4. Decomiso de bienes.

Parágrafo 1°. En caso de que se presuma que las acciones u omisiones puedan configurar una conducta delictiva, se denunciará además ante el órgano competente. Las autoridades controlarán el debido cumplimiento de las especificaciones de la presente ley.

Parágrafo 2°. Cualquier infracción a la presente ley, a sus reglamentaciones y a las disposiciones que de ella se deriven, será sancionada de acuerdo con lo que establezcan las disposiciones legales correspondientes, debiendo los organismos actuantes, comunicarse y coordinar las acciones, sin perjuicio de sus competencias específicas.

Artículo 22. ***Procedimiento sancionatorio.*** Las sanciones antes descritas se interpondrán al tenor del procedimiento sancionatorio ambiental en los términos de la Ley 1333 de 2009, y las demás normas que lo regulen, modifiquen o adicionen.

Artículo 23 Transitorio. Establézcase como período de transición, el plazo de un año a partir de la publicación de la presente ley, para efectos de que todas las personas físicas o jurídicas puedan adecuarse a los mandatos aquí establecidos.

Artículo 24. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga de manera expresa todas las disposiciones que le sean contrarias.

A vuestra consideración,

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (02) días del mes de octubre del año dos mil dieciocho (2018).

En la presente fecha se autoriza **la publicación, en la *Gaceta del Congreso* de la República,** del siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate.

Número del Proyecto de ley: número 102 de 2018 Senado.

Título del proyecto: *por medio de la cual se establecen disposiciones para garantizar el derecho de las personas a desarrollarse física e intelectualmente en un ambiente libre de plomo, se fijan límites para el contenido de plomo en productos comercializados en el país y se dictan otras disposiciones.*

Lo anterior, en cumplimento de lo ordenado en el inciso 5 del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2017 SENADO

por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica].

Bogotá, D. C., septiembre de 2018

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: **Informe de ponencia para segundo debate del Proyecto de ley número 147 de 2017,** *por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.* [Contra la violencia obstétrica].

Señor Secretario:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y respondiendo a la designación hecha por la Mesa Directiva como ponente coordinadora de esta iniciativa, rindo informe de ponencia para segundo debate del Proyecto de ley número 147 de 2017, *por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. [Contra la violencia obstétrica]"*.

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes.
2. Objeto y Justificación del proyecto.
3. Fundamentos constitucionales y legales.
4. Contenido de la iniciativa
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición.

1. ANTECEDENTES

El proyecto de ley objeto de estudio es de iniciativa parlamentaria. Radicado por la honorable Senadora Nadia Blel Scaff, publicado

en ***Gaceta del Congreso*** número 949 de fecha 20 de octubre de 2017.

En continuidad del trámite legislativo, el Proyecto de ley número 147 de 2017 Senado, fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente, siendo designada como ponente coordinadora para primer debate la honorable Senadora Nadia Blel Scaff.

Presentada ponencia positiva, se aprobó en esta célula legislativa con votación pública y nominal, con once (11) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, ninguna aclaración de voto, sobre un total de once (11) Honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación.

2. OBJETO DE LA INICIATIVA

La presente ley tiene como objeto identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la eliminación de todas las formas de violencia de género como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio.

2.1 Justificación del proyecto

El programa de trabajo del Human Reproduction Programme de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el pasado 23 de septiembre de 2014, abrió las puertas al debate a una modalidad de violencia de género, invisible, pero calante en la sociedad actual, la llamada, violencia obstétrica.

La declaración denuncia el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto, promoviendo la investigación, la implantación de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes, incluidas las mujeres, que deben denunciar las malas praxis.

De acuerdo con la OMS, en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

Pese al llamado de estos organismos internacionales en la necesidad del planteamiento de políticas de prevención y control de dichas conductas, el ordenamiento jurídico colombiano no concibe este tipo de violencia como conducta sancionable, circunstancia que ha imposibilitado el direccionamiento de políticas de intervención pública frente a los casos evidenciados.

La violencia obstétrica entendida como forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, se configura en las conductas de acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio.

Esta forma de violencia contra la mujer ha sido invisibilidad por factores sociales de aceptación como conductas propias de las relaciones de subordinación en la relación médico o personal de salud tratante-paciente; sin embargo, el llamado de la comunidad internacional ha alertado frente a la necesidad de intervención y prevención de este tipo de conductas.

Según OMS, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios.

Dentro de estos informes, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

En consecuencia, se hace un llamado a garantizar un servicio de salud basado en el trato digno y humanizado de los procesos de atención del parto, la OMS reafirma que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Para alcanzar este estado ideal se realiza una serie de recomendaciones dentro de las cuales se destacan:

- Mayor respaldo de los Estados miembros, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Ahora bien, en Colombia pese a los debates orientados por investigadores del área de la salud, fundaciones en pro de la defensa de los derechos de las mujeres y las alertas de la comunidad internacional, no se ha efectuado un esquema de protección, prevención y sanción de aquellas conductas que configuran violencia obstétrica.

La iniciativa propuesta fundamentada en la necesidad de eliminación de todas las formas de violencia en contra de la mujer, procura el reconocimiento de la violencia obstétrica en el ordenamiento jurídico como una manifestación de violación de derechos que amerita ser sancionada y sobre las cuales se deben establecer medidas de prevención por parte de las autoridades.

El reconocimiento de esta forma de violencia contra la mujer amplía el ámbito de protección de los derechos fundamentales y de género dentro del ordenamiento jurídico; como también disminuye afectaciones en el ámbito de la salud reproductiva, en especial en la reducción de muertes maternas y neonatales, pues en Colombia en su gran mayoría se deben a causas de fácil manejo preventivo mediante cuidados básicos prenatales y una oportuna atención a la hora del parto, los cuales se conocen y están disponibles desde hace más de treinta años y con cuya aplicación es posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos[1].

- **VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA**

Al no reconocerse la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer, no existen datos precisos frente a la población víctima y grados de afectación; sin embargo, son conductas frecuentes que se han venido denunciando insipientemente por el desconocimiento de la transcendencia y ámbito de protección.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra en curso una encuesta poblacional exploratoria de la percepción de las mujeres colombianas frente a la violencia durante la atención del proceso reproductivo. Este es un estudio, cuyo objeto es explorar las percepciones e imaginarios de las mujeres colombianas respecto a la atención humanizada del parto y las formas de violencia contra la mujer en la atención del proceso reproductivo.

Por otra parte, la Secretaría Distrital para la Mujer, de la Alcaldía Mayor de Bogotá, ha conocido casos de médicos que, cuando las mujeres soportan los mayores dolores antes de dar a luz y principalmente si son menores de edad, les dicen que deben aguantarlos como castigo por haber sostenido relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, algunas instituciones prestadoras de servicios de salud han dado pequeños pasos en la consolidación de políticas de trato humanizado en el parto, tales como: las salas TPR (Trabajo de Parto y Recuperación) que les permiten a las mujeres dar a luz lejos de las intervenciones quirúrgicas, el acompañamiento de doulas (que dan apoyo emocional durante el parto) y algunos hospitales se han aliado con las parteras y han eliminado la mortalidad materno infantil en los últimos dos años[2]. Estos hechos son destacados, pero ameritan ser replicados en las diferentes instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud.

- **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Pese a que el Ministerio de Salud no ha incorporado el término de violencia obstétrica dentro de los lineamientos de atención en los procesos de embarazo, parto y puerperio, ha desarrollado una serie de criterios de humanización y trato digno como forma de prevenir este tipo de conductas. En 2016, el MSPS adoptó la resolución 429 sobre Política de Atención Integral en Salud (PAIS) dirigida a la generación de las mejores condiciones de salud de la población. En su artículo 5, establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

En el marco del MIAS, el MSPS adoptó entre otras las siguientes Rutas Integrales de Atención en Salud:

- Toda mujer tiene derecho a adoptar la posición que ella desee durante el trabajo de parto.
- Toda mujer tiene derecho a que se le ofrezcan medios eficaces de control del dolor incluida la anestesia epidural cuando se disponga de ella.
- Se definen prácticas no recomendadas como la Maniobra de Kristeller, el rasurado y los enemas.
- Se restringe la práctica de tactos vaginales en la mujer con dinámica uterina normal.
- Permitir el contacto piel a piel con él o la recién nacido antes de las actividades de adaptación neonatal.
- La promoción de la lactancia materna.

Además, en el año 2017 se emitió la circular, dirigida a las Direcciones de Salud de orden Departamental, Distrital y Municipal, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios IP, donde se reconoce que las mujeres en estado de embarazo son sujetos de protección especial e imparte las instrucciones tendientes a que se fortalezcan las acciones que garanticen una adecuada práctica y atención gineco- obstétrica preferencial a las mujeres en estado de gestación, conforme con las rutas de atención integral.

La circular reitera, entre otras, las siguientes obligaciones:

[1] https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf

[2] http://cromos.elespectador.com/estilo-de-vida/la-violencia-invisible-que-hay-detras-del-parto-24960

- Garantizar la prestación del procedimiento de interrupción voluntaria del Embarazo (IVE), en el marco de las tres causales previstas por la Corte Constitucional en la Sentencia C-335 de 2006, en ámbito de su jurisdicción para la población a su cargo.
- Desarrollar e implementar estrategias y acciones para promover una atención preferencial a las mujeres en estado de gestación y evitar cualquier trato desobligante o lesivo en su contra al momento del parto, en los términos señalados por la OMS en documento ***"prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud"***
- Desarrollar e implementar estrategias y acciones para promover una atención preferencial a las mujeres en estado de gestación y evitar cualquier trato desobligante o lesivo en su contra al momento del parto.

En el primer semestre de 2018 se llevó a cabo, bajo la coordinación de la Oficina de Calidad del MSPS la prueba piloto "Humanización de la Atención Materna y Perinatal", como parte de la metodología de trabajo se identificaron prácticas "humanizantes y deshumanizantes" en el conjunto de atención materna y perinatal y se analizaron las causas o determinantes de las mismas, con el objeto de entender la profundidad de la problemática y promover prácticas humanizantes en dicho contexto.

Desde la expedición de la Constitución Política de 1991, vale la pena destacar algunos de los pronunciamientos del Consejo de Estado sobre el particular[3].

Del estudio "Mortalidad materna: Otra cara de la violencia contra las mujeres", realizado por la Comisión Nacional de Género de la Rama Judicial de Colombia (CNGRJ), se logra extraer los apartes de algunos casos relacionados con violencia obstétrica y mortalidad materna en los cuales, dada la negligencia médica o falla en el servicio, se declara la responsabilidad del Estado colombiano:

1. La primera providencia a reseñar es aquella del 24 de agosto de 1992, exp. 6754, M.P. Carlos Betancur Jaramillo, en donde la Sección Tercera del Consejo de Estado juzgó la responsabilidad del Instituto de Seguros Sociales (ISS), por los hechos ocurridos el 5 de marzo de 1985, donde a una paciente en estado de embarazo que fue atendida en la sede Las Palmas del ISS en Barranquilla, se le practicó cesárea programada y, frente a una posible complicación, se decidió realizarle una histerectomía y se produjo su fallecimiento, como consecuencia de la perforación de una arteria que desencadenó un paro cardiorrespiratorio, insuficiencia renal y anemia aguda.
2. El segundo pronunciamiento del Consejo de Estado, que vale la pena resaltar en relación con la responsabilidad gineco-obstétrica, se produce el 18 de abril de 1994, expediente 7973, M.P. Julio César Uribe Acosta, oportunidad en la que se revocó la providencia apelada y, en su lugar, se denegaron las pretensiones formuladas en la demanda, dirigidas estas a que se indemnizaran los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la muerte del neonato de una paciente, quien había ingresado a la Clínica del ISS de Pereira el 24 de octubre de 1989, a las 4:00 a. m. y se le diagnosticó desprendimiento de placenta (abruptio placentae). A la 1:10 p. m. del 25 de octubre, el médico tratante ordenó el traslado de la gestante al Hospital San Jorge, toda vez que el ISS carecía, por efectos de remodelación en sus instalaciones, de una sala de cirugía "supuestamente" apropiada. A la 1:45 se inicia el procedimiento y es extraída la criatura, esta solo alcanzó a vivir 2 minutos.
3. En 1995, en sentencia de 3 de febrero de 1995, exp. 9142, M.P. Carlos Betancur Jaramillo, se condenó extracontractualmente a la Caja Nacional de Previsión, al haber practicado a una paciente una cesárea y dejar mal realizada la sutura del acto quirúrgico, lo que desencadenó una peritonitis y sepsis generalizada derivada de la perforación de la matriz y el útero. En consecuencia, en la Clínica Marly, fue atendida ordenándosele realizar una histerectomía para detener el proceso infeccioso, hubo necesidad de resecar el epiplón y extirparlo lo mismo que 20 centímetros aproximadamente del intestino delgado. En esta precisa oportunidad, el Consejo de Estado condenó a la Caja de Previsión a pagar a la demandante un valor de 600 gramos de oro, por concepto de perjuicios morales.
4. La Sección en un pronunciamiento de 17 de agosto de 2000, exp. 12123 M.P. Alier E. Hernández Enríquez. En el caso concreto, se condenó al ISS por la demora en la atención del parto de una paciente que llevó a que se generara un fuerte sangrado uterino, se formaran coágulos en el útero y, al final, se produjera el deceso de la paciente, logrando salvaguardar la vida del neonato.

[3] http://www.bdigital.unal.edu.co/39729/7/mortalidadmaterna.pdf

Como se aprecia, en esta ocasión, se reconoció un aspecto de relevancia en lo que respecta a la responsabilidad del Estado en asuntos médico-sanitarios, toda vez que se dijo que, en estos especiales eventos, el título de imputación era objetivo y, por lo tanto, a la entidad demandada no le bastaba con probar diligencia y cuidado en su actuar, sino que debía acreditar, para exonerarse de responsabilidad, una causa extraña.

Así las cosas, pareciera, pero no fue así, que la responsabilidad médico-obstétrica, a partir del año 2000, hubiera adoptado un título de imputación autónomo al de falla probada imperante como regla general, en todos los asuntos médico-hospitalarios, salvo en lo que correspondía a la aplicación excepcional, a partir del postulado constitucional de la equidad del principio de las cargas probatorias dinámicas.

5. La providencia de 14 de julio de 2005, exp. 15276, M.P. Ruth Stella Correa P. En el referido pronunciamiento, el Consejo de Estado condenó al municipio de Cali, Hospital Básico Primitivo Iglesias, por la muerte de una gestante, al no haber recibido la atención médica idónea y eficiente al momento de la atención del parto, así como por la falta de suministro de sangre, cuando presentó el shock hipovolémico por la hemorragia producida con posterioridad al alumbramiento.
6. Mediante sentencia de 3 de mayo de 2007, exp. 16085, M.P. Enrique Gil Botero, se declaró responsable al ISS, al haberse practicado una histerectomía a una paciente que, sin haberlo descartado previamente, se encontraba en estado de gravidez y, aunado a lo anterior, sin que hubiera mediado el consentimiento de la paciente.

Lo importante de esta decisión es que se admite la falta de consentimiento informado como un daño autónomo, motivo por el cual, la sola ausencia de consentimiento, así el resultado de la intervención haya sido el esperado, genera el derecho de reparación, comoquiera que la persona debe tener la libertad y el suficiente conocimiento sobre el procedimiento que se le va a practicar, con miras a que tenga la autonomía para decidir si se somete o no a la intervención o tratamiento.

7. La sentencia de 26 de marzo de 2008, exp. 16085, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. En este puntual evento, se determinó la responsabilidad de Caprecom, en la medida en que la IPS en la que fue atendida la paciente no fue valorada correctamente, y se dejó a la espera de que llegara el médico obstetra de la EPS, lo que supuso una prolongación indebida del trabajo de parto que desencadenó una hemorragia (desprendimiento de placenta) que terminó con el ahogamiento de la criatura.

a) Violencia obstétrica: una violación a los derechos humanos.

La salud sexual y reproductiva es una parte integral e indivisible de los derechos humanos, por ello cualquier amenaza, desconocimiento o vulneración de los mismos atentarán directamente al núcleo esencial de los derechos humanos.

En esa medida, la violencia obstétrica constituye una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres, como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006), así como la interrelación con una serie de derechos fundamentales.

Laura F. Belli[4], en su estudio titulado *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos,* permite relacionar una serie de derechos humanos que pueden ser vulnerados con ocasión a las prácticas de conductas de violencia obstétrica, entre los cuales encontramos:

- **"Derecho a la integridad personal.** Como se indica en el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer.
- **Derecho a la privacidad e intimidad.** Este derecho presenta dos manifestaciones complementarias, el límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada. El artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señala que las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación. En la misma línea, el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su corres-

[4] Licenciada en Filosofía. Actualmente cursando el doctorado en Filosofía. Becaria investigadora del CONICET - FFyL y FMed UBA. laurafbelli@gmail.com. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. 2013.

pondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación". Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo.

- **Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud**. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: "Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada…". La violación de este derecho toma la forma del paternalismo médico en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas.
- **Trato cruel e inhumano**. De acuerdo con el artículo 5° de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el artículo 7° del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDC y P) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios públicos o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo "Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)".
- **Derecho a estar libre de discriminación.** El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que "ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna"[5].

2.2 Muertes maternas en Colombia

De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Salud[6], en el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas.

Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número tres (3), donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 203 para 2015, la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 00028.

En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011, el indicador osciló entre 60,7 y 71,6 marcando un incremento no significativo con un APC de 4,5. Posteriormente, entre 2011 y 2014. Para 2014, se produjeron 15,1 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en 2011, experimentando un APC de -9,8 aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa.

La ocurrencia de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica.

La mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La razón de esta mortalidad es 3,02 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor Índice de Pobreza Multidimensional

[5] http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

[6] ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 201 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf

(IPM) (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá, D. C., y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina).

- **Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005[7].**

De acuerdo con estudio publicado por la revista virtual de la Universidad EAN, la cesárea es una práctica médica que en los últimos años viene en un creciente aumento en nuestro país. Se calcula que entre el 25% y 30% de los nacimientos se atienden bajo esta modalidad, este porcentaje que supera la cifra recomendada por la OMS desde 1985, como tasa "ideal" de cesáreas entre el 10% y el 15%.

Pues Otros estudios de la OMS revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%[8]. El crecimiento en cifras en nuestro país se muestra de la siguiente manera:

TABLA 2
Porcentaje de nacimientos por cesárea por grupos de Departamentos Colombia 1995 - 2005

Departamentos	1995	2000	2005	Dif. 1995 - 2005
Guajira-Cesar-Magdalena	9.2	19.4	22.2 19.4	13 22.2
Atlántico-Bolívar(Norte)	25.2	36.1	38.9	13.7
Bolívar-Sucre-Córdoba	11.5	19.2	29	17.5
Santanderes	17.8	30.7	33.4	15.6
Boyacá-Cundinamarca-Meta	15	16.2	23.4	8.4
Antioquia	9.6	18.9	14.7	5.1
Medellín	19.8	27	30	10.2
Caldas-Risaralda-Quindío	23.3	22.1	22.4	- 0.9
Tolima-Huila-Caquetá	12.7	16.6	19.5	6.8
Cauca-Nariño	12.3	19.2	25.7	13.4
Valle del Cauca	23.1	26.1	26	2.9
Cali	27	25.2	30.3	3.3
Litoral Pacífico	5	12.6	12.3	7.3
Bogotá	22.5	28	30.3	7.8

Fuente: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300005

En todos los departamentos del país, con excepción de los departamentos del llamado "eje cafetero", el porcentaje de nacimientos por cesárea muestra un aumento que oscila entre 2.9% y 17.5% en el período 1995-2005. El mayor incremento se observó en los departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba, y el menor incremento en el departamento del Valle y en Cali, su capital.

Al analizar el fenómeno por departamento (solo disponible en la ENDS 2005) (11), se hace notar que San Andrés Islas ocupó en ese año, el primer lugar con el 67% de cesáreas, seguido de Atlántico (41.5%), Sucre (37.2%) y Santanderes (33.8% y 33.1%), respectivamente (esta información no se muestra detalladamente en el presente artículo). Los departamentos de Cauca y Chocó mostraron cifras de cesáreas del 14.2% y 12.9%. En las grandes áreas metropolitanas (Bogotá, Medellín, Cali) los porcentajes de cesárea, oscilaron alrededor de 30%.

Sin duda alguna, esta práctica progresiva amerita ser controlada y limitada a aquellas circunstancias médicas que así lo requieran, de forma que se logre establecer una aproximación a la tasa ideal propuesta y con ella reducir las muertes y complicaciones neonatales.

3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

- **Artículo 43 CP.** La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

- • **Ley 1257 de 2008,** "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".

Artículo 2°. Definición de violencia contra la mujer. Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las

[7] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300005

[8] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/

relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas.

Artículo 3°. Concepto de daño contra la mujer. Para interpretar esta ley, se establecen las siguientes definiciones de daño:

a) Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

b) Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.

c) Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

d) Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

- **Derecho internacional**

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979).

Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir. Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres "Convención Belem Do Pará" (1996)

3.1 Derecho Comparado[9].

- "Ley nacional 26485 de protección integral de las mujeres", ley argentina que incorpora el concepto de Violencia Obstétrica como una forma de violencia de género. 2011
- "Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio Lavalle", ley mexicana que incorpora el concepto de violencia obstétrica como una forma de violencia de género. 2008
- "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia", ley venezolana que incorpora el concepto de violencia obstétrica como una forma de violencia de género. 2007

4. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

- Reconoce la violencia obstétrica como una manifestación de violencia contra la mujer ampliando el margen de protección Ley 1257 de 2008, "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Se establecen medidas correctivas y de prevención en contra de las conductas que configuran la violencia obstétrica.
- Se crea la política de trato humanizado en la atención en salud de las mujeres en estado de embarazo.
- Se establecen sanciones para las personas naturales y jurídicas que incurrieren en conductas constitutivas de violencia obstétricas.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Las modificaciones propuestas al articulado responden a las observaciones y sugerencias emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; así como las mesas de concertación y trabajo de las diferentes organizaciones de mujeres que han aportado a la construcción de la iniciativa.

5.1. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
Título, *por medio de la cual se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia de género y se dictan medidas de prevención y sanción (contra la violencia obstétrica).*	**Título,** *por medio del cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno*
Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto el reconocimiento de la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género; impulsando la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer mediante el establecimiento de medidas de prevención y sanción de estas conductas como garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.	**Artículo 1º. *Objeto.*** La presente ley tiene como objeto identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la eliminación de todas las formas de violencia de género, como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio.

9 http://ovochile.cl/category/biblioteca-virtual/

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
Artículo 2º. *Violencia obstétrica.* Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio entre otras las siguientes:	**Artículo** 2º. ***Violencia obstétrica.*** Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante, el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio, expresadas en:
a) Omisión de una atención oportuna y eficaz de urgencias obstétricas;	a) Recriminar, discriminar o criticar a la mujer por decisiones relacionadas con su vida sexual o reproductiva o por su conducta durante el parto.
b) Trato deshumanizado en las relaciones asistenciales;	b) Negar u obstaculizar información o prestación de servicios para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
c) Prácticas o procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, en especial aquellas que impliquen limitaciones o restricciones de los derechos sexuales y reproductivos;	c) Negar o demorar la atención oportuna y eficaz de urgencias obstétricas dentro de los estándares de calidad y deberes del sistema de salud;
d) Intromisión no consentida en la privacidad o por revisión invasiva de los órganos genitales.	d) Ejercer trato deshumanizado, irrespetuoso o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable en las relaciones asistenciales.
e) Retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud, debido a su incapacidad de pago;	e) Practicar procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, en especial aquellas que impliquen limitaciones o restricciones de los derechos sexuales y reproductivos; salvo que existan condiciones de salud que así lo indiquen.
f) Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración sin que sean médicamente necesarias;	f) Intromisión no consentida en la privacidad para la revisión del cuerpo de la mujer durante el proceso de atención en salud.
g) Practicar el parto vía cesárea, cuando existan condiciones para el parto natural, salvo que medie solicitud libre e informada de la mujer;	h) Negarse a dar información sobre el estado de la atención o impedir el apego precoz del recién nacido, salvo que exista una indicación médica o de seguridad que así lo justifique.
h) Dilación de la práctica de interrupción del embarazo en los casos legalmente admisibles, observando en todo caso el derecho de objeción de conciencia;	i) Practicar procedimientos no indicativos de rutina como enemas, maniobra de krsiteller, salvo que exista una indicación médica o de seguridad que así lo justifique.
En general todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.	

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
	j) Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración sin que sean médicamente necesarias y sin autorización libre e informada de la mujer.
	k) Retener a las mujeres y a los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.
	l) Realizar operación cesárea, cuando existan condiciones para el parto natural, salvo que medie solicitud libre e informada de la mujer;
	m) Amenazar, culpabilizar, estigmatizar, discriminar, reprochar, tratar de persuadir, negar u ocultar información a la mujer que decide la interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional.
	n) Imponer barreras administrativas o dilatar la práctica de interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional.
	o) Negar u obstaculizar la atención a gestantes con muertes fetales e inobservancia del suelo.
	En general todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.
Artículo 3º. ***Sanciones.*** Las conductas que configuran violencia obstétrica debidamente acreditada darán lugar a las siguientes sanciones:	**Artículo** 3º. ***Sanciones.*** Las conductas que configuran violencia obstétrica debidamente acreditada, según el procedimiento a través del cual se investiguen, darán lugar a las siguientes sanciones:
a) Suspensión en el ejercicio de la medicina, hasta por cinco años, como falta a la ética médica del personal médico y asistencial de los servicios de salud; de conformidad, con lo previsto en el artículo 83, literal D de la Ley 23 de 1981 o la que haga sus veces.	**a) Para las personas naturales:** Las contempladas en el Código de Ética Médica Ley 23 de 1981, las disposiciones que la modifiquen o adicionen de las cuales tendrá conocimiento el Tribunal de Ética Médica.
b) Multa, que oscilará entre los 100 smlmv hasta los 150 smlmv, solidariamente, entre el personal médico asistencial y la entidad prestadora	Las contenidas en las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
de servicio de salud en la cual se haya configurado la conducta violenta. c) Revocatoria de la habilitación de los servicios médicos de obstetricia, en caso de reincidencia por parte de la entidad prestadora de servicios de salud. **Parágrafo 1°.** El proceso sancionatorio de las conductas de violencia obstétrica iniciará a solicitud de parte o de oficio por las autoridades competentes cuando tuviere conocimiento de la realización de la conducta. **Parágrafo 2°.** Tratándose de sanción como falta a la ética médica, la competencia sancionatoria le corresponde al tribunal ético profesional nacional y el procedimiento sancionatorio será la prevista ley 23 de 1981. Cuando se tratare de multa y/o la revocatoria de habilitación de servicios, será la Superintendencia de Salud la competente. El procedimiento sancionatorio a seguir, será el previsto en la Ley 1438 de 2011 artículo 128. Los recursos obtenidos producto de la sanción pecuniaria, serán girados a favor del Ministerio de Salud y Protección Social, para la financiación de proyectos de dotación de salas de parto de las Empresas Sociales del Estado. **Parágrafo 3°.** Las sanciones aquí descritas se aplicarán sin perjuicio de la reparación de los daños y perjuicios derivados del acto de violencia obstétrica mediante la imputación de responsabilidad médica.	mería Ley 911 de 2004, las disposiciones que la modifiquen o adicionen, de las cuales tendrá conocimiento los tribunales éticos de enfermería. **d) Para las personas jurídicas.** Multa de 100 smlmv hasta los 150 smlmv, impuestas por la Superintendencia de Salud mediante el procedimiento sancionatorio descrito en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, las disposiciones que lo modifiquen o adicionen. Cuando las conductas constitutivas de violencia obstétrica fueren reincidentes en una entidad prestadora de servicios de salud, la Superintendencia de Salud dispondrá la revocatoria de la habilitación de los servicios médicos de obstetricia por el término de 5 años. **Parágrafo 1°.** Serán sancionadas como falta gravísima las conductas constitutivas de violencia obstétrica cometidas contra niñas y adolescentes. **Parágrafo 2°.** El proceso sancionatorio de las conductas de violencia obstétrica iniciará a solicitud de parte o de oficio por las autoridades competentes cuando tuviere conocimiento de la realización de la conducta. **Parágrafo 3°.** Las sanciones aquí descritas se aplicarán sin perjuicio de la reparación de los daños y perjuicios derivados del acto de violencia obstétrica mediante la imputación de responsabilidad médica o falla del servicio.
Artículo 4°. ***Medidas preventivas y correctivas de violencia obstétrica.*** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, en el ámbito de su competencia adelantará las siguientes medidas correctivas y preventivas de violencia obstétrica: - Establecer un mecanismo pertinente, ágil, sencillo y adecuado para que las mujeres puedan tramitar las denuncias de violencia obstétrica.	**Artículo** 4°. ***Medidas preventivas y correctivas de violencia obstétrica.*** El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, en el ámbito de su competencia adelantará las siguientes medidas correctivas y preventivas de violencia obstétrica: **• Fortalecimiento de la salud sexual reproductiva.** Desarrollo de programas de salud que tengan como objetivo garantizar el acceso a una salud sexual y reproductiva segura, informada, de calidad, especialmente en los procesos de atención materna. **• Educación y derechos reproductivos.** Promover espacios de capacitación en los centros educativos para el empoderamiento de las mujeres en el reconocimiento y la exigencia de sus derechos fundamentales y los derechos sexuales y reproductivos y el reconocimiento de las conductas que impliquen violencia. **• Atención materna como criterio de calidad.** Incluir dentro del diseño de indicadores de desempeño las acciones y los resultados en salud de mujeres en estado de gestación y la atención en condiciones dignas, libres de violencia. Definir los criterios de suficiencia y estándares del talento humano asistencial en los servicios médicos obstétricos. **• Formación en salud humana.** Incluir en los currículos de educación formal del personal en salud temas de violencia obstétrica, trato humanizado en las relaciones asistenciales y deberes éticos del personal médico, asistencial en salud. **• Sensibilización social.** Realizar campañas de capacitación y sensibilización dirigidas al cuerpo administrativo y asistencial en salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud en torno al trato digno-humanizado y conductas que configuran violencia obstétrica en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio. **• Fomento de Denuncia.** Establecer un mecanismo pertinente, ágil, sencillo y adecuado para que las mujeres puedan tramitar las denuncias de violencia obstétrica.
Artículo 5°. ***Atención humanizada del parto.*** Toda mujer tendrá derecho, durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, entre otros a:	**Artículo 5°.** ***Atención humanizada del parto*.** Toda mujer tendrá derecho, durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, entre otros a:

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
a) Ser informada sobre alternativas médicas sobre la atención del parto. b) A estar acompañadas continuamente durante el trabajo de parto por una persona de su elección. c) A recibir información en lenguaje sencillo y claro, así como a que sean resueltas sus inquietudes y dudas. d) A ser informada sobre la evolución de su trabajo de parto y del estado de su hijo o hija. e) A no ser separadas innecesariamente de sus hijos en el posparto, a menos que sea por consideraciones médicas o cuidados especiales del neonato. f) A tener libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.	a) Ser informada sobre alternativas médicas sobre la atención del parto. b) A estar acompañadas continuamente durante el trabajo de parto por una persona de su elección. c) A recibir información en lenguaje sencillo y claro, así como a que sean resueltas sus inquietudes y dudas. d) A ser informada sobre la evolución de su trabajo de parto y del estado de su hijo o hija. e) A no ser separadas innecesariamente de sus hijos en el posparto, a menos que sea por consideraciones médicas o cuidados especiales del neonato. f) A tener libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.

6. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, se rinde Ponencia Positiva y se solicita a la honorable Mesa Directiva de la Plenaria del Senado de la República dar segundo debate al **Proyecto de ley número 147 de 2017,** *por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.* [Contra la violencia obstétrica].

Cordialmente,

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre del año dos mil dieciocho (2018)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en *Gaceta del Congreso* de la República,** el siguiente Informe de Ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate.

Número del proyecto de ley: número 147 de 2017 Senado.

Título del proyecto: *por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.* (Contra la violencia obstétrica).

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2017

por medio del cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. ***Objeto.*** La presente ley tiene como objeto identificar y prevenir conductas que atentan contra los derechos de la mujer, impulsando la eliminación de todas las formas de violencia de género como garantías de trato digno y humanizado en el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio.

Artículo 2º. ***Violencia obstétrica.*** Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio, expresadas en:

a) Recriminar, discriminar o criticar a la mujer por decisiones relacionadas con su vida sexual o reproductiva o por su conducta durante el parto;
b) Negar u obstaculizar información o prestación de servicios para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer;