



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 912

Bogotá, D. C., jueves, 11 de agosto de 2022

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 112 DE 2022 SENADO

por medio del cual se regulan los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. ____ DE 2022 “Por medio del cual se regulan los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones”.

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. ____ DE 2022

“Por medio del cual se regulan los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones”.

* * *

El Congreso de Colombia

Decreta:

CAPÍTULO I

Objeto, principios, derechos y deberes

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales, regularlos y establecer mecanismos para su protección efectiva.

Artículo 2º. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a todas las entidades públicas y privadas, que intervengan de manera directa o indirecta en la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Parágrafo. En lo concerniente a comunidades étnicas, a excepción de los pueblos indígenas, la presente Ley se aplica a todos los agentes, usuarios y actores que estén o no en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para los pueblos indígenas su aplicación será en atención al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), los planes de vida y los derechos superiores y prevalentes de la niñez.

Artículo 3º. Definición y alcance de los derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales e irrenunciables. Tienen como propósito proteger la salud sexual y reproductiva de las personas, la cual demanda una aproximación positiva y respetuosa a la identidad, el conocimiento del cuerpo, la sexualidad y las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción,

discriminación y violencia, y el ejercicio libre y responsable de la maternidad y la paternidad. La realización y garantía de la sexualidad humana depende del respeto y satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos reproductivos reconocen y protegen la autodeterminación reproductiva y el acceso a servicios de salud reproductiva. Los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen el desarrollo libre, seguro, responsable y satisfactorio de la vida sexual de las personas. Específicamente,

- A determinar el número de hijos, el tipo de familia y a acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- A la provisión y acceso oportuno, seguro, y de calidad a los servicios de salud integral durante la gestación, el parto y la lactancia, que brinden las máximas posibilidades de reducir la mortalidad y morbilidad materna.
- A la implementación de todas las medidas necesarias para eliminar la mortalidad materna evitable y reducir de un modo general la morbilidad.
- A erradicar todo tipo de discriminación y violencia basada en género.
- A acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el territorio nacional, de preferencia por parte de personal de la salud debidamente capacitados en temas de derechos sexuales y reproductivos.
- A recibir información y educación laica, veraz, y libre de prejuicios sobre los derechos sexuales y reproductivos y sobre todos los aspectos de la sexualidad como parte de la construcción de la ciudadanía.
- A decidir autónomamente, sin coerción o violencia, tener o no relaciones sexuales y con quién.
- A obtener información clara, objetiva, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que se le vayan a practicar y de sus riesgos, así como a tener la posibilidad de escoger el género del médico que le va a tratar. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud.
- A recibir un trato digno en la atención en salud sexual y reproductiva, respetando las creencias, las costumbres y las prácticas culturales de las personas que acudan o soliciten esta atención, así como las opiniones personales que ellas tengan sobre los procedimientos a practicarse.







<p>j) La confidencialidad de toda información suministrada en el ámbito de la atención en salud sexual y reproductiva, al igual que de las condiciones de salud y enfermedad de la persona. Lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad que los familiares de acceder a ella en los eventos autorizados por la ley, o por las autoridades en las condiciones que esta determine.</p> <p>k) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos de las tecnologías en salud recibidas.</p> <p>l) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles, inhumanos o degradantes que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.</p> <p>m) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.</p> <p>n) A agotar las tecnologías en salud y atención integral disponibles en el momento en el sistema general de salud.</p> <p>Artículo 4. Deberes de las personas en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Son deberes de las personas en relación con el cuidado de su salud y reproductiva y la prestación de los servicios de salud los siguientes:</p> <p>a) Ejercer los derechos sexuales y reproductivos de manera libre, informada y responsable.</p> <p>b) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.</p> <p>c) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción de métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y demás aspectos de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>d) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud sexual y reproductiva de las personas.</p> <p>e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema de salud.</p> <p>f) Actuar de buena fe frente al sistema de salud y dar buen uso de la prevención en salud sexual y reproductiva.</p> <p>g) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información relacionada con salud sexual y reproductiva, que se requiera para efectos del servicio de salud.</p>	<p>Parágrafo 1º. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solamente podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado por autoridad, institución o persona alguna para impedir o restringir el acceso oportuno del ejercicio de los derechos y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva requeridos.</p> <p>Artículo 5º. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de promover, respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Para ello, en virtud de su obligación de respetar los derechos sexuales y reproductivos, deberá:</p> <p>a) Abstenerse de censurar, retener, malinterpretar o criminalizar la información sobre salud sexual y reproductiva, tanto para el público como respecto de cada individuo.</p> <p>b) No interferir en las decisiones de las personas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, en especial en relación con la sexualidad, la elección libre de la maternidad y la Interrupción Voluntaria del Embarazo.</p> <p>c) Garantizar la prestación de servicios de salud y educación que sean necesarios para el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, especialmente aquellas en mayor situación de vulnerabilidad.</p> <p>d) Establecer mecanismos para evitar la violación de los derechos sexuales y reproductivos y determinar las sanciones correspondientes.</p> <p>e) Formular y adoptar políticas de derechos sexuales y reproductivos dirigidas a garantizar el goce efectivo de los mismos, con un enfoque de derechos humanos, interseccional y diferencial, territorial y sectorial.</p> <p>f) Adoptar políticas que garanticen la promoción de la salud sexual y reproductiva, en términos de educación en sexualidad para la construcción de ciudadanía desde las aulas de clase en todas las instituciones educativas y en el ámbito laboral, cultural y social.</p> <p>g) Asegurarse de que niños, niñas y adolescentes tengan acceso completo a información apropiada sobre salud sexual y reproductiva para que puedan tomar decisiones libres y responsables.</p> <p>h) Garantizar el derecho a la información, educación, prevención y tratamiento idóneo y oportuno de las personas que sufren infertilidad o que requieren tratamientos de reproducción humana asistida.</p> <p>i) Reconocer que las personas con discapacidad son titulares plenas de los derechos sexuales y reproductivos, por lo que se les debe garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación integral para la sexualidad, con los ajustes razonables que permitan el goce efectivo de sus derechos.</p>
<p>j) Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación sobre los datos relacionados con el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en función de los principios mencionados en la presente ley, así como sobre la forma en la que el sistema de salud avanza de manera razonable y progresiva en la garantía de estos.</p> <p>Parágrafo. En lo referente, este artículo se le aplicará también a las personas de derecho privado que prestan los servicios de salud sexual y reproductiva, quienes además tienen la obligación de suministrar de manera oportuna y suficiente la información relacionada con salud sexual y reproductiva, que se requiera para efectos del servicio de salud.</p> <p>Artículo 6º. Elementos de los derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos incluyen los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:</p> <p>a) Disponibilidad. El Estado debe garantizar la existencia de un número adecuado de centros de salud, servicios y programas, personal médico y profesional capacitado y proveedores cualificados entrenados para llevar a cabo toda la gama de servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva; y tecnologías en salud, incluyendo una amplia variedad de métodos anticonceptivos modernos. El ejercicio de la objeción de conciencia no puede ser una barrera para acceder al servicio. Un número suficiente de profesionales de la salud dispuestos y capaces de proporcionar tales servicios. Los servicios deben estar disponibles en todo momento en instituciones públicas y privadas. Se debe velar porque las instituciones se encuentren en todo el territorio nacional.</p> <p>b) Accesibilidad. El Estado debe garantizar los ajustes razonables para el acceso de todas las personas a las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con derechos y salud sexual y reproductiva. Estos ajustes podrán incluir la disponibilidad de intérpretes de lenguas indígenas y lengua de señas, señalización en braille, la adaptación cultural, la toma de decisiones con apoyos, o cualquier otra adecuación necesaria para garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>La accesibilidad comprende la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. Se entiende por ellos lo siguiente:</p> <p>i. Accesibilidad física: las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con el cuidado de la salud sexual y reproductiva deben estar al alcance física y</p>	<p>geográficamente para todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad, pertenecientes a grupos étnicos o que vivan en comunidades rurales o apartadas.</p> <p>ii. Asequibilidad económica: Los bienes y servicios esenciales, entre ellos los relacionados con los factores determinantes de la salud sexual y reproductiva, deben ser proporcionados en el marco de la sostenibilidad fiscal, teniendo como base el principio de equidad.</p> <p>iii. Acceso a la información: Todos los individuos y grupos, incluidas las personas con discapacidad, pertenecientes a grupos étnicos y los adolescentes y jóvenes, tienen derecho a información confiable, completa y basada en evidencias, en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>La salud sexual y reproductiva incluye la salud materna; los anticonceptivos; la prevención de la violencia de género; las infecciones de transmisión sexual; la prevención y tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA); la prevención y tratamiento de los cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata); la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); la atención post Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la infertilidad y las opciones de fertilidad y la prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor. La información debe proporcionarse de manera coherente con las necesidades de los individuos.</p> <p>iv. Aceptabilidad. Todas las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben ser respetuosos de la cultura de las personas, los grupos étnicos, y las comunidades. De igual forma, deben ser sensibles al género, la edad, la discapacidad, la diversidad sexual y los requerimientos del ciclo de la vida.</p> <p>c) Calidad e idoneidad profesional. Las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva deben estar basados en estudios científicos, ser médicamente adecuados y estar actualizados. Esto requiere un personal de salud capacitado y calificado, medicamentos y equipos científicamente aprobados y no caducados. La omisión o negativa de incorporar de forma razonable los avances tecnológicos e innovaciones en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva pone en peligro la calidad de la atención.</p>

<p>Artículo 7º. Principios rectores de la aplicación e interpretación de los derechos sexuales y reproductivos. La interpretación y aplicación de esta ley se hará de conformidad con los siguientes principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Universalidad. Todas las personas residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente, sin discriminación alguna, de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida; b) Pro-homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección de los derechos sexuales y reproductivos a favor de todas las personas; c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de los derechos sexuales y reproductivos de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección constitucional de los que trata la presente ley; d) No discriminación. El Estado está obligado a erradicar toda forma de discriminación por razones de género, orientación sexual, identidad o expresiones de género, sea esta auto determinada o percibidas, edad, raza, etnia, opinión política o filosófica, discapacidad, religión, condición de salud o cualquier otra condición personal o grupal que determine algún tipo de desventaja política, social o jurídica en la sociedad, que impidan el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos; e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías necesarios para el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos debe proveerse sin dilaciones injustificadas; f) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías necesarios para el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento de los servicios especializados en salud sexual y reproductiva, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos; g) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, de los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce 	<p>efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, de conformidad con las normas y la jurisprudencia constitucionales sobre sostenibilidad fiscal;</p> <ul style="list-style-type: none"> h) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población; i) Diversidad étnica y cultural. Los programas y las medidas en materia de derechos sexuales y reproductivos deben tener en cuenta las prácticas culturales de los grupos étnicos existentes en el país, con el propósito de construir mecanismos que integren estas prácticas en las medidas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, en las condiciones de vida, protección de la salud y en los servicios de atención integral de las enfermedades. El Estado reconoce los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global, que no sean contrarios a los derechos fundamentales. <p>Parágrafo 1º. Los principios enunciados en este artículo tienen la misma jerarquía y deberán interpretarse de manera armónica.</p> <p>Parágrafo 2º. El Estado implementará acciones afirmativas en beneficio de los sujetos de especial protección constitucional de que trata el artículo 10.</p> <p>Artículo 8º. Determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la afectación en la salud en todas sus dimensiones, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos.</p> <p>Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr progresivamente la reducción, de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, promover el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, educar para la sexualidad desde la ciudadanía, prevenir las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado y en edad temprana, prevenir la violencia de género, disponer de métodos anticonceptivos modernos, y garantizar las condiciones para un embarazo seguro y una salud materna. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud y la erradicación de la discriminación.</p>
<p>Artículo 9º. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres, víctimas de violencia y del conflicto armado, población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas, personas con discapacidad, personas pertenecientes a grupos afrocolombianos, raizales, palenqueros, comunidades indígenas y comunidades rom, personas viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero, travestis e intersexuales (LGBTI), personas en situación de calle y personas privadas de la libertad.</p> <p>El Estado deberá definir procesos de atención y protección con enfoque de derechos humanos, diferencial e interseccional, territorial y sectorial para garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II</p> <p style="text-align: center;">Promoción y protección en derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Artículo 10º. Educación en sexualidad para la construcción de ciudadanía. El Estado debe asegurar que toda la ciudadanía trabaje para el desarrollo de las competencias necesarias que garanticen un estado de bienestar físico, mental y social en relación con su sexualidad, que, en efecto, garantice una vida sexual segura, libre discriminación y violencia. Las competencias para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos se deben promover en los entornos educativos, en los servicios de salud, espacios familiares y comunitarios, desde un enfoque de derechos humanos, diferencial e interseccional, territorial y sectorial.</p> <p>Parágrafo 1º. El Estado debe garantizar el acceso a información oportuna, laica, y accesible en materia de derechos sexuales y reproductivos. Esta información debe ser difundida de forma periódica, y comprensible para todas las personas, incluyendo las personas con discapacidad y pertenecientes a comunidades étnicas.</p> <p>Parágrafo 2º. El Estado debe velar para que terceros, en especial partidos y movimientos políticos, medios de comunicación y prestadores de salud, no limiten o restrinjan el acceso a las personas a la construcción de competencias y a la información en materia de derechos sexuales y reproductivos. Los servidores públicos se deben abstenerse de censurar, ocultar o desvirtuar información en materia de derechos sexuales y reproductivos.</p>	<p>Parágrafo 3º: Las instituciones educativas, técnicas, tecnológicas y universitarias, que ofrezcan programas de Educación, Derecho y Salud, deberán incluir dentro de su plan de estudios programas, seminarios, cátedras obligatorias para que sus profesionales en formación adquieran herramientas para la enseñanza de la educación en sexualidad y la atención que garantice los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Artículo 11. Cátedra de educación para la sexualidad. Modifíquese el artículo 14 de la ley 1146 de 2007, así:</p> <p>Artículo 14. Cátedra de educación para la sexualidad. Los establecimientos de educación primaria, media y superior deberán incluir en sus programas de estudio, una cátedra de educación para la sexualidad, donde se hará especial énfasis en el respeto a la dignidad, a los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes y de los mecanismos para su protección. Estará disponible en todos los niveles educativos para estudiantes de cualquier edad. En la primera infancia se hará énfasis en el conocimiento del propio cuerpo, la prevención, autoprotección y rechazo de tratos inapropiados y de abuso sexual y su comunicación y alerta a familiares y cuidadores.</p> <p>Parágrafo 1º. La Cátedra debe ser armonizada con los proyectos pedagógicos de educación integral en sexualidad, los cuales deberán ser contruidos de forma participativa con todas las personas integrantes de la comunidad educativa. Además, deben desarrollarse durante cada año lectivo de los programas educativos.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Educación y las entidades territoriales deben realizar una evaluación anual de la Cátedra para la Sexualidad y los proyectos de educación integral en sexualidad en todas las instituciones educativas de Colombia.</p> <p>Artículo 12. Acceso a métodos anticonceptivos modernos. Todas las personas en edad fértil, incluyendo las personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben tener acceso universal a métodos anticonceptivos modernos de calidad, a la información sobre estos. El Ministerio de Salud y Protección Social debe elaborar un programa que garantice que las personas puedan acceder a métodos anticonceptivos modernos, de manera universal y de calidad. Este programa deberá contemplar la entrega gratuita de métodos anticonceptivos a la población que por limitaciones económicas no pueda acceder a ellos.</p>

<p>Igualmente, garantizará la entrega de la anticoncepción de emergencia a las personas que lo soliciten y a las víctimas de violencia sexual.</p> <p>Artículo 13. Acciones y programas para diagnosticar y atender las infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El Estado debe adoptar acciones y programas para facilitar el diagnóstico gratuito, oportuno y de calidad sobre infecciones de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en todo el territorio colombiano y con enfoques de derechos humanos, interseccional y diferencial, territorial y sectorial, focalizando acciones en las poblaciones de especial protección que establece la presente ley.</p> <p>Las pruebas rápidas para la tamización de enfermedades de transmisión sexual y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) deben estar disponibles en consultorios médicos, salas de urgencias, salas de parto, servicios comunitarios, universidades, centros comerciales y lugares públicos, para ser realizadas por personal de salud entrenado en toma y lectura de pruebas rápidas, en condiciones que satisfagan los más altos estándares de salud, practicadas en espacios que garanticen el derecho a la intimidad, sometidas al principio de confidencialidad y dignidad humana.</p> <p>Parágrafo 1°. La realización de pruebas debe ser promovida por las organizaciones o profesionales entrenados en entornos laborales, educativos, de salud, comunitarios e institucionales.</p> <p>Parágrafo 2°. Se debe garantizar la canalización o referencia de las personas, que tengan un resultado positivo para sífilis o reactivo para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hacia los servicios con la competencia de confirmar el diagnóstico e inscribir a las personas en la Ruta Integral de Atención en infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).</p> <p>Parágrafo 3°. Dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social revisará y ajustará los protocolos que guían la práctica de pruebas y el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y otras infecciones de transmisión sexual de un modo que</p>	<p>promueva su detección temprana y de conformidad con los derechos fundamentales a la dignidad humana y a la intimidad. Este proceso de revisión y ajuste deberá estar basado en la evidencia e investigación científica más actualizada.</p> <p>Artículo 14. Prevención del embarazo de niñas y adolescentes y de embarazos subsiguientes. El Estado debe ejecutar acciones, planes y programas para la prevención del embarazo de niñas y adolescentes basado en la promoción de sus derechos. De igual forma, el Estado debe adoptar medidas para fomentar paternidades responsables, y transformar los roles de género que perpetúan las desigualdades.</p> <p>El Estado debe desarrollar programas para el empoderamiento de niños, niñas y adolescentes, acceso a métodos anticonceptivos modernos en edad fértil y educación para la sexualidad en los diferentes ciclos de la vida. Además, debe trabajar en la construcción de proyectos de vida de niños, niñas, y adolescentes, para tal efecto se debe consolidar una oferta de salud sexual y reproductiva especializada en personas jóvenes.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Educación y los entes territoriales deben crear acciones positivas para incentivar la vinculación escolar de niñas y adolescentes embarazadas y brindar apoyo personalizado en el año siguiente del embarazo, con el objetivo de eliminar las barreras que impiden el acceso efectivo y permanente al sistema educativo.</p> <p>Parágrafo 2°. El Estado debe realizar monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones para la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia. Para tal efecto, debe identificar y hacer un seguimiento sistemático de programas locales que lograron disminuir el embarazo en niñas y adolescentes, y hacer pública las buenas prácticas cada dos años.</p> <p>Artículo 15. Prevención de uniones tempranas de niñas y adolescentes. Para los efectos de este artículo, se entiende por uniones tempranas las que se dan entre dos personas, en las que uno o las dos personas son menores de 18 años, que hacen una comunidad de vida permanente y singular, sin importar si tales uniones son de hecho o de derecho. El Estado, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las instituciones educativas y todos los programas sociales del Estado, deberá elaborar un plan para desincentivar las uniones prematuras y el matrimonio de niños, niñas y adolescentes, como una forma de prevenir la violencia basada en género y el embarazo en niñas y adolescentes. Este plan debe identificar las comunidades en las que existen prácticas sociales y culturales que promueven las uniones prematuras, con el propósito de</p>
<p>priorizar su actuación en ellas de conformidad con el principio constitucional de diversidad étnica y cultural.</p> <p>Parágrafo 1°. Cuando las comunidades identificadas sean pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes u otros grupos culturalmente diversos, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar deberá fomentar diálogos interculturales para desarrollar estrategias para disminuir el embarazo adolescente y subsiguiente, que vayan de acuerdo a su cosmovisión e identidad cultural.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">Autonomía reproductiva y otras disposiciones</p> <p>Artículo 16. Maternidad segura. El Estado debe garantizar el derecho a la dignidad humana en la atención integral y de calidad a las mujeres antes, durante y después del embarazo, que no refuercen o perpetúen la violencia obstétrica. Se debe priorizar el parto natural y la atención inmediata, y se deben erradicar, de forma progresiva, todas las barreras de tipo administrativo, económico y operativo que impiden la humanización del parto y su atención integral. Además, el Estado debe asegurar la gratuidad para el proceso de embarazo, parto y puerperio, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna y promover la salud integral de las personas que eligen la maternidad.</p> <p>Artículo 17. Atención segura del parto. El Estado reconoce y respeta la atención del parto por profesionales de la salud y también la cosmovisión y los saberes históricos y ancestrales de la partería tradicional propios de los grupos étnicos. Para tal efecto, se les reconoce como prestadoras del servicio de salud en la atención primaria durante el embarazo, el parto y el posparto.</p> <p>Parágrafo 1°. Los profesionales de enfermería, por ser un recurso humano con formación integral en salud y presentar amplia cobertura en el territorio nacional, también pueden ejercer los procesos de cuidado de la gestante y la atención del parto, con una especialización para ejercer la enfermería obstétrica por una institución de educación superior.</p> <p>Parágrafo 2° Las personas que ejerzan la partería tradicional deberán recibir capacitación y entrenamiento, actuar bajo asociaciones inscritas en las secretarías de salud de la entidad</p>	<p>territorial, donde ejerzan su actividad, para fortalecer su rol como gestoras en salud en sus comunidades. Cada año, las secretarías de salud deberán reportar al Ministerio de la Salud la base de datos de asociaciones de parteras inscritas.</p> <p>Parágrafo 3°. Las entidades territoriales a través de las secretarías de salud capacitarán periódicamente a las personas que se dediquen a la partería tradicional siguiendo los lineamientos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo 4°. Dentro de los doce meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional expedirá un decreto que reglamenta las atribuciones y el ejercicio de la partería y la enfermería obstétrica.</p> <p>Artículo 18. Reproducción humana asistida. La reproducción humana asistida es un derecho reproductivo y se entiende como cualquier intervención en salud, de baja o alta complejidad, que requiera el apoyo de equipos profesionales y/o técnicos de salud que asistan a las personas en el logro de la reproducción. Estos tratamientos incluyen aquellos requeridos por personas con diagnósticos de infertilidad, por personas solteras y parejas del mismo sexo que por su condición no puedan lograr un embarazo.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social debe regular la materia en especial para personas que no cuentan con recursos económicos.</p> <p>Artículo 19. Información sobre adopción. Las entidades de salud deberán informar a las niñas, adolescentes y mujeres que se encuentren en estado de embarazo no planeado o no deseado sobre la maternidad, la posibilidad de dar en adopción y el procedimiento a seguir. Al cumplir con este deber, las entidades de salud deberán abstenerse de entregar información basada en estereotipos de género y orientación sexual.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y las entidades territoriales deben apoyar campañas con información integral sobre las opciones frente a la maternidad y la autonomía reproductiva que incluye el trámite de dar en adopción o la solicitud de interrumpir de forma voluntaria el embarazo.</p> <p>Artículo 20. La Interrupción Voluntaria del Embarazo como derecho fundamental. Las mujeres tienen el derecho fundamental a acceder, sin discriminación alguna, a la Interrupción</p>

<p>Voluntaria del Embarazo durante las primeras veinticuatro (24) semanas de gestación. Para la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo basta el consentimiento libre de la mujer, no se requiere autorización por parte de la Entidad Prestadora del Servicio de Salud y debe realizarse dentro de los cinco días siguientes a la realización de la solicitud.</p> <p>La mujer también podrá practicarse la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en cualquiera de las semanas de gestación, si se cumple alguna o varias de las siguientes tres causales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; 2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; 3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. <p>En todos los casos antes mencionados, la mujer gestante es libre de decidir sobre la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la adopción o la maternidad. Para ello, los profesionales de la salud deberán proporcionarle información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos según el caso, para que la mujer tome la decisión y tenga acceso pleno y oportuno a los servicios de aborto seguro y de calidad.</p> <p>Parágrafo 1º. La Interrupción Voluntaria del Embarazo forma parte del Plan Obligatorio de Salud y en consecuencia las empresas promotoras de salud tienen la obligación de presentarla a quien lo solicite, sin requisitos adicionales a los señalados en la presente ley. Deben estar disponibles todas las técnicas quirúrgicas y farmacológicas recomendadas internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud, según la edad gestacional. Además, la Interrupción Voluntaria del Embarazo estará exenta de copago y cuotas moderadoras.</p> <p>Parágrafo 2º. La negativa injustificada de los prestadores de salud a practicar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dará lugar a sanciones pecuniarias por los perjuicios causados a quien se le negó el procedimiento. Sin perjuicio de otras medidas de reparación y garantía de no repetición que se estimen convenientes.</p>	<p>Parágrafo 3º. El Ministerio de Salud y Protección Social debe fortalecer el sistema de información relacionado con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que reportan las prácticas de la IVE. Para tal efecto, debe garantizar la formación, capacitación y vigilancia de este registro y hacer efectivo de forma periódica los datos estadísticos sobre el acceso al IVE, diferenciado por territorios.</p> <p>Artículo 21. Aborto. Modifíquese el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, así:</p> <p>Artículo 122. Aborto. La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause después de la vigésima cuarta semana de gestación, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) meses, en los términos que señale la ley.</p> <p>A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior después de la vigésima cuarta semana de gestación.</p> <p>No se incurre en delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se deba a alguna de las tres causales, a saber: i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.</p> <p>El aborto no será imputable a la mujer ni a quien se lo practique después de la semana vigésima cuarta de gestación cuando su realización tardía se deba a causas ajenas a la voluntad de la mujer.</p> <p>Artículo 22. Objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria del Embarazo. El objetor de conciencia en Interrupción Voluntaria del Embarazo es aquel profesional de la salud que se recusa de realizar un procedimiento porque es contrario a lo que su conciencia le dicta. En ese sentido se refiere solamente a quien ejecuta directamente la intervención necesaria, cuyas razones profundas y sinceras de índole ética o religiosa entran en conflicto con la obligación de prestar determinados servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>El objetor de conciencia tiene el deber de informar a las instituciones donde presta servicios de salud sobre la calidad de objetor de conciencia, con anterioridad a la prestación de servicios médicos. Para el reconocimiento de dicha condición, el objetor deberá dirigir un escrito al</p>
<p>funcionario que ejerza el cargo de mayor jerarquía en la respectiva institución en el que sustente ampliamente sus razones.</p> <p>En el caso de situaciones de emergencia donde la vida del paciente se encuentre en riesgo, se pueda generar un daño irreparable a la salud o cuando la entidad prestadora de servicios de salud no cuenta con otros médicos disponibles que puedan actuar de forma inmediata, los profesionales de la salud tienen la obligación ineludible de prestar la atención médica necesaria, incluso si se trata de un servicio o procedimiento frente al cual son objetores de conciencia.</p> <p>Parágrafo 1º. No podrán ejercer el derecho de objeción de conciencia quienes realizan tareas administrativas, paliativas, de valoración o de preparación, anteriores o posteriores a los procedimientos y tratamientos médicos.</p> <p>Parágrafo 2º. El derecho de objeción de conciencia a la prestación de servicios de salud no se podrá ejercer de manera institucional, colectiva o pactada. Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud debe fijar una sanción justa y proporcional al daño causado.</p> <p>Parágrafo 3º. La objeción de conciencia no autoriza al objetor a omitir o tergiversar la información sobre la existencia o indicación de procedimientos necesarios, requeridos o solicitados por la persona que solicita el servicio.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV</p> <p style="text-align: center;">Eliminación de la discriminación y la violencia como garantía de los derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Artículo 23. Violencia basada en el género. La violencia basada en género debe ser entendida como todo acto de violencia ejercida por razones de género, orientación sexual o identidad de género de una persona, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.</p> <p>Parágrafo 1º. El presente artículo es complementario a las disposiciones de la Ley 1257 de 2008 y su reglamentación, en la medida que la violencia contra las mujeres es violencia basada en el género.</p> <p>Parágrafo 2º. El Estado debe promover la eliminación de los roles y estereotipos de género que perpetúan la violencia contra las mujeres y personas según su orientación sexual e identidad género diversas. Además, deberá implementar programas que promuevan nuevas</p>	<p>masculinidades, con el fin de generar cambios culturales a favor del respeto de los derechos humanos y la igualdad de género.</p> <p>Artículo 24. Violencia obstétrica como violencia de género. Queda prohibida toda forma de violencia obstétrica, entendida como toda acción u omisión del personal médico o de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las personas, expresados en un trato deshumanizado o en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Constituye violencia obstétrica todo acto de violencia física, verbal, psicológica, tratamiento no consentido, violación de la confidencialidad, discriminación, abandono, negación de atención y detención o encierro.</p> <p>La violencia obstétrica debe ser entendida como una forma de violencia de género. El Estado debe informar a las mujeres sobre sus derechos y los trámites para denunciar esta práctica, con el fin que se investigue y sancione a los responsables.</p> <p>Las entidades prestadoras del servicio de salud deben informar al personal de la salud que está prohibida toda forma de violencia, incluida la omisión injustificada en la prestación de servicios de salud, relacionada con los servicios de salud y obstetricia, y establecerán en sus reglamentos internos sanciones con el fin de prevenir y erradicar estas prácticas. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles, administrativas y disciplinarias generadas por los mismos hechos.</p> <p>Parágrafo. El Estado debe tomar las medidas necesarias para evitar prácticas que refuercen o perpetúen la violencia obstétrica. El gobierno nacional reglamentará en los seis (6) meses siguientes a la expedición de esta ley las medidas necesarias en cumplimiento a este artículo.</p> <p>Artículo 25. Eliminación de la discriminación y la violencia como garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva. El Estado debe promover una vida libre de violencia, prevenir y eliminar la discriminación basada en género, con el fin de garantizar el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en un plano de igualdad. Por lo tanto, tomará medidas efectivas para eliminar los estereotipos de género, entendidos como una visión generalizada o preconcebida de los atributos, características o roles que poseen o que debieran poseer los miembros de un grupo en particular.</p>

<p>Parágrafo 1º. Las personas con discapacidad son titulares plenas de todos los derechos sexuales y reproductivos. El Estado tiene la obligación de erradicar toda forma de discriminación contra las personas con discapacidad en el acceso, disfrute y ejercicio de su sexualidad y reproducción.</p> <p>Parágrafo 2º. La esterilización de cualquier persona sin su voluntad atenta gravemente contra sus derechos fundamentales, en especial contra su autonomía sexual y reproductiva. El Estado debe garantizar la eliminación de cualquier práctica de esterilización forzada, particularmente de personas con discapacidad, personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y población perteneciente a grupos étnicos.</p> <p>Parágrafo 3º. Ninguna institución pública o privada podrá solicitar en alguno de sus trámites, o como requisito para realizar gestiones de su competencia, la presentación de dictámenes o certificaciones relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).</p> <p>Parágrafo 4º. La orientación sexual y la identidad de género de las personas serán las que ellas, en un proceso de auto-identificación, expresen de forma libre y autónoma. El Estado adoptará las medidas necesarias para erradicar la patologización de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en cualquier aspecto de su vida. El acceso o titularidad de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas a cualquier derecho fundamental o servicio público nunca podrán supeditarse a un diagnóstico médico o psiquiátrico tendente a determinar su orientación sexual o identidad de género. En la medida que se reconoce la autoidentificación de género y debe desarrollar programas en salud que de forma progresiva se adecuen a sus necesidades.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO V</p> <p style="text-align: center;">Mecanismos de control de los derechos sexuales y reproductivos y otras disposiciones</p> <p>Artículo 26. Participación en las decisiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. La participación de las personas en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que las afectan o interesan hace parte de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Este derecho incluye:</p>	<p>a) Participar en la formulación de los marcos regulatorios y las políticas de salud sexual y reproductiva, así como en los planes para su implementación;</p> <p>b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema general de seguridad social en salud;</p> <p>c) Participar en los programas de promoción y prevención en derechos sexuales y reproductivos que sean establecidos, y en los indicadores de derechos sexuales y reproductivos;</p> <p>d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías que sirvan para garantizar los derechos sexuales y reproductivos;</p> <p>e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud sexual y reproductiva;</p> <p>f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a los derechos sexuales y reproductivos;</p> <p>g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud sexual y reproductiva y de educación para la sexualidad.</p> <p>Artículo 27. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo en derechos sexuales y reproductivos. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará un sistema de indicadores que permita evaluar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos. Esta misma entidad divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de la salud sexual y reproductiva de toda población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser público y de fácil acceso para toda la población. Debe estar diseñado en términos de disfrute y no únicamente de indicadores de enfermedad o muerte.</p> <p>Parágrafo 1º. La política para el manejo de la información en salud prevista en el artículo 19 de la ley 1751 de 2015 deberá incluir información veraz, oportuna, pertinente y transparente en materia de salud sexual y reproductiva. Estos datos deberán reportarse de manera diferenciada, teniendo en cuenta las variables de género, orientación sexual, identidad de género, edad, raza, pertenencia étnica y discapacidad, zonas de procedencia rural o urbana, nivel educativo, entre otras. La información será recogida y manejada de un modo compatible con el derecho fundamental a la intimidad de las personas a las que se refiere esta información.</p>
<p>Artículo 28. Deber de revisar la legislación penal en materia de derechos sexuales y reproductivos. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, el Consejo Superior de Política Criminal elaborará un estudio de la legislación penal, con el propósito de identificar conductas punibles que puedan estar basados en prejuicios que obstaculicen el disfrute libre y placentero de la sexualidad, la reproducción libre y segura, y en general los derechos sexuales y reproductivos. Este informe será de público conocimiento.</p> <p>Parágrafo 1º. El Estado debe vigilar la aplicación de la legislación penal, con el fin de asegurar que no se use de forma inapropiada o reproduzca estereotipos hacia las personas que viven con VIH.</p> <p>Artículo 29. De la política pública nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional deberá actualizar la política pública en salud sexual y reproductiva de conformidad con los principios, derechos y obligaciones establecidos en la presente ley.</p> <p>Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social como rector del Sistema General de Seguridad Social en salud, reglamentará los criterios para graduar las sanciones establecidas ante el incumplimiento de la presente ley.</p> <p>Artículo 30. Deber de informar al Congreso de la República. En el informe anual que el Ministerio de Salud y Protección Social presente al Congreso de la República en cumplimiento de lo previsto en el artículo 208 de la Constitución Política, este contendrá un capítulo especial en que dé seguimiento al cumplimiento de los deberes asignados al Estado en virtud de lo previsto en la presente ley.</p> <p>Parágrafo 1º. La Superintendencia de Salud deberá presentar informe anual ante el Congreso de la República acerca de las quejas recibidas, tramitadas y sanciones establecidas por la afectación en la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.</p> <p>Parágrafo 2º. El Ministerio de Educación debe informar al Congreso de la República los avances en la implementación y aplicación de la presente ley, en lo concerniente al artículo 10 y 11 de la presente ley.</p>	<p>Artículo 31. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones departamentales y distritales de salud deben ajustar su plan estratégico institucional con el propósito de ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud en relación con los derechos sexuales y reproductivos y obligaciones consagrados en la presente ley.</p> <p>Artículo 32. Sanción para la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos. El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, que generen vulneración de los derechos sexuales y reproductivos por parte de entidades públicas o privadas, dará lugar a las sanciones y multas a favor del Tesoro Nacional:</p> <p>a. Multas en cuantía hasta de 10 a 200 salarios mínimos legales mensuales.</p> <p>b. Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud o educación hasta por un término de seis (6) meses.</p> <p>c. Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud y educación.</p> <p>d. Suspensión o pérdida de la autorización para la prestación de servicios de salud y educación.</p> <p>Parágrafo 1º. El gobierno nacional deberá reglamentar los criterios para graduar las sanciones establecidas en la presente ley.</p> <p>Artículo 33. Concordancias. En lo no previsto en la presente ley, se aplicará por analogía las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, interpretadas con base en los principios previstos en esta ley.</p> <p>Artículo 34. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>De los honorables congresistas,</p>

<p>ANGELICA LOZANO CORREA SENADORA DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p> 	 <p>ARIEL ÁVILA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	<p>REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	<p>JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOYACÁ</p>
 <p>INTI RAÚL ASPRILLA REYES SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	<p>CATHERINE JUVINAO CLAVIJO REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	 <p>JUAN DIEGO MUÑOZ CABRERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL META PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	 <p>CAROLINA GIRALDO BOTERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR RISARALDA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>
 <p>HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA SENADOR DE LA REPÚBLICA COALICIÓN ALIANZA VERDE Y CENTRO ESPERANZA</p>	 <p>DANIEL CARVALHO MEJÍA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA</p>	<p>Jennifer Pedraza S</p> <p>JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ PARTIDO DIGNIDAD</p>	 <p>CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO REPRESENTANTE A LA CÁMARA SANTANDER PARTIDO ALIANZA VERDE</p>
			
 <p>ALEJANDRO GARCÍA RÍOS REPRESENTANTE A LA CÁMARA RISARALDA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>		<p>EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2022</p>	
 <p>JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CALDAS NUEVO LIBERALISMO</p>		<p>I. Presentación 27</p> <p>II. Objeto 29</p> <p>III. Justificación y necesidad de una ley sobre derechos sexuales y reproductivos 29</p> <p>IV. Marco jurídico 32</p> <p>1. Instrumentos internacionales 32</p> <p>a) Conferencias internacionales 32</p> <p>b) Sistema Universal de Derechos Humanos 35</p> <p>c) Sistema Interamericano de Derechos Humanos 37</p> <p>2. Disposiciones constitucionales 39</p> <p>3. Jurisprudencia 40</p> <p>a) Corte Constitucional 40</p> <p>4. Régimen legal 45</p> <p>5. Decretos y Actos Administrativos 46</p> <p>6. Políticas Públicas 48</p> <p>7. Guías y protocolos 48</p> <p>V. Contenido de la iniciativa 49</p> <p>VII. Conflicto de Intereses – Artículo 291 Ley 5 de 1992 56</p>	

I. Presentación

El presente proyecto de ley que se somete a consideración del Honorable Congreso de la República tiene por objeto regular los **derechos sexuales y reproductivos** como derechos fundamentales, con el propósito de asegurar a las personas el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con los enfoques de derechos humanos, diferencial y territorial.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos ampliamente en distintos pronunciamientos y documentos de organizaciones internacionales. En Colombia, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha afirmado que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran vigentes en el plano interno, argumentando que tienen sustento normativo en distintas garantías constitucionales y legales.

Por otra parte, la Corte Constitucional ha diferenciado los derechos sexuales de los reproductivos, en tanto *“sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano, ya que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda”*¹. Sin embargo, también ha reconocido que ambos derechos están indudablemente relacionados, dado que la autonomía en las decisiones reproductivas contribuye a llevar una vida sexual sin riesgo de embarazos no deseados. Es decir, que cada una de estas categorías posee una definición y un contenido propio, pero parten de una base común.

Estas garantías constitucionales requieren de un desarrollo legal, con el propósito de promover su protección eficaz, pronta e imparcial. Hasta el momento, existen diferentes leyes que han abordado algunos derechos sexuales y reproductivos, pero no existe una sola que lo haga de manera integral. Esta iniciativa legislativa consagra los elementos estructurales de los derechos sexuales y reproductivos, los principios que deben regir su aplicación y las condiciones en que tales derechos pueden ejercerse.

¹ Corte Constitucional de Colombia, Sentencias C-616 de 2001, C-130 de 2002, C-791 de 2002 y SU-623 de 2001.

Por lo anterior, es de gran importancia que el Congreso de la República estudie, discuta y apruebe un articulado como el que se pone a consideración mediante el presente proyecto de ley estatutaria. Más aún, cuando esta iniciativa tiene un enfoque interseccional y diferencial que pretende otorgarle garantías para el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos a los sujetos de especial protección constitucional.

Con el propósito de hacer una presentación clara y suficiente de la iniciativa legislativa a continuación se abordarán los siguientes tres aspectos relevantes para entender su alcance y contenido. Primero, se explicará la justificación y la necesidad del proyecto de ley sobre derechos sexuales y reproductivos. Segundo, se expondrá el marco jurídico internacional y nacional. Finalmente, se describirá el contenido de la norma, así como, la finalidad y la importancia de lo que se persigue.

II. Objeto

El presente proyecto de ley tiene por objeto regular los derechos sexuales y reproductivos, estableciendo una serie de medidas para promover, respetar, proteger y garantizar el goce de los mismos; de esta manera prevenir y sancionar las conductas que atentan contra la satisfacción plena de la sexualidad humana.

También, tiene como propósito incluir los enfoques de derechos humanos, diferencial y territorial para garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de los sujetos de especial protección constitucional e incentivar la prevención de los embarazos no deseados, autoprotección y rechazo de tratos inapropiados.

III. Justificación y necesidad de una ley sobre derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales reproductivos se refieren a una diversidad de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que afectan la vida sexual y reproductiva de las personas y de las parejas². Se trata de una serie de derechos que se encuentran relacionados con la sexualidad y la reproducción de los individuos, entre los cuales se encuentran el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la educación, el derecho a la información, el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a decidir el número de hijos, el derecho a la privacidad, el derecho a un matrimonio consentido y a la igualdad dentro del matrimonio, el derecho a estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a estar libre de violencias basadas en género, entre otros³.

De acuerdo a una publicación realizada por el Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud y Protección Social y otros⁴ en Colombia existe una polución o dispersión normativa sobre derechos sexuales y reproductivos, que se traduce en 249 cuerpos normativos que regulan la materia⁵.

Tipo de cuerpo normativo	
Ley	50
Decreto-ley	5

² UNFPA, The Danish Institute for Human Rights, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (2014) “Reproductive rights as human rights. A handbook for Human Rights Institutions”, p. 21

³ United Nations Population Fund (2014) “Lessons from the First Cycle of the Universal Periodic Review: From commitment to action on sexual and reproductive health and rights”. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Final_UNFPA-UPR-ASSESSMENT_270814.pdf

⁴ Ministerio de Salud (2013) “Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia”.

⁵ Cuerpo normativo: conjunto de reglas que se agrupa bajo una numeración y título, por ejemplo: Ley 25 de 1992, Circular 4444 de 2013, etc.

Decreto	47
Resolución	48
Circular	30
Acuerdo	68
Acta Sala Esp. INVIMA	1
Total	249

Pese a que existe una polución normativa en materia de derechos sexuales y reproductivos, en la actualidad, no hay ninguna ley estatutaria que regule el alcance de los derechos sexuales y reproductivos. Es decir, no hay una norma que reglamente y garantice de forma integral los diversos derechos que los conforman. La dispersión e inflación normativa sobre el tema ha generado mayor inseguridad jurídica y desprotección de estos derechos fundamentales⁶. Además, se han generado múltiples problemas para los funcionarios y personas que deben aplicar las normas porque no tienen clara su vigencia, las desconocen o encuentran disposiciones contradictorias. Otra dificultad es que algunos de los temas se encuentran regulados por normas técnicas y guías de atención que no tienen un valor normativo claro que hace más difícil reconocerlas y entenderlas como vinculantes.

⁶ Ministerio de Salud (2013) “Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia”.

<p>La dispersión normativa e inflación es, en parte, el resultado de la diversidad de derechos que hacen parte o se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos. Si bien el ordenamiento jurídico colombiano regula temas fundamentales de la sexualidad y reproducción de las personas, el mismo no tiene coherencia ni permite una integración entre los diferentes derechos. En consecuencia, este proyecto de ley reconoce que para garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos es necesario no solo proteger los diferentes derechos que los conforman, sino generar una regulación que los integre y armonice. Por esta razón, la presente iniciativa regula temas diversos como la educación e información sobre la sexualidad, el embarazo adolescente, la salud materna, los tratamientos de fertilidad y de anticoncepción, la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y las violencias basadas en género. De ahí que, todos estos temas hacen parte esencial de los derechos sexuales y reproductivos, y se encuentran relacionados entre sí.</p> <p>En ese sentido, el estudio sistemático realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) evidencia que hay un déficit de protección. La inflación normativa ha dejado por fuera la regulación de temas fundamentales para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo: la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y el reconocimiento de las parteras.</p> <p>Este proyecto de ley resuelve algunos vacíos legislativos que aún perduran y dificultan la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Para tal efecto, pone en evidencia la relación entre los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género, reconoce y prohíbe la violencia obstétrica, amplía la importancia del derecho a la información veraz y oportuna sobre sexualidad y reproducción, salvaguarda el derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta la vigésima cuarta semana y bajo las tres causales. Además, integra la información sobre adopción, estrategias de prevención del embarazo adolescente, regulación de la responsabilidad de las EPS en la prestación de la IVE, y el acceso a métodos anticonceptivos modernos como política pública.</p>	<p>Por lo tanto, se puede decir que, este proyecto de ley tiene tres objetivos fundamentales: i) Aclarar el contenido de los derechos sexuales y reproductivos, así como las obligaciones que el Estado, la familia y los actores privados tienen frente a estos; ii) modificar normas para garantizar la protección efectiva de estos derechos; iii) llenar vacíos legislativos que generan un déficit de protección.</p> <p>En resumen, es urgente y necesaria una ley estatutaria que regule de forma armónica los derechos sexuales y reproductivos y solucione los problemas de dispersión legal en la materia. Así mismo, es muy importante desarrollar temas que no han sido legislados: ya sea por falta de normativas sobre la materia (como partería tradicional), o porque se han desarrollado por vía judicial (como es el caso de aborto y reproducción asistida en Colombia).</p> <p>IV. Marco jurídico</p> <p>1. Instrumentos internacionales</p> <p>a) Conferencias internacionales</p> <p>A nivel internacional dos conferencias y sus respectivas declaraciones fueron fundamentales para visibilizar el problema y los compromisos estatales con relación a los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, en 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo. En su Programa de Acción se reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, los cuales:</p> <p><i>“(…)ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su</i></p>
<p><i>derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad”⁷.</i></p> <p>Por otro lado, en 1995 la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing. La Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción reiteran el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y advierten que las falencias en la garantía y protección de estos derechos tienen efectos muy graves sobre el desarrollo de las capacidades y oportunidades de las mujeres. <i>“En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos”⁸</i></p> <p>Las dos Conferencias de Cairo y Beijing coincidieron en la importancia de implementar estrategias y medidas concretas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente en lo concerniente a la salud, la educación y la eliminación de la violencia contra la mujer. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo fue el primer instrumento internacional que logró un consenso alrededor de la definición de salud sexual y reproductiva, según la cual se trata de <i>“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”⁹</i></p>	<p>Como se reconoció en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran contenidos en diferentes tratados del derecho internacional de los derechos humanos. Una de las primeras obligaciones internacionales que es fundamento normativo de los derechos sexuales y reproductivos es el derecho a la igualdad y la no discriminación.</p> <p>Si bien los derechos humanos sexuales y reproductivos son derechos de todas las personas, sin discriminación por su género, orientación sexual, identidad de género, edad, raza, pertenencia étnica, discapacidad, entre otros. Las mujeres, niñas y adolescentes, las personas miembro de los sectores LGBTI, y las personas en situación de discapacidad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente al reconocimiento de estos derechos como resultado de prácticas sociales y culturales discriminatorias que se reflejan en actitudes negativas frente a la sexualidad y el ejercicio de la capacidad reproductiva de estas personas. Es por esto que los Estados se encuentran obligados no solamente a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, sino a tomar medidas especiales en el caso de los grupos especialmente vulnerables.</p> <p>Posteriormente, los líderes mundiales adoptaron la agenda de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esa oportunidad, los Estados miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) asumieron el compromiso, gracias al ODS 3 centrado en la salud y al ODS 5 orientado a lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas, a proteger los derechos de cada persona, entre otras cosas, asegurando el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, los Estados reconocieron que la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en todas las esferas resulta indispensable para un desarrollo sostenible.</p> <p>b) Sistema Universal de Derechos Humanos</p> <p>En el Sistema Universal de Derechos Humanos encontramos un marco legal en términos de igualdad y acceso a la salud, los artículos 2(1), 3 y 26 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos</p>

⁷ Capítulo VII, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994.

⁸ Declaración Plataforma de Acción de Beijing, 15 de septiembre de 1995.

⁹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994, párrafo 7.2.

(PDCP); los artículos 2(2) y 3 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC); el artículo 1 de la Convención Americana de Derechos Humanos; los artículos 1 y 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW); el artículo 1 de la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial; los artículos 3, 5 y 6 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, entre otros.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC)** prevé en su artículo 10 el derecho a tener una familia, contraer un matrimonio con libre consentimiento y el deber de brindar especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto; y en su artículo 12, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En la **Observación General No. 5 del Comité DESC** sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad se advierte que en muchas partes del mundo es frecuente que a los hombres y mujeres en situación de discapacidad se les nieguen los derechos al placer y la procreación. De acuerdo con esta Observación General, *“las personas con discapacidad no deben ser privadas de la oportunidad de experimentar su sexualidad, tener relaciones sexuales o tener hijos. Esas necesidades y esos deseos deben reconocerse, y debe tratarse de ellos en los contextos del placer y la procreación. (...) En el caso de las mujeres con discapacidad, una operación de esterilización o de aborto sin haber obtenido previamente su consentimiento, dado con conocimiento de causa, constituirá una grave violación del párrafo 2 del artículo 10”*¹⁰.

En cuanto al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la **Observación General No. 14 del Comité DESC** establece que *“el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión*

¹⁰ Comité DESC, “Observación General No. 5. Las personas con discapacidad”, par. 31.

*de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales”*¹¹. Además, se establece que este derecho entraña el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

El párrafo c) del artículo 12 del PDESC establece la obligación del Estado de tomar medidas para *“la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”*, la Observación General No. 14 establece que el artículo exige que los Estados *“establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica”*¹².

El Comité de DESC en la **Observación General No 22 de 2016** realizó una importante interpretación del artículo 12 del Pacto en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Según el Comité, el derecho a la salud sexual y reproductiva no solo integra el derecho general a la salud, sino que debe necesariamente ser considerado en consonancia con otros derechos humanos, como a la educación, el trabajo, la equidad, la vida, la privacidad y la autonomía. Sin embargo, el ejercicio efectivo de este derecho es aún lejano, sobre todo para las mujeres y niñas en todo el mundo. La Observación también establece que este derecho debe contener cuatro características fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)** juega un rol crucial en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Los artículos 12 y 16 consagran algunos componentes de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El artículo 12 establece la prohibición de discriminación en la

¹¹ Comité DESC (2000) “Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, U.N. Doc. E/C 12/2000/4, par. 8.
¹² *Ibid.*, par. 16.

esfera de la atención médica, incluyendo la planificación familiar, el embarazo, el parto y el período posterior al parto. El artículo 16 establece que los Estados adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares.

La **Convención sobre los Derechos del Niño** contiene una serie de disposiciones que garantizan los derechos sexuales y reproductivos. Los artículos 19 y 34 establecen que los Estados deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños y niñas de todas las formas de violencia y abuso sexual. El artículo 29 de la Convención determina que la educación de los niños deberá estar encaminada a *“preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena”*.

La **Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad** reconoce en el artículo 25 el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, y establece la obligación de que los Estados parte adopten medidas para asegurar el acceso a servicios de salud, que tengan en cuenta las cuestiones de género, en particular *“proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”*.

c) Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Colombia hace parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Por lo tanto, a nuestro país lo rige la **Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José)**, el **Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de**

derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belém do Pará). Todos estos instrumentos internacionales reconocen el deber de adoptar medidas para el acceso efectivo a la salud, sin discriminación para todos.

La presencia de los derechos sexuales y reproductivos en los documentos y decisiones judiciales producidos por la **Comisión Interamericana** y la **Corte Interamericana**, respectivamente, se puede agrupar en tres grandes temas: violencia contra las mujeres (derecho a la vida y a la integridad física), derecho a la igualdad, derechos económicos sociales y culturales.

La **Convención Americana sobre Derechos Humanos** protege el derecho a la vida familiar: (i) reconoce el papel central de la familia y lo que conlleva, entre otras obligaciones, a favorecer de manera más amplia el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar; (ii) el derecho a la vida familiar se relaciona con la autonomía reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva; y (iii) los derechos a la vida privada y familiar y a la integridad personal se hallan directamente relacionados con la atención en salud, conclusión a la que llega ante las situaciones de angustia y ansiedad, así como los impactos graves por la falta de atención médica o accesibilidad a ciertos procedimientos de salud.¹³

Por último, es importante mencionar que la Comisión Interamericana ha sido pionera en el reconocimiento de los derechos de las personas pertenecientes a la comunidad LGBT, ha sostenido: *(...)la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género son componentes fundamentales de la vida privada de las personas. Existe un nexo claro entre la orientación sexual y el desarrollo de la identidad y plan de vida de un individuo, incluyendo su personalidad y sus relaciones con otros seres humanos.”*

¹³ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257.

En ese mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos llama a todos los Estados a adoptar medidas inmediatas para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Estos derechos incluyen los pertinentes a la no discriminación, la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad, y el acceso a la información, entre otros. Adicionalmente, contempla que una obligación fundamental de los Estados es garantizar el acceso pronto y adecuado a servicios de salud que sólo las mujeres, adolescentes y niñas necesitan en función de su sexo/género y función reproductiva, libre de toda forma de discriminación y de violencia, de conformidad con los compromisos internacionales vigentes en materia desigualdad de género.

2. Disposiciones constitucionales

La Constitución Política de 1991 marcó un hito en materia de derechos sexuales y reproductivos y educación sexual del país, al incluir los derechos sexuales y reproductivos (DSR), tanto como derechos fundamentales, como parte de los derechos sociales, económicos y culturales (DESC). Así, varios derechos sexuales y reproductivos fueron explícitamente incluidos en la Constitución Política. Por ejemplo, el art. 42 de la Carta determinó que *la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos*. Por otro lado, se considera que otros derechos sexuales y reproductivos están incluidos y comprendidos dentro de derechos constitucionales más generales como la igualdad de derechos, libertades y oportunidades *sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica*; el derecho al libre desarrollo de su personalidad *sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico*; y la libertad de conciencia. Se ha planteado entonces que éstos derechos generales son la base para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos más específicos (no explicitados en el texto constitucional)¹⁴.

¹⁴ Ministerio de Educación Nacional. "Módulo 1: La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes." En: Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de

Asimismo, la Corte Constitucional ha asegurado "*en este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros*".¹⁵

3. Jurisprudencia

a) Corte Constitucional

Derechos reproductivos e Interrupción Voluntaria del Embarazo

1. Sentencia C-355 de 2006- Derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y causales de excepción al delito de aborto.
2. Sentencia T-171 de 2007- Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y causal riesgo para la vida o la salud de la mujer.
3. Sentencia T-636 de 2007- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer y derecho al diagnóstico.
4. Sentencia T-988 de 2007- Causal violencia sexual, menores de edad y condición de discapacidad.
5. Sentencia T-209 de 2008- Causal violencia sexual, menores de edad y plazo para la IVE.
6. Sentencia T-946 de 2008- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer, menores de edad y condición de discapacidad.
7. Sentencia T-009 de 2009- Causal riesgo para la vida o la salud, autonomía reproductiva y derecho a la información.
8. Sentencia T-388 de 2009- Causal malformación fetal incompatible con la vida, causal riesgo para la vida o la salud de la mujer y alcance Sentencia C-355 de 2006.

Ciudadanía (PESCC). Fecha de consulta: 17 de abril de 2016. Disponible en: http://www.colombiaprende.edu.co/html/productos/1685/articulos-172204_recurso_1.pdf
¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-627 de 2012. Sentencia C-355 de 2006.

9. Sentencia T-585 de 2010- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer, derecho al diagnóstico e IVE como derecho fundamental.
10. Sentencia T-841 de 2011- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer e IVE como derecho fundamental.
11. Sentencia T-959 de 2011- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer.
12. Sentencia T-636 de 2011- Causal malformación fetal incompatible con la vida y causal riesgo para la vida o la salud de la mujer.
13. Sentencia T-627 de 2012- Derecho a la información e IVE como derecho fundamental.
14. Sentencia T-532 de 2014- Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer y edad gestacional.
15. Sentencia C-754 de 2015- Obligatoria aplicación el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual expedido por el entonces Ministerio de la Protección Social, causales de violencia sexual y riesgo para la vida y la salud de la mujer.
16. Sentencia C-274 de 2016- Objeción de conciencia personal de enfermería.
17. Sentencia T-301 de 2016- Causal malformación fetal incompatible con la vida, causal riesgo para la vida o la salud de la mujer y edad gestacional.
18. Sentencia C-327 de 2016- Alcance de la protección de la vida prenatal.
19. Sentencia T-694 de 2016- Reglas para los casos de la protección a la estabilidad laboral reforzada en los casos de aborto.
20. Sentencia T-697 de 2016- Causal violencia sexual y causal riesgo para la vida o la salud de la mujer.
21. Sentencia T-731 de 2016- Causal violencia sexual, causal riesgo para la vida o la salud de la mujer y menores de edad.
22. Sentencia C-341 de 2017- La Corte se inhibió de emitir pronunciamiento de fondo, por cuanto se incumplió el requisito de certeza en la formulación de la demanda. Esto debido

a que el demandante confundió el contenido del artículo 122 del Código Penal con el contenido de la Sentencia C-355 de 2006, por lo que la demanda era improcedente.

23. Sentencia SU-096 de 2018- Primera sentencia de unificación en IVE en Colombia. La Corte recoge todo el precedente jurisprudencial en IVE y ratifica los estándares (reglas y subreglas) para la protección y garantía de este derecho, que son de obligatorio cumplimiento.
24. Sentencia C-055-22- Por medio de la cual la Corte declara exequible la tipificación del delito de aborto consentido, en el sentido de que no se configura el delito cuando la conducta se practique antes de la semana 24 de gestación y, sin sujeción a este límite, cuando se presenten las causales de que trata la sentencia c-355 de 2006. Finalmente, exhortó al congreso de la república y al gobierno nacional a formular e implementar una política pública integral en la materia.

Salud sexual y reproductiva

1. Sentencia T-143 de 2005- derecho al libre desarrollo de la personalidad y desarrollo de la sexualidad.
2. Sentencia T-732 de 2009- Acceso a los servicios de salud sexual y diferencias derechos sexuales y reproductivos.
3. Sentencia T-310 de 2010- Derecho a la salud y vulneración por negar práctica de ninfoplastia sin realizar valoración y análisis sobre la salud reproductiva y sexual de la paciente.
4. Sentencia T-349 de 2011- Cirugía de carácter no estético por parte de EPS.
5. Sentencia T-561 de 2011- Cirugía de carácter no estético (ninfoplastia) por parte de EPS.
6. Sentencia C-313 de 2014- Ampliación al derecho a la salud, el cual, comienza a comprender la salud sexual y reproductiva, consideradas en la Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones como una parte fundamental de la

<p>sociedad, especialmente el proceso de decisión de estas, debido a que se menciona que “entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Sentencia T-418 de 2015-Víctimas de violencia sexual en el conflicto armado. 8. Sentencia C-405 de 2016-Realización gratuita y promoción de ligaduras o vasectomía como formas para fomentar la paternidad y maternidad responsable. 9. Sentencia T-271 de 2016-Violencia sexual contra la mujer. 10. Sentencia T-398 de 2019-Higiene menstrual como escenario de la salud sexual y reproductiva. 11. Sentencia T-508 de 2019- Derechos reproductivos como derechos fundamentales. 12. Sentencia T-236 de 2020-Procedimiento requerido para la reafirmación de su identidad de género (histerectomía) 13. Sentencia C-102 de 2021-Impuesto sobre las ventas a productos de higiene femenina. <p>Infertilidad y reproducción asistida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-341 de 1994- Reconocimiento de la infertilidad como condición incapacitante. 2. Sentencia T-1104 de 2000- Deber de abstención del Estado de intervenir en las decisiones relativas a la procreación y escasez de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Sentencia T-946 de 2002-Deber de abstención del Estado de intervenir en las decisiones relativas a la procreación y escasez de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 4. Sentencia T-752 de 2007- Negación de procedimientos de fertilización in vitro cuando tienen como fin único la procreación y no el restablecimiento de la salud de la paciente. 5. Sentencia T-424 de 2009- Deber de abstención del Estado de intervenir en las decisiones relativas a la procreación y escasez de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Sentencia T-226 de 2010- Negación de procedimientos de fertilización in vitro cuando tienen como fin único la procreación y no el restablecimiento de la salud de la paciente. 7. Sentencia T-644 de 201- Accionante que cumple requisitos para tratamiento de fecundación in vitro. 8. Sentencia T-311 de 2010-Negación de procedimientos de fertilización in vitro cuando tienen como fin único la procreación y no el restablecimiento de la salud de la paciente. 9. Sentencia T-009 de 2014-Negación de procedimientos de fertilización in vitro cuando tienen como fin único la procreación y no el restablecimiento de la salud de la paciente 10. Sentencia T-274 de 2015- Línea jurisprudencial sobre el alcance de la acción de tutela en relación con tratamientos de infertilidad. 11. Sentencia T-398 de 2016- La concepción constitucional del derecho a la maternidad no genera prima facie una obligación estatal en materia de maternidad asistida. 12. Sentencia C-093 de 2018- Analiza la constitucionalidad del proyecto de ley 123 de 2016, por medio del cual se establecen lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de parámetros de la salud reproductiva. 13. Sentencia SU-074 de 2020- Reconocimiento excepcional de la reproducción asistida en las situaciones que lleguen a afectar derechos fundamentales reproductivos de las personas y parejas con infertilidad, en congruencia con las condiciones y requisitos contemplados en el art. 4 de la Ley 1953 de 2019. <p>Derechos sexuales y reproductivos de personas en condición de discapacidad mental</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-740 de 2014- Reglas jurisprudenciales para la práctica del procedimiento médico de esterilización quirúrgica a mujeres y menores con discapacidad mental. 2. Sentencia C-131 de 2014- Prohibición de anticoncepción quirúrgica a menores de edad en condición de discapacidad y excepción.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Sentencia C-182 2016- Requisitos de interdicción y autorización judicial específica para esterilización quirúrgica de personas en situación de discapacidad mental mediante consentimiento sustituto. 4. Sentencia T-690 de 2016-Esterilización quirúrgica en mujeres y menores de edad en situación de discapacidad. 5. Sentencia T-303 de 2016-Consentimiento sustituto de personas con discapacidad a procedimientos de esterilización quirúrgica. 6. Sentencia T-573 de 2016- Derechos sexuales y reproductivos de personas en condición de discapacidad en el ámbito interno. 7. Sentencia T-231 de 2019-Derechos reproductivos y a la autodeterminación del menor con discapacidad mental. <p>Derechos sexuales y reproductivos de personas privadas de la libertad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-605 de 2007-Derecho a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2. Sentencia T-815 de 2013- Derecho a la visita conyugal del interno(a). 3. Sentencia T-686 de 2016-Derechos sexuales de persona privada de la libertad. 4. Sentencia T-002 de 2018-Derecho a la visita íntima de persona privada de la libertad. <p>Derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y jóvenes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-220 2004-Derecho a la intimidad de los menores de edad 2. Sentencia C-876 de 2011- Menores de catorce años y menores mayores de catorce años frente a conductas de abuso sexual medida diferenciada. 3. Sentencia C-085 de 2016- Normas para prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente y cátedra de educación para la sexualidad. 	<p>Protección constitucional especial de personas portadoras de VIH/SIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-010 de 2004 - Derecho a la salud y vida de enfermo de SIDA. 2. Sentencia T-697 de 2004- Práctica de examen de carga viral y derecho a la salud del enfermo de SIDA. 3. Sentencia T-948 de 2008- Protección constitucional especial de personas portadoras de VIH/SIDA y prohibición de discriminación por esta condición. 4. Sentencia T-1175 de 2008- Derecho a la salud y vida de enfermo de SIDA. 5. Sentencia T-579A de 2011- Derecho fundamental a la salud del enfermo de VIH/SIDA. 6. Sentencia T-330 de 2014-Protección constitucional especial de personas portadoras de VIH/SIDA y principio de continuidad en la prestación del servicio de salud del enfermo de SIDA. 7. Sentencia T-599 de 2015- Protección constitucional especial de personas portadoras de VIH/SIDA. 8. Sentencia T-426 de 2017-Protección constitucional especial de personas portadoras de VIH/SIDA. 9. Sentencia T-522 de 2017-Derecho a la pensión de invalidez a enfermos de VIH/SIDA. <p>Virus del papiloma humano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentencia T-926 de 2004- Derecho a la salud-suministro de medicamento 2. Sentencia C-752 de 2015-Virus del papiloma humano y prevención de cáncer cérvico uterino y vacunación gratuita y obligatoria. 3. Sentencia T-365 de 2017- Vacuna contra el virus del papiloma humano. 4. Sentencia C-350/17-Vacunación gratuita y obligatoria a la población objeto de la misma y adopción de medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino.

<p>4. Régimen legal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2. 1482 de 2011. Modifica el Código Penal; es la llamada Ley antidiscriminación. 3. Ley 972 de 15/07/2005. Adopta normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. 4. Ley 115 de 1994 5. Ley 1098 de 2006 6. Ley 1146 de 2007 7. Ley 1620 de 2013 <p>5. Decretos y Actos Administrativos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución número 0769 de 2008. Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. 2. Decreto 2968 de 2010 "Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos." 3. Resolución 0459 de 2012. Por la cual se adopta el protocolo y el modelo de atención integral a violencia sexual. 4. Resolución número 0769 de 2008. Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. 5. Resolución 2003 de 2014: Habilitación de prestadores de servicios de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Circular conjunta 05 de 2012, Procuraduría General de la Nación. Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional. 7. Decreto 1543 de 1997. Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual. 8. Circular 63 de 2006. Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH. 9. Resolución 2338 de 2013. Establece directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. 10. Resolución 5592 de 2015. Actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— y se dictan otras disposiciones. Incluye todo lo requerido para la atención integral del VIH/Sida y otras ITS. 11. Circular 16 de 2012. Contiene los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH. 12. Circular externa 045 de 2013. Garantiza la vacuna e inmunoglobulina contra hepatitis B a todo hijo de madre portadora del virus de la Hepatitis B. 13. Resolución 0459 de 2012. Adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 14. Circular 0031 de 2014: Contiene los lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual. 15. Resolución 4725 de 2011. Define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar a la cuenta de alto costo, relacionada con la infección por el Virus
<p>de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Resolución 0783 de 2012. Ajusta la Resolución 4725 de 2011, que establece la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades obligadas a compensar a la cuenta de alto costo, relacionada con la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). 17. Resolución 2175 de 2015. Establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos. 18. Resolución 1383 de 2013. Adopta el Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. 19. Resolución 1477 de 2016. Define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI". 20. Resolución 247 de 2014. Establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer, ante la cuenta de alto costo, por parte de las IPS públicas, privadas y mixtas, las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y los regímenes de excepción. 21. Acuerdo 29 de 2011. Art. Tercero de la comisión de Regulación en Salud (CRES). Por el cual la CRES recomienda al Instituto Nacional de Cancerología realizar las capacitaciones a los profesionales, auxiliares o técnicos del SGSSS para la toma, procesamiento, lectura y reporte de la prueba de ADN del VPH y la técnica de inspección visual con ácido acético y lugol. 22. Resolución 4496 de 2012. Organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer. 	<ol style="list-style-type: none"> 23. Resolución número 0769 de 2008. Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. 24. Resolución 5521 de 2013. Actualiza los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Art. 20. Condón Masculino. 25. Resolución 0652 de 2016. Reporte de la Interrupción voluntaria del embarazo. 26. Resolución número 1973 de 2008. Modifica la Norma técnica para la atención en planificación familiar <p>6. Políticas Públicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CONPES SOCIAL 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local—Manual operativo territorial. 2. Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia. Minsalud. 2013. 3. Minsalud (2013) Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos reproductivos. En: Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. 4. Minsalud Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. 5. Minsalud (2015) Modelo de atención integral en SSR para adolescentes y jóvenes. 6. Minsalud (2016) Política de Atención Integral en Salud. 7. Minsalud (2016) Presentación Política de Atención Integral en Salud. 8. Minsalud (2014) Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 9. Minsalud (2016). RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud. 10. Minsalud (2016) Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social.

<p>7. Guías y protocolos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minsalud (2012) Prevención del aborto inseguro en Colombia, protocolo para el sector salud. 2. Minsalud (sf) Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). 3. Minsalud (2014) Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. 4. Minsalud (2014) Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento técnico para prestadores de salud. 5. Minsalud (2014) Protocolo de atención preconcepcional. 6. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 7. Guías de Práctica Clínica para la atención del recién nacido sano. 8. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. 9. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. 10. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. 11. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 12. Guías de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. 13. Guías de práctica clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. 14. Guías de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 	<p>15. Guías de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata.</p> <p>V. Contenido de la iniciativa</p> <p>El proyecto de ley consta de 35 artículos y está dividido en cinco capítulos A continuación, explicamos el contenido de cada capítulo.</p> <p>Capítulo I: Objeto, principios, derechos y deberes</p> <p>Esta iniciativa legislativa busca erradicar las barreras legales para el acceso y goce efectivo de la salud sexual y reproductiva, para tal efecto tendrá en cuenta los principios de igualdad, universalidad, dignidad humana, solidaridad, y los tres siguientes enfoques:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Enfoque de derechos humanos: las estrategias de prevención y protección en salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos humanos, teniendo en cuenta los estándares internacionales de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. b) Enfoque territorial y sectorial: este enfoque busca garantizar que todas las personas del territorio nacional puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, pese a encontrarse en zonas rurales y alejadas de las cabeceras municipales del país. c) Enfoque interseccional y diferencial: reconocer de manera diferencial las necesidades específicas, las discriminaciones y barreras adicionales a las que se enfrentan los Niños, Niñas y Adolescentes— NNA; mujeres; personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero— LGBT; personas que viven con VIH-SIDA; personas con discapacidad; la población indígena; las comunidades afrodescendientes y todas las personas reconocidas como sujetos de especial protección por el ordenamiento colombiano.
<p>Estos tres enfoques permiten que el proyecto tenga una visión integral de los derechos sexuales y reproductivos. Además, la iniciativa es coherente con la jurisprudencia constitucional y los estándares internacionales sobre la materia.</p> <p>A su vez, el proyecto de ley define el contenido de los derechos sexuales y reproductivos y en su artículo 3 enlista quince prerrogativas necesarias para la satisfacción de los mismos derechos. Lo anterior, en concordancia con lo dispuesto por la Corte Constitucional, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</p> <p>Igualmente, establece los deberes y obligaciones en cabeza del Estado para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos dentro de todo el territorio nacional. Adicionalmente, precisa el contenido y los principios rectores para la aplicación e interpretación de los derechos sexuales y reproductivos. Los principios son: La universalidad, pro-homine, equidad, no discriminación, oportunidad, progresividad, sostenibilidad, eficiencia y diversidad étnica y cultural. Los principios son necesarios para aplicar los enfoques de forma transversal al articulado.</p> <p>Por otro lado, la iniciativa relaciona directamente los determinantes sociales como circunstancias que inciden en el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Sobre este punto, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha indicado que los determinantes sociales son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Además, esa organización también enfatiza que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas relacionadas con la situación sanitaria de un país y dentro de un país.</p>	<p>Más adelante, el proyecto referencia los sujetos de especial protección para fijar la necesidad de definir procesos de atención con un enfoque de derechos humanos, territorial y diferencial. Los sujetos de especial protección constitucional son personas víctimas de múltiples discriminaciones y, por lo tanto, merecedoras de acciones positivas por parte del Estado, con el fin de garantizarles el disfrute y goce de los derechos sexuales y reproductivos libre de discriminación, violencia y barreras adicionales.</p> <p>Capítulo II. Promoción y protección en derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Este capítulo se centra en la educación para la sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, la disponibilidad de diagnósticos rápidos para ITS y VIH, la prevención del embarazo adolescente y la prevención de uniones tempranas de hecho y de derecho de niñas y adolescentes.</p> <p>La educación para la sexualidad desde la construcción de la ciudadanía es una propuesta para pensar la educación sexual por fuera de las aulas y, por tanto, parte de ser reconocer las necesidades de la población colombiana que no se encuentra dentro del sistema educativo. El proyecto de ley se enfoca en la construcción de competencias e información sobre derechos sexuales y reproductivos. En razón de que el acceso a la información es un elemento esencial porque existen muchos mitos o falta de conocimiento en aspectos claves para la sexualidad.</p> <p>Por su parte, el artículo 12 advierte que el acceso a métodos anticonceptivos modernos debe ser parte de la política pública del Estado —no debe estar medido por la afiliación al Sistema de Seguridad Social— para garantizar su disponibilidad y el acceso a los mismos por parte de toda la población que lo necesite.</p> <p>El artículo 13 regula las acciones y programas para diagnosticar ITS y VIH de forma rápida y moderna, por el respeto de todos los derechos fundamentales de todas las personas que de manera voluntaria quieren realizarse el diagnóstico, en especial la garantía del derecho a la intimidad, confidencialidad y dignidad humana.</p>

Adicionalmente, este capítulo fija la necesidad de prevenir el embarazo adolescente y subsiguiente. La ocurrencia de embarazos a temprana edad es considerada como una problemática social y de salud pública, no sólo porque su ocurrencia conlleva riesgos en el plano biológico, sino porque “el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida”¹⁶.

Según el DANE, “Para el II trimestre de 2020 se registró un aumento anual de 6,3 % en el número de nacimientos en niñas y adolescentes entre 14 y 19 años, pasando de 24.849 a 26.405. Los nacimientos en niñas menores de 14 años incrementaron 22,2 %.”¹⁷ Peor aún, “para 2020, se registraron 384 nacimientos en niñas menores de 14 años en los que el padre era mayor de 20 años. En 2019 se registraron 390 nacimientos en estas condiciones.”¹⁸

El embarazo adolescente en menores de 14 años supone una tensión básica, pues al mismo tiempo que obliga a reconocer (como un problema de salud), obliga a denunciar (como un delito) el embarazo en esta población, por considerarse que las relaciones sexuales con menor de 14 años constituyen una violación. Sin embargo, falta claridad sobre la urgencia de separar y tratar ambos problemas de forma independiente y complementaria.

En ese mismo sentido, es importante que exista una norma que promueva políticas públicas para reducir el embarazo adolescente. En primer lugar, esta propuesta legislativa busca facilitar el acceso a anticonceptivos por parte de menores entre los 10 y los 14 años. Esto tiene fundamento

¹⁶ CONPES 147 de 2012, p. 4.
¹⁷ III trimestre 2020pr, año corrido 2020pr y cifras definitivas 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales-demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
¹⁸ Ibid.

en el hecho de que no hay contraindicaciones médicas ni científicas para este grupo poblacional acceda a los métodos. En segundo lugar, debe reconocerse la autonomía de niñas y adolescentes, especialmente para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Por todo lo anterior, el artículo 14 hace referencia a la Prevención del embarazo de niñas y adolescentes y de embarazos subsiguientes con un enfoque integral y diferentes estrategias para su prevención.

Por último, este capítulo propone llenar el vacío legislativo sobre la prevención de uniones tempranas de hecho y de derecho de niñas y adolescentes porque las mismas son un factor determinante para prevenir los embarazos de adolescentes. Además, el Estado debe desincentivar para que no sigan ocurriendo en la práctica y proteger los derechos de los menores.

Capítulo III. Autonomía reproductiva y otras disposiciones

En el capítulo III el proyecto de ley estatutaria tiene una visión amplia sobre las posibilidades que toda persona tiene frente a la reproducción. El artículo 16 consagra los derechos de las mujeres embarazadas porque reconoce que uno de los componentes más importantes de los derechos sexuales y reproductivos es la autodeterminación reproductiva. La Corte Constitucional ha definido este derecho como “la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”¹⁹.

El proyecto también contempla una visión de la autonomía reproductiva que no se queda sólo en la maternidad, sino también en la adopción y la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En este sentido, esta iniciativa atiende la priorización del uso del parto natural. La Organización Mundial

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-302 de 2009

de la Salud (OMS) estima que la tasa ideal de cesáreas debe ser menor al 15%²⁰; sin embargo, en Colombia la tasa de cesárea a nivel nacional la cual en el año 2015 fue de 46.43%²¹. Todo lo anterior, merece que la normatividad nacional establezca la obligación de priorizar el parto natural y ponga fines a prácticas como la cesaria, en los casos que no es necesaria, para humanizar el parto.

Por otro lado, la regulación actual sobre la maternidad segura y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no protege expresamente las prácticas tradicionales de las comunidades étnicas en materia de atención a la maternidad. La disponibilidad de datos precisos sobre el personal de partería: tradicional y profesional permite a los países planificar con eficacia. Por consiguiente, la legislación, reglamentación y licencias de partería permiten a las parteras prestar la atención de alta calidad para la cual han sido formadas y así proteger la salud de la mujer. La atención de partería de alta calidad para mujeres y recién nacidos salva vidas y contribuye a fomentar familias saludables y comunidades más productivas. Este es un paso que Colombia debe dar para reconocer el importante trabajo que han realizado por años las parteras tradicionales y además mejorar los servicios de atención en salud en zonas rurales.

Más adelante, la normatividad define la reproducción humana asistida y expone que la reproducción asistida se deriva de los derechos a la libertad y a la autodeterminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad personal y familiar y a la libertad para fundar una familia.

Respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y aborto este proyecto enfatiza sobre la importancia de su legalización para disminuir la mortalidad y morbilidad materna.

²⁰ Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen), Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Bogotá, 2014. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 2, abril-junio 2014, p. 139-151.
²¹ Casallas Espitia, D. A., Florez Ruiz, G., Gonzalez Valderrama, J. A., & Jerez Uribe, J. J. (2020). Características sociodemográficas y clínicas asociadas a los casos de cesárea Colombia, 2015 (Bachelor's thesis, Universidad El Bosque).

Adicionalmente, en coherencia con la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia reconoce que el desarrollo de la sexualidad y la decisión de tener hijos está íntimamente ligada al derecho a la libertad, la igualdad, la autonomía, la dignidad, la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad de las mujeres. Además, plantea a la IVE como una opción, dentro de la gama de los derechos reproductivos, que el Estado está obligado a garantizar de forma efectiva.

Al mismo tiempo, esta iniciativa cumple con la exhortación de la Corte Constitucional al Congreso en la Sentencia C-055 de 2022 dado que cumple con el mandato de crear una política de derechos sexuales y reproductivos que contenga “(...) (i) la divulgación clara de las opciones disponibles para la mujer gestante durante y después del embarazo, (ii) la eliminación de cualquier obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que se reconocen en esta sentencia, (iii) la existencia de instrumentos de prevención del embarazo y planificación, (iv) el desarrollo de programas de educación en materia de educación sexual y reproductiva para todas las personas, (v) medidas de acompañamiento a las madres gestantes que incluyan opciones de adopción, entre otras y (vi) medidas que garanticen los derechos de los nacidos en circunstancias de gestantes que desearon abortar.”²²

Por su parte, los artículos 23 y 24 del proyecto de ley estatutaria desarrollan aspectos clave de la relación que existe entre violencia basada en género y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En segundo lugar, los artículos 25 y 26 hacen referencia a la eliminación de la discriminación y la violencia como garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva en general y en concreto hacia personas con discapacidad, personas que viven con VIH/SIDA y las personas pertenecientes a la comunidad LGBTI, las cuales son más vulnerables en el sistema de salud y en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

²² Corte Constitucional. Sentencia C-055 de 2022.

La presente ley estatutaria busca que los derechos de las personas con discapacidad se ajusten a lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las recomendaciones realizadas por el Comité encargado de su vigilancia.

Capítulo V. Mecanismos de control de los derechos sexuales y reproductivos y otras disposiciones

El capítulo V desarrolla aspectos clave la participación, control y supervisión del cumplimiento de la ley de derechos sexuales y reproductivos. Por tal motivo, de forma integral desarrolla aspectos sobre el control, la sanción y vigilancia de la satisfacción de estas garantías fundamentales.

El artículo 31 tiene como propósito recordarle al Ministerio de Salud y Protección Social la política pública, en la medida que la presente ley estatutaria introduce temas nuevos y deben ser actualizados. Como, por ejemplo, la legislación colombiana actual no tiene ningún referente sobre violencia obstétrica.

Por último, los artículos 32 y 33 establecen mecanismos de control y vigilancia con el fin de lograr que los derechos sexuales y reproductivos sean tomados en serio, y en caso contrario, las instituciones y personas reciban sanciones proporcionales y ejemplarizantes.

Con todo esto, el presente proyecto de ley estatutaria contribuye de manera efectiva y coherente con el respeto de los derechos sexuales y reproductivos como un aspecto clave para contribuir a la justicia y a la equidad en Colombia. Por otra parte, el presente proyecto busca establecer un marco legal que supere las barreras y los vacíos legales vigentes respecto a aspectos esenciales de la sexualidad.

VII. Conflicto de Intereses – Artículo 291 Ley 5 de 1992

El artículo 183 de la Constitución Política consagra a los conflictos de interés como causal de pérdida de investidura. Igualmente, el artículo 286 de la Ley 5 de 1992 establece el régimen de conflicto de interés de los congresistas.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos:

- (i) *Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico.*
- (ii) *Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar.*
- (iii) *Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación.*
- (iv) *Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado.*
- (v) *Que la participación del congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.*

En cuanto al concepto del interés del congresista que puede entrar en conflicto con el interés público, la Sala ha explicado que el mismo debe ser entendido como “una razón subjetiva que torna parcial al funcionario y que lo inhabilita para aproximarse al proceso de toma de decisiones con la ecuanimidad, la ponderación y el desinterés que la norma moral y la norma legal exigen” y como “el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto” (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Radicado 66001-23-33-002-2016-00291-01(P1), sentencia del 30 de junio de 2017).

De acuerdo con la Sentencia SU-379 de 2017, no basta con la acreditación del factor objetivo del conflicto de intereses, esto es, que haya una relación de consanguinidad entre el congresista y el pariente que pueda percibir un eventual beneficio. Deben ser dotadas de contenido de acuerdo con las circunstancias específicas del caso concreto.

La Sala Plena del Consejo de Estado en sentencia del 17 de octubre de 2000 afirmó lo siguiente frente a la pérdida de investidura de los Congresistas por violar el régimen de conflicto de intereses:

El interés consiste en el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto. Así, no se encuentra en situación de conflicto de intereses el congresista que apoye o patrocine el proyecto que, de alguna manera, redundaría en su perjuicio o haría más gravosa su situación o la de los suyos, o se oponga al proyecto que de algún modo les fuera provechoso. En ese sentido restringido ha de entenderse el artículo 286 de la ley 5.ª de 1.991, pues nadie tendría interés en su propio perjuicio, y de lo que trata es de preservar la rectitud de la conducta de los congresistas, que deben actuar siempre consultando la justicia y el bien común, como manda el artículo 133 de la Constitución. Por eso, se repite, la situación de conflicto resulta de la conducta del congresista en cada caso, atendidas la materia de que se trate y las circunstancias del congresista y los suyos. [...].










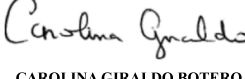
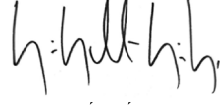
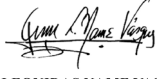
Teniendo en cuenta lo anterior, con relación al presente proyecto de ley, no es posible delimitar de forma exhaustiva los posibles casos de conflictos de interés que se pueden presentar con relación a regulación y protección de los derechos sexuales y reproductivos.

En ese sentido, en la presente iniciativa se pueden llegar a presentar Conflictos de Interés cuando los congresistas, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, tengan relaciones, comerciales, accionarias o económicas, en general, con personas naturales o jurídicas que presten

servicios de atención psicológica o de acompañamiento a víctimas de violencia sexual, siempre y cuando esta situación que les produzcan un beneficio directo, particular y actual, a su patrimonio o al de sus familiares, o un beneficio moral en los términos antes señalados.

De los honorables congresistas,

<p>ANGELICA LOZANO CORREA SENADORA DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p> 	 <p>ARIEL ÁVILA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>
 <p>INTI RAÚL ASPRILLA REYES SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>	<p>Catherine Juinao C.</p> <p>CATHERINE JUINAO CLAVIJO REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>

 HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA SENADOR DE LA REPÚBLICA COALICIÓN ALIANZA VERDE Y CENTRO ESPERANZA	 DANIEL CARVALHO MEJÍA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA	 JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ PARTIDO DIGNIDAD	 CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO REPRESENTANTE A LA CÁMARA SANTANDER PARTIDO ALIANZA VERDE
 DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA PARTIDO ALIANZA VERDE	 JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOYACÁ	 ALEJANDRO GARCÍA RÍOS REPRESENTANTE A LA CÁMARA RISARALDA PARTIDO ALIANZA VERDE	 FABIÁN DÍAZ PLATA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE
 JUAN DIEGO MUÑOZ CABRERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL META PARTIDO ALIANZA VERDE	 CAROLINA GIRALDO BOTERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR RISARALDA PARTIDO ALIANZA VERDE	 JUAN SEBASTIÁN GÓMEZ GONZÁLEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CALDAS	 IVÁN LEONIDAS NAME VASQUEZ SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE

SECCIÓN DE LEYES

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 08 de Agosto de 2022

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.112/22 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE REGULAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores ANGELICA LOZANO CORREA, ARIEL ÁVILA, INTI RAÚL ASPRILLA REYES, HUMBERTO DE LA CALLE LOMBANA, FABIÁN DÍAZ PLATA, IVÁN LEONIDAS NAME VASQUEZ; y los Honorables Representantes CATHERINE JUVINAO CLAVIJO, DANIEL CARVALHO MEJÍA, DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO, JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES, JUAN DIEGO MUÑOZ CABRERA, CAROLINA GIRALDO BOTERO, JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL, CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO, ALEJANDRO GARCÍA RÍOS. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
 Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 08 DE 2022

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE


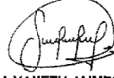
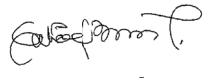
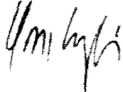


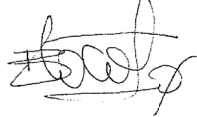

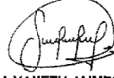
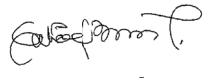
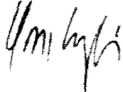


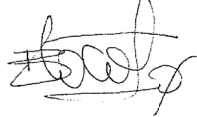

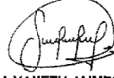
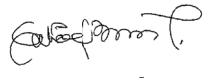
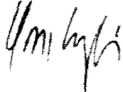


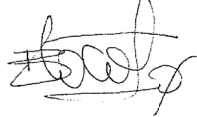

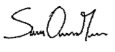
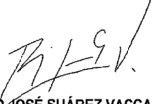
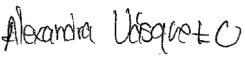


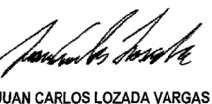

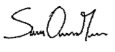
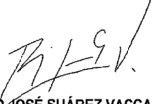
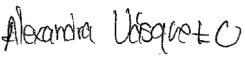


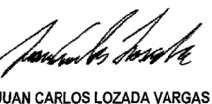

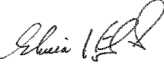



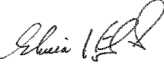



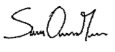
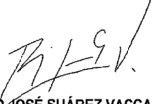
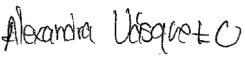


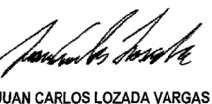

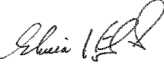



SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 110 DE 2022 SENADO

por la cual se fortalece la atención y el cuidado durante el embarazo y la primera infancia y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C., 08 de agosto de 2022</p> <p>Señor GREGORIO ELJACH PACHECO Secretario General del Senado de la República Ciudad</p> <p>Asunto: Radicación Proyecto de Ley "Por la cual se fortalece la atención y el cuidado durante el embarazo y la primera infancia y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Señor Secretario,</p> <p>Radicamos ante usted el presente Proyecto de Ley "Por la cual se fortalece la atención y el cuidado durante el embarazo y la primera infancia y se dictan otras disposiciones". Iniciativa con la cual buscamos garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los colombianos y colombianas, fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas hasta los 3 años de edad, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición; proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.</p> <p>En este sentido, se presenta a consideración el presente Proyecto de Ley, para iniciar el trámite correspondiente y cumplir con las exigencias dictadas por la Ley y la Constitución. Por tal motivo, adjuntamos original en formato PDF con firmas, en PDF sin firmas, y en formato Word sin firmas.</p> <p>De los Honorables Congressistas,</p> <div style="text-align: center;">  MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRIGUEZ </div>	<p style="text-align: center;">Senadora de la República</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  SANDRA YANETH JAIMES CRUZ Senadora de la República </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY Senador de la República </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  ETNA TÁMARA ARGOTE CALDERÓN Rep. Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Representante a la Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  </td> </tr> </table>	 SANDRA YANETH JAIMES CRUZ Senadora de la República	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara	 CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República	 CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY Senador de la República	 MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico	 ETNA TÁMARA ARGOTE CALDERÓN Rep. Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA	<p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Representante a la Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p>							
 SANDRA YANETH JAIMES CRUZ Senadora de la República	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara														
 CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República	 CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY Senador de la República														
 MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico	 ETNA TÁMARA ARGOTE CALDERÓN Rep. Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA														
<p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Representante a la Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> David Alejandro Toro Ramírez Representante a la cámara por el departamento de Antioquia </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  JORGE ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara por el Departamento de Putumayo Pacto Histórico </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  ANDREA PADILLA VILLARRAGA Senadora de la República Partido Alianza Verde </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  JUAN CARLOS LOZADA VARGAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO LIBERAL </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  JAHEL QUIROGA CARRILLO Senadora Pacto Histórico- UP </td> </tr> </table>	 SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico	David Alejandro Toro Ramírez Representante a la cámara por el departamento de Antioquia	 PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá	 LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca	 JORGE ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara por el Departamento de Putumayo Pacto Histórico	 ANDREA PADILLA VILLARRAGA Senadora de la República Partido Alianza Verde	 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO LIBERAL	 JAHEL QUIROGA CARRILLO Senadora Pacto Histórico- UP	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Mais </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Rep. Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  ROBERT DAZA GUEVARA Senador de la República Coalición Pacto Histórico - PDA </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">  AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS Senadora de la República Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS. </td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"> <p><i>Leyla H. Rincón</i> Rep. Huila Pacto Histórico</p> <p><i>Juan Carlos González</i> Rep. Huila</p> </td> </tr> </table>	 GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico	 MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Mais	<p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Rep. Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p>	 ROBERT DAZA GUEVARA Senador de la República Coalición Pacto Histórico - PDA	 AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS Senadora de la República Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS.	<p><i>Leyla H. Rincón</i> Rep. Huila Pacto Histórico</p> <p><i>Juan Carlos González</i> Rep. Huila</p>
 SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico	David Alejandro Toro Ramírez Representante a la cámara por el departamento de Antioquia														
 PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá	 LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca														
 JORGE ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara por el Departamento de Putumayo Pacto Histórico	 ANDREA PADILLA VILLARRAGA Senadora de la República Partido Alianza Verde														
 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO LIBERAL	 JAHEL QUIROGA CARRILLO Senadora Pacto Histórico- UP														
 GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico	 MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Mais														
<p><i>Manica del Mor Pizarro</i> Rep. Cámara por Bogotá Columbiana Humana</p>	 ROBERT DAZA GUEVARA Senador de la República Coalición Pacto Histórico - PDA														
 AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS Senadora de la República Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS.	<p><i>Leyla H. Rincón</i> Rep. Huila Pacto Histórico</p> <p><i>Juan Carlos González</i> Rep. Huila</p>														

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY ____ DE 2022</p> <p style="text-align: center;">"Por la cual se fortalece la atención y el cuidado durante el embarazo y la primera infancia y se dictan otras disposiciones"</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES</p> <p>Artículo 1°- Objeto. La presente ley tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas hasta los 3 años de edad, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición materna e infantil; proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.</p> <p>Artículo 2°. Principios. La presente ley se regirá por los siguientes principios:</p> <p>A. Autonomía: Las disposiciones consignadas en la presente ley deben garantizar en todo momento la autonomía reproductiva de las mujeres y otras personas gestantes.</p> <p>B. Celeridad: Para la ejecución de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas hasta los 3 años de las mujeres y otras personas gestantes, se debe garantizar agilidad, prontitud y eficacia.</p> <p>C. Enfoque de Derechos Humanos: En la aplicación de las disposiciones contenidas en la presente ley, se respetarán los derechos humanos y valores fundamentales incorporados en la Constitución Política y los tratados internacionales ratificados por Colombia.</p> <p>D. Enfoque de género: Las disposiciones contenidas en la presente ley se harán efectivas teniendo en cuenta la construcción de relaciones de género equitativas y justas.</p>	<p>E. Enfoque diferencial: Las disposiciones contenidas en la presente ley deben respetar las costumbres y decisiones que tomen las mujeres y personas gestantes pertenecientes a las comunidades indígena, afrocolombiana y raizal.</p> <p>F. Interés superior del menor: En las disposiciones contenidas en la presente ley y la aplicación de la misma que tengan relación con los niños y niñas, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales y los de cualquier otra persona.</p> <p>G. No discriminación: En la aplicación de las disposiciones contenidas en la presente ley no existirá discriminación alguna por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, ni por ninguna otra causa.</p> <p>H. Vida libre de violencias: Las disposiciones consignadas en la presente ley se aplicarán teniendo como premisa el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL</p> <p>Artículo 3. Modelo de atención integral. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar un modelo de atención y cuidado integral de la salud específico y adecuado para la etapa del embarazo y hasta los tres (3) años de edad, desde la perspectiva del derecho a la salud integral de las mujeres, otras personas gestantes, niños y niñas que reconozca con un enfoque diferencial las prácticas occidentales, tradicionales, indígenas y afro, en un término no mayor a un año a la sanción de la presente ley.</p> <p>Artículo 4. Estrategias específicas para la salud perinatal y primeros años de vida. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar políticas específicas de atención, promoción, protección y prevención de la salud integral de las personas gestantes y de los niños y las niñas hasta los tres (3) años, que reconozca con un enfoque diferencial las prácticas occidentales, tradicionales, indígenas y afro. Dentro del sistema de salud se promoverán las siguientes acciones:</p> <p>a. El acceso a la atención de las mujeres y de otras personas gestantes, a fin de realizar controles e intervenciones oportunas y de manera integral para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de eventuales complicaciones;</p>
<p>b. Estrategias de protección del sueño seguro para todos los niños y las niñas que incluye capacitación a los equipos de salud, las mujeres y otras personas gestantes y a las familias, sobre prácticas de prevención de eventos graves durante el sueño;</p> <p>c. Estrategias de prevención de lesiones no intencionales durante los primeros años que deberán incluir capacitación a los equipos de salud respecto del cuidado de los espacios públicos y privados para prevenir lesiones en estas edades; transmisión de medidas preventivas a las familias; normativas sobre seguridad de juguetes y mobiliarios y espacios seguros para el traslado en transporte público y privado;</p> <p>Artículo 5. Articulación territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá articularse con los departamentos y estos a su vez con los municipios, para que en el marco de los principios constitucionales de colaboración armónica se promueva el acceso de las mujeres y otras personas gestantes y de las niñas y los niños hasta los tres (3) años de edad, a los servicios de salud, reconociendo las prácticas culturales occidentales, tradicionales y étnicas.</p> <p>Artículo 6. Provisión pública de insumos fundamentales. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar la provisión pública y gratuita de insumos fundamentales para las mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo y para los niños y las niñas hasta los tres (3) años, los cuales deberán contemplar como mínimo:</p> <p>a. Medicamentos esenciales;</p> <p>b. Vacunas;</p> <p>c. Alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez, en el marco de los programas disponibles al efecto.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la provisión pública y gratuita de insumos en el plazo de un año contado a partir de la sanción de la presente ley en la cual establecerá las condiciones y los insumos a proveer.</p> <p>Artículo 7. Embarazos de alto riesgo. Para las mujeres y personas gestantes que cursen embarazos de alto riesgo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá impulsar un modelo de atención en el que se priorice el cuidado integral de la salud, el acceso equitativo a las redes de servicios de salud perinatal organizados según la complejidad lo requiera para los métodos diagnósticos y los tratamientos indicados, así como también procurar que los nacimientos ocurran en maternidades seguras para la atención, según el riesgo de la salud fetal. Asimismo, el modelo de atención deberá contemplar un enfoque en la reducción del riesgo, el acceso equitativo a los</p>	<p>servicios de salud según la complejidad requerida para los métodos diagnósticos y el tratamiento, cuando estuviera indicado.</p> <p>Parágrafo. Para aquellas personas con sospecha de trombofilia por indicación médica, según criterio del profesional tratante, los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y basado en antecedentes tanto obstétricos como no obstétricos, deberá procurar el acceso a los estudios diagnósticos gratuitos y a los tratamientos necesarios para tal condición, tanto para las personas del régimen contributivo como del régimen subsidiado.</p> <p>Artículo 8. Guía de cuidados integrales de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará y publicará en formato accesible una guía de cuidados integrales de la salud que contendrá información propia de cada etapa del curso vital respetando y reconociendo un enfoque diferencial las prácticas occidentales, tradicionales, indígenas y afro; brindará información sobre el derecho a una vida libre de violencias; difundirá los beneficios de la lactancia materna y estimulará la corresponsabilidad en las tareas de cuidado con refuerzo en los vínculos tempranos, el juego y el disfrute. Se promoverá su difusión en todos los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, que cuenten con atención obstétrica y/o pediátrica, dispositivos territoriales de cada organismo con competencia en la materia, y a través de todos los medios posibles.</p> <p>Artículo 9. Línea gratuita de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá incorporar en las líneas gratuitas de atención telefónica ya existentes, y a través de los organismos gubernamentales pertinentes, la atención a las mujeres y personas gestantes y sus familiares a fin de brindar información adecuada acorde a la etapa de gestación o crianza correspondiente e incluya información veraz y oportuna sobre el derecho a la IVE de acuerdo a los establecido en la sentencia C - 055 de 2022, en reconocimiento y respeto del enfoque diferencial, las prácticas occidentales, tradicionales, indígenas y afro.</p> <p>Parágrafo. La autoridad competente desarrollará contenidos adaptables a diversos medios y formatos de comunicación que promuevan y faciliten el acceso a la información. Se creará un dispositivo específico de atención, derivación y seguimiento de mujeres y personas gestantes en situaciones de especial vulnerabilidad.</p>

**CAPÍTULO III
SUBSIDIO**

Artículo 10. Subsidio para las mujeres y personas gestantes. Créase un subsidio de promoción de la salud, para las mujeres y personas gestantes con niños y niñas hasta los 3 años de edad, que se encuentren en situación de pobreza, pobreza extrema, víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, mujeres en ejercicio de prostitución, desempleadas o pertenecientes a los grupos A y B de SISBEN, el cual equivaldrá a \$331.688 cada mes y el cual se mantendrá siempre y cuando se cumplan con los siguientes requisitos:

1. Asistir a los controles prenatales según la temporalidad requerida por el médico tratante.
2. Que el menor cuente con todas las vacunas del programa ampliado de inmunización.
3. Asistir a los controles de crecimiento y desarrollo una vez nazca el bebé y hasta los 3 años.
4. No tener en contra sentencia judicial o medidas cautelares por maltrato infantil.

Parágrafo 1. Serán causales de pérdida del subsidio para las mujeres y personas gestantes con niños y niñas hasta los 3 años de edad, las siguientes:

1. Muerte del niño o la niña.
2. Inasistencia a tres (3) o más controles prenatales cuando no se tenga justificación.
3. Que la madre supere las condiciones del artículo 11.
4. Inasistencia a tres (3) o más controles de crecimiento y desarrollo cuando no se tenga justificación.
5. Muerte de la madre.

Parágrafo 2. Lo estipulado en este artículo no puede desconocer la libertad de cultos ni el enfoque diferencial.

**CAPÍTULO IV
ATENCIÓN ESPECIAL EN CASOS DE VIOLENCIA**

Artículo 11. Mujeres u otras personas gestantes en situación de violencia por razones de género. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Consejería para la Equidad de la Mujer de la Presidencia de la República o quien haga sus veces, crearán *Las Casas de Maternidad Libre de Violencia* como un mecanismo e instancias de denuncia

Artículo 14. Extensión de la Licencia de Maternidad. Extiendase la licencia de maternidad que haya iniciado o concluya en el marco de la declaratoria de emergencia realizada por el Gobierno Nacional con ocasión a un evento epidémico o pandémico, hasta la vigencia de esta o de su prórroga.

Parágrafo. En caso de muerte o grave enfermedad de la madre, la licencia de paternidad se extenderá hasta la vigencia de la declaratoria de emergencia realizada por el Gobierno Nacional o de su prórroga.

Artículo 15. Extensión del fuero de maternidad y paternidad. Extiendase el fuero de maternidad y de paternidad según corresponda, que termine o haya terminado en el marco de la declaratoria de emergencia realizada por el Gobierno Nacional con ocasión a un evento epidémico o pandémico, hasta la vigencia de esta o de su prórroga.

**CAPÍTULO VII
VIGENCIA Y DEROGATORIAS**

Artículo 16. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,


MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRIGUEZ
Senadora de la República

para que las mujeres y otras personas gestantes puedan acudir cuando se sientan víctimas de violencias basada en género.

Parágrafo 1. Las Casas de Maternidad Libre de Violencia contarán con sedes virtuales y presenciales que serán reglamentadas de acuerdo con las condiciones sociodemográficas con el fin de que sean de oportuno acceso para las mujeres y otras personas gestantes.

Parágrafo 2. Las Casas de Maternidad Libre de Violencia deberán disponer los canales de comunicación, medios y herramientas necesarias para que en virtud de la implementación de la presente ley, se informe a las mujeres y otras personas gestantes, sobre su derecho a una vida libre de violencias que se les brinde información sobre los dispositivos de atención y denuncia existentes e información veraz y oportuna sobre el derecho a la IVE de acuerdo a los establecido en la sentencia C - 055 de 2022.

Artículo 12. Obligación de denuncia. En aquellos casos en los cuales, se observen indicios o sospechas de posibles situaciones de violencia por motivos de género, los equipos profesionales y personal interviniente tienen el deber de informar a las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes sobre los derechos establecidos en la ley y sobre los recursos de atención y denuncia existentes. Las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes en situación de violencia por razones de género que manifiestan su voluntad de ser atendidas por los servicios de salud mental, deberán recibir atención de inmediato.

**CAPÍTULO V
NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Artículo 13. Niñas y adolescentes embarazadas. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá asegurar protocolos para la atención especializada y específica para las niñas y adolescentes menores de catorce (14) años embarazadas, como grupo en situación de priorización y alta vulnerabilidad.

Parágrafo. Se garantizará una atención oportuna del servicio de salud para denunciar hechos que puedan constituir conductas delictivas de los cuales la menor haya podido ser víctima, garantizando para ello y en cualquier escenario, la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.

**CAPÍTULO VI
MATERNIDAD EN DECLARATORIAS DE EMERGENCIA**

 SANDRA YANETH JAIMES CRUZ Senadora de la República	 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara
 CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República	 CÉSAR AUSTO PACHÓN ACHURY Senador de la República
 MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico	 ETNA TÁMARA ARGOTE CALDERÓN Rep. Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA
	

<p>SANTIAGO OSORIO MARIN Representante a la Cámara Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico</p>	 <p>David Alejandro Toro Ramirez Representante a la cámara por el departamento de Antioquia</p>
 <p>PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá</p>	<p>Alexandra Vásquez Ochoa</p> <p>LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca</p>
 <p>JORGE ANDRÉS CANCELMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara por el Departamento de Putumayo Pacto Histórico</p>	 <p>ANDREA PADILLA VILLARRAGA Senadora de la República Partido Alianza Verde</p>
 <p>JUAN CARLOS LOZADA VARGAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO LIBERAL</p>	 <p>Isabel Zúñiga Senadora Pacto Histórico</p>

 <p>GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico</p>	 <p>MARTHA ISABEL PERALTA EPIYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Más</p>
<p><i>Monica del Mar Prieto</i> Representante a la Cámara Bogotá Cámara Humana.</p>	
 <p>AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS Senadora de la República Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS.</p>	 <p>ROBERT DAZA GUEVARA Senador de la República Coalición Pacto Histórico - PDA</p>

Luzgladys Rincón
Leyla M Rincón T.
Rep. # Huila
P.H.

John Jairo Gontalez
HA ~~HA~~

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO

El presente proyecto de ley tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas hasta los 3 años, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición; proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.

2. INTRODUCCIÓN

La maternidad es la función reproductiva ejercida por mujeres u hombres, la cual se basa en el cuidado, crianza y formación de los niños/as y muy pocas veces se le da la importancia que merece, ya que no es fácil el procrear vida, alimentarlos y cuidarlos de manera sana. Los Estados se han basado en la prevención de embarazos adolescentes y buscar todos los medios para implementar la educación y el trabajo en las personas, y se deja de lado un poco el proyecto de algunas otras que puede ser, el tener hijos. Las herramientas que brindan los gobiernos no son muy fuertes, ya que en muchos países las mujeres no tienen acceso a los sistemas de salud, no pueden ingresar a los controles, vacunas y medicamentos, tampoco tienen acceso al agua potable, lo que dificulta el crecimiento de los bebés, además que buscan la vinculación laboral acelerada de las mujeres después de su parto, no se le permite a la mujer terminar su proceso de lactancia materna ya que su licencia de maternidad solo va hasta la semana 18 lo que genera que los bebés tengan una alimentación distinta, y deben ser criados por familiares, jardines o personas externas, afectando su desarrollo socio-afectivo y la manera de desarrollar socialmente.

3. CONTEXTO

La desnutrición es uno de los problemas de salud pública que enfrentan la mayoría de países en el mundo. Esto está relacionado por varios factores como lo es la mala administración de recursos, los gobiernos corruptos, las condiciones donde habitan las familias y el acceso a la salud, generando que las tasas de mortalidad y pobreza extrema se incrementen. Esos factores

son medioambientales donde la agricultura es afectada constantemente por terremotos, inundaciones, sequías, heladas y demás, lo que no permite la creación de los alimentos, usualmente en los casos que se presenta este factor también se presenta la escasez de agua potable lo que genera enfermedades y parásitos, otro factor y es el que más permea los casos de desnutrición a nivel mundial, es el social, cultural y económico relacionados con el bajo nivel de ingresos económicos que limita el acceso a la alimentación sana y de calidad, la falta de acceso a la tierra para que las familias creen sus mercados sostenibles, el bajo nivel educativo parental, ya que afecta el acceso de empleos, salarios dignos y lograr una economía estable, también al no tener conocimiento sobre la vida sexual y maternidad y no saber acerca del cuidado y necesidades de los bebés, la falta de acceso y deficiente calidad en los servicios de salud pública como es la atención de nutrición y peso y desarrollo de las gestantes y bebés, la pobreza extrema, discriminación y aislamiento de los pueblos indígenas, y lugares marginados.

La desnutrición afecta desde personas de la tercera edad hasta niños, según la investigación mundial de Wisbaum en la desnutrición infantil "se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición"(2011) Los niños de cero de a cinco años son los que más tienden a sufrir desnutrición y llegar a la muerte, ya que las condiciones que tienen las mujeres gestantes no son efectivas para poder darle estabilidad a los bebés, son madres que por lo general viven en los lugares más precarios de las ciudades que igual sufren de desnutrición y a la temprana separación entre madre e hijo por los tiempos de licencia materna que consideran cada país, ya que después de unas semanas a dar a luz las madres deben retomar sus trabajos y separar a sus hijos del sustento más importante, la leche materna "La lactancia materna temprana y exclusiva en los primeros meses de vida proporciona todos los nutrientes necesarios para los niños, estimula su sistema inmunológico y les protege de enfermedades mortales" Wisbaum (2011)

Pero ¿Cómo se puede combatir la desnutrición y la mortalidad de los niños de cero a cinco años? la prioridad es la intervención a niños, niñas y mujeres embarazadas que estén en el

periodo de lactancia para así ir erradicando los casos desde los momentos más tempranos, se plantea promover la lactancia materna como mínimo hasta los seis meses facilitado a esas mujeres seguridad salarial, prolongar en tiempo de lactancia que tienen las madres después de sus partos para que esos bebés tengan mayor atención por sus propias madres, y ellas sean las que velen por las vacunas, alimentación sana y acompañamiento en sus primeros tres años de vida, crear políticas para la educación de alimentación sana y la importancia de la higiene en los hogares.

A nivel psicológico entre los cero a los tres años los bebés establecen sus bases de personalidad, reacciones afectivas y sociales "El 40% de las habilidades mentales del futuro adulto se desarrollan durante los 1000 primeros días de vida" Nemaes (S.F) para ellos se plantea que es elemental que durante esos 1000 días este proceso que vive los infantes de experimentar el mundo vayan guiado por su madre, y sea esta la guía y acompañante de él. "Para ser un adulto independiente y seguro, debió de ser un bebé dependiente, apegado, sostenido, en pocas palabras AMADO "Sue Gerhardt citado por Nemaes (S.F)

Por otro lado, es muy importante que las mujeres que ejercen el rol de ser madres y llevar el proceso de crianza lo asuman por deseo propio y desarrollen esto como parte de su proyecto de vida, teniendo en cuenta que los procesos del embarazo y la crianza son un desafío. Es por ello que se debe poner en el centro de la discusión el deseo y decisión de la mujer para asumir la maternidad, teniendo en cuenta las condiciones abordadas anteriormente, la pobreza, la desnutrición, la importancia de la crianza acompañada tanto por la madre como por el padre y la lactancia a libre demanda.

Históricamente se ha dicho que el rol de las mujeres es netamente reproductivo y dedicado al hogar, y por ende el ser madre es casi una obligación. Pero en los últimos años, los movimientos feministas han dado vuelta a esta imposición milenaria, no solo buscan que las mujeres sean vistas como ciudadanas, trabajadoras que tienen derecho a estudiar, a ser profesionales y decidir sobre su cuerpo, sino que plantean la idea de la apropiación de las maternidades sanas y responsables, romper con el estigma de la mujer embarazada como

figura sufriente, doliente, pobre y con incertidumbre, en vez de eso proponer el ideal de mujeres libres que disfruten su etapa de gestación con ayuda del estado para garantizar que los niños/as prontos a nacer vengan a ser cuidados, a recibir una educación de calidad, que puedan acceder a las tres comidas como mínimo, que tengan acceso a controles médicos y no sufran de violencia familiar ni patriarcal.

Proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral

Los vínculos tempranos de los niños y niñas con su madre durante sus primeros años son primordiales para su desarrollo social y psicológico en la sociedad como lo demuestra un estudio de René Spitz sobre 2 grupos de niños, unos fueron criados en orfanatos con niñeras y el otro eran los niños de mujeres privadas de la libertad que tenían la facilidad de ser criados por ellas. A lo que llegó este investigador es que el grupo donde las niñeras fueron las que guiaron el proceso de crianza durante esos 3 años tenía un rendimiento motor menor, conductas de retraimiento y poca curiosidad, esto debido a que la madre es la figura que provee de afecto al bebé, le traduce las necesidades, las satisface y se convierte para el infante la representante y guía de su mundo, como lo explica Winnicott "el vínculo temprano consistió en señalar que el niño no necesita al cuidador sólo para que satisfaga sus necesidades de alimentación, limpieza, higiene y cuidado físico, sino también para que lo sostenga en su mente, para atender su necesidad de ser pensado, atendido, de estar en el pensamiento de otro" Un vínculo constante, al menos durante los primeros 3 años de vida del infante es muy importante ya que este le permitirá al niño satisfacer sus necesidades de dependencia y afirmación hacia el exterior, además este vínculo tiene un origen casi instintivo o motivacional, como el hambre o la sed, esos vínculos pueden ser guiados por los sentidos del bebé, el acto de ser la madre la que lo cambie, lo bañe, lo alimente, le hable, es la forma de generar un vínculo para el crecimiento del niño, es muy importante que la figura materna sea la que lleve ese proceso de los vínculos y la generación de un apego saludable del bebé, ya que este definirá como estos entablan

relaciones ya sean de trabajo, emocionales o amistosas. Pero también es importante mirar las condiciones de la madre para poder generar ese vínculo sano.

Durante el 2020 en Colombia los departamentos de La Guajira (43,3%), seguida de Córdoba (37,9%), Sucre (36,5%) y Magdalena (35,8%). Por el contrario, los menores niveles de asistencia a ese tipo de establecimientos se presentaron en Vichada (2,1%), Casanare (5,0%), Guainía (5,6%) y Guaviare (5,6%) fueron los que mayor porcentaje obtuvieron en el caso de niños y niñas menos de 5 años que permanecen el mayor tiempo del día un hogar comunitario, jardines o colegios infantiles.

Durante los primeros años de vida de un niño/a es fundamental establecer un vínculo eficaz entre el sector médico y su familia, los controles y la vacunación son factores que determinan el crecimiento sano de ellos. Las vacunas constituyen uno de los avances más importantes a nivel mundial, año tras año estas han evitado el flagelo de enfermedades como el sarampión y la viruela pero pese a todos esos beneficios la inmunización sigue siendo baja cada año, según UNICEF (S.F)

Cada año hay unos 20 millones de niños que no reciben las vacunas fundamentales. Los niños más pobres y marginados, que suelen ser los que más necesitan las vacunas, siguen siendo los que menos probabilidades tienen de recibirlas. Muchos de estos niños viven en países afectados por conflictos, en barrios urbanos marginales o en zonas remotas a las que es difícil acceder.

Alrededor de la vida del infante se recomienda al menos 10 controles desde su nacimiento hasta el primer año para mantener regulado el crecimiento de ellos/as tan solo desde los 0 meses hasta los 5 años son aproximadamente 21 vacunas ("Control del niño sano" S.F), los cuidados y atención que exige un bebé en sus primeros años deben ser atendidos por su mamá o personas que están dispuestas a entregarle su tiempo completo, ya que existen muchos riesgos por su corta edad, el bebé pasa por el proceso donde se le cae el cordón umbilical, aprende a sentarse y caminar, explora los alimentos y deja la leche materna por ello es importante que la madre esté informada de los posibles signos de alarma y tenga un protocolo que la acompañe para acceder a los sectores de salud. Se recomienda la construcción de hogares seguros para que no afecten la salud del bebé acceso a agua potable, ambientes

contaminados como lugares con humo del cigarrillo, personas enfermas y juguetes o objetos que los puedan lesionar.

En Colombia Según el DANE (2020) el 93,2 % de la población se encuentra afiliada al Sistema General Social en Salud, en donde el 45,4% están afiliados por régimen contributivo y el 54,4% a través de régimen subsidiado, pero al mirar la encuesta a nivel departamental, los que tienen menor acceso al SGSSS son Vichada, Chocó, Guainía y Arauca, esos siendo al mismo tiempo los que mayor incremento de nacimientos tuvieron entre 2015 y 2021 por porcentajes Guainía (104,0%), Vichada (70,0%), La Guajira (57,9%) y Guaviare (17,8%). Demostrando que los lugares rurales de Colombia son los que mayores nacimientos de niños presencia y tienen menor acceso a los sistemas de salud, imposibilitando un crecimiento saludable para los bebés.

Prevenir la violencia.

La maternidad es un proceso que no tiene descanso, se necesita una disposición completa, genera cambios drásticos en la vida de las mujeres, desde la etapa del embarazo ellas pasan por una serie de transformaciones a nivel hormonal, se empieza con el crecimiento de los senos, los mareos constantes, la presencia de sueño y fatiga, estiramiento de la piel, apareamiento de manchas, dolor de espalda, cambios de humor, y la aparición de la depresión prenatal. Una depresión preparto es generada por el miedo a la futura maternidad, la ansiedad del parto y las condiciones de vida de cada mujer, como por ejemplo la ausencia de su compañero sentimental o padre del bebé, la situación económica, entre otros, colocando en riesgo la salud del gestante, como lo explica un estudio de British Medical Journal citado por el parto es nuestro (S.F) "las mujeres con depresión persistente durante el embarazo eran un 50% más propensas a tener hijos con determinados problemas, y a dar a luz bebés prematuros." Esto no solo perjudicando la vida del bebé sino la salud emocional de la mujer al verse enfrentada con el proceso de ser madre y al mismo tiempo pensar en su salud mental para que esto no

<p>llegue a perjudicar la crianza a futuro. Pero no es lo único que enfrenta la mujer, después del parto se vienen dos escenarios muy comunes, la depresión post parto y la violencia obstétrica.</p> <p>La depresión post parto es aquella que se da después del nacimiento del bebé, ya sea por parto natural o cesárea, y afecta el estado de ánimo, llanto constante, aislamiento de familiares y el bebé, pérdida de energía, ansiedad y ataques de pánico "La sufren al menos una de cada 10 madres en países industrializados, el doble en países en desarrollo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)" citado por Jan (2019) la recuperación de esta depresión es con mucha terapia y ayuda de los familiares, en casos de mujeres que se les forzó a ser madres o niñas que se vieron obligadas a seguir con un embarazo no deseado la depresión puede ser más dura y difícil de tratar, ya que al ver el bebé y estar en ese rol que no deseaban es una constantes desbalances emociona.</p> <p>La violencia obstétrica se puede entender como una categoría que abarca las distintas formas de expresión de control y opresión sobre los cuerpos de las mujeres y niñas embarazadas, la mayoría de los países latinoamericanos no toman esto como una violencia de género. En Venezuela la ley orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres de una Vida Libre de Violencia en el artículo 15, numeral 13 establece las sanciones a las instituciones y personal de salud que imposibilite el accionar de estas prácticas,</p> <p>1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización de un parto vertical; 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; 5) Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2007).</p> <p>En México desde el 30 de abril de 2014 realiza campañas para la erradicación, en Argentina la ley de Protección Integral de las Mujeres, Ley 26485 artículo 6 donde sanciona todo tipo de</p>	<p>agresión ejercida por parte de las entidades y personal de salud hacia las mujeres embarazadas y gestantes y en Colombia en el 2009 se presentó un proyecto de ley número 127 el cual tenía como objetivo proteger la maternidad y el trato digno, pero esta no llegó a la aprobación, en 2017 el proyecto de ley 147 en cual tenía como objeto establecer medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica mediante el establecimiento de garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>La violencia obstétrica se puede clasificar en varias categorías entre esas están: la violencia simbólica, psicológica, institucional y física.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violencia simbólica: Esta violencia es ejercida por las relaciones de poder entre el dominado y el dominante, como lo explica Fernández "la violencia simbólica, una aparente "contradicción in terminis" es, al contrario de la violencia física, una violencia que se ejerce sin coacción física a través de las diferentes formas simbólicas que configuran las mentes y dan sentido a la acción"(2005) esto quiere decir que el agente dominado (en este caso la madre embarazada o gestante) no es consciente de su estado de sumisión hacia los agentes dominantes (el hospital y personal médico) porque socialmente se ha establecido el ideal que el sector de salud tiene como objetivo salvar y proteger la vida de las personas, esto generando que los doctores, enfermeras y demás sean considerados como personas con un intelecto muy amplio, situándose muy alto jerárquicamente, lo que quiere decir que ellos son los expertos y se debe acatar sus órdenes. Es como si las mujeres normalizaran las situaciones en donde el personal médico las hacía sentir inferiores con sus comentarios, entre estos pueden estar los "quien fue el que estudio" "eso no duele tanto, exageradas" - Violencia institucional-física: Abarca toda intervención forzada por parte del personal de salud que se efectúa en contra de las mujeres durante su periodo de embarazo, como lo define Bruyn "negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a aflicciones psicológicas y daños físicos, negación de medicamentos, atención o manejo del dolor como 'castigo' y tarifas excesivas por los servicios.
<p>En esta violencia institucional en el caso obstétrico se evidencia en el procedimientos no autorizados y de imposición por parte de los doctores sin el previo conocimiento de las mujeres gestantes, en casos más puntuales esta los tactos vaginales, como explica Tobas, Sanchez, Ledesma, Muñoz, Capo & Suarez en una entrevista</p> <p>Me realizaron muchos tactos el sábado y el domingo. Me sentía incómoda. A cada rato tactos del médico y un pasante. El médico sacaba la mano y luego hacía el tacto el pasante. - Y mire es así... -Vea así es... ¡aquí está! y ¡mire! - La verdad es muy incómodo." (Informante cultural 2).</p> <p>También se da en el momento del parto en varios hospitales se les prohíbe el acceso de un familiar y/o acompañante, lo que genera que la mujer depende netamente del personal de salud, esto ya genera una relación de conflicto porque la mujer está por vivir un proceso nuevo y riesgoso, no tiene apoyo de alguien cercano sumándole que la enfermera tenga un carga de varias mujeres en ese proceso de parto, donde la atención se deba dividir en todas lo que genera que ellas/los sean agresivos y groseras, se dice que tienden a decirles comentarios sobre "quién las mandó" "eso no duele tanto, exageradas" y minimizarlas en relación a esa sensación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violencia psicológica.: Esta es la más común en los procedimientos de parto, se define como el trato deshumanizado que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, se generan en las situación donde minimiza los sentires de las mujeres en los procesos del parto, se crean burlas, humillaciones y regaños por que ellas expresan dolor, molestia o incomodidad, se les hace sentir inferiores y las discriminan por diferentes factores. Las mujeres negras, migrantes e indígenas tienden a ser participes en este tipo de violencia, son discriminadas y tratadas de formas racistas y xenófobas, se ejerce una relación de poder entre los especialistas y las mujeres, porque ellos son quienes tienen el conocimiento, los medios, y los aparatos para poder ayudarle con su parto. Como lo explica Mateus (2021) en su investigación de maestría. <p>Pues, en el caso de mujeres indígenas, se dejan de lado aspectos culturales como el parto vertical (de rodillas o de cuclillas) y son obligadas a parir en posición de litotonia (horizontal). Por otro lado, en</p>	<p>muchas oportunidades no se respeta la decisión de no botar la placenta, que para ellas es importante, pues se debe enterrar en sus territorios como sinónimo de ser madres de la tierra. (p. 32).</p> <p>Por otro lado en Latinoamérica los casos de violencia familiar incrementaron por la coyuntura del COVID-19 según la organización mundial de la salud (OMS) citado por el sitio web Medicina y salud pública (2020) "Los Estados miembros informan de un aumento de hasta del 60% de las llamadas de emergencia de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja en abril de este año, en comparación con el año pasado". Esto incluyendo los casos de violencia durante el embarazo los cuales son un patión de coacción y control.</p> <p>Entre el 1% y el 70% las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente, en 2017 en Colombia los departamentos de Casanare, Guaviare, Vaupés y Quindío son los que más índice tiene en violencia a gestantes, según el DANE (2017) citado por el Ministerio de Salud (2018)</p> <p>El 37 % (n=9.413) de los casos de violencia en gestantes se presentó por violencia sexual; el 32,7 % (n=8.312) por negligencia y abandono; el 23,3 % (n=5.910) por violencia física, y el 7 % (n=1.775) por violencia psicológica.(P. 09)</p> <p>La agresión física basada en las cachetadas, empujones, puños y patadas es más constante en los casos de mujeres embarazadas, esto generando repercusiones en su salud física y mental, los casos de violencia que se dan durante el embarazo son probablemente por qué el agresor o progenitor del bebé no esté de acuerdo con ese embarazo o constantemente está en situaciones de fricción con la mujer, los golpes y abusos hacia las mujeres embarazadas pueden repercutir en aborto, malformación hasta el feminicidio.</p> <p>La continuidad de la violencia durante el embarazo pasa a la agresión familiar, en Colombia el 35,4% de las mujeres y el 29,2% de los hombres fueron testigos de violencia por parte de sus padres hacia su mamá, además que entre los 13 y 49 años las mujeres fueron castigadas por parte de su papá el 67,2% de las fueron castigadas con golpes como lo son patadas y puños, el</p>

44,4% con agresión verbal y el 10,4 con palmadas, lo que demuestra que en los caso donde la violencia hacia las mujeres gestantes se presente tiende a ser repetitiva con sus hijos/as.

Por esto la maternidad debe ser deseada y planeada, ninguna mujer o niña puede ser forzada a tener un hijo, como se mencionó las mujeres deben asumir cambios en su cuerpo, en su estado de ánimo, pueden tener depresiones, además si no tiene las condiciones económicas, para poder mantenerlo, o darle una calidad de vida, sumándole que sean mujeres que viven en la ruralidad, donde el acceso a la salud sea limitado y no tenga agua potable con tenga conflictos violentos con sus parejas.

Maternidades adolescentes.

El desarrollo sexual y deseo es un acto normal en los seres vivos, pero debe ser guiado y educativo para evitar los embarazos a temprana edad y enfermedades de transmisión sexual, durante largos años las campañas de educación sexual han sido sinónimo de abstinencia o tabú hacia el acto. La edad de adolescencia no tiene un tiempo exacto sin embargo se dice que va alrededor de los 12 hasta los 19 años, desde que los sujetos conforman su identidad personal y social van adquiriendo autonomía.

Los embarazos adolescentesha sido una problemática que ha afectado la mayoría de los países, especialmente a los latinoamericanos, según El Orden Mundial (2021)

Cerca de 21 millones de adolescentes (mujeres de entre 15 y 19 años) se quedan embarazadas y doce millones dan a luz cada año en los países en desarrollo. 777.000 en el caso de las menores de quince años. Sin embargo, al menos diez millones de embarazos son no intencionados, con los problemas que ello provoca: las complicaciones durante la gestación y el parto son la principal causa de muerte en las adolescentes en todo el mundo.

Las maternidades adolescentes dejan en evidencia la falta de derechos reproductivos que cuentan los países latino americanos De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013),

la maternidad en niñez se genera por las características individuales, el entorno familiar, escolar, comunitario y nacional, y se asocia con variables como el matrimonio infantil, la desigualdad de género, los obstáculos en la garantía de los derechos humanos, la pobreza, la violencia y abuso sexual, las políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos, la educación sexual adecuada respecto a la edad y la falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva.

Lo más frecuente es que en las familias donde hay adolescentes en embarazo estén en condiciones de pobreza, con una falta de oportunidades y poco acceso a la salud, lo que genera que estas mujeres abandonen sus estudios y se dedique a la crianza de ese infante, además que según a su edad y la capacidad de su cuerpo algunas pueden llegar a fallecer durante ese proceso.

Estos embarazos no solo traen problemas para la economía de estas familias, sino que tiene una carga psicológica alrededor de estas niñas, ya que deben asumir su rol de madre desde una temprana edad y cohibirse de actividades que van en contraste a su edad, ser madres adolescentes se caracteriza por el hecho de no tener en sus planes o metas tener un bebe, si que por x o y llegaron a esa etapa. La deserción estudiantil a nivel psicológico es uno de los actos que más afecta a estas niñas, ya sea por presión familiar o estudiantil Según se destaca por el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (2004)

el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo se explica porque les da vergüenza o porque existe presión familiar o escolar, esto reduce sus futuras posibilidades de lograr buenos empleos y de realización personal al no cursar carreras de su elección; también les será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Cuando las niñas deben desertar a la educación las vuelven en sujetos dependientes de su familia o pareja, ya que hacen parte de una población con pocas posibles de encontrar trabajo por estar en embarazo y ser menor de edad, además que a futuro en la formación de profesional se puede dificultar ya que no cuenta con los medios económicos para serlo, como ya se explicó en la parte anterior todo lo que contraer un embarazo, de los cambios hormonales, la importancia de la crianza respetuosa y evitar los espacio de violencias, las madres

adolescentes son un población que cae en muchas de estas problemáticas ya que no cuentan con la experiencia ni con las ganas de serlo.

Estos embarazos giran entorno a dos dinámicas la consensuada que es cuando por parte de la mujer y el hombre se llegan a el acuerdo de tene relaciones sexuales, y ya sea por falta de conocimiento, acceso a los medios de planificación se queda en embarazo y la violación, estos pueden ocurrir en distintos contextos, el agresor puede ser un familiar, persona que convive o cercana, extraños y demás y van desde tocar masturbar, penetrar entre otras, lo que caracteriza esta violación es el acto no es consensuado.

Los efectos de la violación además de generar daños psicológicos y físicos, es que pueden terminar en embarazo, en 2018 Colombia 9.545 menores de 18 años que fueron víctimas de violencia sexual y resultaron en embarazo como producto de esa violación. De ese total, el 60 por ciento (unas 5.713 niñas) tenían entre 10 y 13 años. El Tiempo (2019) Un embarazo forzado traer muchas repercusiones a la vida de las niñas, como se explico en los embarazos consensuados, pero en los casos de violación obligar a que una niña deba continuar con el embrazado es una violación triple a sus derechos, se le vulnera su integridad sexual, coerción al llevarla a un embrazo forzado y obligarla a ser madre.

Es por ello por lo que con ayuda de los movimientos feministas y otras agrupaciones de mujeres se han dado las luchas recientes por la legalización del aborto, que sea libre y seguro. En Colombia antes de la sentencia C-055 de 2022 el derecho para abortar solo aplicaba para tres causales 1. Cuando exista peligro para la salud física o mental de la mujer, 2. Cuando exista grave malformación del feto que habla inviabile su vida Y 3. En caso de acceso carnal violento, transferencia de un ovulo fecundado o inseminaciór no consensuada, Pero estas causales eran patriarcales y excluyentes, ya que había una cierta autoridad y predominio por el cuerpo de las mujeres, además que con estas casuales no se evitar que el aborto clandestino pasara, según un articulo de Casas (2022) "La Fiscalía General de la Nación determinó que cerca del 34 % de las mujeres y niñas que fueron investigadas penalmente por abortos entre 1998 y 2019 se desempeñaban como trabajadoras del hogar." Además de ser supremamente clasista las

mujeres que podían acceder al aborto según las tres causales eran las de clases privilegiada, ya que el acceso a la salud es extremadamente limitado, como ya se explico anteriormente. Colombia ha sido un país en el cual se demora mucho para garantizar los derechos a las mujeres políticamente, en el 2020 Argentina legalizó hasta la semana 14 y en México hasta la semana 12 sin importar la causante.

Fue hasta 2022 gracias los movimientos de la Causa Justa y organizaciones activistas lograron eliminar el delito en el código penal, ahora es legal hasta la semana 24 de embarazo, esto no solo garantiza el derecho a las mujeres de decidir sobre sus cuerpos, si no que no existan más maternidades frazadas y violentas, pero aún existe una brecha de desigualdad muy amplia ya que el acceso a la salud e limitado.

Argentina.

El 30 de diciembre de 2020 el Senado Argentino oficializó la nueva ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia conocida como "ley de los 1000 días", fue firmada por el presidente Alberto fernandez; el jefe del gabinete, Santiago cañero, y los/as ministros/as Caria Vizzotti (Min de salud), Elizabeth Gomez (Min Mujeres, Género y Diversidad), Claudia Moroni (Min Trabajo) y Eduardo de Pedro (Min interior)/bajo el decreto (27611/2020).

Esta ley tiene como objetivo, Boletín Oficial de la república Argentina fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.(2022)

Además fortalecer el cumplimiento de los derechos humanos del niño/a hasta los tres años, acceso a la seguridad social, acompañamiento para que las familias puedan asumir sus responsabilidades del cuidado integral, un pago mensual al equivalente de 13.623 extra

argentinos, que aplica desde el embarazo hasta los 3 años, también cubre a los casos de adopción, y la entrega de insumos como vacunas, leche, alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y niñez, para poder aplicar a este proyecto se debe:

1. Tener un embarazo de 12 semanas o más
2. Ser argentina o naturalizada y tener DNI
3. Residir al menos 3 años en Argentina, en caso de ser extranjera
4. Estar inscrita en el programa SUAR y no tener obra social (Solos para desocupadas o trabajadoras informales)

Por otro lado los índices de desnutrición antes de que esa ley fuera implementada según el Instituto de Investigación social, económica y política ciudadana "en el 2019, según el IMC/EDAD, presentaban malnutrición el 40.4% de los jóvenes y en esta oportunidad fue de 46,4 %; lo que implica un aumento de 6 puntos porcentuales. Resultados IBSN" esto debido a la insuficiencia del sistema para garantizar la protección alimentaria, y tener un control a los infantes, y después de la implementación de la Ley no se conocen las cifras exactas, ya que por la pandemia mundial del Covid-19 las cifras se puede verse alteradas, por la economía que pasaron todos los países, "el Ministro de Salud salteño admitió que se registraron muertes por desnutrición y deshidratación pero no dio cifras" ViasPais (2022).

La implementación de la ley es una estrategia efectiva para erradicar la desnutrición, ayudar a la crianza sana y al desarrollo afectivo y motriz de los niños guiados por sus propias madres, además que ayuda a que la pobreza disminuya, que las enfermedades se incrementen.

Bolivia.

El ministerio de justicia y transparencia institucional, Ivan lima Magne presentó el lunes 12 de abril la agenda prioritaria de cinco pautas, la cual tendrá como objetivo la prevención, protección, atención y restitución de los derechos de niños y niñas, los cinco puntos son :

El primer punto tiene relación al fortalecimiento del Sistema Plurinacional de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente (SIPPROINA) a través de una reingeniería de dicho sistema, el establecimiento de una agenda subnacional y la reforma de la Justicia, con relación a la jurisdicción de la niñez y adolescencia. El segundo punto se refiere a la protección y desarrollo integral de niñas

contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna".

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

"Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor de congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."

La anterior descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exige al Congresista de identificar causales adicionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial de la República Argentina (2022) LEY NACIONAL DE ATENCIÓN Y CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239809/20210115>
- Caribe, (2017) 7 % de deserción escolar se da por embarazos. Opinión Caribe. Recuperado de <https://www.opinioncaribe.com/2017/09/14/7-desercion-escolar-se-da-embarazos/>

y niños de la primera infancia. El tercer punto está relacionado a la prevención, atención y restitución de los derechos de NNA víctimas de violencia sexual y violencia en entornos digitales. El cuarto punto tiene relación a la implementación de la Ley 1168 de Abreviación Procesal para Garantizar la Restitución del Derecho Humano a la Familia de las Niñas, Niños y Adolescentes. El quinto punto es conciente a la protección integral de NNA testigos de violencia de género y feminicidio, quienes también resultan siendo víctimas directas de estos flagelos, por lo que se buscará que cuenten con una categoría de protección. Ministerio de Justicia (S. F)

En Bolivia la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años es uno de los problemas que más afecta el país y en los lugares más retirados de la capital es donde estos índices se disparan, con ayuda del Fondo ODS se implementó un programa conjunto en la seguridad alimentaria en cuatro municipios. Este programa de acción es viable gracias a la implantación de la ley de protección y cuidado a la infancia y adolescencia, al igual de la creación del canal de los 1000 días destinado a padre, madres niños y niñas con el de instruir a las familias a las crianzas sanas, la importancia de las vacunas y controles y la buena alimentación.

CONFLICTO DE INTERESES

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se considera que de la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley Estatutaria no genera un posible conflicto de interés en consideración al interés particular, actual y directo de los congresistas, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, por cuanto se tratan de disposiciones de carácter general que modifican la ley del código civil colombiano.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado:

"No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que por se le alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador, particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos

- Casas, X (2022) Decisión histórica sobre derechos de aborto en Colombia. Human Rights Watch. Recuperado de <https://www.hrw.org/es/news/2022/02/24/decision-historica-sobre-derechos-de-aborto-en-colombia>.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (CEDAW) (2004). Informe de la República de Cuba. Federación de Mujeres Cubanas.
- DANE (2020) Encuestas de calidad de vida (ECV). recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2020/Boletin_Tecnico_ECV_2020.pdf.
- DANE (2021) Estadísticas Vitales (EEVV):Defunciones fetales y no fetales. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_11trim_2021pr.pdf.
- DANE (2022) Boletín de pobreza Monetaria en la niñez y adolescencia en Colombia. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/lineas-de-tiempo/pobreza-monetaria-ninez-adolescencia-en-colombia/index.html>
- DANE (2022) Estadísticas Vitales (EEVV). Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticas_vitales_nacimientos_11trim_2021pr.pdf
- El parto es nuestro (S.F) Depresión preparto. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/depresion-preparto>
- El Tiempo (2019) 5.713 niñas entre 10 y 13 años quedaron en embarazo por violación. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/justicia/delitos/registro-de-ninas-embarazadas-por-una-violacion-segun-medicina-legal-foreris-2018-380594>
- Fernández JM (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. Cuadernos de Trabajo Social; 18: 7-31.
- Instituto de Investigación social, económica y política ciudadana (2021) RECIBIÓ LA MALNUTRICIÓN EN ARGENTINA. recuperado de <https://sepci.org.ar/crecio-la-malnutricion-en-argentina/#:~:text=En%20el%20año%202019%20%2C,Seg%C3%BAn%20el,Resultados%20IBSN>.

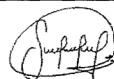
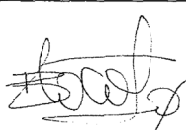
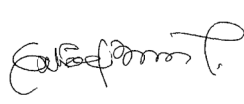

- Jean, C (2019) El doble de la depresión postparto. El país recuperado de https://elpais.com/sociedad/2019/04/05/actualidad/1554484046_542748.html#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20posparto%20es%20la,el%20porcentaje%20hasta%20el%2035%25.
- Jojoa-Tobar, Elisa, Cuchumbe-Sánchez, Yuler Dario, Ledesma-Rengifo, Jennifer Briyith, Muñoz-Mosquera, María Cristina, Campo, Adriana María Paja, Suarez-Bravo, Juan Pablo. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 51(2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Mateus, L (2021) Poder Parir, un especial sobre violencia obstétrica y parto humanizado. PROYECTO TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA DE PERIODISMO CIENTÍFICO. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de https://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55269/Documento%20final%20maestr%C3%ADa_Juliana%20Mateus.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud (2018) INFORME QUINCENAL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL. recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%207.pdf>
- Ministerio de Salud (S. F) La Justicia declara prioridad nacional a la primera infancia. recuperado de <https://www.justicia.gob.bo/portal/noticia.php?new=ooCq#:~:text=%E2%80%9C%20nuestra%20campa%C3%B1a%20nacional%20C2%B4Primera%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20m%C3%A1s%20peque%C3%B1os>.
- Ministerio de Salud (S, F) La importancia de la leche materna. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/ImportanciaLactanciaMaterna.aspx>
- Medline Plus (S.F) Control del niño sano. recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001928.htm>
- Medicina y salud pública (2020) Aumento violencia intrafamiliar en los países de América Latina durante la cuarentena. Recuperado de <https://mediciraysaludpublica.com/noticias/salud-publica/aumenta-violencia-intrafamiliar-en-los-paises-de-america-latina-durante-la-cuarentena/6548>

- Merino, A (2021) Madres Adolescentes. El Orden Mundial. [https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/maternidad-adolescente-mundo#:~:ext=Cerca%20de%2021%20millones%20de%20adolescentes%20\(mujeres%20e%20entre%2015,las%20menores%20de%20quince%20a%C3%B1os](https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/maternidad-adolescente-mundo#:~:ext=Cerca%20de%2021%20millones%20de%20adolescentes%20(mujeres%20e%20entre%2015,las%20menores%20de%20quince%20a%C3%B1os).
- Nemaes Cognitive (S.F) Crianza de Cero de tres años. Recuperado de <https://nemaes.com/crianza-cero-tres-a%C3%B1os#:~:text=La%20crianza%20de%20los%20cero,sus%20padres%20y%20el%20apego>.
- Solis, M (2019) La importancia del vinculo materno en el desarrollo de la primera infancia. Universidad de San Buenaventura Colombia, para el título de Licenciatura en Educación para la Primera Infancia. Recuperado de http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/6763/1/Vinculo_materno_infancia_Solis_2018.pdf
- Organización internacional del trabajo (S.F) Maternidad y Trabajo. recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dareports/---gender/documents/briefingnote/wcms_438275.pdf
- ViasPais (2022) El Gobierno de Salta confirmó muertes por desnutrición durante los primeros días del 2022. recuperado de <https://viapais.com.ar/salta/el-gobierno-de-salta-confirio-muertes-por-desnutricion-durante-los-primeros-dias-del-2022/>
- Venezuela. Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. (2007) Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. recuperado de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20281%29_0.pdf
- Wisbaum, W (2011) La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Editorial UNICEF. <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

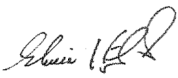


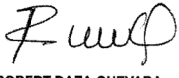
• Winnicott D. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del niño. En: Winnicott D. El Proceso de maduración en el niño. España: Laia

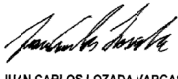

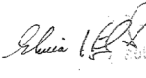
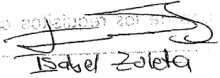
De las Honorables Congresistas,


MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ
 Senadora de la República

 SANDRA YANETH JAIMES CRUZ Senadora de la República	 ETNA TÁMARA ARGOTE CALDERÓN Rep.Cámara por Bogotá Pacto Histórico PDA
 GABRIEL BECERRA YAÑEZ Representante a la Cámara	 David Alejandro Toro Ramírez Representante a la cámara por el departamento de Antioquia

 MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS Representante a la Cámara por Bogotá Pacto Histórico  PEDRO JOSÉ SUÁREZ VACCA Representante a la Cámara por el Departamento de Boyacá	 SANTIAGO OSCRÍO MARIN Representante a la Cámara Coalición Alianza Verde - Pacto Histórico  LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA Representante a la Cámara por Cundinamarca
 JORGE ANDRÉS CANCEMANCE LÓPEZ Representante a la Cámara por el Departamento de Putumayo Pacto Histórico	 ANDREA PADILLA VILLARRAGA Senadora de la República Partido Alianza Verde

 GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico	 MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Mais
 AIDA MARINA QUILCUÉ VIVAS Senadora de la República Movimiento Alternativo Indígena y Social - MAIS.	 ROBERT DAZA GUEVARA Senador de la República Coalición Pacto Histórico - PDA

 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO LIBERAL Mg del Mar Pizarro Representante Bogotá Colombia Humana	 MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ Senadora de la República Pacto Histórico - Mais
 GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senadora de la República Pacto Histórico	 Isabel Zuleta Senadora Pacto Histórico

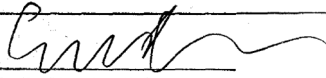
Leyle Marleny Rincon Rey 116
Representante Cámara Huila
Pacto Histórico

Johnairo Gomez
Ma. curri de paz

SECRETARÍA GENERAL (Art. 139 y ss Ley 1 de 1959)

El día 08 del mes Agosto del año 2022

se radicó en este despacho el proyecto de Ley /
 N° 110 Acto Legislativo N° _____, con los requisitos
 y cada uno de los requisitos constitucionales y legales
 por: _____


 SECRETARIO GENERAL

SECCIÓN DE LEYES

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 08 de Agosto de 2022

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.110/22 Senado "POR LA CUAL SE FORTALECE LA ATENCION Y EL CUIDAD DURANTE EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores MARIA JOSE PIZARRO RODRIGUEZ, SANDRA YANETH JAIMES CRUZ, CLARA EUGENIA LPEZ OBREGON, CESAR AUGUSTO PACHO ACHURY, ANDREA PADILLA VILLARRAGA, JAHEL QUIROGA CARRILLO, GLORIA INES FLOREZ SCHNEIDER, MARTHA ISABEL PERALTA, AIDAMARINA QUILCUE VIVAS, ROBERT DAZA GUEVARA, ISABEL CRISTINA ZULETA; y los Honorables Representantes GABRIEL BECERRA YANEZ, MARIA FERNANDA CARRASACL ROJAS, ETNA TAMARA ARGOTE CALDERON, MARIA DEL MAR PIZARRO, SANTIAGO OSORIO MARIN, DAVID ALEJANDRO TORO RAMIREZ, PEDRO JOSE SUAREZ VACCA, LEIDER ALEXANDER VASQUEZ OCHOA, JORGE ANDRES CANCEMANCE LOPEZ, JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, LEYLA M RINCON, JOHN JAIRO GONZALEZ, EDUARD SARMIENTO HIDALGO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
 Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 08 DE 2022

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

C O N T E N I D O

Gaceta número 912 - jueves 11 de agosto de 2022

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA

	Págs.
Proyecto de Ley Estatutaria número 112 de 2022 Senado, por medio del cual se regulan los derechos sexuales y reproductivos y se dictan otras disposiciones.	1

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 110 de 2022 Senado, por la cual se fortalece la atención y el cuidado durante el embarazo y la primera infancia y se dictan otras disposiciones.	18
--	----