiniones sobre la conducta de la ciudad, opiniones que son puestas todas en el mismo nivel de igualdad. Sumado a ello, el ciudadano ateniense reclama para si la isonomía o igualdad ante la ley, en tanto que a más de votar, está en capacidad de desempeñar los cargos de magistrado o juez mediante designación que por sorteo se hiciera, debiendo estar siempre dispuesto y en capacidad de servirle al estado para cuando este lo requiriera. En cuanto al derecho de “mayorías”, vemos que este era más teórico que real, ya que las decisiones estaban en manos de un grupo muy reducido de ciudadanos, no se incluían vastos sectores de la población como extranjeros, mujeres, esclavos etc.

Sin embargo, la democracia directa como práctica política fue en realidad un período corto si se ubica dentro del contexto de la historia universal, es decir, las manifestaciones democráticas así concebidas fueron incipientes, ya que los largos e intermitentes procesos políticos de Europa y occidente tardaron veinte siglos para retomar el tema con la estructura que hoy conocemos, su construcción política ha sido histórica, ya que es durante el renacimiento donde surgen las primeras manifestaciones intelectuales del hombre europeo sobre las formas de gobierno a la par, sea dicho, del resurgimiento del concepto de estado.

¹⁰ Bobbio, N. (2001), *La teoría de las formas de gobierno en la historia del pensamiento político*, México, Fondo de Cultura Económica.

El renacimiento trae consigo grandes cambios a lo largo del siglo XVI, especialmente en los dominios del arte, la ciencia, la religión, la geografía, la economía y el pensamiento filosófico, cuya principal preocupación es el hombre como hacedor de su propio destino, es la posición del hombre como ser racional frente al mundo y frente a si mismo, valoraciones estas que se denominaron humanismo. Este proceso, que se ve reflejado en todas las manifestaciones artísticas – el hombre se reinventa para y por el arte – incluye también a la religión en donde se sufren la reforma protestante y la contrarreforma, la geografía en donde se presenta especialmente el descubrimiento de América, hechos que generan en el hombre europeo, grandes expectativas de expansión y crecimiento no solo económico sino cultural que explota gracias al colonialismo, trayendo consigo la transformación de la economía. Llega entonces la implantación de sistemas financieros y el nacimiento del capitalismo y del mercantilismo que facilitan que la economía - ya no agraria -, sino dineraria basada en la acumulación de capitales, fortalezca la clase burguesa y sus aspiraciones: no se trata solamente del capital sino de la injerencia y manejo de los asuntos públicos.

Este nuevo fenómeno hace que el estado (monárquico) y los capitalistas privados, organicen en un sistema más racional (normativo) el trabajo, llevando consigo la adopción de codificaciones romanas como medio para brindar a cada una de las partes, cierta seguridad legal. Cabe agregar que la mercantilización de la economía y el continuo crecimiento de las ciudades ayudaron a que la burguesía fuera siendo desplazada por el mismo sistema que había ayudado a formar, lo que les permite a su vez, adoptar una posición crítica frente al sistema feudal de la sociedad como estado absolutista, antagonismo que toma fuerza en los siglos XVII y XVIII, especialmente en este último por cuanto aparecen los soportes filosóficos e ideológicos que necesita para conquistar el poder y así tomar el control del estado¹¹.

¹¹ Naranjo Mesa, V. (1995), *Teoría Constitucional e Instituciones Políticas*, Santa Fe de Bogotá. Temis.

La revolución intelectual descrita, profundiza sus raíces en el humanismo renacentista y más recientemente en los avances científicos, el empirismo y el racionalismo del siglo XVII y sus figuras más notables: el racionalismo de Descartes, el constitucionalismo de Sir E. Coke, el liberalismo de Locke y de Montesquieu, la filosofía moderna de Leibniz, Spinoza, las nuevas leyes físicas de Newton, etc. Se pretende iluminar críticamente con la luz de la razón, todo el conocimiento humano, despojándolo de las imposiciones intelectuales de la religión, la tradición o la autoridad, heredados del pasado. Sólo la especulación racional combinada con la experiencia de los sentidos podía llevar al hombre a un mejor conocimiento de sí mismo y del mundo natural. En este movimiento se derivó igualmente el rechazo continuo a las religiones reveladas y dogmáticas y las jerarquías eclesiásticas tradicionales, a favor de la tolerancia, y la libertad de espíritu. Fue un cuestionamiento claro al orden establecido.

No obstante haber tenido una notable ingerencia en la concepción moderna del mundo, es quizá, en el pensamiento político donde la Ilustración toma mayor fuerza, especialmente con Voltaire historiador y filósofo, ya que su espíritu y sus obras reflejaron siempre una independencia y sentido crítico que le valieron la admiración en Europa. Opuesto frontalmente al principio de autoridad en que se basaban tanto el absolutismo como la Iglesia, predicó la tolerancia y la educación como motor de progreso, sin dejar de lado su deísmo y cierto conservadurismo social. Posición similar fue asumida por Montesquieu quien al ser miembro de las clases privilegiadas del antiguo régimen, no pretendió desmontar dicho sistema sino corregir sus defectos para mejorar su funcionamiento. En 1748 en "Del Espíritu de las Leyes" propugnó por la estricta separación de los tres poderes del Estado. Rousseau por su parte, abogó por la defensa de la libertad individual y la democracia. En el "Contrato Social" (1762) defiende la bondad natural del hombre, señalando que para que ésta se mantenga, la sociedad debería transformarse y garantizar la libertad e igualdad de todos los hombres, mediante un contrato social

de todas las voluntades individuales, expresión de la voluntad general y origen de la soberanía y la ley.

Entre este movimiento surgen teóricos y teorías que buscan la maximización del hombre en todos sus componentes: los fisiócratas propenden por la fe que debe tenerse en la bondad de los hombres; el liberalismo económico habla de una ética basada solo en el interés individual; el sensualismo, sostiene que la libertad consiste en obrar según la determinación de la propia voluntad y que la sabiduría del hombre está limitada por los sentidos; el utilitarismo agrega que el único fin del hombre es el logro del mayor placer posible y que en esa medida la mayor felicidad de todos es a la vez, la norma del bien social y el objeto de toda acción moral. Al final, Benjamín Constan fortalece el discurso político ideológico sobre las libertades individuales, trazando con ello, la forma jurídica racional que debe asumir el Estado liberal basado en la supremacía de la constitución, en el régimen representativo y en la separación de poderes, sin que se obvие en parte alguna el papel del gobernante; marcando así el punto de partida de la concepción liberal del Estado.

John Stuart Mill, por su parte supone que el bienestar social concierne a todos los hombres de buena voluntad, considerando la libertad, la integridad y el respeto a la persona como bienes intrínsecos del ser humano, señalando además que la amenaza real de las libertades individuales no están dadas por el Estado sino por hombres intolerantes; añade que detrás de un gobierno liberal tiene que haber una sociedad liberal, pregonando el principio de representación proporcional, abriendo las puertas a la democracia liberal que otrora estaba restringida. Alexis de Tocqueville en “La Democracia en América” describe el proceso de democratización de la sociedad occidental y el avance de la igualdad de condiciones, buscando siempre armonizar la democracia y la libertad con la igualdad.

Cabe agregar que el proceso de “democratización” derivado del renacimiento se nutre igualmente de las revoluciones que como consecuencia del ideal liberal se presentan en Europa (Inglaterra y Francia especialmente), Estados Unidos e Hispanoamérica. Valga hacer énfasis en la Revolución Francesa que el 26 de agosto de 1789 le dio una nueva fuerza al constitucionalismo con la Declaración de los Derechos del Hombre, continuándose así la lucha por implantar el régimen democrático en el resto del mundo.

En este contexto, los pensadores dan un duro golpe al régimen autoritario vigente al establecer la teoría del contrato social, según el cual el Estado era una creación de los hombres en sociedad, que decidían libremente dotarse de un instrumento político que regulase su convivencia, cediendo parte de su libertad individual a cambio de una seguridad colectiva, minando así los cimientos de las monarquías (derecho divino) a favor del principio de soberanía popular.

En las gestas libertadoras de los países hispanoamericanos, después de haberse logrado la independencia, se continúa con la ideología francesa en tanto que se consigna en las constituciones republicanas. Ello no quiere decir, que estos procesos políticos se hayan quedado como en un principio, a la par con estas nuevas ideologías, continuaron las luchas y guerras civiles.

Más allá del proceso histórico que se da como antesala de la democracia liberal, se tiene que ésta en principio es mas formal que real, valga decir, está delimitada o restringida a la toma de decisiones por aquellas minorías letradas y adineradas que actuando como voceros de las minorías – que paradójicamente son la mayoría – mediante un voto estrictamente calificado decide la suerte de las demandas de éstos. En estas condiciones los derechos de las minorías (mayorías) eran casi nulos a pesar de contar con más libertades, el límite real estaba dado por sus precarias condiciones económicas y sociales.

No obstante ello, surge a comienzos del siglo XX el estado de bienestar como respuesta a las demandas sociales. Determinado por el movimiento obrero europeo, las reivindicaciones populares provenientes de las revoluciones Mexicana y Rusa, las innovaciones introducidas por la Constitución de Weimar, la época del New Deal en Estados Unidos, sirve para que el estado liberal se convierta en un aparato político administrativo distinto capaz de llevar a cabo los cambios de la dinámica social vigente. Aparece entonces el estado social como medio para garantizar estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, etc.¹²

En este escenario, la referencia que se hace del estado de derecho sumado al concepto social, implica una forma estatal de gobierno limitado por las normas, asociado además con un régimen político comprometido con la vigencia de la libertad y los derechos fundamentales, la primacía de la persona, los valores de solidaridad y justicia: un régimen político democrático.

Considerando los antecedentes descritos, un verdadero régimen democrático se erigiría, al menos formalmente sobre: 1.- El principio de soberanía popular; 2.- Garantía real del ejercicio de las libertades públicas y los derechos individuales; 3.- Existencia de pluralidad de partidos políticos; 4.- Separación real y efectiva de funciones entre las ramas del poder público; 5.- Que la organización jurídico legal del Estado atienda el respeto a la jerarquía de normas – principio de legalidad – , sin que estos principios sean exclusivos o excluyentes ya que como se verá a continuación, en el ordenamiento constitucional nuestro, surgen otras condiciones que sin ser tales en estricto sentido, ayudan a construir una nueva democracia constitucional.

¹² Durán, V. (2001), “Estado Social de Derecho, Democracia y Participación”, [en línea:], disponible en: <http://www.atal.org/movimiento/11.htm>, recuperado: 7 de febrero de 2007.

Bajo esta construcción político jurídica, el concepto democrático implica entonces que los titulares del poder público ejercerán tal poder en virtud de la voluntad de los ciudadanos; que los ciudadanos pueden intervenir directamente en la toma de decisiones a través de los mecanismos que la misma Constitución y la ley establecen; que a más de ello, pueden concurrir a elegir sus representantes y lo que es más importante, que la voluntad de las mayorías no puede llegar al extremo de desconocer los derechos de las minorías ni los derechos fundamentales de los individuos¹³. Este nuevo pensamiento, reconstruye la democracia a partir de la importancia que tienen los derechos fundamentales, los fines, obligaciones y principios que orientan al Estado.

En Colombia la Constitución de 1991, declaró en su artículo 1, que el país era un Estado Social de Derecho y que adicional a ello, su legitimidad derivaba de la democracia. Sobre estos pilares, definió principalmente su esencia ya que el calificativo “derecho” le significa el sometimiento del Estado al ordenamiento jurídico, principalmente a la Constitución misma, lo que redundará así mismo en un Estado de Derecho Constitucional. Con el término “social” indicó que la acción del Estado debe estar dirigida a garantizar a los asociados condiciones de vida digna, es decir, que actúe constantemente para hacer menos posibles las desigualdades sociales existentes y para ofrecerle a todos las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales.

Bajo esta nueva filosofía política, el mandato democrático que establece la Constitución y que regula las relaciones entre el Estado y los particulares se desarrolla en un marco jurídico democrático participativo y pluralista (C.P. art. 1); en un estado que tiene como uno de sus fines esenciales el de facilitar la participación de todos en las elecciones que los afectan y en la vida económica, política y administrativa y cultural de la Nación (C.P. art. 2); en los principios de

¹³ Colombia, Corte Constitucional (1998, diciembre), “Sentencia SU-747” [en CD], M. P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

soberanía popular (C.P. art. 3); en la primacía de los derechos inalienables de la persona (C.P. art. 5); en la diversidad étnica y cultural (C.P. art. 7) y en el respeto a la autodeterminación de los pueblos (C.P. art. 9), identificándose así el sistema jurídico nacional y el carácter democrático y participativo que está vigente en los distintos escenarios de la vida política y social del país.

Pero el ordenamiento constitucional nuestro va más allá al momento de definir el carácter democrático del Estado, ya que reafirma para los asociados, el derecho a la igualdad, la libertad de expresión, el derecho de petición, el derecho de reunión, el derecho de información o el derecho de acceder a los documentos públicos, entre otros, que permiten a los ciudadanos una mayor participación en el diseño y funcionamiento de las instituciones públicas, fortaleciendo incluso, los mecanismos de protección de los derechos fundamentales, especialmente la acción de tutela (C.P. art. 86)¹⁴.

Sin embargo al tratarse de una democracia constitucional añadida al carácter representativo y participativo, hace especial énfasis en la dignidad humana como pilar esencial de su continua construcción. El reconocimiento de la dignidad humana como piedra angular de los modernos sistemas sociales conduce a la afirmación del carácter personalista del Estado, una concepción en la que la persona humana es el fin que se ha de realizar, valiéndose para ello del Estado y del derecho como instrumentos y no como fines en sí mismos y mucho menos como entidades dotadas de unos atributos que sólo le asisten a ella¹⁵.

Retornando a la historia, vemos que en el Estado Liberal los derechos fundamentales se limitaban a aquellos que estuvieran enunciados como tales en textos definidos para el efecto. Esta posición aunque permanente fue duramente

¹⁴ Colombia, Corte Constitucional (1994, marzo), “Sentencia C-089” [en CD], M. P.: Cifuentes Muñoz, E., Bogotá.

¹⁵ Colombia, Corte Constitucional (2003, abril), “Sentencia T-299” [en CD], M. P.: Córdoba Triviño, J., Bogotá.

criticada a mediados del siglo XX, bajo el argumento de que no bastaba un buen cúmulo de derechos si no se tenía en cuenta su proceso de aplicación. El problema real de tales derechos está en la relación que pueda establecerse entre ellos y no en la mención que se haga de los que son o no, es decir, su aplicación: cuales son los criterios de interpretación que deben tenerse en cuenta y la aplicación de las normas para hacerlos efectivos, no se trata pues, de los derechos formal, sino materialmente considerados. En esta concepción, la importancia de la definición de derechos fundamentales no está dada en que a priori se haga tal valoración; su prevalencia será determinada por una autoridad judicial en tanto que primero son los hechos que el derecho y la interpretación de estos derechos se harán acorde con la realidad social en donde los mismos se den o se vulneren¹⁶.

Contrario sensu, la democracia constitucional se fortalece en la medida en que cada instancia pública de decisión tome como guía única la afirmación de atributos que como derechos fundamentales le corresponden al hombre cuyo fin último es la confirmación de su dignidad. Aquí los límites del poder (dados por la Constitución y la ley), la división y equilibrio de los poderes públicos, buscan que el estado y su poder no lesione al ciudadano en ninguna de sus esferas, garantizándole en consecuencia, su defensa por un sistema judicial.

En este sentido, los derechos humanos tienen un contenido dinámico e inacabado, es decir, están siempre en constante evolución y en esta medida, nuevos derechos van siendo reconocidos e incorporados como fundamentales.

De la mano del modelo de Estado Social de Derecho van los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, no existiendo lugar para diferenciaciones entre derechos de primera, segunda y tercera generaciones

¹⁶ Colombia, Corte Constitucional. (1992 junio), (Sentencia T-406), M. P.: Angarita Barón, C., Bogotá.

en materia de su protección y promoción. Además, es un cambio en la teoría política, ya que en algunos casos las autoridades judiciales intervienen y analizan el proceder de las autoridades públicas cuando su inacción puede comprometer los derechos fundamentales.

Así, la Constitución le da prevalencia entonces al hombre como sujeto de derechos, ya que procura satisfacer por intermedio de su administración, las necesidades básicas insatisfechas de los individuos; distribuye bienes y servicios que permiten el logro de un estándar de vida más elevado, convirtiendo a los derechos económicos y sociales en conquistas en permanente realización y perfeccionamiento, en donde el estado se despliega en programas de acción, que derivan en si mismo de la Constitución y no de la ley, vinculando por ello, al ejecutivo, al legislador y al poder jurisdiccional.

Visto este escenario antropocentrista, nada nuevo por cierto, en donde se reconoce al hombre como eje de todo el actuar estatal, vale la pena hacer alusión al fenómeno mujer como actor político dentro de un contexto histórico, social y político.

“La presencia de la mujer en la historia de la humanidad está impregnada de mitos y contradicciones. Como sujeto de derechos con vocación para el ejercicio del poder, ella ha sido la gran ausente de los procesos políticos”¹⁷. Lejos de señalar las causas ya conocidas por demás de esta falta de reconocimiento, la propuesta es ponerla en el escenario político y social del mundo globalizado actual. Para ello, es preciso tener en cuenta que la conciencia general sobre los derechos que como tal le asisten, especialmente los referentes a la igualdad y dignidad empiezan a fortalecerse con el fenómeno democracia en tanto que es a principios del siglo XX cuando principia a figurar como un sujeto más que puede decidir en la esfera

¹⁷ Galvis Ortiz, L. (2005), *Comprensión de los derechos humanos Una visión para el siglo XXI*, Bogotá, Aurora.

social, económica, política, cultural, dentro del grupo en donde se desenvuelve como persona. Cabe aclarar que este proceso se da previo reconocimiento de su igualdad frente al hombre y de las desigualdades a las que eran sometidas, incluso hoy.

No obstante ello, su aparición un poco tímida se da en principio, por la declaración expresa que organismos internacionales hicieron sobre la problemática que en la mayoría de los países del mundo sufrían, por citar un ejemplo, el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas.

Sin embargo, la aparición del feminismo radical y del movimiento de liberación de la mujer a finales de los sesenta y principios de los setenta tuvo una profunda influencia en la forma de definir la política de los politólogos, ya que la mujer empieza a mirarse como una persona política, no solo por la situación de dominio que había ejercido el hombre sobre ella a través de la historia (sustento del concepto de género) sino porque su continua lucha por la igualdad, obligaba a mirar otros escenarios reales en donde existían potenciales decisiones como problemas. Se trataba entonces de las relaciones hombre – mujer y espacio personal que incluso venían desde la Ilustración.

El feminismo radical toma de conceptos antropológicos aquellas teorías que le superponían al hombre (masculino) el logro de objetivos y la superioridad para adaptarlos a la realidad de la mujer: se trataba entonces del poder y la dominación que se ejercía sobre éstas por los hombres en la necesidad constante que tenían de reafirmarse como masculinos. El traslado del problema femenino se hizo al campo político en términos de subordinación, opresión e impotencia.

Los problemas de cada mujer considerada como individuo fueron reconocidos por ellas y en ellas mismas, era superar entonces mediante un ejercicio de conciencia la baja autoestima y buscar la liberación de la opresión constante que el hombre

ejercía, creando con esto la posibilidad de que fueran consideradas aptas para ejercer actividades valiosas que otrora fueran reservadas para los hombres, las obligaciones domésticas ya no eran excusa para mantenerse marginadas. Con la igualdad de derechos, se pretendía llegar a la esfera pública en las mismas condiciones en que llegaban los hombres, no obstante existir una sociedad machista y patriarcal en donde los valores y las jerarquías continuaban siendo masculinos¹⁸.

El problema real que se evidenció fue dado en términos de la maternidad que por naturaleza está asignada a la mujer y por la democracia feminista que poco o nada logró, ya que buscaba en términos generales, crear un espacio político de participación y decisión que dejara por fuera las estructuras políticas masculinas, en otras palabras, hicieron de su espacio un terreno de exclusión – de los hombres – que tanto habían cuestionado.

Para los noventa, la inmersión de la mujer en la ciencia política fue reducida - en términos justificados o no -, por el hecho de que era un área manejada por los hombres, incluso llegó a afirmarse de que la política no era apropiada para las feministas. Más allá, está la tendencia de las feministas de hacer que su feminismo sea un área de análisis político, incluso por la disparidad que existe dentro del feminismo, en relación con los objetivos y de las ideologías que los mismos pregonan en los distintos escenarios políticos del mundo.

Trasladando el discurso al tema de democracia, estado social de derecho, derechos fundamentales y mujer, vale la pena resaltar que la igualdad que en Colombia se ha pregonado de la misma en relación con el hombre y con el reconocimiento real de sus derechos como persona diferente biológicamente, se ha dado por corte jurisprudencial, ya que en desarrollo del articulado constitucional

¹⁸ Chapman, J. (1997). “La perspectiva feminista” en: Marsh D. Stoker G. (edit.), *Teoría y Métodos de la Ciencia Política*. 1997, Madrid, Alianza, pp. 103-122.

se han ratificado las conquistas políticas, económicas, sociales de la mujer a través de la historia.

Al respecto, el constituyente de 1991 reconoció expresamente que “la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades” y que “la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”; consagrando la igualdad, tanto de derechos como de oportunidades, entre el hombre y la mujer, así como hacer expreso su no sometimiento a ninguna clase de discriminación; privilegiándola además, con la protección del aparato estatal durante el embarazo y después del parto, con la opción de recibir un subsidio alimentario si para entonces estuviere desempleada o desamparada. Reconocimientos adicionales a los aquí previstos han tenido un desarrollo jurisprudencial en aras de luchar por una igualdad sustancial como quiera que respecto a ella, se han resaltado la protección reforzada de la mujer embarazada, preservando su estabilidad laboral y el pago de su salario; a apoyado las decisiones adoptadas a favor de la mujer cabeza de familia, ha protegido su derecho a la igualdad y no discriminación, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, su igualdad de oportunidades y sus derechos sexuales y reproductivos entre otros¹⁹.

Como corolario de lo expuesto, la Corte Constitucional ha señalado que la defensa de ciertos bienes jurídicos que interesan a todas las personas sólo puede satisfacerse si se confieren a quienes integran determinadas categorías sociales, derechos específicos y diferenciados.

En otras palabras, el nuevo modelo supone que la realización de los valores que justifican la existencia del Estado - como la libertad y la igualdad -, se alcance mediante el reconocimiento general y abstracto a todos los seres humanos sometidos a la jurisdicción nacional, de los mismos derechos y obligaciones. En

¹⁹ Colombia, Corte Constitucional. (2006 mayo), (Sentencia T-355), M. P.: Araújo Rentarúa, J. y Vargas Hernández C. I., Bogotá.

especial, el constitucionalismo contemporáneo reconoce que, para que todos los miembros de la sociedad cuenten con un nivel suficiente de autonomía, ciertos sectores de la población - como por ejemplo, las mujeres en estado de embarazo - , merecen una especial protección, la que incluso puede llegar a consistir en la consagración de derechos fundamentales cuyos titulares son exclusivamente sus miembros”²⁰. Es preciso señalar que esta posición jurisprudencial es valedera para la mujer en sentido general, no para la mujer en determinadas condiciones fisiológicas.

Sin embargo en el panorama anterior, en donde se conjugan la democracia como forma de gobierno y en donde se entiende para el caso nuestro que el Estado Social de Derecho es su máxima expresión en tanto que garantiza y hace efectivos los derechos humanos fundamentales que reconocidos en escenarios internacionales pasan al nuestro como un ideario común y en donde además se predica la igualdad entre unos y otras, vemos que el discurso va más allá de la simple concepción política del estado.

Se trata entonces de comprender que la posibilidad democrática se fortalece a partir de la comprensión abierta de la misma, es decir, estudiarla y conocerla desde todos sus ámbitos positivos o negativos, desde su práctica y su realidad, de su efectividad y confianza.

La historia, desde setecientos años atrás, estaba dominada por una especie de ley de nivelación; todos los grandes acontecimientos, desde las cruzadas al protestantismo; todos los grandes descubrimientos habían resultado en provecho de la igualdad y en detrimento del privilegio del nacimiento; unos y otros habían hecho bajar al noble en la escala social y subir al pechero²¹. Bajo esta perspectiva,

²⁰ Colombia, Corte Constitucional (1998, julio), “Sentencia T-373” en [memoria USB], M.P.: Cifuentes Muñoz E., Bogotá.

²¹ Chevallier, J. J. (1967), *Los grandes textos políticos: Desde Maquiavelo a nuestros días*. Madrid. Aguilar.

es necesario recordar que la democracia no ha sido ni será un ente abstracto o metafísico, no es un proyecto acabado y cerrado, que permite la defensa innecesaria de una institucionalidad estropeada por la configuración individualista de aquellos que tuvieron y tienen el poder para hacerlo²².

En este contexto, la supremacía de la democracia está dada porque en si es una práctica constante que se fundamenta sobre la acción colectiva y participativa en busca de posibilidades comunes, buscando siempre, el ideal del autogobierno para así lograr la identificación plena y el reconocimiento real de las singularidades que conforman lo social. Este es el ideal, la utopía. Sin embargo, valdría la pena preguntarse si la hegemonía de la democracia no está siendo desplazada por la hegemonía de la globalización, en aras de la construcción de sociedades modernas. Sólo puede hablarse de una verdadera democracia, representativa y participativa, allí donde la composición formal y material del sistema guarda una correspondencia adecuada con las diversas fuerzas que conforman la sociedad, y les permite, a todas ellas, participar en la adopción de las decisiones que les conciernan.

Con todo, la democracia es una necesidad. Es el único sistema político - social que puede acomodar las demandas cada vez más complejas y el ritmo de cambio acelerado de las sociedades contemporáneas. Existe un notorio reconocimiento de su eficacia para organizar las relaciones humanas y para dar respuesta a los problemas crecientes. El sistema de valores y normas democráticos incluye: la plena y libre comunicación entre las personas, el uso del consenso y la transacción en vez de la coerción para resolver conflictos, la competencia y el conocimiento como fuentes de influencia, la confianza en la autogestión, la participación en la toma de decisiones, el respeto de las diferencias, y el

²² Prieto, R. y Seco Martínez, J. M. (2007), "Hegemonía y democracia en el siglo XIX: ¿Por qué Gramsci?" [en línea], disponible en: <http://www.uv.es/CEFD/15/rodriguez.pdf>, recuperado: 3 de abril de 2007.

reemplazo de las relaciones asimétricas de dominación por relaciones simétricas e igualitarias.

En estas condiciones las instituciones y las prácticas democráticas del mundo, especialmente de los países subdesarrollados se sitúan en contextos bastante complejos; los avances logrados por estos en términos de indicadores socio – económicos y la constante creciente del retroceso de los sectores menos favorecidos, muestran que la democracia debe repensarse y reinventarse para sociedades más heterogéneas, fragmentadas, plurales en sus necesidades prácticas y sus intereses. Debe encarar la realidad con profundos cambios en su organización y conducción política, considerándose siempre como una alternativa vigente e innovadora para el reemplazo institucional y político existente.

4. EL DERECHO A LA SALUD

En este capítulo se tratará el derecho a la salud como derecho prestacional y como derecho fundamental, en aras de establecer aquellas prerrogativas que siendo inherentes al ser humano merecen especial atención cuando del estado de salud de una mujer embarazada se trata, considerando además que son un grupo de protección especial dentro del ordenamiento constitucional.

La Organización Mundial de la Salud ha precisado que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades²³.

Este concepto como derecho humano, está reconocido en numerosos instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos que afirma que: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*²⁴, principio este fortalecido en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en tanto que los estados parte reconocen *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.

El derecho a la salud es un derecho inclusivo, que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada de la salud, sino también los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso al agua sana y potable y al saneamiento adecuado, el

²³ Principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en New York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, siendo firmada este último día por representantes de 61 Estados.

²⁴ Parte III Capítulo 4. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

suministro adecuado de alimentación, nutrición y vivienda, condiciones ocupacionales y ambientales saludables y el acceso a la educación e información relacionadas con la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, siendo parte fundamental de su realización efectiva, la participación de la población en la toma de decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional si es necesario.

Debe entenderse además que el derecho a la salud no debe concebirse como un derecho a estar saludable. El derecho a la salud entraña tanto libertades como derechos. Las libertades incluyen el derecho a controlar la salud y el cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva y el derecho a verse libre de interferencias y el derecho a no sufrir torturas y a no verse sometido a tratamientos médicos no consensuales y a la experimentación. En consecuencia, los derechos incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que proporcione igualdad de oportunidades para disfrutar el más alto nivel de salud²⁵.

4.1 EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

El goce del máximo grado de salud que pueda lograr un ser humano es uno de los derechos fundamentales de los que no se puede privar con ocasión de la raza, religión, ideología política o condición económica o social. Aquí, la salud abarca todas las actividades que estén relacionadas con la prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se conjuguen los escenarios físicos y sociales, económicos y culturales, es decir, todos aquellos factores que de una manera u otra están referidos a la existencia misma del ser humano.

²⁵ Cook J. R., Dickens B. M. y Fathala Mahmoud F. (2005), *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la Medicina, la Ética y el Derecho*. Bogotá. Profamilia.

Al respecto, el derecho a la salud en Colombia ha tenido un desarrollo jurisprudencial más que legal en lo que corresponde a su alcance y contenido. En esta perspectiva la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en su estabilidad orgánica y funcional. De allí que este derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público como de la sociedad, la familia y del mismo individuo.

Dentro de la Carta Política de 1991, se encuentra consignado en el Capítulo 2 del Título II “De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales”, donde se condensan todos aquellos derechos relacionados con las condiciones que debe tener el ser humano para la realización plena de su personalidad social, económica, cultural y laboral.

En la jurisprudencia constitucional, este derecho ha sido entendido en varios casos, como una de las condiciones de aseguramiento del derecho fundamental a la vida, por lo cual, su naturaleza asistencial impone un tratamiento prioritario y preferencial por parte del poder público y el legislador, con miras a su protección efectiva. Este sistema favorable permite restablecer las condiciones de igualdad a grupos o personas que se encuentren en situaciones desfavorables como resultado de sus circunstancias de debilidad. En desarrollo ulterior del precepto, marcando su acento asistencial, por la ubicación en el sistema de la Constitución Política y por su propio contenido, estableció el Constituyente en el artículo 49 del Estatuto Fundamental, que la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizándose en él a todas las personas el acceso al mismo, para la promoción, protección y recuperación de este derecho²⁶.

²⁶ Colombia, Corte Constitucional (1992, agosto), “Sentencia T-484” [en CD], M.P.: Morón Díaz, F., Bogotá.

4.1.1 El derecho a la salud como derecho fundamental. Es importante anotar que este enfoque parte de la idea misma de los derechos humanos considerados como instrumentos que orientan la organización misma de los Estados, de las sociedades, del comportamiento de los individuos y las instituciones en aras de cumplir y atender de una manera adecuada sus propios fines.

En materia institucional se reafirman en tanto que su finalidad es luchar por el avance de la justicia social del grupo dentro del cual se está desarrollando, a más de estar considerados como un imperativo internacional que debe ser de obligatoria observancia. Cuando se trata del derecho a la salud como derecho fundamental vemos que su desarrollo ha estado más dado por las prácticas legales y jurisprudenciales que por la efectividad real de su estipulación escrita.

En Colombia, el derecho a la salud tiene su fundamento primario en las tareas que desarrolla el Estado para atender las demandas sociales. En esta medida su carácter inicial está dado por ser un derecho prestacional en tanto que para su realización debe tener un desarrollo político, económico, legislativo y técnico. Su prestación está enmarcada dentro de la planificación del sistema que se configure para hacerlo realidad.

El derecho a la salud como fundamental parte de la existencia de ciertas condiciones que en determinadas circunstancias pone en riesgo la vida u otros derechos fundamentales del individuo.

La Corte Constitucional ha definido los criterios bajos los cuales el derecho a la salud es considerado como derecho fundamental:

El primero de ellos, trata del derecho a la salud en conexión con otros derechos fundamentales, calificándose como tal cuando, se da una íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueron protegidos

en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos; en otros términos, atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida.

El segundo caso contemplado por la jurisprudencia se presenta cuando se trata del derecho a la salud de determinados grupos de personas sometidos a protección especial en razón a la alta vulnerabilidad que tienen por su misma condición, incluso, es un tratamiento dado por la misma Carta Política. Es el caso de los niños, las personas con discapacidad, los adultos mayores, la mujer embarazada incluso.

El último caso se da cuando funcionalmente está dirigido a lograr la dignidad humana traduciéndose a más de ello, en un derecho subjetivo: este postulado constitucional se identifica con los factores de riesgo, las enfermedades, males, medicamentos, procedimientos y en general con los factores que el sistema consideren necesarios para lograr la recuperación y el disfrute máximo de salud.²⁷

4.1.2 El derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida digna. De estas condiciones, llama la atención el pronunciamiento de la Corte Constitucional frente al derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida: “El preámbulo de la Constitución Política, donde se da sentido a los preceptos que la Carta contiene y se señalan al Estado las metas hacia las cuales debe orientar su acción, se consagra al derecho a la vida humana como un valor superior dentro del Estado Social de Derecho, que debe ser asegurado, garantizado y protegido, tanto por las autoridades públicas como por los particulares; y en la consagración constitucional de este derecho, se le atribuye la característica de ser inviolable.

²⁷ Colombia, Corte Constitucional. (2003 septiembre), (Sentencia T-859), M. P.: Vargas Hernández, C. I., Bogotá.

La Corte ha interpretado que el derecho a la vida, identificado en el ordenamiento jurídico como un bien inherente a la persona humana, es inalienable y se constituye en el presupuesto ontológico necesario sin el cual, no es posible el ejercicio de los demás derechos; y así, es abundante la jurisprudencia constitucional en la que de manera perseverante se destaca su importancia para señalarlo como el más trascendente y fundamental de todos los derechos, cuya protección tiene lugar cuando quiera que de alguna forma se afecte su goce.

En materia constitucional la protección del derecho a la vida incluye en su núcleo conceptual la protección contra todo acto que amenace dicho derecho, no importa la magnitud o el grado de probabilidad de la amenaza, con tal de que ella sea cierta. Una amenaza contra la vida puede tener niveles de gravedad diversos, puede ir desde la realización de actos que determinen un peligro adicional mínimo para alguien, hasta la realización de actos de los cuales se derive la inminencia de un atentado. Con independencia de la responsabilidad penal que se deduzca de cada una de estas situaciones, la Constitución protege a las personas contra todos aquellos actos que pongan en peligro de manera objetiva la vida de las personas. El hecho de que el peligro sea menor no permite concluir una falta de protección. El Estatuto Fundamental protege el derecho a la vida y dicha protección tiene lugar cuando quiera que se afecte el goce del derecho, no importa el grado de afectación”²⁸.

Pero más allá de considerarse el derecho a la salud como fundamental cuando existe una conexión directa con el derecho a la vida, ha estimado la Corte que la vida como tal no puede estar limitada en su concepto y alcance por el solo hecho de existir o no, sino que más allá, debe fundarse necesariamente en la dignidad humana y por tanto debe hablarse de la vida como vida digna, condición esta que es consecuencia misma del artículo 1 superior que establece que la República se

²⁸ Colombia, Corte Constitucional. (2006 febrero), (Sentencia T-062), M. P.: Vargas Hernández, C. I., Bogotá.

funda “en el respeto de la dignidad humana” y en tal sentido, el Estado tiene la obligación de respetar y de proteger la vida humana no solo desde una simple consideración de carácter formal, sino a través de todos aquellos medios sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad. Ello significa a juicio de la Corte que el derecho a la vida supone la garantía de una existencia digna que implica una mayor posibilidad de despliegue de sus facultades corporales y espirituales, de manera que cualquier circunstancia que impida el desarrollo normal de la persona, siendo evitable de alguna manera, compromete el derecho a la vida (art. 11 C.P).

Así, se identifican en este derecho elementos que permiten darle dos connotaciones a su naturaleza: la de ser un componente o predicado inmediato del derecho a la vida, que implica un estado completo de bienestar físico, mental y social, el cual es variable y susceptible de afectaciones múltiples que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo y de otra parte, el ser un derecho de reconocimiento constitucional que, en principio, según se sienta en el artículo 49 de la Carta Política, no es derecho fundamental autónomo, pues su efectividad se encuentra ligada a la existencia de regulaciones para la prestación del servicio por parte del Estado, lo que hace que corresponda a un derecho de carácter prestacional.

El derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida, no solo debe ampararse cuando se está frente a un peligro de muerte, o de perder una función orgánica de manera definitiva, sino cuando está comprometida la situación existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad. El derecho constitucional fundamental a la vida no significa, en manera alguna, la posibilidad de existir de cualquier manera, sino la posibilidad de tener una existencia digna. Así, no solamente el que la persona sea puesta al borde de la muerte amenaza el derecho a la vida, sino que, aunque tal circunstancia sea lejana, también lo

amenaza el hecho de que su titular sea sometido a una existencia indigna, indeseable, dolorosa, etc.

En otro punto, el artículo 48 Constitucional habla de la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley, norma en la vez, se garantiza a todos los habitantes del territorio.

Dentro de las distintas actividades que integran la seguridad social, está la atención en salud; por lo que, en desarrollo de lo dispuesto el artículo 49 ibídem, que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y que obliga al Estado, como encargado de hacer efectivo este derecho, a reglamentar su prestación, se ha determinado en el numeral tercero del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 que: “El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

De acuerdo con los fundamentos jurisprudenciales que se han expuesto en forma precedente, se concluye que por su naturaleza, los derechos a la seguridad social y a la salud, son prestacionales y por ello, en un primer momento, no presentan un rango fundamental, sino que llegan a participar de tal categoría por conexidad cuando con su desconocimiento resultan amenazados o vulnerados derechos que si lo son, como los derechos a la vida, la dignidad humana, la integridad personal, entre otros, en razón a la relación inescindible que en determinadas circunstancias puedan presentar con éstos, haciendo así posible la real protección de los

derechos fundamentales, que la Corte ha sostenido de manera consistente, debe prodigarse en un Estado Social de Derecho.

Visto lo anterior, el desafío constante para lograr la efectividad del derecho a la salud como derecho humano y fundamental está en términos de lograr su aplicación efectiva sin necesidad de recurrir en la mayoría de los casos a acciones legales que no obstante su eficacia no deberían en la práctica, crear el derecho que por sí ya existe.

4.2 LOS DERECHOS DE LA MUJER.

En relación con la protección de la mujer, Colombia tuvo un gran avance en lo que a su consagración se trata. Con la Carta Política de 1991, introdujo cambios significativos en este campo, reindicándose de esta manera la condición de desventaja que otrora tenía en relación con los hombres, la familia, la educación y el trabajo.

El primer reconocimiento que se hizo por el Constituyente estuvo enmarcado por la igualdad que predicó de la mujer con el hombre al considerar expresamente que “la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades” y que “la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”. No obstante ello, a pesar de haberse incorporado al ordenamiento jurídico la igualdad formal entre géneros, es verdad que la igualdad real es una meta.

Adicional a ello, se consideró en el texto constitucional que la mujer no podía ser víctima de ninguna clase de discriminación (art. 43), que a más de ello, tenía protección especial cuando estuviera en embarazo e incluso después del parto, con la opción de recibir del Estado un subsidio alimentario si para entonces estuviere desempleada o desamparada. Fortaleció además el apoyo dado a la

mujer cabeza de familia como también aumentó los escenarios en donde la mujer podía tener una adecuada y efectiva participación en los niveles decisorios de la administración pública; ha hablado de su derecho al libre desarrollo de la personalidad, su igualdad de oportunidades y sus derechos sexuales y reproductivos²⁹.

Sin perjuicio de la consagración expresa que ha hecho la Carta Política de los derechos que le corresponden a la mujer como individualidad biológica, es importante anotar que este proceso ha sido una conquista paulatina en los acuerdos alcanzados en el ámbito internacional.

En 1968, en la Primera Conferencia Mundial de Derechos Humanos – Teherán – se reconoció la importancia de los derechos de las mujeres, y se reconoció por primera vez el derecho humano fundamental de los padres “a determinar libremente el número de hijos y los intervalos entre los nacimientos”.

En 1975 en la Asamblea General de las Naciones Unidas señaló que este año sería el “Año Internacional de la Mujer”. En ciudad de México ese mismo año en una conferencia mundial se estableció la década 1975 – 1985 como el Decenio de la Mujer de las Naciones Unidas. Las evaluaciones a este decenio se hicieron en 1980 en Copenhague y en 1985 en Nairobi.

A pesar de estos esfuerzos, es en 1993 en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena en donde los derechos de las mujeres toman fuerza ya que la declaración al respecto versó sobre “los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos universales”, fortaleciéndose además, la participación de la mujer en el ámbito político,

²⁹ Puede citarse como referentes las sentencias de la Corte Constitucional T – 028 de 2003, T – 771 de 2000 y T – 653 de 1999 entre otras.

económico, social y cultural ya que es allí en donde se establece su igualdad en estos campos.

Posteriormente, en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se enfatizó en los derechos de la mujer al reconocer que los derechos reproductivos son una categoría de derechos humanos que ya han sido reconocidos en tratados internacionales y que incluyen el derecho fundamental de todas las personas a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo. Añade que la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. También, los hombres, mujeres y adolescentes tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo. Estos derechos fueron confirmados una vez más en la Conferencia de Beijing llevada a cabo en noviembre de 1995.

Sin perjuicio de lo anterior, es oportuno indicar que existen además de los señalados, otros tantos de los cuales, vale la pena destacar: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Americana de Derechos Humanos. En Latinoamérica, la mujer tiene un soporte especial en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW – que entró en vigencia en Colombia a partir del 19 de febrero de 1982 y la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” vigente para Colombia a partir del 15 de diciembre de 1996.

4.2.1 Los derechos de la mujer embarazada. Para el caso nuestro estos antecedentes sirvieron como fundamento para legitimar y expandir el alcance de los derechos que le asisten a la mujer y que en consonancia con la responsabilidad biológica que le asiste como madre, deben respetarse en aras que garantizar la igualdad real que la Constitución propugna. Se precisa además que el reconocimiento de los mismos está dado específicamente por el desarrollo jurisprudencial que en Colombia se ha dado, según se verá a continuación.

En un aparte de la Sentencia C – 470 de 1997, la Corte señaló³⁰: “En efecto, para desarrollar los postulados del Estado Social de Derecho, la Constitución ha considerado que la mujer en estado de embarazo, conforma una categoría social que, por su especial situación, resulta acreedora de una particular protección por parte del Estado. En consecuencia, se consagran, entre otros, el derecho de la mujer a tener el número de hijos que considere adecuado (C.P. art. 16 y 42); a no ser discriminada por razón de su estado de embarazo (C.P. art. 13, 43 y 53), a recibir algunos derechos o prestaciones especiales mientras se encuentre en estado de gravidez (C.P. art. 43 y 53); y, al amparo de su mínimo vital durante el embarazo y después del parto (C.P. art. 1, 11, 43). Adicionalmente, la especial protección constitucional a la mujer en embarazo se produce con el fin de proteger integralmente a la familia (C.P. art. 42).

La protección a la mujer embarazada y a la madre tiene múltiples fundamentos en nuestro ordenamiento constitucional. Así, de un lado, se trata de lograr una igualdad efectiva entre los sexos, por lo cual, el artículo 43, que establece esa cláusula específica de igualdad, agrega que la mujer, “durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.” Esto significa que el especial cuidado que la Carta ordena en favor de la mujer embarazada es, en primer término, un mecanismo para amparar la dignidad y los

³⁰ Magistrado Ponente Doctor Alejandro Martínez Caballero.

derechos a la igualdad y al libre desarrollo de las mujeres (CP arts 1º, 13 y 43), pues el hecho de la maternidad había sido en el pasado fuente de múltiples discriminaciones contra las mujeres, por lo cual la Carta de 1991 estableció, como la Corte ya tuvo la oportunidad de destacarlo, que esta condición natural y especial de las mujeres, “que por siglos la colocó en una situación de inferioridad, sirve ahora para enaltecerla³¹”.

En efecto, sin una protección especial del Estado a la maternidad, la igualdad entre los sexos no sería real y efectiva, y por ende la mujer no podría libremente elegir ser madre, debido a las adversas consecuencias que tal decisión tendría sobre su situación social y laboral.

De otro lado, la Constitución protege a la mujer en estado de gravidez debido a la importancia que ocupa la vida en el ordenamiento constitucional (CP Preámbulo y arts 2º, 11 y 44), a tal punto que, como esta Corte ya lo ha destacado, el *nasciturus* recibe amparo jurídico en nuestro ordenamiento. Por ello la mujer en estado de embarazo es también protegida en forma preferencial por el ordenamiento como "gestadora de la vida" que es³².

En tercer término, y como obvia consecuencia de las anteriores consideraciones, la Constitución no sólo tutela a la mujer embarazada sino a la madre (CP art. 43), no sólo como un instrumento para un mayor logro de la igualdad entre los sexos sino, además, como un mecanismo para proteger los derechos de los niños, los cuales, según expreso mandato constitucional, prevalecen sobre los derechos de los demás (CP art. 44). En efecto, de esa manera se pretende que la mujer pueda brindar la necesaria atención a sus hijos, sin que por ello sea objeto de

³¹ Colombia, Corte Constitucional (1993, mayo), “Sentencia T-179” [en CD], M. P.: Martínez Caballero, A., Bogotá.

³² Ver entre otras, la sentencia de la Corte Constitucional T-694 de 1996.

discriminaciones en otros campos de la vida social, como el trabajo, con lo cual se “busca garantizar el buen cuidado y la alimentación de los recién nacidos”³³.

Finalmente, este especial cuidado a la mujer embarazada y a la madre es también expresión de la centralidad que ocupa la familia en el orden constitucional colombiano, ya que ésta es la institución básica de la sociedad, por lo cual recibe una protección integral de parte de la sociedad y del Estado (CP art. 5º y 42). En efecto, si la mujer que va a tener un hijo, o la madre que acaba de tenerlo, no recibieran un apoyo específico, los lazos familiares podrían verse gravemente afectados. Estos múltiples fundamentos constitucionales muestran que, tal y como la Corte lo ha indicado en reiteradas oportunidades la mujer embarazada y su hijo gozan de la especial protección del Estado y de la sociedad, lo cual tiene una consecuencia jurídica importante: el ordenamiento jurídico debe brindar una garantía especial y efectiva a los derechos de la mujer que va a ser madre, o que acaba de serlo.”³⁴

4.2.2 Derechos del que está por nacer – nasciturus. La vida humana transcurre en distintas etapas y se manifiesta de diferentes formas, las que a su vez tienen una protección jurídica distinta. El ordenamiento jurídico, si bien es verdad, que otorga protección al nasciturus, no la otorga en el mismo grado e intensidad que a la persona humana. Es decir, el bien jurídico tutelado no es idéntico en estos casos.

Se deduce que la existencia legal comienza en el momento del nacimiento, y la vida, en el momento de la concepción. Pero el comienzo de la vida tiene unos

³³ Colombia, Corte Constitucional. (1996 octubre), (Sentencia T-568), M. P.: Cifuentes Muñoz, E. Bogotá.

³⁴ Colombia, Corte Constitucional. (1997 septiembre), (Sentencia C-470), M. P.: Martínez Caballero, A., Bogotá. En este mismo sentido pueden consultarse las Sentencias de la misma corporación T-606/95 (M.P: Fabio Morón Díaz); T-106/96 (M.P: José Gregorio Hernández Galindo; T-568/96 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz); C-694/96 (M.P: Alejandro Martínez Caballero).

efectos jurídicos, reconocidos por algunas normas, entre ellas los artículos 91 y 93 del Código Civil. En el período comprendido entre la concepción y el nacimiento, es decir, durante la existencia natural, se aplica una regla del derecho romano que se traduce en que el concebido se tiene por nacido para todo lo que le es favorable.

En este escenario y considerando el Estado Social de Derecho, se ha reconocido que el nasciturus es sujeto de derechos en cuanto es un individuo de la especie humana. En estas condiciones, desde el preámbulo mismo de la Carta Política se tiene que el Estado garantiza la vida de sus integrantes, posición esta que no es exclusivamente nuestra sino que está determinada entre otros, por tratados internacionales. Más allá, el mismo ordenamiento constitucional señala en otros apartes que se debe garantizar la protección de la mujer embarazada (art. 43) y que se debe garantizar a los niños el derecho a la vida (art. 44); reafirmando con ello, la protección que tienen los individuos que no han nacido tan solo por el hecho de ser de la especie humana.

Aquí es preciso considerar que para los que están por nacer, la valoración en cuanto a la titularidad de ciertos derechos debe darse en términos de la misma condición que ostentan: está por nacer, ya que mal podría señalarse que por sí, cuentan con todos los derechos fundamentales que podrían en otros casos atribuírseles (derecho a la libertad por ejemplo).

En materia de derechos de origen meramente legal, la ley ha sometido su goce a la condición suspensiva de que la criatura nazca. Los derechos aquí se encuentran en suspenso hasta tanto se produzca el nacimiento. Art. 93 C.C. Así, si el nacimiento constituye un principio de existencia, entrarán el recién nacido en el goce de dichos derechos, como si hubiese existido al tiempo en que se defirieron. En el caso en el que la criatura muera dentro de la madre, perezca antes de estar completamente separada de ella o no sobreviva a la separación

por un momento siquiera, los derechos pasan a terceras personas como si el individuo jamás hubiese existido, hablamos entonces de los derechos legales, porque como se vio, los derechos fundamentales son consustanciales a su condición humana³⁵.

4.2.3 Relación entre el derecho a la salud de la madre y del que está por nacer. Dentro del concepto de maternidad segura, en contraposición directa a la mortalidad materna, es importante considerar que el derecho a la salud de la mujer y de la mujer embarazada está dada en términos de tener la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud que se consideren esenciales, básicos y completos en consonancia con la naturaleza misma del fenómeno gestación. Ello implica que el sistema de salud vigente con todos sus componentes, agote los medios disponibles para hacer efectivo el derecho a la salud, efectividad que está mediada por el respeto, la protección y el cumplimiento del alcance mismo del derecho referido, especialmente de la mujer embarazada como responsable directa del que está por nacer.

La relación aquí propuesta parte de la exposición en instrumentos internacionales y el compromiso que han asumido los estados frente a la protección de la mujer durante un período de tiempo razonable antes y después del parto, bajo el entendido de que se tiende a relacionar la protección de la salud de las mujeres con la maternidad y el cuidado de los recién nacidos y los niños, reforzando la percepción de que proteger la salud de las mujeres es un medio instrumental de servir a los niños, y no un derecho inherente a ellas que deben disfrutar por sí mismas. En consecuencia, se trata de la preservación de una vida – de la madre – en condiciones dignas para dar lugar a otra que viene en camino.

³⁵ Para ampliar el tema, puede consultarse el salvamento de voto de los Magistrados Marco Gerardo Monroy Cabra y Rodrigo Escobar Gil con ocasión de la Sentencia de la Corte Constitucional C – 355 de 2006 sobre la despenalización del aborto. Además, las sentencias de la misma Corte como la T – 373 de 1998, T – 727 de 2005 entre otras.

5. LA MORTALIDAD MATERNA

“El momento del parto debería ser un momento de alegría. Sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces más este número sufren lesiones o incapacidades graves que, si no se tratan, les pueden causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación.

Los países cuyas tasas de mortalidad materna ya eran bajas en 1990 han logrado nuevos progresos, pero aún queda mucho por hacer. Para reducir esa tasa en los países más afectados, deberán destinarse más recursos encaminados a lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por médicos, enfermeras o parteras capacitadas para prevenir, detectar y tratar las complicaciones obstétricas. Cuando se presentan problemas, las mujeres deben tener la posibilidad de llegar a tiempo a un centro médico plenamente equipado.

El acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es el punto de partida para la salud materna. Es particularmente importante para atender las necesidades de los 1.300 millones de jóvenes que están a punto de comenzar su vida reproductiva. En la actualidad hay 200 millones de mujeres que no cuentan con los servicios anticonceptivos seguros y eficaces que necesita” (Organización de Naciones Unidas (ONU) Objetivos del Desarrollo del Milenio, Informe 2005)

A partir de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se aprobó un marco de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores para medir los progresos hacia el logro de los mismos, mediante un consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el Fondo Monetario Internacional, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y el Banco Mundial.

Para la mortalidad materna como nuevo indicador de desarrollo de un país se establecieron como sus indicadores: La tasa de mortalidad materna (UNICEF – OMS) y el Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (UNICEF – OMS).

5.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha definido la mortalidad materna como “la muerte de una mujer mientras está en estado de gravidez o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independiente del sitio y de la duración de su gestación, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su tratamiento, pero no por causas accidentales o incidentales”.

Aquí se excluyen las causas accidentales porque estas al igual que las accidentales son generadas por hechos fortuitos que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio en donde la maternidad no es la causa básica que condicione o determine la muerte como por ejemplo, el suicidio, homicidio, accidente de tránsito etc. Los países de alto desarrollo, impusieron la cifra de tasa de mortalidad materna en relación a 100.000 nacidos vivos, como consecuencia de sus bajas tasas para informar en cifras completas, situación que se ha universalizado. En este contexto, vale la pena tener en cuenta lo siguiente: cuando se menciona *razón de mortalidad materna*, estamos hablando del número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta medida indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y las que han dado a luz recientemente.

Cuando decimos *tasa de mortalidad materna* señalamos el número de muertes maternas por año por cada 100.000 mujeres entre los 15 y 49 años. Esta medida refleja dos tipos de riesgo, el riesgo de morir que corre una mujer a causa de la maternidad y el riesgo de quedar embarazada.

5.2 LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO

La maternidad se supone, es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, no obstante ello, en muchos casos se convierte en un drama

familiar. La muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio tiene serias implicaciones para sus familias, hijos, sociedad, país.

Con ello, el embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, más que ningún otro problema de salud. Más de 300 millones de mujeres en el mundo en desarrollo padecen enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o el parto; cada año mueren 529.000 mujeres (68.000 de ellas resultan de un aborto practicado en condiciones de riesgo), dejando atrás hijos que corren el riesgo de fallecer por su condición de huérfanos.

A pesar de los esfuerzos de los países del mundo, la situación no ha mejorado mucho en términos reales. Durante los años sesenta y setentas, algunos países lograron reducir sus tasas de mortalidad materna a la mitad durante un período de 10 años o menos. Otros por el contrario, han sufrido retrocesos en su reducción. Hoy, el problema sigue siendo mayor en los países más pobres. Es en África y Asia donde esas defunciones son más numerosas. Menos del 1% de estas muertes se registran en países de altos ingresos. Las tasas de mortalidad materna más elevadas, con diferencia, se dan en el África Subsahariana, donde el riesgo de mortalidad materna durante toda la vida es de 1 entre 16, mientras que en los países ricos la proporción es de 1 entre 2800³⁶.

No obstante lo anterior, el Informe sobre la salud en el mundo 2005, señala que la recopilación de información relacionada con la mortalidad materna - aquellas que muestre en realidad las tasas de mortalidad materna en el mundo - continuará siendo un problema. Con todo, a finales de los años setenta, menos de un país en desarrollo de cada tres era capaz de facilitar datos al respecto, consistiendo estos datos en estadísticas hospitalarias parciales. Hoy, los nacimientos y defunciones

³⁶ Organización Mundial de la Salud (2005), *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra. OMS.

en los países en desarrollo a menudo se registran para pequeños segmentos de la población, excepto en algunos países asiáticos y latinoamericanos. La causa de defunción sólo se registra sistemáticamente en 100 países del mundo (la tercera parte de la población mundial). Resalta el hecho de que resulta difícil obtener datos de encuestas fiables que sean representativos en el plano nacional. Para 62 países en desarrollo, incluidos la mayoría de los que presentan tasas de mortalidad muy elevadas, las únicas estimaciones de que se disponen se basan en modelos estadísticos, considerándose que la interpretación de estos datos es incluso más peligrosa que la de los procedentes de encuestas o de registros parciales de defunciones.

Con todo, a partir de 1990, un grupo de trabajo integrado por la OMS, UNICEF y FNUAP, ha estado evaluando y sintetizando regularmente la información disponible³⁷. Sin embargo, se considera que no ha sido posible establecer con cierta certeza los cambios registrados con el transcurso del tiempo: es difícil determinar si la mortalidad ha aumentado o disminuido, de modo que no se puede confirmar una reducción mundial de las razones de mortalidad materna.

La sensación de progreso que se percibe en el ámbito mundial respecto a la disminución de la mortalidad materna, está respaldada básicamente por el hecho de que ha aumentado el uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones del mundo salvo en el África subsahariana. En otras palabras se estima que la proporción de partos atendidos por personal calificado aumentó; las cesáreas se triplicaron y el uso de servicios de asistencia prenatal subió.

³⁷ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004). *Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed*. Ginebra. WHO, UNICEF, UNFPA.

5.3 LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

Al inicio de la presente década, la Cumbre Mundial por la Infancia instó a gobiernos del mundo y a la sociedad civil en su conjunto a unir fuerzas a favor de la reducción al año 2015 de la mortalidad materna en un 50%. En la actualidad, esta meta no ha sufrido progresos significativos en la región de América Latina y el Caribe. Más recientemente, el Acuerdo de Lima³⁸, estableció la necesidad de acelerar este proceso, pues, aunque ello ha sido reconocido como una prioridad impostergable, continúa fallando el acceso de la mujer a los servicios de salud, la atención a la niña y la mujer. La realidad en muchos países de la región, es que prevalecen numerosas barreras de tipo económico, geográfico y cultural que impiden el acceso adecuado, oportuno y equitativo de las mujeres a servicios de salud con calidad, incluyendo la atención obstétrica esencial.

Adicional a lo anterior, en septiembre del 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 147 países y 42 ministros y jefes de delegación se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para emprender la tarea de determinar cómo mancomunar sus voluntades y su compromiso de realizar un esfuerzo conjunto para revitalizar la cooperación internacional destinada a los países menos desarrollados y, en especial, a combatir decisivamente la pobreza extrema.

En esa oportunidad, se identificaron objetivos que apuntan a la lucha contra la pobreza y el hambre, la reversión del deterioro ambiental, *el mejoramiento de la educación y la salud*, y la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otros. Además, quedó de manifiesto que, dado que la falta de desarrollo es un problema que atañe y preocupa a todo el mundo y no solo a los países menos desarrollados, el establecimiento de una alianza que enriquezca y revitalice la

³⁸ IV Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social. Lima – Perú. Noviembre de 1998.

cooperación internacional, haciéndola más adecuada y efectiva, debía ser uno, no el menos importante, de los ocho objetivos seleccionados.

Dentro de estos ocho objetivos, el 5 se refiere a la mejora de la salud materna, que se traduce en la meta de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Las estimaciones disponibles indican que esta se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas con el embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año³⁹.

Sin perjuicio de las estadísticas señaladas, se tiene que el daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual; atribuyéndose tales dificultades a la menor inversión en el sector salud. Pero más allá, es fundamental reconocer que este fenómeno constituye, ante todo, un desalentador síntoma de una grave injusticia social, que solo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de exclusión contra las mujeres.

Luego, no se trata solamente de la violación de estándares internacionales estipulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y demás Convenciones, sino de violaciones de mandatos constitucionales y leyes internas. Cada caso conocido en que la mujer no cuenta con los recursos para ser atendida en servicios médicos de calidad, cada vez que la mujer debe sufrir las

³⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile. CEPAL.

consecuencias de la desnutrición, de la anemia, estamos frente a una flagrante violación de su derecho a la vida y la salud. Cualquiera que sea el caso, se trata de una expresión de violencia por omisión, entendida como una situación estructural de discriminación y de negación social al derecho de la mujer al bienestar integral.

5.4 LA MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Las estimaciones disponibles indican que la mortalidad materna se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año⁴⁰.

El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Al analizar la situación y el avance registrado respecto de este objetivo y meta, cabe tener especial cautela en la interpretación del indicador de razón de mortalidad materna. Se sabe que las estimaciones tienen elevados márgenes de incertidumbre, mayores que los que presentan la mayoría de los indicadores demográficos y de salud. Esto se debe a varios factores, entre ellos, el reducido número anual de muertes maternas en proporción a la población total y la escasez de fuentes confiables para su detección y registro. Se sabe que existe un alto

⁴⁰ CEPAL, 2005.

subregistro, que afecta particularmente a las poblaciones más vulnerables, lo que se encuentra vinculado a la pobreza y la raza o etnia, como en el caso de indígenas y afro descendientes.

Además, la comparabilidad ínter temporal o internacional de la razón de mortalidad materna se dificulta debido a que las fuentes y métodos de estimación varían significativamente de un país a otro, incluso a veces dentro de un país a lo largo del tiempo. Por ello, se recomienda tener particular cautela al analizar tendencias temporales. No obstante, es evidente que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida; asimismo, es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de la atención que reciben, incluido el acceso a la anticoncepción, que conlleva defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.

Según es estimativo de la Organización Panamericana de la Salud para el 2000, se tiene que Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparecen con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que oscilan entre 60 y un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití.

Las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables por un 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre los 15 y 44 años de edad en el mundo entero. En el caso específico de América Latina y el Caribe, más de 500.000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada asistencia durante el parto.

Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año. El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Aun cuando las cifras son imprecisas, el virtual estancamiento de las tasas y del número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe durante la década pasada debe ser motivo de preocupación, ya que no resulta en absoluto favorable respecto de la meta de reducir su incidencia en tres cuartas partes hacia el año 2015.

5.5 LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

La salud sexual y reproductiva en general, y en particular todos los factores que tienen que ver con la maternidad segura, y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a ésta, como el derecho a la vida, reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan. En lo que se refiere a la mortalidad materna, esto puede expresarse de la siguiente manera: mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, puede decirse que el nivel de desarrollo de un país es mayor. En este sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad

materna tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país⁴¹.

Para analizar la mortalidad materna en Colombia se toma como sustento el informe “La Mortalidad Materna en Colombia”⁴², documento de trabajo en donde la Organización Panamericana de la Salud muestra la evolución del problema en el país. Sin embargo, para efectos del presente trabajo de investigación se tomarán las tasas de mortalidad materna indicadas en el Informe Epidemiológico Quincenal d3 marzo 15 de 2007, sobre publicado por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.

El informe proporcionado por la Dra. Magda Palacios de la OPS – Colombia, parte de que la mortalidad materna en Colombia tiene una tasa del 70.2 X 100.000 nacidos vivos (n.v.) para 1998 que equivale a 4.582 muertes maternas registradas por el DANE en el período 1990 – 1998.

Sin embargo, el mayor problema se ha presentado con los subregistros, ya que a principio de la década de los noventa, este se estimaba en un 50%. En los años 1995 y 1996 el DANE con el apoyo de la OPS efectuó la modificación del Certificado Médico de Defunción incorporando casillas para captar las muertes de las gestantes y las defunciones fetales, lo que permitió que en 1998 se registrara un incremento aparente en los subregistros de la mortalidad materna.

Como estadísticas, el citado informe señala que la mortalidad materna ocurre en el 66% de los casos, en el caso urbano y solo el 10% en la zona rural. Seguidamente, en el período 1995 – 2000, el 67% de las muertes ocurrió en

⁴¹ Boada C. L., Cotes Benítez M. “Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna” [en línea], disponible en: http://www.profamilia.org.co/003_social/pdf/plan_choque.pdf, recuperado: 12 de abril de 2007.

⁴² Este documento fue suministrado por la Doctora Magda Palacios de la Organización Panamericana de la Salud Oficina para Colombia en marzo de 2007. La tasa de mortalidad materna vigente para Colombia en este documento está hasta el año 2004.

mujeres con necesidades básicas insatisfechas (aunque no se discriminan cuales), el 27.3 de ellas estaban afiliadas al régimen subsidiado, el 17.5% no tenían afiliación alguna y solo el 20% estaba en el régimen contributivo. En el 25% de la población en estudio, se desconoce el régimen al cual pertenecen. Las causas de mortalidad materna en Colombia en los últimos veinte años, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, se enmarcan dentro de las evitables. El estado ha debido agotar todos los medios necesarios para evitar su ocurrencia.

Tabla 1. Tasas de mortalidad materna en Colombia (TMM)

AÑO	TMM
1990	97.9%
1991	90.5%
1992	86.6%
1993	82.7%
1994	78.2%
1995	35.72%
1996	36.55%
1997	34.96%
1998	70.2%
1999	92.15%
2000	104.9%
2001	No registra
2002	98.6%
2003	84.6%
2004	63.5%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud Colombia

Según la información anterior, para los registros de la OPS Colombia, la tasa de mortalidad materna para el país está en 63.5% para el 2004, mientras que los Indicadores Básicos 2006 de Salud del Ministerio de la Protección Social y la OPS

señalan que la misma está en 78.7 (en razón a 100.000 n.v.), es decir, 569 casos reportados para el mismo año.

A pesar de ello, el Boletín Epidemiológico citado señala que para el 2005 se reportaron 483 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (un 68% de muertes) evidenciándose un aumento del 12% al 2004, año en que según este documento se notificaron 427 muertes maternas. En consecuencia, serán estos datos los que toman relevancia dentro de esta investigación.

En lo que hace a la distribución de muertes maternas por departamentos, 35 notificaron muertes, mientras que San Andrés no notificó ninguna. En los departamentos de Valle, Antioquia, Nariño, Córdoba y Cundinamarca y el Distrito de Bogotá, se presentaron el 55% de las muertes.

Referida la mortalidad materna a grupos erarios, se tiene que el mayor número de muertes se presentan en el grupo de 26 a 30 años con un 57.6%; la distribución por porcentajes entre los grupos de 15 a 35 años es uniforme (entre el 19% promedio). Entre los 45 a 54 años se presentaron 3 muertes. Del 9.5% de las fallecidas no se tenía información acerca de la edad.

En cuanto a la ocupación, se tiene que la mayoría eran amas de casa (53.4%), seguidas de empleadas, sin embargo en el 36.6% no se encuentra dato de ocupación.

Referente al estado civil, el 29% de las muertes maternas ocurrieron entre las que se encontraban en unión libre, seguidas por un 12% que eran solteras. En un 50% de las muertes no se estableció el estado civil. En cuanto a convivencia, 24.2% vivía con su compañero; se desconoce en esta esfera la información del 68% de las muertes maternas.

En distribución por área, la mayoría de las muertes, 51%, ocurrieron en el área urbana; el 30% en el área rural y del 19% no se tiene el dato.

Haciendo referencia al sitio de defunción, 54.2% de las muertes maternas ocurrieron en instituciones de salud, seguido de 3.9% ocurrido en el domicilio y 2.5% en la vía pública; en 39% de las muertes no se registró dato alguno. El acceso al control prenatal dentro de las mujeres que fallecieron se presentó en un 26.8% de los casos, mientras que 14.30% no lo tuvieron; en 58.9% no se registró dicho dato.

Al tipo de seguridad social, se tiene que la mayor frecuencia entre los casos de muerte maternas se presenta en el régimen subsidiado con el 30.2%, a pesar de ello, el 30.6% no estaban aseguradas. En este mismo sentido, de la información reportada en el boletín epidemiológico referido, 45 aseguradoras reportaron muertes maternas, siendo Saludcoop la que tuvo el mayor número de casos con 14 muertes, seguida por el Instituto de Seguro Social con 12.

5.6 LA MORTALIDAD MATERNA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En Colombia, al igual que para muchos otros países del mundo, la reducción de la mortalidad materna es un evento que hace parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. En este sentido, se manifiesta como una voluntad de la comunidad internacional ante lo que es considerada por ellos, una grave injusticia social, violatoria de un conjunto de derechos humanos. Se confirma sí, que estos índices de mortalidad serán en lo sucesivo un nuevo indicador de desarrollo.

Aquí en donde la salud pública como un área de los sistemas de salud, es la encargada de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger,

promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad, prioriza de acuerdo a estos parámetros los problemas que están afectando de una manera directa el desarrollo normal de la sociedad. El enfoque no está dado entonces de manera exclusiva por aspectos referidos al buen funcionamiento de los sistemas de salud, sino que implica determinar la responsabilidad que le cabe al Estado y a todas las personas que de una manera u otra tienen el deber de cuidar y de atender a las mujeres durante el embarazo, parto o el puerperio. El verdadero problema radica luego, en que la mayoría de estas muertes son evitables.

En esta perspectiva, se espera que Colombia para el 2015 haya reducido la razón de la mortalidad materna en 45 muertes por cien mil nacidos vivos. Este indicador ha estado en el país entre 1990 a 2005 en un 60 y 105 muertes por 100.000 nacidos vivos, esperando que algunos indicadores como el mejoramiento en el acceso a servicios de salud materna se supere en un promedio del 85 – 90% (partos institucionales, controles prenatales, prevalencia de métodos modernos de anticoncepción y la reducción de la maternidad en adolescentes.

Como se verá mas adelante, la problemática se describe en términos de las tasas de mortalidad materna que tiene el país a 2005 siendo poco notorio el avance en el tratamiento del problema, ya que a más de las muertes maternas consideradas en sí mismas, se tiene la vulnerabilidad a que quedan sometidos los hijos huérfanos y la familia cuando éstas ocurren. Ello implica que la sociedad como sumatoria de familias y de individuos se ve afectada en el logro de los avances que para su misma protección ha establecido.

5.7 CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas. Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del

estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo⁴³.

Como causas de mortalidad materna, se tendrán en cuenta lo que en la literatura nacional e internacional se denominan “las tres demoras o retrasos en la atención materna” que por un lado, recogen las clasificaciones tradicionales sobre las causas de mortalidad y por otra, que definen los riesgos de muerte, tanto de la madre como del que está por nacer.

Incluso cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas. Algunas de las cuales son económicas –por ejemplo, falta de dinero para pagar el transporte o los servicios, algunas son geográficas –por ejemplo, distancias largas y vías en mal estado y otras pueden ser culturales –por ejemplo, la vida de las mujeres tiene un bajo valor. Cualquier cosa que cause demora en que la mujer reciba un tratamiento adecuado le puede costar la vida.

Dentro de las causas referidas, la primera hace alusión a la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, definida por el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna como la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, está dada porque la mujer no conoce información al respecto y en esta medida no le comunica a su familia sobre su estado de salud; porque no confía y no cree en la habilidad del personal médico para el manejo respectivo; por aspectos culturales añadidos a su modo de vida (religiosos); porque teniendo la intención de buscar ayuda asistencial, las distancias físicas lo impiden; porque no tiene los medios de

⁴³ Centro de Estudios Sociales (2004), *Factores Asociados a la Mortalidad Materna en Medellín 2001-2003*, Medellín, Gineco – CES.

transporte para hacerlo y porque además, no tiene como pagar los servicios que necesita para la atención de su salud. Aquí se conjugan por un lado, la desconfianza en las instituciones prestadoras de servicios de salud y por otro en la falta de recursos esenciales para el acceso a los servicios.

La segunda, hace alusión a la demora en llegar a la instalación médica. Esta demora está determinada porque una vez ha sido tomada la decisión por la madre de asistir al organismo de salud respectivo, tiene dificultades para el acceso efectivo al sitio donde recibirá la atención, como también la no disponibilidad de los servicios básicos para la atención primaria si esta se requiriera. La distancia a la instalación de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, y costo de la atención a la salud y transporte influyen todas en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda. A más de ello, existe una variable que poco estudiada en nuestro medio pero que es considerada como una causa dentro de la segunda demora y es la reputación de la instalación o centro de salud que le correspondería para la atención, ya que servicios que son considerados de mala calidad no serán tenidos en cuenta por las maternas.

La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte, y el costo⁴⁴.

La última demora está en el retraso en el recibo del tratamiento / atención. No obstante la paciente haber pasado las demoras referidas, tiene en algunos casos otro tipo de dificultades. La atención obstétrica de emergencia, tiene como antecedentes, otros factores que facilitan la prestación efectiva del servicio como que debe tener el número de personal calificado y capacitado para la atención médico asistencial de que se trate; la disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para la atención adecuada de la paciente; instalaciones óptimas que

⁴⁴ Maine, D., Akalin Z. M., Ward, V.M y Kamara A. (1997), "*Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*" [en línea], disponible en: <http://www.amddprogram.org/resources/DesignEvalMM-SP.pdf>, recuperado: 16 de abril de 2007.

garanticen la buena calidad del servicios prestados, no solo en infraestructura y tecnología sino en la atención personal – profesional que se ofrezca. Específicamente, para Colombia las causas de mortalidad materna establecidas en términos de diagnósticos son: hemorragias posparto con 17.20%, preeclampsia – eclampsia con 14.30% y síndrome hellp con 3.30% seguidos de shock séptico y aborto.

Bajo las anteriores condiciones, se tiene que la preocupación mayor está dada porque la población que está siendo especialmente afectada por la mortalidad materna son las mujeres jóvenes – 16 a 25 años – que cobijan el 35.4% lo que significa que la cobertura y atención oportuna de los servicios de salud para la población afecta está siendo en gran medida deficiente, en términos de que las principales causas de mortalidad están dadas por enfermedades que pueden o tienen tratamiento, o que a más de ello, son previsibles mediante el acompañamiento continuo de la atención médica.

Para los casos de edades extremas, como son aquellas “niñas mujeres” cuyas edades oscilan entre los 10 a 15 años, la mortalidad materna refleja que las políticas públicas establecidas a nivel nacional para la salud sexual y reproductiva está siendo ineficaz, en tanto que el impacto esperado es contrario a las estadísticas: 15 muertes dentro de las totales registradas. A más de ello, en esta población que se presume vulnerable en términos de edad, capacidad y posibilidad laboral, estudios, situación familiar, dependencia económica, las principales causas de mortalidad estuvieron determinadas por el aborto, la hemorragia pos parto y la preeclampsia. Sin embargo, esta discusión se abordará una vez se hayan enunciado las políticas nacionales para la reducción de la mortalidad materna en el país.

5.8 LA MORTALIDAD MATERNA: ¿UN ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL?

Cuando se constata la vulneración repetida y constante de derechos fundamentales, que afectan a multitud de personas, y cuya solución requiere la intervención de distintas entidades para atender problemas de orden estructural, la Corte Constitucional ha declarado la existencia de un estado de cosas inconstitucional y ha ordenado remedios que cobijen no sólo a quienes acuden a la acción de tutela para lograr la protección de sus derechos, sino también otras personas colocadas en la misma situación, pero que no han ejercido la acción de tutela⁴⁵.

Este concepto de desarrollo jurisprudencial constitucional se ha presentado desde 1997⁴⁶, cuando se hizo su primera declaración. Por corte jurisprudencial, se han establecido igualmente, las condiciones que se requieren para que una determinada “situación” sea considerada como tal.

En principio, se requiere que se presente una repetida violación de derechos fundamentales de muchas personas; que se tenga una continua omisión por parte

⁴⁵ Colombia, Corte Constitucional (2004 enero), (Sentencia T-025), M. P.: Cepeda Espinosa M. J. Bogotá.

⁴⁶ La Corte ha declarado en siete ocasiones la existencia de un estado de cosas inconstitucional. La primera vez, lo hizo ante la omisión de dos municipios en afiliar a los docentes a su cargo al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, a pesar de que se les hacían los descuentos para pensiones y prestaciones sociales previstos en la ley (SU-559 de 1997, MP: Eduardo Cifuentes Muñoz). Con posterioridad a esta sentencia, la Corte ha declarado un estado de cosas inconstitucional en seis ocasiones más: 1) por la situación de violación continua de los derechos de sindicados y procesados detenidos en las distintas cárceles del país (Sentencia T-153 de 1998, MP: Eduardo Cifuentes Muñoz); 2) debido a la falta de un sistema de seguridad social en salud para los sindicados y reclusos (Sentencias T-606 y T-607 de 1998, MP: José Gregorio Hernández Galindo); 3) por la mora habitual en el pago de mesadas pensionales, durante un período prolongado de tiempo, en los departamentos del Bolívar (Sentencia T-525 de 1999, MP: Carlos Gaviria Díaz); y 4) de Chocó (Sentencia SU-090 de 2000, MP: Alejandro Martínez Caballero); 5) por omisiones en la protección de la vida de defensores de derechos humanos (Sentencia T-590 de 1998, MP: Alejandro Martínez Caballero); y 6) por la omisión en la convocatoria de un concurso de méritos para el nombramiento de notarios (Sentencias SU-250 de 1998, MP: Alejandro Martínez Caballero; T-1695 de 2000, MP: Marta Victoria SÁCHICA Méndez).

de las autoridades en el cumplimiento de las obligaciones que les corresponde para garantizar tales derechos; que los afectados tengan que recurrir sistemáticamente a la acción de tutela para hacer efectivos la garantía de los derechos vulnerados; que no exista la adopción de medidas legislativas, administrativas o presupuestales necesarias para evitar la violación sistemática de derechos; que la causa de esa vulneración no sea imputable únicamente a la autoridad demandada, sino que está medida por factores estructurales y que se vislumbre una congestión judicial si todos los afectados tuvieran que recurrir a la acción de tutela para hacer efectivos los derechos vulnerados.

En este sentido y viendo la problemática que presenta la mortalidad materna en cuando a los factores que la generan, considerando especialmente, la protección expresa que le da la Constitución Política a la mujer embarazada (art. 43 C.P.), podría pensarse que detrás de una muerte materna existe una violación continua y recurrente de derechos humanos y fundamentales. Luego, no se trata de la violación de estándares internacionales señalados en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otras convenciones, sino de la violación de los mandatos constitucionales y leyes internas que procuran reglamentar el problema y darle la respectiva solución. En tanto que el derecho a la protección de la maternidad existe en concreto, en la práctica es un derecho abstracto al que sólo es posible acceder si en la mayoría de los casos, se cuenta con los recursos económicos para la compra del servicio.

Dentro de los derechos humanos y fundamentales que se vulneran por la mortalidad materna, Rebecca Cook⁴⁷ ha señalado: a) El derecho a la vida, a la libertad y seguridad personal; b) El derecho a fundar y tener una familia; c) el derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico); d) Los derechos referidos a la igualdad y con la no discriminación de la mujer.

⁴⁷ Cook, R. (1997, octubre), "Protección de la maternidad mediante la difusión de los derechos humanos", [conferencia], Situaciones de protección de la maternidad: 10 años de lecciones y progresos. Colombo, Sri Lanka.

Enmarcado el problema de la mortalidad materna dentro de las exigencias que hace la Corte Constitucional para su declaratoria, tendría que mirarse su enunciación mediante sendas acciones de tutela por parte de las mujeres embarazadas afectadas de acuerdo a las estadísticas referidas por el Instituto Nacional de Salud, no obstante, ceñirse el problema al contenido y alcance que la misma Corte ha fijado, es decir, existe una vulneración repetida y constante de derechos fundamentales, que afectan a multitud de personas, y cuya solución requiere la intervención de distintas entidades para atender problemas de orden estructura. Aquí se considera además que las causas de mortalidad materna en consonancia con lo que ha establecido el Dane⁴⁸ para estos últimos años han sido similares, causas que son prevenibles e intervenibles, estando además ceñidas al concepto de mortalidad materna.

⁴⁸ Para ello se puede revisar el Informe Estadísticas - Cuadro 8 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística que trata sobre las principales causas de mortalidad materna según lista de causas vigentes para el año 2002.

6. MARCO NORMATIVO PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

En el contexto de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de la Protección Social (MPS - antes Ministerio de Salud) en colaboración con instituciones con responsabilidades en el tema ha establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo y seguimiento y la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de factores de riesgo y de la mortalidad materna.

A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes. El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). El MPS y el FNUAP realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001. Con la expedición de la Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), los municipios deben hacerse cargo de la prestación de las acciones de planificación familiar, vacunación y detección del cáncer de cuello uterino para los/as afiliados/as al Régimen Subsidiado fragmentando de esta manera la atención de estos eventos. En efecto, la evaluación de la gestión de las acciones realizadas por los municipios muestra que cerca del 47% de éstos no reportan

realización de actividades de planificación familiar y del 53% que reporta acciones, la mayoría se sitúa en los rangos deficiente y muy deficiente⁴⁹.

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí. Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, quienes han realizado la verificación de la habilitación a los prestadores de servicios y concertado los planes de mejoramiento consecuentes. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoría continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas al Régimen Subsidiado (Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud /CNSSS). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

En las directrices expedidas para el Plan de Atención Básica (PAB) se incluye la reducción de la mortalidad materna como una de las líneas de acción prioritarias y determina acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y vigilancia (Circular 52 de 2003 y 18 de 2004).

⁴⁹ Informe preliminar que elaboró el Ministerio de la Protección Social referido a la evaluación de las acciones de promoción y prevención de los planes obligatorios en salud a cargo de las entidades territoriales para el período de agosto de 2002 y diciembre de 2003.

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos (Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales), que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Las muertes maternas son objeto de reporte obligatorio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

6.1 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dentro de los antecedentes y la justificación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Ministerio de Protección Social señaló que “La salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital”

Esta política fue establecida para el período comprendido entre el 2002 y 2006, tomando como sustento las directrices de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, toman así mismo, el concepto de salud de la OMS. Este documento,

pretendía a su vez, integrar el concepto de salud sexual y reproductiva, con derechos sexuales y reproductivos y con el concepto de desarrollo, proponiendo el adelantamiento de tareas específicas sobre temas como la maternidad segura, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y la violencia doméstica y sexual.

Su objetivo general estuvo enmarcado por buscar el mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo igualmente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, haciendo énfasis en vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

Como objetivos específicos trazó la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el fortalecimiento en la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas.

Las metas por su parte, estaban dadas en lograr la reducción del embarazo adolescente, *la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable*, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Para el tema objeto de investigación, una de las prioridades de la Política SSR, era *lograr la reducción de la mortalidad materna evitable en un 50%*; mejorando a su vez la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención

y atención de la mortalidad materna y perinatal. Los principios que orientan la política son: la concepción de los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios. Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son: promoción de la salud mediante acciones de IEC (información, educación y comunicación), coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. Para cada uno de los temas presenta líneas de acción que desarrollan las estrategias.

La política de SSR también incluye un aparte sobre las posibles fuentes de financiación para su implementación, un mapa de competencias y responsabilidades que incluye a los principales actores del sector y de otros sectores en el tema de la SSR, un anexo que enumera los otros temas de SSR que pueden abordarse de acuerdo con las especificidades de las diferentes regiones y localidades (cáncer de seno, otros cánceres del aparato reproductivo femenino, los cánceres del aparato reproductivo masculino, la menopausia y la SSR de los/as adultos/as mayores), y otro anexo que muestra cuáles son los municipios de Colombia con indicadores deficientes en SSR. Por último, incluye la bibliografía consultada para el desarrollo de la propuesta.

6.2 PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Dentro de las estrategias que adoptó el Gobierno Nacional para buscar dar aplicación efectiva a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, está el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, en donde se

apuntaba al reforzamiento de la garantía de los derechos de las mujeres, especialmente a todos aquellos que hacían a la vida y los derechos sexuales y reproductivos, buscando con ello, la reducción de algunas de las causas de la mortalidad materna y de los factores de riesgo como también la modificación de algunos de los efectos de los determinantes sociales y culturales asociados al problema descrito.

En este sentido, se pretendió posicionar la mortalidad materna como un problema de política pública, en tanto que debía agendarse como tal; identificar y hacer seguimiento a las responsabilidades de los actores sociales e institucionales que tuvieran relación con el problema, en aras de contribuir a la reducción de la mortalidad materna en el país.

Este plan se concibió para ejecutarse en un plazo de nueve meses en tanto que las acciones estaban dadas en términos de “corto plazo” ya que el objetivo primigenio del mismo era movilizar los actores e instituciones que en el problema, estuvieran involucrados. Sus principales frentes de trabajo se centraron en la movilización y sensibilización del país frente al problema descrito y otro fue, el seguimiento a todas y cada una de las políticas que se habían implementado para la reducción de la mortalidad.

Dentro de las acciones de comunicación, se consideraron comerciales, cuñas, afiches, artículos periodísticos y señales para ubicar en los medios masivos de transporte, paraderos de buses, centros comerciales y oficinas públicas. Se buscó aumentar el grado de sensibilidad del público frente a la mortalidad materna, promoviendo acciones de discriminación positiva de la mujer gestante en las actividades de la vida cotidiana tales como acceso privilegiado a lugares, transporte público, establecimientos comerciales y turnos en las filas de espera.

De igual manera se buscaba advertir sobre los síntomas y signos de alerta que puedan significar complicaciones en el embarazo. En cuanto al seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional, las acciones buscan verificar que las IPS cumplan los estándares básicos en infraestructura, recurso humano, procesos y transporte, entre otros requisitos, para garantizar la segura atención prenatal y obstétrica. Se intensificaría el seguimiento a los planes de mejoramiento de las IPS, específicamente en lo relacionado con los estándares de cuidado obstétrico.

Igualmente se evaluarían los mecanismos de referencia y contra-referencia de la urgencia obstétrica y perinatal y se vigilaría que las IPS realicen la medición de la calidad centrada en el usuario (gestantes y sus familias), a través del conocimiento de su satisfacción frente a la atención obstétrica. Para adelantar este plan, se tuvo una inversión de trescientos cinco millones de pesos (\$305.000.000)⁵⁰.

⁵⁰ Servicio Nacional de Empleo (2003, 25 de agosto), "Presidente Uribe presenta plan de choque para reducción en un 50% la mortalidad materna" [en línea], disponible en: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/agosto/25/09252004.htm>, recuperado: 24 de abril de 2007.

7. DISCUSIÓN

Dentro de los pilares esenciales del Estado Social de Derecho, se tiene el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales, mediante el respeto de la dignidad humana y la consecución continua del bien común. En esta esfera, se consideran a determinados grupos poblacionales como sujetos de protección especial, entre los que se citan las mujeres embarazadas. Considerando ello, se analizan las tasas de mortalidad materna que tiene el país a la luz del Estado Social en relación con la protección especial que el constituyente estableció a favor de ésta, protección que estaría en cabeza del estado, según se desprende del artículo 43 de la Carta Política.

Por ello en el presente estudio, se identificaron como deficiencias del Estado Social de Derecho en la protección de la vida y la salud de la mujer embarazada, las tasas de mortalidad materna que tiene el país no obstante considerarse éstas como un indicador de desarrollo, ya que en principio, estas tasas reflejan la desatención por parte del estado de la mujer embarazada.

En este contexto, la mortalidad materna se ha agendado como problema de salud pública a partir del reconocimiento internacional que existe sobre el problema, manifestado como consecuencia de las condiciones de pobreza, inequidad e injusticia social que sufren algunas regiones del mundo como América Latina y el África entre otras.

Sin embargo y a pesar de la problemática que se presenta, las políticas desplegadas por el gobierno nacional no han sido suficientes para la atención efectiva de la mortalidad materna, ya que el plan de choque (citado en el numeral 9.2) que se concibió en principio como una estrategia política para hacer frente a

la reducción en un 50% de las muertes maternas terminó siendo un ejercicio de socialización en donde la comunidad acabaría enterándose de que existía el problema como tal y en donde ella asumiría un papel de solidaridad ocasional con la mujer embarazada en términos de facilitarle una silla en un bus o una atención preferencial en una fila.

En este ejercicio, la comunidad no se involucra porque simplemente, no tiene los espacios ni los recursos para ayudar a definir la política como tampoco se convoca para ello, luego, no se trataba de que ella asumiera la responsabilidad que le correspondía al estado frente al problema que éste trataba. Sumado a ello, el plazo fijado en el Plan de Choque estaba demasiado corto y contaba con muy pocos recursos (una inversión de 305 millones de pesos), lo que limitó la efectividad del mismo, aclarando que no tenía objetivos que marcaran una diferencia real entre lo que había y lo que se esperaba que pasara después de ejecutarse la política diseñada, en otras palabras, el plan de choque no se diseñó para disminuir efectivamente la mortalidad materna, sino como un paliativo en tanto que no generó impacto alguno.

Otro de los objetivos que trazó el plan de choque fue el fortalecimiento del control, la vigilancia y el monitoreo sobre los actores que de una manera u otra tenían ingerencia en la problemática de la mortalidad materna; vigilancia que se adelantaría sobre el cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en las IPS (instituciones prestadoras de salud) y sobre el cumplimiento de las normas técnicas y guías de atención, lo cual resultó inoperante porque no había quien hiciera un control efectivo en las entidades territoriales sobre las instituciones que prestaban los servicios y porque a más de ello no se implementó un sistema de vigilancia epidemiológica que permitiera el monitoreo y la evaluación de las acciones de salud relativas a la maternidad. Al no funcionar este control y vigilancia, no se podían implementar estrategias que buscaran la reducción de las tasas de mortalidad vigentes.

En este punto, de las estadísticas que se tomaron en cuenta para esta investigación, la mayoría de las muertes maternas se presentan en instituciones habilitadas para la prestación de los servicios médico asistenciales que una mujer embarazada demanda, así, la aseguradora Saludcoop tiene un porcentaje de muertes maternas para el 2005 de 2.90% (14), seguido del ISS con un 2.50% (12), mostrando estas cifras, que las barreras de acceso no son determinantes la momento de definir las demoras en la mortalidad materna para eventos como este, ya que las pacientes llegaron a las instituciones prestadoras de estas aseguradoras sin establecerse por parte de éstas las condiciones en que habían llegado las pacientes o las condiciones sociales, económicas y familiares en que habían desarrollado su gestación. A más de ello, se entiende que estas instituciones cuentan con la tecnología y el personal adecuado para la prestación de los servicios y cumplen además, las normas técnicas y legales que para el caso ha expedido el Gobierno Nacional.

Sobre este punto, a pesar de que en un 54.2% se prestó atención institucional a la embarazada, se presentaron muertes en alta proporción, mostrando ello que la atención institucional fue deficiente o que no fue de la calidad esperada, corroborando con ello, la falta de control y vigilancia que existe sobre los prestadores de servicios y las aseguradoras.

En lo que hace a la cobertura en seguridad social, se tiene que de acuerdo al tipo de aseguramiento en salud, el 30.6% de las muertes maternas se presentaron en población que no tenía aseguramiento, lo cual refleja la ineficiencia del estado social al momento de atender los objetivos trazados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud – ley 100 de 1993 –, los que están dados en términos de regular el servicio público esencial de salud y *crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención*. Como se concibió el sistema, éste debía proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago,

brindando además, atención en salud integral a nivel de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Con todo, las mujeres embarazadas deben estar cobijadas por el sistema de seguridad social vigente, sin discriminación alguna. En otras palabras, no deben tener exclusión alguna en lo que se refiere a la prestación de los servicios que les corresponden, la atención a las mismas no puede estar sometida a afiliación alguna, ya que en la mayoría de los casos, la inequidad social y la educación son las principales causas de su no ingreso al sistema. Deben ser atendidas con o sin afiliación.

En otro punto, se percibe dentro del marco normativo de la mortalidad materna una alta reglamentación en lo que hace a su tratamiento efectivo, es decir, el exceso de normatividad dificulta el ejercicio de la prestación de los servicios en términos reales, imponiendo con ello, otra barrera de acceso, referida no solo a la atención personalizada e institucional de que deben ser objeto las pacientes sino la tramitología a que se ven sometidas las mismas, la documentación, la no centralización de los servicios administrativos y asistenciales, la distancia que existe muchas veces entre estos y la indiferencia institucional frente a las maternas hacen difícil la atención oportuna o la hace de mala calidad cuando por fin se accede a ella.

En esta perspectiva, es visible la crisis institucional que tiene el Estado frente al manejo de problemáticas como ésta. Las instituciones involucradas en las políticas de mortalidad materna son excesivamente normativas: están concebidas a partir de normas jurídicas, reglas y prácticas relacionadas entre si que definen las acciones idóneas para tratar el problema descrito. En otras palabras, los individuos que las conforman se someten a las reglas establecidas, viendo reducido su espacio de deliberación y decisión. La ley ocupa un papel central en la actividad de las instituciones públicas, constituye tanto la estructura del sector público mismo como una herramienta fundamental del gobierno para influir sobre

el comportamiento de los ciudadanos, hoy se continúa en el legalismo del antiguo institucionalismo en donde ocuparse de las instituciones, es ocuparse de la legislación⁵¹. Aquí el término de instituciones se ve enmarcado dentro del concepto de que son cosas establecidas por el hombre en el campo de la vida política, que una vez establecidas adquieren una especie de vida autónoma. Tan es así, que pareciera que el Ministerio de Protección Social opera y funciona independientemente de otras instituciones que tienen ingerencia y poder de decisión frente a la mortalidad materna, como por ejemplo, el ministerio de hacienda, de educación, de desarrollo económico, departamento nacional de planeación, presidencia de la república, instituto colombiano de bienestar familiar, entre otros. Estas instituciones políticas, se estructuran con un marco muy restringido a partir de un enfoque jurídico principalmente, obviando la organización política del estado y su finalidad.

Dentro de este punto, se tiene que el Estado obedece a las necesidades del grupo social que lo integra y que se constituye como tal, ¿qué sucede cuando éste no se manifiesta a través de sus instituciones u órganos de manera consecuente con las expectativas sociales? ¿Qué sucede cuando las instituciones del Estado, mediante las cuales se manifiesta el poder estatal, desconocen o ignoran los principios constitucionalmente consagrados? La institucionalidad entra en crisis; crisis que se da como consecuencia de que el estado no tiene definida la orientación de su organización como tampoco el orden social que lo enaltece. Es más, lo que está definido no opera, lo cual hace pensar que las instituciones que representan al estado, representan paralelamente sus debilidades.

En esta misma línea, la política sexual y reproductiva desplegada para los adolescentes tiene bajo impacto si se considera que hubo muertes maternas en adolescentes con edades que oscilaban entre los 10 y 15 años, por causas que estuvieron entre las prevenibles e intervenibles como el aborto, hemorragia

⁵¹ Peters, B. G. (2003), *El nuevo institucionalismo*, Barcelona, Gedisa.

posparto y preeclampsia, sumado al hecho de que los embarazos en esta población no son planeados. Sobre este punto, la Doctora María Patricia González Cuellar⁵², Jefe de Vigilancia de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, señala que parte de la problemática que viven las adolescentes están referidas a la exclusión social de que son objeto, ya que al no tener referentes familiares, sociales, educativos y culturales optan por ser madres como una manera de tomar importancia dentro del grupo social al cual pertenecen y así llamar la atención. Agrega que el estado los trata con indiferencia ya que para ellas/os son pocos los programas que existen, incluso, en el sector salud no tiene un espacio en el que se sientan reconocidos y atendidos en la dimensión que les da su edad.

Bajo los indicadores referidos y considerando que el Estado Social de Derecho busca la realización efectiva de los derechos y prerrogativas del individuo como centro del que hacer estatal, se tiene que a pesar de ello, no han sido suficientes las tareas desplegadas por el Estado colombiano para evitar que la mortalidad materna continúe siendo un problema de salud pública, ya que visto lo anterior, es evidente que el problema sigue vigente en una proporción que dadas las nuevas tecnologías y recursos humanos no se justifican.

En el mismo escenario, la Carta Política de 1991, consagró en su artículo 86 la acción de tutela como un mecanismo para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública. El reconocimiento de los derechos de la mujer, especialmente de la mujer embarazada, se han dado a la luz del desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional como consecuencia de sendas acciones de tutela interpuestas. Así, entre el período comprendido entre 1999 a 2003, esta Corte profirió más de 2500 sentencias a favor de la mujer y se adoptaron ocho leyes

⁵² González Cuellar, M.P. 2007, (26 de abril), entrevistado por González Monroy A.D. Bogotá.

aprobatorias de tratados internacionales relativos a la mujer, y veintidós leyes que protegen de manera especial a la mujer. Todo esto, como consecuencia de la discriminación que se ha visto sobre la mujer en el contexto político social colombiano⁵³.

Es paradójico que para lograr la efectividad de los derechos fundamentales que le corresponden a la mujer embarazada, se tenga que recurrir a un mecanismo legal que de ser transitorio, pasa a ser el único recurso positivo con que cuentan las mujeres embarazadas para hacer efectivos sus derechos. Sin embargo, estas sentencias deberían ser consideradas por las instituciones del estado encargadas de la implementación de las políticas públicas sobre la mortalidad materna, ya que a más del precedente jurídico que tienen y de su valor simbólico, deberían influir de alguna manera en la construcción de dichas políticas y de los diálogos sociales que el problema genere. Por tanto, la interpretación de la Constitución que realiza la Corte Constitucional será también parte de esa expresión de valores y de su desarrollo. A través de la doctrina constitucional, la corporación va desarrollando los contenidos y alcances de los derechos fundamentales, sociales y culturales. De esta forma, sus pronunciamientos van modificando los imaginarios sociales de la colectividad colombiana hasta influir en su cambio⁵⁴.

En un caso extremo, podría llegar a pensarse que para que opere la efectividad del artículo 43 constitucional que trata sobre la protección de la mujer embarazada, las mujeres en este estado tendrían que tutelar al estado para el reconocimiento de sus derechos fundamentales a tal punto, que la Corte Constitucional fallara sobre el supuesto de un “estado de cosas inconstitucional” y ordenara al Estado Social de Derecho el adelantamiento de las políticas

⁵³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2005), *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, Washington, ONU.

⁵⁴ Colombia, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2006). *La corte constitucional frente a los derechos de la mujer. Una mirada de género a un conjunto de sentencias*. Off Set Gráfico.

necesarias y la disposición de recursos para atenderlas como la misma Constitución lo señala, como ha ocurrido en otros casos (los desplazados, el pago de las pensiones, etc.), siendo contradictorio pensar que en un Estado Social de Derecho se tenga que llegar a una situación como esta para que el problema se identifique como social y político y en consecuencia el Estado tenga que tomar medidas reales para su atención.

En este punto, surge otra manifestación de la ineficiencia del Estado en lo referente al tema de las inequidades. El informe del 2005 que presenta el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, señala que la inequidad de acceso a servicios prenatales, es notoria para las madres del área rural y las de bajo nivel educativo: el 94 % de las gestantes urbanas reciben atención prenatal, en relación con el 84% en el área rural. Respecto del nivel educativo de la madre, el 59.4% de las madres con niveles educativos bajos fue atendida por médico, mientras que para las madres con educación superior (universitaria) fue del 99.1%.

Sumado a esto, se tiene la problemática social y ambiental del país agravada por la situación del orden público, el conflicto, desplazamiento y problemas estructurales relacionados con la marginalidad y la pobreza, ya que sobre estos puntos específicos no existen estadísticas que se refieran expresamente a la mortalidad materna. A más de ello, el subregistro de las mismas es enorme si se considera que en zonas de conflicto es imposible hacer mediciones, no solo por las mujeres que están en los grupos de uno y otro lado, sino por las que como parte de la sociedad civil están en medio del conflicto. Cabe aclarar que el subregistro se manifiesta en todos los escenarios en donde la mujer se desenvuelve, aquí se evidencia la falta de impacto que ha tenido la ley 100 de 1993, ya que las estadísticas no son reales, incluso, podrían llegar a ser muy superiores a las que se tienen actualmente en cuenta.

Como corolario de lo anterior, se evidencia un enorme problema social y es la pobreza y el desempleo. Para Colombia, las estimaciones de la magnitud de la pobreza durante el quinquenio 2000 – 2005, ha fluctuado entre el 20% y el 24% de la población (ONU 2005). A pesar de ello, el DANE estima que para el período 2003 a 2005, el porcentaje de personas viviendo bajo la línea de pobreza pasó de 57.8% a 52.6% y la proporción de personas viviendo en la línea de indigencia de 21.1% a 16.9%.

En lo que se refiere al desempleo, el DANE ha señalado que la tasa de desempleo disminuyó de 15% en 2001 a 11.8% en 2005. Las mujeres aumentaron su tasa de participación de 41.5% en 1997 a 48.5% en 2005. Si bien esta tendencia puede ser reflejo del mejoramiento de la formación femenina, también puede ser el resultado de la crisis económica mencionada, que obligó a muchas mujeres a entrar en el mercado laboral. Luego, la tasa de desempleo entre hombres y mujeres presenta grandes diferencias: mientras para los primeros era de 8.8.% en el año 2005, para las mujeres era de 15.6%; para los hombres jóvenes de 17.8% y para las mujeres jóvenes del 30%⁵⁵.

Atendiendo lo anterior, se tiene que las causas de la mortalidad materna son diversas. Estas son la ausencia de una adecuada consideración de los derechos de las mujeres, pues las muertes maternas revelan falta de voluntad política para enfrentar los factores que la provocan de parte de quienes toman las decisiones en el país. Con ello, sus raíces se encuentran en la pobreza, pues es evidente que aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres en todos los estratos sociales, es en lo niveles económico sociales más bajos en donde se presenta el mayor número.

⁵⁵ Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH / sida (2006), *La infección por VIH / sida en Colombia, Estado del arte 2000 – 2005*, Bogotá, Onusida y Ministerio de la Protección Social

7.1 ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN EFECTIVA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA – PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Paralelo al planteamiento del problema y vistas las causas que generan la mortalidad materna en Colombia, existen factores reconocidos que pueden ayudar a la disminución efectiva de las mismas, como por ejemplo, la reducción de las inequidades de género; el mejoramiento del estado nutricional de las mujeres; el fortalecimiento de la educación de las niñas y adolescentes; la atención profesional durante la gestación y el parto; el aseguramiento de la salud materna para todas las mujeres; el desarrollo real de políticas referidas a la planificación familiar; la creación de espacios en donde la mujer pueda participar en la discusión e implementación de políticas referidas a su género como también la adopción de indicadores que permitan hacer seguimiento a los procesos establecidos para evitar la mortalidad materna como también a las estadísticas sobre éstas⁵⁶.

De la discusión se desprende que el mayor problema que tiene que enfrentar el Estado Social de Derecho es la eliminación de las brechas que existen en el país referidas a la pobreza en todas sus manifestaciones. Las tasas señaladas, reflejan que la principal causa de mortalidad materna es la pobreza y exclusión social que sufren las mujeres, ya que son sus mismas condiciones de vulnerabilidad las que permiten su muerte por causa del embarazo.

⁵⁶ Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival. New York: UNICEF (Marzo de 1999). Esta guía presenta intervenciones basadas en la evidencia diseñadas para abordar las causas directas e indirectas de las muertes maternas. Está diseñada para ayudar al personal de UNICEF a nivel nacional a desarrollar programas de maternidad sin riesgo. La guía contiene abundante información, e incluye intervenciones específicas para reducir el riesgo de la maternidad (tales como mejorar la nutrición, la atención durante el embarazo y el parto, la salud materna y neonatal en urgencias, establecimiento de enlaces). Para cada tema (por ejemplo, atención durante el parto), la guía enumera los componentes de la intervención e indica cómo realizar una evaluación de necesidades, fortalecer las políticas y la adquisición de habilidades, mejorar las comunicaciones y la participación de la comunidad, y cómo realizar el control y la evaluación. Los ejemplos de las intervenciones de diversos países contienen casos específicos donde las intervenciones han tenido éxito.

Sin embargo, dentro del contexto nacional, como estrategias para una reducción real de la mortalidad pueden considerarse las siguientes: asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud materna seguros y de buena calidad que se ofrezcan a nivel nacional; destinar e invertir recursos para lograr que haya servicios de salud materna disponibles, especialmente en las áreas pobres y rurales y en general en aquellas zonas de riesgo e incluir la salud materna en todas las políticas y planes de desarrollo nacionales (departamentos, municipios etc.).

Como tareas concretas pueden considerarse:

- La estructuración de un plan de choque que incluya: recursos económicos; nuevas modalidades de aseguramiento; un componente educativo amplio que se contemple en los programas académicos de básica primaria y secundaria, especialmente sobre salud sexual y reproductiva; la comunidad; un plazo razonable para su ejecución; indicadores de gestión entre otros.
- Implementación de mecanismos al interior de los hospitales públicos para la atención de cualquier tipo de paciente que esté en gestación.
- Personal idóneo y capacitado para la atención materna en los diferentes hospitales públicos.
- Dotar a las instituciones que atiendan a las maternas de la tecnología mínima, medicamentos apropiados y adecuados para emergencias en pacientes críticos.
- Personal paramédico capacitado en sala de partos que no tenga problemas de rotación, es decir, que laboralmente estén fijos dentro de las instituciones públicas.

- Programas de nutrición y alimentación para la población vulnerable y en riesgo.

- Involucrar en las políticas públicas sobre mortalidad materna a la comunidad y a otras instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al ministerio de educación, etc.

- Fortalecimiento de la vigilancia y control en salud pública los aseguradores y prestadores de servicios de salud.

8. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación muestran que el Estado Colombiano como Estado Social de Derecho que es, no ha cumplido eficientemente con la protección de la mujer embarazada, no solo en su salud, sino en su propia vida.

La vulneración de sus derechos, fundamentales o no, se ha venido presentando de manera recurrente desde la expedición de la nueva Constitución, siendo imputable la misma al Estado, ya que no se trata de una única autoridad o institución pública, sino más bien, a un problema estructural que afecta a toda la política de salud diseñada por el Estado. Su más clara manifestación esta en los precarios recursos que se destinan para el cumplimiento de dichas políticas, a la política misma para enfrentar la mortalidad materna en tanto que ésta no causa impacto alguno y a la frágil capacidad institucional para implementar y desarrollar nuevas estrategias.

Como indicador de la ineficiencia del estado social de derecho en la protección de la salud y vida de la mujer embarazada, se tienen las altas tasas de mortalidad materna que muestra el país, no obstante haberse agendado el problema dentro de los asuntos que debe atender el gobierno en desarrollo de los objetivos del milenio⁵⁷.

A más de ello, otra de las manifestaciones de la ineficiencia aludida está en las dificultades que tienen las mujeres en estado de embarazo para acceder a los servicios de salud y asistenciales que les corresponden, ya que dentro del asunto

⁵⁷ Se trata del Documento Conpes Social 091 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015” elaborado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social - Departamento Nacional de Planeación. Marzo 14 de 2005.

objeto de investigación se mostraron barreras de acceso relacionadas con la falta de recursos económicos de las pacientes y con la deficiencia del estado en controlar y vigilar a los prestadores de servicios de salud como a las aseguradoras.

Sin embargo, el mayor problema de ineficiencia está dado en términos de que el estado no le ha garantizado a la mujer embarazada una total cobertura en salud a pesar de ser éste uno de los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que la mayoría de las mujeres que fallecieron por causa o con ocasión del embarazo no pertenecían a ningún tipo de aseguramiento o vinculación al sistema, es decir, no existían para el sistema de salud.

Yendo más allá, el problema real está planteado en la situación de pobreza y exclusión social que vive el país. Muestra de ello, son las diferencias que se reflejan en las tasas de desempleo, que para el caso de las mujeres es mayor en un 7% aproximado a la de los hombres, manifestación esta de una inequidad de género que afecta la salud de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

BOBBIO, N. (1999), *Igualdad y libertad*, Barcelona, Paidós.

CREASY, R.K., y RESNIK, R. (1999), *Maternal – fetal medicine*, Philadelphia. Saunders Company.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, UNICEF (2006), *Caracterización de los niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados ilegales: Inserción social y productiva desde un enfoque de derechos humanos*.

DUVERGER M., (1968), *Introducción a la política*, Barcelona, Ariel.

DWORK D. (1987), *War is good for babies and other young children*, Londres, Tavistock.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006), *Población y equidad en Colombia: Análisis de situación*. UNFPA.

GOODIN, R., y DIETER, H. (2001), *Nuevo manual de ciencia política*, Madrid, Istmo.

LLERAS DE LA FUENTE, C., ARENAS CAMPOS, C.A., CHARRY URUEÑA, J.M., HERNÁNDEZ BECERRA, J.M. (1992), *Interpretación y Génesis de la Constitución de Colombia*, Santafé de Bogotá, Cámara de Comercio de Bogotá.

MAHLER H. (1987), *The safe motherhood initiative: a call to action*, Lancet.

MINISTERIO DE SALUD, PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, UNICEF Argentina (2003), *Mortalidad Materna: un problema de salud pública y derechos humanos*.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006), *Vigilancia superior a la garantía de los derechos desde una perspectiva de género, con énfasis en mujeres y adolescentes: Guía pedagógica y operativa para el seguimiento y la vigilancia*. TC Impresores.

OFICINA EN COLOMBIA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (2002), *Interpretación de las normas internacionales sobre derechos humanos*”, Bogotá, ONU.