

*Gloria Inés Ramírez Ríos  
Senadora de la República elegida por el PDA*

## **PROYECTO DE LEY No. 147 de 2013 - SENADO**

*“Por medio de la cual se crea el observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos y se dictan otras disposiciones”*

### **EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

#### **TÍTULO I DE LA CREACIÓN Y OBJETO DE LA LEY**

**ARTÍCULO 1º. Del observatorio de Derechos Sexuales y reproductivos.** A partir de la vigencia de la presente ley, créase con carácter permanente, el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, el que funcionará como una entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social o el que resulte de su división o fusión y, preferentemente, del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Géneros, cuando este sea creado.

**ARTICULO 2º. Del objeto de la ley.** El Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos tendrá como objeto el análisis, la identificación y la selección de las variables que debe contener el Sistema de Estadísticas Socio Demográficas, que con carácter diferenciado se deberán tener en cuenta para el diseño, elaboración, ejecución y evaluación y monitoreo de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como también la identificación de las causas de la morbi-mortalidad materna, el embarazo adolescente y las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

#### **TÍTULO II CONCEPTOS GENERALES**

**ARTÍCULO 3º. La salud sexual y reproductiva.** Es un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social en todos los aspectos de la vida humana vinculados a la sexualidad y a la reproducción. No se trata solamente de la ausencia de enfermedades ni de una esfera meramente médica sino de una noción integradora de las múltiples facetas humanas comprendidas en las decisiones, comportamientos y vivencias sexuales y reproductivas.

**ARTÍCULO 4º. Los derechos sexuales y reproductivos.** Aseguran a todas las personas la posibilidad de tomar decisiones libres e informadas en cuanto a su vida sexual y reproductiva, y de ejercer su sexualidad y reproducción sin ningún tipo de coacción y/o violencia. Ello supone que todas las personas puedan contar con la información, la educación, el acceso a los servicios, medios y mecanismos que se requieren para tomar dichas decisiones.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

### **TÍTULO III**

## **SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

**ARTÍCULO 5º.** Es deber del Estado diseñar y ejecutar las políticas públicas que garanticen y promuevan la salud y los derechos sexuales y reproductivos, mediante la adopción de planes, programas, proyectos y acciones que aseguren la información, la educación y el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado y el embarazo adolescente.

**ARTÍCULO 6º.** Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer su sexualidad independiente de la función reproductiva y de elegir libre y responsablemente con quien vivir una sexualidad sana y realizante.

**ARTÍCULO 7º.** Se reconoce el derecho a la libertad sexual e integridad física y síquica de las personas en materia sexual, lo que implica el reconocimiento del derecho a decidir libremente sobre su ejercicio, la autonomía y control corporal y a no ser sometido a ninguna forma de coacción, abuso, tortura o violencia sexual.

**ARTÍCULO 8º.** Se reconoce el derecho de todas las personas a acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad, posibilitando su bienestar, su desarrollo y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada. Es deber del Estado orientar, informar y educar sobre la sexualidad y la reproducción utilizando contenidos actualizados basados en la evidencia científica y en metodologías adecuadas según la edad y la etapa de escolaridad de las personas.

**ARTÍCULO 9º.** Se reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libremente respecto de la procreación, lo que implica que las personas puedan decidir libre, informada y responsablemente si desean o no tener hijos/as, el número de estos y el intervalo entre los nacimientos. Se reconoce también el derecho de mujeres y hombres a recuperar la fertilidad cuando ésta no se ha conseguido por falta de información y/o por falta de tratamientos adecuados. Se prohíbe toda forma de violencia, coacción y discriminación de cualquier naturaleza en el ejercicio de este derecho.

**ARTÍCULO 10º.** Es deber del Estado asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, adecuados a las necesidades de mujeres y hombres que promuevan la salud integral y ayuden a recuperarla, lo que implica la promoción de servicios en salud sexual y reproductiva destinados a las personas durante todo su ciclo vital, incluidas/os las y los adolescentes.

**Artículo 11º.** Los servicios de salud sexual y reproductiva deben entregar atención prenatal, atención del parto, cuidados post-natales; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; prevención y tratamiento adecuado del cáncer cérvico uterino, de mama, de testículo y de próstata; prevención del embarazo no deseado; acceso libre a los

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

mecanismos de anticoncepción de cualquier naturaleza; atención de calidad, humanitaria, confidencial y digna en el tratamiento de las complicaciones obstétricas, la prevención del aborto y sus efectos en la salud de las mujeres; orientación y consejería sobre regulación de la fertilidad y la prestación de servicios multidisciplinarios adecuados para la menopausia y la tercera edad.

**ARTÍCULO 12º.** Se reconoce el derecho a acceder a servicios de orientación y consejería que entreguen información clara, comprensible y completa sobre todos los métodos anticonceptivos seguros y eficaces de regulación de la fecundidad y de prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, que cumplan con los estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

**ARTÍCULO 13º.** Se reconoce el derecho de todas las personas a acceder a los tratamientos necesarios de las patologías relacionadas con la actividad sexual y las funciones reproductivas. Se prohíbe toda discriminación que implique menoscabo, restricción o limitación al ejercicio de este derecho por razones de edad, sexo, condición socio-económica o étnica.

**Parágrafo.** El servidor público que retarde o niegue el acceso a la información y a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva previstos en el presente Título, será objeto de la correspondiente investigación disciplinaria y de las sanciones establecidas en el Estatuto Disciplinario Único vigente en Colombia.

### **TITULO III**

#### **MARCO INSTITUCIONAL**

**ARTÍCULO 14º. De la integración de la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos.** Para el cabal cumplimiento de la presente ley, dentro de los tres (3) meses siguientes a su promulgación, el gobierno nacional a través del Ministerio de la Protección Social o, el que resulte de su división o fusión y, preferentemente, del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Géneros, dispondrá la conformación de la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, integrada por:

- El Ministro (a) de la Protección social o su delegado, quien la presidirá;
- La Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer o su delegada;
- El Director (a) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o su delegado;
- El Director (a) del Instituto Nacional de Salud, INS, o su delegado;
- El Director (a) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, o su delegado;
- El Director (a) del Departamento Nacional de Planeación, DNP, o su delegado;
- El Defensor (a) Delegado para los Derechos Humanos de las Mujeres
- El Director (a) del Cuerpo Técnico de Investigación, CTI de la Fiscalía General de la Nación o su delegado;
- El Director (a) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, o su delegado;
- Dos (2) representantes de la Mesa por la Vida y la Salud de las mujeres;

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

- Dos (2) representantes de las organizaciones defensoras de Derechos Humanos de la Mujeres;
- El Director (a) de PROFAMILIA, o su delegado;
- Un (1) delegado del Procurador General de la Nación
- Un (1) representante de los Centros de Investigación en asuntos de género con domicilio en Bogotá.

**Parágrafo 1.** La Secretaría Técnica de la Comisión será realizada por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

**Parágrafo 2.** La Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos tendrá poder decisorio y podrá invitar a sus deliberaciones a funcionarios públicos, particulares, organismos internacionales y a los representantes de las demás instituciones comprometidas en el Sistema de estadísticas vitales y socio demográficas, que estime necesario, de acuerdo con los temas específicos a tratar.

**ARTÍCULO 15º. De las Funciones de la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos.** La Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos tendrá las siguientes funciones:

1. El diseño de herramientas que faciliten la identificación y la detección temprana de las alteraciones durante el embarazo, la atención del parto y el puerperio, para la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna.
2. El fortalecimiento de las medidas vigilancia y control sobre el cumplimiento y la calidad de las intervenciones relacionadas con la salud materna y los componentes de atención obstétrica esencial, tanto básica como integral.
3. La definición de las intervenciones mínimas prioritarias tendientes a la protección de la salud de las mujeres pobres no aseguradas durante el evento reproductivo.
4. La evaluación de los modelos de atención de la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, para la identificación y manejo oportuno de los riesgos reproductivos y obstétricos.
5. Ejercer la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales.
6. Ejercer la vigilancia respectiva a la Política de Salud Pública relacionada con la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna.
7. Ordenar la investigación de los determinantes de la morbilidad y la mortalidad materna en las diferentes regiones del País.
8. Efectuar el seguimiento, control de calidad y retroalimentación continua del diligenciamiento del registro de la morbilidad y la mortalidad materna por otras causas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
9. Promover la utilización de métodos anticonceptivos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, haciendo énfasis y adecuando su operación a las características y necesidades de la población adolescente.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

10. Efectuar el seguimiento y control de la observancia y aplicación de la Sentencia C-355 de 2006, relacionada con la Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE, en los precisos casos señalados por la Corte Constitucional
11. Definir las responsabilidades y compromisos de los integrantes de la Comisión Intersectorial.
12. Discutir y aprobar las actividades y proyectos presentados por los grupos de trabajo interinstitucionales, a fin de lograr con el concurso de las instituciones involucradas en el sistema, la realización de los objetivos de la presente ley.
13. Impulsar y poner en práctica los cambios necesarios al sistema de información estadística con enfoque de género, para contar con un mecanismo actualizado, universal, eficiente y oportuno, que satisfaga las necesidades del país para la adopción, ejecución y evaluación de las políticas públicas.
14. Propender por el mejoramiento de la calidad, cobertura y oportunidad del registro civil y las estadísticas vitales y socio demográficas.
15. Procurar la cobertura, calidad y oportunidad de la certificación médica, en lo concerniente a nacimientos y defunciones.
16. Recomendar la conformación y funcionamiento de los comités de estadísticas vitales y socio demográficas a nivel territorial.
17. Propender por campañas masivas de sensibilización a mujeres y adolescentes en la toma y lectura de citología cérvico uterina, para la detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.
18. Garantizar el suministro gratuito de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano a las mujeres entre los 9 y los 26 años de edad.
19. Recomendar las medidas pertinentes para fortalecimiento de los mecanismos de control de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
20. Definir los parámetros de registro estadísticos de todas las formas de violencia contra las mujeres.
21. Monitorear las políticas e instituciones de salud para verificar avances, barreras o retrocesos en la implementación de la equidad de género en el sector, a partir de las prioridades definidas por la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos.
22. Propiciar la emergencia de nuevos conocimientos y evidencias sobre salud sexual y reproductiva, género y políticas públicas.
23. Las demás funciones que considere pertinentes la Comisión Intersectorial.

**ARTÍCULO 16°. Del funcionamiento.** La comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos se reunirá cuando menos dos (2) veces al año, por convocatoria de la Secretaría Técnica y podrá reunirse válidamente cuando concurren al menos ocho (8) de sus miembros integrantes. Las decisiones y recomendaciones se adoptarán por mayoría simple de los asistentes.

**ARTÍCULO 17°. De las Comisiones Intersectoriales a nivel territorial.** Mediante resolución proferida por los Gobernadores o los Alcaldes, de conformidad con sus competencias, podrán constituirse a nivel territorial o local, las Comisiones Intersectoriales del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, como instancia de definición de las políticas públicas relacionadas con los proyectos, planes, programas y acciones de atención de la salud sexual reproductiva de las mujeres, con la participación de las entidades afines con jurisdicción en el ente territorial o local y de las organizaciones representativas del Movimiento de Mujeres.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

**ARTÍCULO 18°. De la Secretaría técnica.** La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y ejercerá las siguientes funciones:

1. Convocar a las reuniones ordinarias o extraordinarias a la Comisión Intersectorial, previa autorización y definición de la agenda.
2. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones que efectúe la Comisión Intersectorial y mantener su archivo.
3. Hacer seguimiento a la implementación de las recomendaciones y sugerencias de la Comisión Intersectorial.
4. Efectuar la coordinación interinstitucional que se requiera para efectos del seguimiento e implementación de las recomendaciones de la Comisión Intersectorial.
5. Las demás que correspondan a la naturaleza del cargo.

**ARTÍCULO 19°. Carácter de los invitados.** Los funcionarios, los delegados de organismos internacionales y los particulares que sean invitados a las sesiones de la Comisión Intersectorial, participarán con derecho a voz y no generan por este hecho, ninguna clase de vinculación institucional, ni su participación dará lugar a remuneración o reconocimiento económico alguno.

#### **TÍTULO IV**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 20°. Suministro de información.** Las entidades del orden nacional, departamental, municipal o distrital estarán obligadas a suministrar la información que solicite la Comisión Intersectorial del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos relacionada con el Sistema de elaboración y producción de estadísticas vitales y/o socio demográficas u otros indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como también los informes de evaluación y monitoreo de las políticas públicas de atención de la salud sexual y reproductiva y los efectos de la violencia sexual en la vida y los cuerpos de las mujeres, so pena de incurrir en conducta disciplinable.

**ARTÍCULO 21°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I. JUSTIFICACIÓN

Los derechos humanos han sido una de las más grandes aspiraciones éticas y morales de la humanidad en la lucha contra la opresión, la exclusión, la tiranía, la violencia, el despojo y el desarraigo, entre otras graves violaciones, en razón de lo cual, la comunidad internacional ha proclamado a través de múltiples instrumentos, que los derechos humanos son inherentes a la dignidad de la persona humana.

Desde esta perspectiva, todas las personas tienen derechos sexuales y reproductivos, los cuales se fundamentan en los principios de la dignidad humana, la libertad, la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad y la igualdad real y efectiva, frente a toda forma de discriminación por razones de la orientación sexual o de género.

Las mujeres, por su particular disposición biológica, han jugado un papel único, casi heroico, en la reproducción humana; no obstante, se ven afectadas de manera singular por las políticas gubernamentales que desconocen el carácter obligatorio, universal, interdependiente e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos que han sido proclamados por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, en cuyo ejercicio se produce la mayor tragedia de la salud pública: la mortalidad materna, que evidencia uno de los más graves problemas en materia de derechos humanos.

Al no generar las condiciones para acceder a servicios de salud apropiados durante el embarazo, el parto y el puerperio, o a servicios e insumos que permitan a las mujeres elegir si quieren tener un hijo o no, se podría estar atentando contra *el derecho a la vida, la integridad y la seguridad personal de las mujeres* que presentan problemas durante su embarazo, por lo que también se puede inferir que la alta mortalidad materna evitable, refleja una debilidad en el cumplimiento del *derecho a la salud*.

En muchas ocasiones la causa principal puede estar en las inequidades estructurales, es decir, en la desigualdad de oportunidades; muchas mujeres tienen carencias en la facultad de tomar decisiones dentro y fuera del hogar, dificultades de acceso a la educación formal y al mercado laboral, en estos casos las mujeres estarían privadas igualmente del *derecho a la igualdad y la no discriminación*<sup>1</sup>.

Todos estos aspectos evidencian el carácter vinculante entre la acción del Estado y el respeto y las garantías de realización efectiva y real de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres y hombres, en razón de lo cual, resulta de extrema urgencia, la institucionalización de un organismo que analice la complejidad de la problemática que impide su realización, a efectos de que el país se coloque a tono con los principios consagrados en la Carta Política y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

---

<sup>1</sup> OPS / OMS, 2003:4.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

## **II. MARCO DE REFERENCIA**

Antes de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas llevada a cabo en El Cairo en 1994, la atención en salud reproductiva para la mayoría de las mujeres se reducía a atender a la madre y al niño, de acuerdo con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS); posteriormente se empezaron a considerar otros aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSR), y se enfatizó en los derechos reproductivos de hombres y mujeres.

Al ampliar la salud reproductiva a todas las materias relacionadas con el sistema reproductivo, en sus funciones y procesos se empezaron a considerar otros conceptos como la calidad de vida, la igualdad de género, la necesidad de una adolescencia más saludable y un crecimiento más seguro.

En Colombia las políticas de salud han sido trazadas por el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, que en el 2003 puso en marcha la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), acogiendo los postulados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing (1995).

En la PNSSR, además de presentar un buen diagnóstico de las necesidades en materia de mortalidad materna, uso de anticonceptivos, SSR de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y la violencia doméstica y sexual, fijó siete (7) estrategias en este campo, con sus respectivas líneas de acción en las cuales se busca la promoción, la coordinación y el fortalecimiento de la gestión interinstitucional, el fortalecimiento de la participación, la potenciación de las redes sociales de apoyo y el desarrollo de la investigación.

Sin embargo, ha faltado determinar con mayor claridad las responsabilidades de cada programa a nivel de instituciones del Estado y, sobre todo, el diseño, elaboración y captación de los registros actualizados sobre el estado epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de la población, presentándose un sub-registro disperso, que no permite el establecimiento de diagnósticos para la implementación acertada de las políticas públicas en materia de salud y salud sexual reproductiva.

Los objetivos de la PNSSR para el período 2003-2006 fueron mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, mediante el impulso de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la ampliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente entre la población más vulnerable, el fortalecimiento de la red de servicios y el seguimiento y mejoramiento institucional.

El actual SGSSS en Colombia, tal como quedó demostrado durante la declaratoria de “emergencia social”, presenta una baja cobertura en el acceso y la atención integral en la prestación de los servicios de salud a toda la población, particularmente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, situación que se pone en evidencia si consultamos los resultados de la ENDS – 2005 en la que se señaló muy pocos avances en el

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

quinquenio respectivo, en lo relativo al uso de métodos anticonceptivos y en la cobertura de los programas de salud reproductiva.

Últimamente el sistema se ha deteriorado mucho más, por falta de atención en los hospitales, por los obstáculos burocráticos, por los controles arbitrarios de las EPS, IPS o ARS, por el cierre de los hospitales, por la desfinanciación del sector, la fragilidad de los programas de prevención y promoción, por la inequidad resultante de la existencia de diferentes planes de beneficios y graves problemas en los sistemas de información y de control.

La CIPD de El Cairo, recogiendo las inquietudes que se venían exponiendo desde conferencias anteriores de las Naciones Unidas, declaró que *“Las personas tienen el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia”*, y lo más importante, declaró que *“Los derechos reproductivos, como derechos humanos”* que tienen las parejas y los individuos, a recibir información y a disponer de los medios para tener el número de hijos que responsablemente puedan tener, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre ellos, todo dentro del ejercicio responsable de las personas al respeto mutuo y a la igualdad entre hombres y mujeres.

La CIPD señala, igualmente, los factores que están incidiendo negativamente para que todas las personas alcancen su salud reproductiva, entre ellos los *“conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana; información y servicios insuficientes y de mala calidad en materia de salud reproductiva; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; prácticas sociales discriminatorias; actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva”* y formuló estrategias novedosas para asegurar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento y a las intervenciones capaces de salvar vidas, a la población más pobre.

En materia de SSR, la OMS, en su 57ª Asamblea Mundial de la Salud de abril de 2004, observa que las desigualdades entre los sexos hacen más vulnerables a las mujeres; la violencia doméstica y sexual contra la mujer la expone al SIDA y a otras ITS, embarazos no deseados, síndromes de dolor crónico y trastornos ginecológicos, como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas, en razón de lo cual promueve las relaciones de equidad, de respeto mutuo y de armonía entre el hombre y la mujer, con el fin de favorecer la conducta sexual responsable y de pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano.

De otra parte, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en Beijing, China, en 1995, retoma los resultados de la CIPD, enfatiza en el control que deben tener las mujeres sobre las cuestiones relativas a su sexualidad y a decidir libremente sobre las cuestiones de su SSR y promueve *“las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”*.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Con el advenimiento del nuevo siglo, entre las Metas del Milenio están las acciones dirigidas a la erradicación de la pobreza, la reducción de la población que padece hambre, la promoción de la equidad de género, el aumento de la autonomía de las mujeres, la reducción del VIH/SIDA y el mejoramiento de la salud materna.

### **III. QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, incorporó la definición de salud de la OMS y la amplió para definir la salud reproductiva como:

*“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 de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.*

*Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a la planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos de regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las posibilidades de tener hijos sanos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.*

En consonancia con estos nuevos conceptos, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. De esta forma, las personas y sus necesidades reproductivas son la esencia de la salud reproductiva, las personas son los sujetos y no los objetos de la misma. Además esta definición tiene la virtud de colocar a las mujeres en el centro del proceso, al reconocer y respetar sus necesidades como mujeres y no solamente como madres.

El nuevo enfoque en la salud reproductiva más allá de la demografía y la planificación de la familia, se orienta hacia la realización de la dignidad humana de todos los miembros de la sociedad. Esta finalidad de la salud reproductiva señala que las necesidades reproductivas de las personas deben reconocerse en las metas fijadas por los gobiernos, convirtiendo a las políticas y los programas en vehículos para promoverla y garantizarla para todos los miembros de la sociedad; lo cual quiere decir también que el rediseño de las políticas, programas y servicios de salud reproductiva tiene que hacerse dentro del marco ético de respeto por los derechos humanos, si se tiene en cuenta el proceso de definición de los derechos fundamentales a partir de las necesidades básicas de las personas.

#### **1. Salud sexual**

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

La salud sexual ha sido definida por la OMS como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor.

La salud sexual es la capacidad que tienen mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, violencia, ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente y/o de tener embarazos no planificados o no deseados. La salud sexual significa ser capaz de expresar y sentir placer, tener relaciones sexuales que se desean y se escogen. Supone tener relaciones sexuales sin riesgos y tener acceso a educación sexual y servicios de salud integrales.

Una sexualidad sana exige conocimiento de sí mismo/a, respeto hacia uno/a mismo/a y hacia los demás, comprensión, responsabilidad en el manejo de la libertad, sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades propias y de otras personas.

La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual<sup>2</sup>.

## **2. Salud reproductiva**

La salud reproductiva es la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Incluye el derecho de acceder a la información, a los métodos de regulación de la fertilidad y a servicios de salud integrales.

Estas definiciones implican que las personas tengan la capacidad de reproducirse, que puedan hacerlo con los mínimos riesgos, que se pueda regular la fertilidad de modo que las personas o las parejas puedan decidir libremente si tener o no hijos, cuantos y cuando, y que puedan disfrutar de relaciones sexuales sanas, felices y voluntarias. También implican que la reproducción se complete de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y desarrollo del lactante de modo que los hijos y las hijas puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta. Implica además que la mujer puede vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para su salud, y que las personas pueden tener relaciones sexuales seguras.

Sobre este tema, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD estableció ***"el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva"*** y ***"el propósito de los programas de planificación de la familia debe permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces"***.

---

<sup>2</sup> Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Para ejercer las decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, en el contexto del respeto y protección que los derechos humanos, las personas deben contar con toda la información, educación y orientación en materias de sexualidad y reproducción, así como también con servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva y con medios o métodos adecuados a ello; así como también a ser informadas y asesoradas con el fin de permitir la vivencia de la sexualidad libre del riesgo de contraer enfermedades, incluyendo infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y embarazos no deseados o no planificados.

El concepto de salud sexual y reproductiva está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, más que en metas poblacionales, programáticas o políticas. En este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud, más que objetos pasivos, porque se trata de un enfoque integral, que trasciende el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobra una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida.

La Política Nacional De Salud Sexual y Reproductiva diseñada en 2003 tuvo en cuenta que los bajos niveles de salud sexual y reproductiva están asociados con los bajos niveles de educación, la pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, el desplazamiento de la población o la localización en zonas de conflicto, comportamientos que generan riesgo, el inicio temprano de relaciones sexuales y algunos estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y las relaciones afectivas.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la salud sexual y reproductiva son las deficiencias de calidad y bajo acceso a los mismos, la atención fragmentada, la falta de conocimiento de las normas o la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción. Así mismo, hay esquemas de prestación de servicios que no se ajustan a las características de las mujeres y sus familias, como tampoco existen modelos integrales de gestión en salud sexual y reproductiva.

De otra parte, la posibilidad de beneficiarse de la tecnología en salud de forma oportuna está mediada por tres elementos: el conocimiento que tienen las mujeres y las familias acerca de cuándo, dónde y por qué solicitar ayuda; las barreras geográficas y económicas que debe enfrentar y por la posibilidad de hacer uso de los servicios sin interferir en sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar.

No obstante debemos precisar que alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, está estrechamente ligado a las condiciones de vida, a un clima social tolerante con la libre opción sexual y de género y la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades sociales, en especial, en el acceso a información y a servicios de salud reproductiva<sup>3</sup> que garanticen una maternidad segura, la reducción de la mortalidad materna, la planificación familiar, el embarazo de adolescentes y cáncer de cuello uterino.

---

<sup>3</sup> **RAMOS**, Silvina. "Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud. Cedes. Ministerio de Salud de Argentina / Conapris, CLAP (OPS/OMS), Buenos Aires.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

#### **IV. FALENCIAS DE LA PRODUCCIÓN ESTADÍSTICA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La producción estadística ha sufrido un deterioro paulatino en calidad y cobertura en Colombia. Las estadísticas vitales como la salud y en particular, la salud sexual y reproductiva, no existen o, si existe algún registro, este no obedece a un tratamiento diferenciado para el reconocimiento de las problemáticas que afectan la vida, la calidad de vida y la salud de las y los colombianos, para la definición de las políticas públicas que el Estado debe proyectar, ejecutar y monitorear para efectos de garantizar la realización de derechos como el de la atención de la salud integral de la población.

En lo que respecta a la medición de la mortalidad materna, encontramos un sub-registro dadas las grandes falencias que presenta la calidad del sistema de información, debido a la falta de información completa en el certificado de defunción, aún el diligenciado por el médico. En Colombia no se dispone de estos datos desde 1988, haciendo muy difícil el monitoreo y evaluación de esta causa de muerte prevenible.

#### **V. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA<sup>4</sup>**

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006 parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

La política también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica, sobre el planteamiento básico que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público.

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedad, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación

---

<sup>4</sup> Ministerio de la Protección Social, Bogotá, febrero de 2003.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas.

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

## **1. Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010**

En el Plan Nacional de Salud Pública<sup>5</sup> 2007 – 2010, se establece como prioridad el tema de la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en que sus lineamientos son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial, para cuyo efecto, se han seleccionado una serie de estrategias con base en evidencia y en la investigación, para garantizar su idoneidad y efectividad, así:

- 1) Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva;
- 2) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva;
- 3) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual;
- 4) Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva;
- 5) Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, Cades, taquillas para eventos, entre otros;
- 6) Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

---

<sup>5</sup> Decreto No. 3039 de 2007.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Además entre las metas nacionales en materia de salud sexual y reproductiva se destacan:

- 1) Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2007).
- 2) Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS 2005).
- 3) Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, INC/DANE 2004).
- 4) Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004).
- 5) Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).

## **2. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**

En relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Conpes Social 91 de 2005 establece las metas y estrategias que Colombia se ha trazado para su logro hasta el año 2015 y, en orden, en el Objetivo 5: *Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva*, las metas que se ha propuesto el gobierno alcanzar son las siguientes:

1. Reducir a la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos
2. Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales
3. Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado a 95%
4. Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 75% y a 65% entre la población de 15 a 19
5. Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%
6. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por cien mil mujeres.

Gloria Inés Ramírez Ríos  
Senadora de la República elegida por el PDA

## VI. PANORAMA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN COLOMBIA<sup>6</sup>

En opinión de varios organismos de Naciones Unidas, Colombia es el cuarto país del continente Suramericano con mayor índice de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Ecuador, siendo las causas más frecuentes la hemorragia (25%), la eclampsia (32%), el *shock* séptico (10.7%) y las convulsiones.<sup>7</sup> Adicionalmente, si la mujer embarazada se encuentra en edad adolescente, sus riesgos de morir por causas prevenibles tienden a duplicarse en comparación con mujeres en edad adulta<sup>8</sup>.

De acuerdo a un estudio del Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Colombia tiene uno de los más altos índices de embarazo adolescente en la región, presentándose un aumento entre 2000 y 2005 de 17.4% a 20.5% entre mujeres entre los 15 y los 19 años de edad.<sup>9</sup> En cuanto a las regiones más afectadas por la mortalidad materna como por los altos índices de embarazo adolescente, se destacan los asentamientos rurales y zonas de frontera. La población mayoritariamente afectada por esta problemática, son, de acuerdo al UNFPA, las mujeres en situación de vulnerabilidad por cuenta del desplazamiento forzado, las mujeres indígenas y las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos<sup>10</sup>.

En el año 2004 el Comité de Derechos Humanos en su examen de seguimiento a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos expuso al Estado colombiano su preocupación por la criminalización del aborto y la situación de riesgo de las mujeres que deben someterse a abortos clandestinos e inseguros; en esa oportunidad recomendó que: *“El Estado Parte debería velar para que la legislación aplicable al aborto sea revisada para que los casos anteriormente descritos no constituyan una ofensa penal”*<sup>11</sup>.

Dos años después, Colombia dejó de ser uno de los pocos países en América Latina donde el aborto es considerado totalmente como un delito; la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006, realizó un examen armónico entre las normas del Código Penal, la Constitución Política y los Tratados de Derechos Humanos ratificados por Colombia y, concluyó que penalizar de manera absoluta el aborto, significaba una carga desproporcionada para las mujeres y una violación sistemática de los derechos fundamentales a la dignidad, la vida, la integridad, la salud integral, la igualdad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Producto de esa decisión jurisdiccional, en Colombia, como una excepción a la ley penal, no se constituye el delito de aborto: *“(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificado por un médico; y (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente*

<sup>6</sup> [www.despenalizacióndelaborto.org.co/](http://www.despenalizacióndelaborto.org.co/)

<sup>7</sup> <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=SS--1--&x=57387>

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> <http://www.unfpacolombia.org/menuSup.php?id=5>

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> CCPR/CO/80/COL26 de mayo 2004.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

*denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas o de incesto”<sup>12</sup>.*

En acatamiento de tal decisión, el Ministerio de la Protección Social expidió una serie de normativas que fijaron los lineamientos para la prestación de los servicios de atención de la Interrupción voluntaria del embarazo, IVE. A pesar de ello, existen graves problemas de acceso a los servicios de salud y de administración de justicia que dilatan o niegan la prestación del servicio de atención en salud, como la objeción de conciencia corporativa y las trabas administrativas que se han constituido en verdaderos obstáculos para que las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir y se haga efectivo el aborto legal y seguro en Colombia.

Es evidente que en el país existen graves falencias en los sistemas de información, por lo cual existe un sub-registro sobre los casos de aborto inseguro; pero más aún, no se sabe cuántas mujeres están acudiendo a los servicios de salud sin que su problemática sea resuelta, por cuanto el mecanismo para el reporte de la información no ha sido el adecuado y adicional a ello, no existen criterios claros de medición y cumplimiento de la sentencia, que conduzcan a la identificación y superación de las principales problemáticas que enfrentan las mujeres al momento de solicitar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo bajo las precisas circunstancias establecidas por el Tribunal Constitucional.

Además, existen dificultades para la asimilación del tema por parte de altos funcionarios del gobierno, cuya función constitucional y legal es la de garantizar la efectiva realización de los derechos humanos, como es el caso del Representante del Ministerio Público, en cuyas actuaciones pesan los argumentos de tipo moralista y confesional, que ponen en conflicto el criterio fundacional de la Constituyente de 1991, de que Colombia es un Estado Laico, que propende por la libertad religiosa, la libertad de conciencia y ejerce el secularismo como forma de opinión, pensamiento y acción, desde sus instituciones jurídico políticas y en la construcción de su tejido social y cultural, refirmando su autonomía respecto de las instituciones y los credos religiosos.

De esta forma, su obstinación está poniendo en riesgo los avances logrados por el Movimiento de Mujeres del país en relación con la protección de sus derechos sexuales y reproductivos y, en particular con la despenalización parcial del aborto, ante la intencionalidad política del funcionario de acudir a todos los recursos que provee el ordenamiento jurídico interno, para impugnar la decisión del Alto Tribunal Constitucional y las decisiones de carácter administrativo que el gobierno colombiano ha adoptado en acatamiento de la Constitución y de los Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos de las Mujeres, para entorpecer o volver nugatorio su ejercicio.

Otra de las estrategias más recurrentes es la usada por el personal médico y de enfermería para disuadir a la peticionaria de la terminación voluntaria de su embarazo, al brindarle una información errónea sobre los riesgos, sobre el manejo del dolor y los efectos secundarios para la salud de la mujer que pueda sobrevenir a la intervención.

---

<sup>12</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006, M.P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Por otro lado, otro de los mayores obstáculos se halla en la falta de entrenamiento médico para el proceso de habilitación del servicio en todos los niveles de atención y en las normas técnicas, los protocolos internos de las instituciones y las acciones de discriminación y estigmatización contra las mujeres; debiendo éstas acudir a servicios de alta complejidad, lo que eleva los costos de su prestación, dilata el trámite para la solicitud y, en definitiva vuelve nugatorio el derecho, colocando en alto riesgo la salud física y mental de la mujer.

## **VII. MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA**

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta la vida de las mujeres, que se constituye en una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia porque lesiona seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños, trayendo como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general<sup>13</sup>, razón por la cual se debe evaluar desde la perspectiva de los derechos humanos, la equidad social y la salud pública.

La muerte materna se define como el deceso de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada por éste, sin tener en cuenta su duración<sup>14</sup>, que según las Estadísticas Vitales del DANE, la razón de mortalidad materna a 2007 alcanza el 75.57 por cada 100.000 nacidos vivos y la proyección hacia el año 2015 se estima será del 52,07 por 100.000 nacidos vivos. En el siguiente cuadro se puede establecer la evolución que ha tenido el fenómeno en los siete últimos años.

| <b>Año</b> | <b>Muerte Materna</b> |
|------------|-----------------------|
| 2000       | 790                   |
| 2001       | 714                   |
| 2002       | 591                   |
| 2003       | 553                   |
| 2004       | 569                   |
| 2005       | 526                   |
| 2006       | 536                   |
| 2007       | 536                   |
| 2008       | 449                   |
| 2009       | 510                   |
| 2010       | 415                   |

Fuente: DANE 2010

<sup>13</sup> BERG, C. "Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna". Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996.

<sup>14</sup> DANE/FNUAP. "La Mortalidad Materna en Colombia" Estimaciones departamentales y Municipales. Autora Leticia Jaramillo, Bogotá, 1999, pag. 20.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Según la información reportada por el DANE en el año 2011, la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 71,22 por cada 100.000 nacidos vivos, presentando una disminución en el tiempo respecto a la tasa presentada en el año 2000. Sin embargo, se ha presentado un incremento durante el período 2009-2010, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para el 2014.

Las cifras varían a lo largo del territorio nacional. Para el 2011 los departamentos de Chocó, Vichada, San Andrés y Providencia, Cauca, La Guajira, Putumayo, Guainía, Guaviare y Vaupés, presentaron tasas de mortalidad materna por encima de 150 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Preocupan en particular las tasas presentadas en Chocó y Vichada, por encima de 300 muertes por cada 100.000 NV. Por otra parte solamente Bogotá, D.C. y los departamentos de Boyacá, Santander y Quindío logran tener para 2010 tasas de mortalidad por debajo de 40 muertes por 100.000 NV.

En algunos de los departamentos con mayores tasas de mortalidad materna durante los últimos años, también se encuentra el menor porcentaje de partos institucionales y en la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el 2010 se refleja que esos mismos departamentos tenían el porcentaje más alto de mujeres con menos de cuatro controles prenatales por un profesional de la salud (recomendación de OMS y UNICEF) y más bajo porcentaje de partos institucionales, tendencia que se veía desde la pasada encuesta en el 2005.

Según la ENDS 2010, el 77% de las mujeres encuestadas iniciaron control prenatal a los 4 meses y la mediana estuvo en 2,7 meses. Se observó también que, las mujeres con un mayor nivel de educación y un mayor nivel de riqueza, tenían un número mayor de controles prenatales, siendo el 97% el índice para las mujeres que viven en lugares de mayor riqueza. Las mujeres que no tuvieron controles prenatales, según la encuesta, son menores de 20 años y mayores de 34 años con más de tres hijos, residentes en el área rural, sin educación y con un índice de riqueza muy bajo. Esto se observa principalmente en Chocó, Vaupés, Vichada y Guainía, donde también hay mayor tasa de mortalidad infantil.

Lo anterior indica que en Colombia se debe continuar trabajando en las actividades propuestas en el Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna, en el que el Ministerio de Salud y Protección Social establece la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública, sin obtener el impacto propuesto. Para reducir la mortalidad materna, así como ocurre en los países que tienen menores posibilidades económicas y de accesibilidad a los servicios de salud que el nuestro, los entes territoriales y el Ministerio de Salud y Protección Social deben fortalecer los programas de atención primaria en salud, fortaleciendo los programas de educación para la salud materna, sexual y reproductiva, la búsqueda activa de población embarazada, identificación de mujeres adolescentes con bajo nivel educativo y no escolarizadas principalmente en zonas rurales. No obstante este proceso requiere involucrar activamente a las EPS, exigiéndoles resultados positivos en la población asegurada.

Durante el año 2010 se notificaron y registraron 415 casos de Mortalidad Materna, 15 menos que los presentados durante el 2009. Estos eventos de mortalidad, por departamento se pueden apreciar en el Cuadro N° 1, evidenciándose una concentración de la **mortalidad evitable por riesgo obstétrico** del 38% en 4

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

Entidades Territoriales: el Distrito Capital (44 casos), Córdoba (37 casos), Antioquia (34 casos) y Valle (32 casos).

**Cuadro N° 1**  
**COLOMBIA, MORTALIDAD MATERNA 2010**

|              |    |                 |    |
|--------------|----|-----------------|----|
| Amazonas     |    | Guajira         | 10 |
| Antioquia    | 34 | Guaviare        | 1  |
| Arauca       | 5  | Huila           | 6  |
| Atlántico    | 6  | Magdalena       | 12 |
| Barranquilla | 7  | Meta            | 7  |
| Bogotá       | 44 | Nariño          | 18 |
| Bolívar      | 10 | Norte Santander | 18 |
| Boyacá       | 13 | Putumayo        | 10 |
| Caldas       | 7  | Quindío         | 4  |
| Caquetá      | 13 | Risaralda       | 6  |
| Cartagena    | 7  | San Andrés      |    |
| Casanare     | 3  | Santander       | 9  |
| Cauca        | 19 | Santa Martha    | 6  |
| Cesar        | 12 | Sucre           | 8  |
| Chocó        | 10 | Tolima          | 15 |
| Córdoba      | 37 | Valle           | 32 |
| Cundinamarca | 10 | Vaupés          |    |
| Guainía      |    | Vichada         | 1  |

Fuente: Sivigila 13 - Boletín Epidemiológico Instituto Nacional de Salud, Semana Epidemiológica N° 1 del 2011

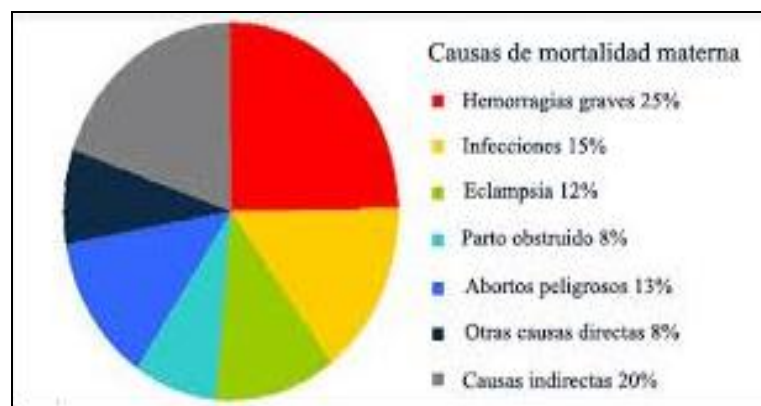
*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

## 1. Causas de la Mortalidad Materna en Colombia

Una de las principales causas de mortalidad en las mujeres se debe a la falta de cuidado médico durante el embarazo, el parto y el postparto. Se calcula que por lo menos un 35% de las mujeres en los países subdesarrollados no reciben cuidados prenatales (en algunos países el porcentaje de cobertura prenatal es sólo del 26%); el parto en un 45% de los casos se realiza sin contar con personal entrenado y un 70% no recibe atención posparto. En cambio, el cuidado materno infantil es casi universal (98%) en el mundo desarrollado.

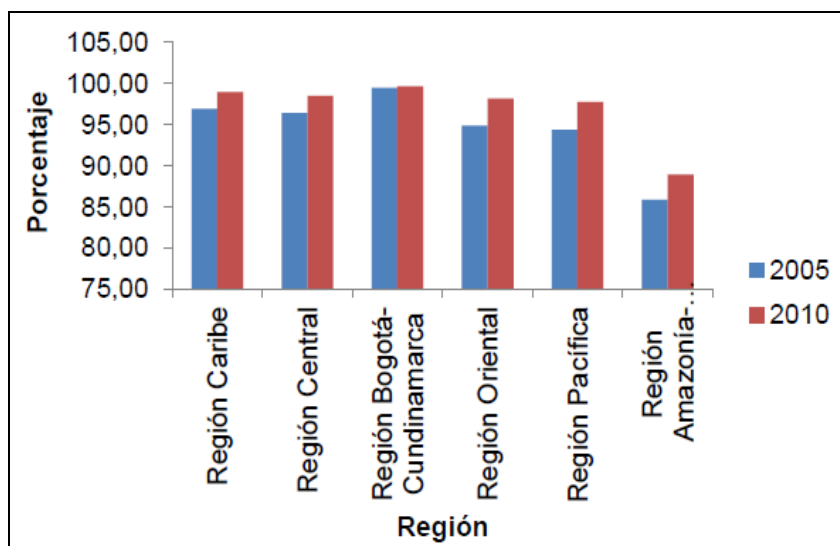
Las mujeres también mueren por tener embarazos y partos estando muy jóvenes. Para las adolescentes entre los 15 y 19 años, las probabilidades de morir en el parto se duplican y para las menores de 15 años, estos riesgos se multiplican por cinco.

Las muertes también se deben a los embarazos no deseados. Estos pueden suceder por dos razones principales: porque la pareja no estaba utilizando métodos anticonceptivos o porque falló el método. Son muchísimas las razones por las cuales las personas no utilizan métodos anticonceptivos. Las más fuertes son la falta de acceso a la información y a los servicios de planificación familiar, el incesto o la violación, las razones religiosas, la ignorancia, y la limitada capacidad de decisión que tienen las mujeres. Se estima que entre un 19 y 34% de las mujeres en edad fértil en América Latina no han satisfecho sus aspiraciones anticonceptivas, razón por la cual los datos epidemiológicos acerca de la mortalidad materna están relacionados con la falta de servicios de planificación familiar.



Dentro de las causas de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad. En Colombia la atención institucional del parto aumentó un 2,01% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,43% y 3,06% respectivamente. La región que menor porcentaje de incremento experimentó fue la región Bogotá-Cundinamarca con un 0,22%.

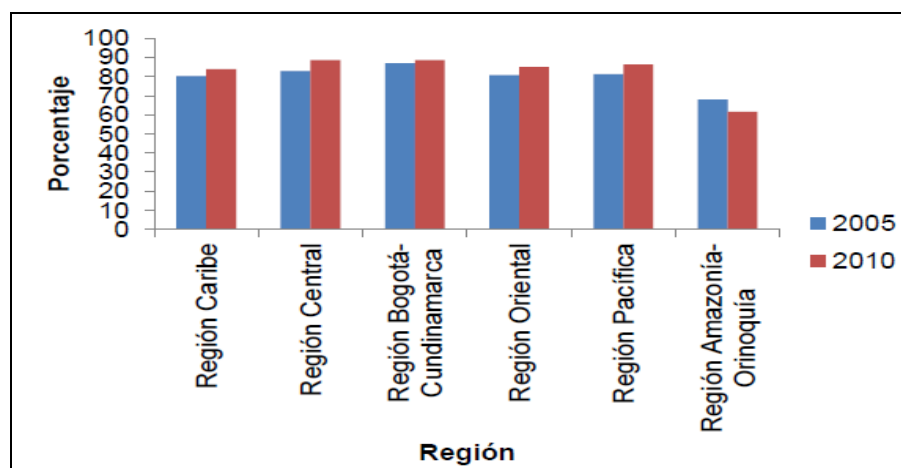
*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*



Fuente: DANE y Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2010.

## 2. Cobertura de atención institucional del parto, según regiones. Colombia, 2005 y 2010

De acuerdo con la ENDS, el 95,4% de las mujeres encuestadas manifestaron haber tenido atención de parto institucional. El porcentaje de atención es más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio.



Fuente: DANE, y Sistema de Información en Salud del Ministerio de la Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

### **3. Las mujeres también mueren por falta de derechos**

Las relaciones de poder desigual en general restringen la capacidad de las mujeres para tomar decisiones. Hay innumerables casos de mujeres que requieren del permiso de su marido para asistir a un centro de salud. Aún cuando desde el punto de vista jurídico no necesiten de este permiso, el acceso inequitativo a los recursos en la familia y en la sociedad hace que las mujeres no sean independientes y que su capacidad para tomar decisiones se vea ampliamente restringida.

### **4. Lo mismo puede decirse en cuanto a las adolescentes**

Ellas igualmente tienen poco poder de decisión. Adicionalmente es rara la ocasión en que cuentan con el poder o con la confianza para negarse a tener relaciones sexuales si no lo desean. Lo cierto es que la mayoría de las muertes maternas por estas causas podrían ser evitadas con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso de parto y un buen seguimiento de las pacientes después del parto. Los datos empíricos demuestran que existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud reproductiva, en general.

Además se debe tener en cuenta que son varios los factores que limitan el acceso de las mujeres a estos servicios. Entre las barreras que limitan el acceso de las mujeres a la atención de salud, se incluyen:

- **La distancia y falta de transporte:** casi el 80% de las mujeres de áreas rurales vive a más de cinco kilómetros del hospital más cercano, y muchas no tienen forma de llegar a los servicios de salud salvo caminando, incluso cuando ya han comenzado el trabajo de parto.
- **Costo:** millones de mujeres no pueden costear el uso de los servicios, incluso cuando estos son baratos o gratuitos. Esto obedece a los costos adicionales, a veces ocultos, que las pacientes deben pagar: transporte, elementos médicos, e incluso alimento y alojamiento para ellas mismas y su familia.
- **Interacción con los proveedores:** a menudo los proveedores de salud tienen un trato rudo, poco acogedor y descuidado con las usuarias. Frecuentemente no respetan las preferencias culturales, por ejemplo: la privacidad, la posición a la hora del parto o los deseos de ser atendida por mujeres.
- **Factores socioculturales:** las mujeres colombianas como en el resto del mundo carecen del poder de tomar decisiones acerca de su salud y sus vidas, con negativas consecuencias para su salud sexual y reproductiva. La tradición, las costumbres familiares e incluso las leyes limitan la toma de decisiones de las mujeres y sus derechos en lo que se refiere a la opción de la maternidad, la anticoncepción, la iniciación de las relaciones sexuales y si se busca o no atención médica y cuándo, está mediada por la autorización del cónyuge, incluso para acudir a tratamientos que pueden salvar sus vidas. En situaciones más extremas, son las suegras quienes deciden si las mujeres pueden utilizar los servicios disponibles.

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

De lo anterior podemos concluir que las altas tasas de mortalidad materna, con frecuencia son el resultado de factores culturales, médicos y socioeconómicos que demeritan las condiciones y la salud de la mujer y la niña, cuyo factor riesgo aumenta por el hecho de ser mujer, puesto que el sexo y el género, es decir los factores biológicos y socioculturales, juegan un papel muy importante en la definición de la salud.

A parte de lo anterior, prevalecen muchos factores que contribuyen a la muerte materna y algunos se conjugan con otros, aumentando el riesgo de muerte que afronta la mujer embarazada. Una lectura más cuidadosa de los factores que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el postparto, nos permite deducir que las causas de las muertes maternas van mucho más allá del embarazo que las puede desencadenar, y que es en la vida de la mujer y de la niña donde hay que buscarlas.

Así, la mortalidad materna como problema de la salud reproductiva de la mujer, puede explicarse por una causa inmediata, la ausencia de atención obstétrica; por causas intermedias, como el agotamiento y la anemia causada por multiparidad y los cortos intervalos entre partos; o por causas estructurales como la pobreza.

## **5. La mortalidad materna es asunto de Derechos Humanos<sup>15</sup>**

Los gobiernos y organismos internacionales han adoptado diversos compromisos frente a la mortalidad materna reconociendo que la maternidad sin riesgo es un Derecho Humano de la Mujer, frente al cual el Estado tiene el deber de asegurar que toda mujer reciba el cuidado que necesita para mantenerse segura y saludable durante el embarazo y el parto.

De ahí que las muertes evitables son imputables al Estado y pueden ser el fundamento de la responsabilidad estatal al relacionar la mortalidad materna con omisiones del Estado en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales frente a los Derechos Humanos Reproductivos de la Mujer. No abordar las causas evitables de mortalidad materna es una forma de discriminación contra las mujeres. Es decir, la tragedia ignorada de la mortalidad materna no solo es un problema de salud; **es una violación de los Derechos Humanos de las Mujeres.**

La Recomendación General No. 24 del Comité de la CEDAW interpretó el artículo 12 de la Convención que hace alusión a "La Mujer y la Salud", al señalar que los deberes legales de los Estados Partes se concretan: respetando sus derechos, no obstaculizando su ejercicio, protegiéndolos y aplicando las acciones positivas contra terceros que atenten contra ellos y en cumplirlos, adoptando las medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole, en el mayor grado de los recursos disponibles, para que la mujer pueda disfrutar de una salud sexual y reproductiva satisfactoria y segura.

---

<sup>15</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994; Plataforma de Acción Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995; Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Arts. 12.2 y 14.2 (b); Convención sobre los derechos del Niño, 24.2 (d); Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, Programa de Acción, 47; Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Declaración de los Compromisos, 2(b) y 6(p).

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

## **6. El derecho a los beneficios del progreso científico<sup>16</sup>**

Es importante hacer mención de este aspecto, por cuanto muchas de las técnicas modernas de control y promoción de la fecundidad y de la reproducción asistida, son resultado del progreso científico. El hecho de que la mujer se haya liberado de los embarazos no deseados mediante métodos anticonceptivos seguros, eficaces y convenientes se logró gracias al progreso científico, razón por la cual, el derecho de acceso a los beneficios del progreso científico exige que los Estados Partes faciliten el uso de métodos comprobados, seguros y efectivos que favorezcan las interpretaciones de la ley existente para facilitar su uso.

La maternidad se vuelve segura si los gobiernos le dan la alta prioridad que requiere. Invertir en la maternidad segura genera una altísima relación “costo – beneficio” a la sociedad, por cuanto al promover la salud de la mujer, se logra también beneficiar la salud de su familia, impulsar la fuerza laboral, fomentar el bienestar de la comunidad y reducir la pobreza doméstica.

## **7. La importancia de la Función de los Observatorios**

Las principales funciones de los Observatorios son la investigación, el análisis, la vigilancia, el monitoreo, la recolección de información relacionada con las políticas públicas y la producción de insumos para aumentar los conocimientos de la sociedad en determinados temas, servir de referente para la toma de decisiones en la implementación de programas, planes, proyectos y actividades, así como también contribuir a la procuración de la justicia y la equidad y al respeto y reconocimiento de los derechos de las víctimas de violencia y la discriminación, que se pueden sintetizar en los siguientes cuatro ejes temáticos:

- 1) Investigación e información
- 2) Comunicación y difusión
- 3) Educación
- 4) Advocacy o Incidencia en Política Pública

## **VII. EXPERIENCIA EN AMÉRICA LATINA**

Algunos observatorios sobre equidad de género en la región latinoamericana son los siguientes:

### **1. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. CEPAL<sup>17</sup>**

Este observatorio analiza y hace visible el cumplimiento de metas y objetivos internacionales en torno a la igualdad de género. Pone a disposición de los gobiernos indicadores estratégicos de género y herramientas

<sup>16</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art.27; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Art.15; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 15(1); Convención Interamericana de Derechos Humanos, art.26.

<sup>17</sup> <http://www.eclac.cl/oig/>

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

analíticas para la formulación de políticas. Mantiene actualizado el seguimiento de la autonomía política, física y económica de las mujeres, relevantes para la igualdad de género.

Brinda apoyo técnico y capacitación a los productores de estadísticas oficiales de los Institutos Nacionales de Estadística y los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer en países que lo soliciten para el procesamiento de datos estadísticos y la generación de los indicadores seleccionados del Observatorio. Realiza un informe anual que proporciona un diagnóstico sobre las desigualdades entre mujeres y hombres en temas clave como el trabajo remunerado y no remunerado, el uso del tiempo y pobreza, el acceso a la toma de decisiones y representación política, la violencia de género y la salud y derechos reproductivos.

## **2. Observatorio de Género y Pobreza (México)<sup>18</sup>**

Este observatorio es un proyecto conjunto de El Colegio de México (COLMEX), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Esta iniciativa de investigación se funda en la idea de que la pobreza femenina posee matices particulares, ya que la desigualdad económica, sumada a la desigualdad de género, convierte a las mujeres pobres en uno de los grupos más marginados de la población.

## **3. Observatorio Género, Democracia y Derechos Humanos OGDDHH- (Colombia)<sup>19</sup>**

El Observatorio Género, Democracia y Derechos Humanos OGDDHH, es el resultado de los aprendizajes de un equipo de trabajo que por más de 10 años ha venido luchando por la restitución de los derechos de las mujeres y l@s jóvenes en situación de conflicto armado, al interior de territorios afectados por la guerra en Colombia. Esta lucha, ha permitido llevar a organizaciones de mujeres de base a obtener menciones espaciales del Premio Nacional de Paz en el año 2005 y del premio Rey de España en Derechos Humanos durante el 2006, así como a ser parte fundamental de la construcción de la Ciudad de las Mujeres de la Liga de Mujeres Desplazadas, y a la visibilización de la situación sistemática de las violaciones de los derechos de las mujeres en situación de desplazamiento en el marco del conflicto interno armado en Colombia, que a su vez hizo viable -junto al trabajo de otras organizaciones de mujeres- la visita oficial a Colombia de las Relatoras de violencia contra las mujeres del Sistema de Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos y a formar parte del Caucus de Justicia de Género para la Corte Penal Internacional entre otros.

## **4. Observatorio de Género y Pobreza de Argentina<sup>20</sup>**

Este observatorio es un proyecto conjunto de El Colegio de México (COLMEX), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Esta iniciativa de investigación se funda en la idea de que la pobreza

---

<sup>18</sup> <http://ogp.colmex.mx/>

<sup>19</sup> <http://observatoriogenero.org/magazine/default.asp>

<sup>20</sup> <http://www.generoypobreza.org.ar>

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

femenina posee matices particulares, ya que la desigualdad económica, sumada a la desigualdad de género, convierte a las mujeres pobres en uno de los grupos más marginados de la población.

## **5. Observatorio de Igualdad de Género. INSTRAW<sup>21</sup>**

Durante la X Conferencia Regional sobre la Mujer celebrada en Quito, Ecuador (2007), los estados miembros de la CEPAL solicitaron la constitución de un observatorio sobre la igualdad de género. La participación del UN-INSTRAW en esta iniciativa se enmarca en el Proyecto “Fortalecimiento de la gobernabilidad con enfoque de género y la participación política de las mujeres a nivel local” del UNINSTRAW/ AECID, que busca fortalecer el liderazgo político de las mujeres en la planificación y gestión de los gobiernos locales en América Latina.

La secretaría técnica del Observatorio quedó a cargo de la CEPAL, a través de su División de Asuntos de Género, con el fin de implementar esta iniciativa y coordinar los esfuerzos tanto de otros organismos de Naciones Unidas y de cooperación involucrados, como de los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer y los Institutos Nacionales de Estadística de los países de la región.

El Observatorio, que será una herramienta para los gobiernos, los foros regionales y la sociedad civil, busca contribuir al análisis de la realidad regional, dar seguimiento a las políticas públicas en materia de igualdad de género y difundir buenas prácticas, brindar apoyo técnico y capacitación a los Institutos Nacionales de Estadística (INE) y a los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer (MAM) de los países que lo soliciten. Actualmente el Observatorio se encuentra en fase preparatoria.

## **6. Observatorio de Género - Universidad Carlos III de Madrid<sup>22</sup>**

El Observatorio de Género nace como un proyecto universitario, desarrollado con la colaboración de varios profesores de Derecho Constitucional de las Universidades Carlos III de Madrid y Universidad Nacional de Educación a Distancia (U.N.E.D.), que tiene como objetivo fundamental la documentación y formación en la igualdad de género. A través de ponencias, mesas de trabajo y seminarios, impartidas o desarrolladas por expertos en el ámbito político, jurídico, empresarial, laboral y social.

Pretende crear un diálogo que trascienda lo meramente académico y que fortalezca las relaciones de igualdad entre hombres y mujeres en nuestra sociedad. La insuficiencia de instrumentos jurídicos para favorecer la integración equiparada en derechos de la mujer en el mundo laboral, los problemas existentes en la conciliación real de la vida laboral y profesional, la falta de instrumentos jurídicos para favorecer su integración en la vida política, el nuevo contexto originado por el intenso flujo migratorio que agrava la situación de la mujer extranjera y, sobre todo, el trágico problema de la violencia de género, ha situado en un primer plano de la opinión pública a la mujer, su dignidad y la necesaria equiparación en derechos.

<sup>21</sup> <http://www.un-instraw.org/en/proyecto-participacion-politica/general/observatorio.html>

<sup>22</sup> <http://www.uc3m.es/uc3m/inst/MGP/observatorio/index.html>

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

## **7. Observatorio Ciudad y Violencias de Género (Santiago de Chile)<sup>23</sup>**

El Observatorio Ciudad y Violencias de Género es un espacio interinstitucional para el análisis, intercambio y difusión, de experiencias impulsadas por distintos actores y a distintas escalas, en torno a los fenómenos de violencia urbana y violencia de género. Se lleva a cabo en Santiago de Chile en el marco del Programa Regional “Ciudades sin violencia hacia las mujeres, ciudades seguras para tod@s”, de la Oficina Brasil y Países del Cono Sur del Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), apoyado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

## **8. Observatorio Género y Justicia (Women's Link Worldwide)<sup>24</sup>**

Este observatorio conecta a activistas de derechos humanos con herramientas y recursos de vanguardia que incluyen: resúmenes analíticos y textos de decisiones de cortes y tribunales nacionales e internacionales, un análisis sistemático de estrategias para trabajar con cortes y tribunales. El Observatorio fomenta estrategias legales creativas e innovadoras para la implementación de estándares internacionales de derechos humanos y tiene la gran ventaja de ofrecer una perspectiva comparada a nivel regional y global que sirve de apoyo al trabajo de activistas de derechos humanos. El observatorio contiene casos importantes de varios países y regiones del mundo, principalmente de Latinoamérica y Europa.

## **9. Observatorio de la Violencia de Género (España)<sup>25</sup>**

Diariamente el observatorio recopila, a través de los medios de comunicación, noticias, opiniones e informes que puedan ser de interés no sólo para profesionales en la materia, sino además para la población en su conjunto. El Observatorio cuenta además con una Base de Datos de Buenas Prácticas que recoge proyectos y experiencias prácticas que han dado buenos resultados en las diferentes modalidades de intervención en violencia de género (sensibilización, prevención, detección o recuperación del daño).

## **10. Observatorio Género y liderazgo de Chile<sup>26</sup>**

El Observatorio de Género y Equidad recoge las luchas de las mujeres chilenas por la ampliación de la ciudadanía y la construcción de una sociedad igualitaria, basada en el respeto a los derechos humanos y la diversidad. Esta lucha, cuyos primeros pasos se asientan en el siglo XIX, ha tenido miles de protagonistas, momentos de gran visibilidad y otros de latencia, triunfos y retrocesos. Al iniciar el siglo XXI enfrenta nuevos desafíos. Este Observatorio pretende ser un instrumento eficaz para las luchas de este siglo.

## **11. Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres<sup>27</sup>**

---

<sup>23</sup> <http://ciudadyyviolenciadegenero.sitiosur.cl/>

<sup>24</sup> [http://www.womenslinkworldwide.org/prog\\_gjo.html](http://www.womenslinkworldwide.org/prog_gjo.html)

<sup>25</sup> <http://www.observatorioviolencia.org/>

<sup>26</sup> [http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/index.php?option=com\\_frontpage&I](http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/index.php?option=com_frontpage&I)

<sup>27</sup> <http://www.observatoriomujeres.org.ve>

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

El Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres, se crea en julio del 2006, a raíz de la elaboración y presentación del informe Sombre sobre Venezuela en la XXXIV del Comité de Expertos de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), realizado en Enero de 2006, en las Naciones Unidas, New York. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de las obligaciones del Estado venezolano derivadas de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, de la CEDAW , del Pacto Internacional para la Prevención , Erradicación y Atención de la Violencia contra la Mujer , “Convención Belem do Pará” y otros tratados y declaraciones que protegen los derechos humanos de la Mujer.

## **12. Observatorio de la Violencia de Género contra la Mujer<sup>28</sup>**

El Observatorio de la Violencia de Género contra la Mujer, tiene la vocación de ser un espacio crítico y movilizador de personas comprometidas con la búsqueda y la construcción de relaciones de equidad y el respeto a la diversidad. Incluye información actualizada y sistematizada, dirigida a personas investigadoras, la academia, estudiantes, tomadores y tomadoras de decisiones, prestadores y prestadoras de servicios, jueces y juezas, movimiento de mujeres y feminista y público en general, interesado, en profundizar las causas y efectos de la violencia social y violencia de género; donde las principales afectadas son las mujeres por las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran. Además incluye investigación de indicadores de género y políticas públicas relacionadas con la violencia contra las mujeres, así como un espacio virtual para la difusión de estrategias de prevención y acción en contra de la violencia de género.

## **13. Observatorio de Política Social y Derechos Humanos<sup>29</sup>**

El Observatorio de Política Social y Derechos Humanos realiza actividades de monitoreo y control ciudadano de la política social, en los temas de salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, programas de combate a la pobreza, políticas sociales para la equidad y familias en el marco de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través del seguimiento a la política pública y a los cambios legislativos y judiciales en la materia, con base en un Sistema de Indicadores (SIDESC). Su objetivo es construir un mecanismo desde la sociedad civil que recabe, sistematice, analice y difunda información e indicadores de política social y cambios legislativos y judiciales en esta materia, para conocer la situación que guarda la realización de los derechos humanos, en especial de los DESC, en los ámbitos nacional y estatal.

## **VIII. IMPACTO FISCAL**

Para efectos de establecer el impacto fiscal que genere el presente proyecto de ley, nos acogemos a las sentencias de la Corte Constitucional<sup>30</sup> que en disímiles oportunidades han declarado INFUNDADAS las

<sup>28</sup> <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/>

<sup>29</sup> <http://www.observatoriopoliticasocial.org>

*Gloria Inés Ramírez Ríos*  
*Senadora de la República elegida por el PDA*

objeciones formuladas por el Gobierno Nacional en cuanto a la exigencia del análisis del Impacto Fiscal de las normas y en las cuales ha reiterado su criterio en el sentido de que lo previsto en el Artículo 7° de la Ley 819 de 2003 y por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, ***“es un instrumento de racionalización de la actividad legislativa para el logro de un orden en las finanzas públicas y de estabilidad macroeconómica para el país”***, pero no puede constituirse en un mecanismo que limite la función del Legislador o que le confiera un poder de veto al Ministerio de Hacienda, en relación con el trámite y aprobación de los proyectos de ley, con lo cual se estaría vulnerando el principio de separación de las Ramas del Poder Público.

El alto tribunal en sus consideraciones ha examinado rigurosamente **LA CLÁUSULA GENERAL DE COMPETENCIA DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA** para hacer las leyes y el alcance de sus iniciativas en materia de gasto público, ratificando su criterio jurisprudencial de que el Congreso y sus miembros en materia legislativa gozan de plena libertad para presentar proyectos de ley que comporten gasto público, salvo las excepciones establecidas en el Artículo 154 superior que hacen alusión a la iniciativa que tiene el gobierno sobre determinadas materias.

**GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS**

Senadora de la República elegida por el PDA

Bogotá, D.C., 12 de noviembre de 2013

/tmp.

---

<sup>30</sup> Sentencias: C-1113 de 2004; C-500 de 2005; C-729 de 2005; C-874 de 2005; C-072 de 2006; C-856 de 2006; C-929 de 2006, y C-502 de 2007.