Bogotá, D. C., septiembre de 2026

Señor
MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁZQUEZ
Secretario General
Honorable Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley

En nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en los artículos 154 y 156 de la Constitución Política de Colombia, por su conducto nos permitimos poner a consideración de la Cámara de Representantes el siguiente Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se crea la Ruta por la Vida dirigida a las mujeres gestantes y lactantes y a la protección de la vida por nacer, se disponen medidas para su articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud y se dictan otras disposiciones".*

Atentamente,

SARA JIMENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ Senadora Salvación Nacional	**CAROL STEFANNY BORDA ACEVEDO** Representante a la Cámara Bogotá Salvación Nacional

PROYECTO DE LEY No. ___ DE 2026

"Por medio de la cual se crea la Ruta por la Vida dirigida a las mujeres gestantes y lactantes y a la protección de la vida por nacer, se disponen medidas para su articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud y se dictan otras disposiciones".

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°. Creación y objeto. Créase la Ruta por la Vida como una estrategia intersectorial dirigida a las mujeres gestantes y lactantes, orientada a la prevención, atención, protección y acompañamiento integral durante la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia; a la protección gradual e incremental de la vida por nacer; a la corresponsabilidad paterna; a la garantía de un régimen de alimentos en favor de la mujer gestante en los casos de pérdida gestacional o nacimiento sin vida; al acompañamiento en los procesos de entrega voluntaria en adopción; al derecho de acceso a información completa, veraz, oportuna e imparcial para la toma de decisiones relacionadas con la gestación, la maternidad y el proyecto de vida; y al apoyo económico a la población gestante en situación de vulnerabilidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas necesarias para armonizar y ajustar las Rutas Integrales de Atención en Salud que correspondan, incluida la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, a las disposiciones establecidas en la presente ley.

Parágrafo. Las atenciones previstas en la presente Ruta relacionadas con la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio y sus eventos asociados se garantizarán a toda persona que las requiera, conforme a la valoración médica pertinente y a los criterios técnicos aplicables.

La atención no podrá negarse, restringirse, aplazarse ni condicionarse por razones de edad, estado civil, nacionalidad, situación migratoria, pertenencia étnica o racial, discapacidad, orientación sexual, identificación de género, condición socioeconómica, ruralidad, situación de privación de la libertad o cualquier otra condición personal, familiar o social.

ARTÍCULO 2°. Población destinataria y criterios de priorización. La Ruta por la Vida está dirigida a las mujeres gestantes y lactantes.

Sin perjuicio del acceso de todas las mujeres gestantes y lactantes a la Ruta, la atención se priorizará respecto de quienes se encuentren en alguna de las siguientes condiciones:

1. Riesgos para la salud mental perinatal, incluidos la depresión prenatal o posparto, la ansiedad, la conducta suicida o el duelo gestacional, perinatal o neonatal.
2. Situaciones de violencia intrafamiliar, violencia sexual o violencias contra la mujer.
3. Embarazo en edades tempranas o adolescencia, madres solteras, ausencia de redes de apoyo, discapacidad, pobreza, inseguridad alimentaria, dispersión geográfica o movilidad humana.
4. Otras circunstancias físicas, psicológicas, familiares, sociales o económicas que, a juicio de la mujer o de los prestadores y autoridades competentes, incidan en su bienestar o en sus decisiones reproductivas.

Parágrafo. La priorización establecida en este artículo no condiciona ni restringe el acceso a la Ruta de las mujeres gestantes y lactantes.

ARTÍCULO 3°. Ejes transversales de la Ruta. La atención y el acompañamiento brindados en el marco de la Ruta se regirán, de manera transversal a todos sus componentes, por los siguientes ejes:

1. Enfoque de curso de vida. La atención reconocerá las particularidades de la gestación, el parto digno y respetado, el posparto y la lactancia, adaptando los componentes de la Ruta a las necesidades propias de cada momento.
2. Priorización según vulnerabilidad. Los componentes de la Ruta se activarán con mayor intensidad respecto de las mujeres identificadas en las condiciones de priorización previstas en el artículo 2° de la presente ley.
3. Integralidad y no duplicación. La Ruta articulará y complementará la oferta institucional existente, sin sustituir ni duplicar las competencias, protocolos o rutas ya establecidas por las entidades competentes.
4. Continuidad del cuidado. La atención garantizará mecanismos de remisión y seguimiento que eviten la fragmentación entre los distintos prestadores y sectores involucrados.
5. Confidencialidad y no discriminación. El acceso a los componentes de la Ruta se prestará bajo reserva de la información conforme a la ley, y en ningún caso podrá condicionarse, negarse o modularse en razón de la decisión reproductiva de la mujer.
6. Información sobre apoyos para la continuación de la gestación. La Ruta garantizará información clara, veraz, suficiente, oportuna e imparcial sobre los apoyos, servicios y prestaciones públicas, privadas y comunitarias disponibles para la continuación de la gestación, la maternidad, el cuidado y el acompañamiento durante el puerperio y la lactancia.

ARTÍCULO 4°. Componentes. La Ruta por la Vida comprenderá, como mínimo, los siguientes componentes para un acceso efectivo:

1. Información y orientación sobre la oferta institucional disponible en salud, salud mental, primera infancia, protección social, prevención de violencias, programas sociales, cuidado y apoyo comunitario.
2. Acompañamiento psicosocial y comunitario durante la gestación, el parto digno y respetado, el posparto y la lactancia, incluido el duelo gestacional, perinatal o neonatal.
3. Promoción y detección oportuna de riesgos para la salud mental perinatal, así como orientación, remisión y seguimiento para el acceso a la valoración y atención a cargo de los prestadores y autoridades competentes, lo que en ningún caso podrá condicionarse, negarse o modularse en razón de la decisión reproductiva de la mujer.
4. Detección y activación de las rutas institucionales para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, las violencias basadas en género y otras vulneraciones de derechos.
5. Articulación con programas de seguridad alimentaria, alojamiento temporal, cuidado, educación, empleabilidad, generación de ingresos, transporte, asistencia jurídica, primera infancia, fortalecimiento familiar y formación para la maternidad y la paternidad corresponsables, de acuerdo con las competencias y requisitos aplicables.
6. Fortalecimiento de las redes familiares, sociales y comunitarias, previa autorización libre e informada de la mujer gestante o lactante.
7. Orientación sobre la opción de entrega voluntaria en adopción como alternativa libre e informada frente a la continuación de la crianza, en los términos y con las garantías previstas en esta ley.
8. Garantía del derecho a la información sobre las alternativas y los apoyos disponibles para la continuación de la gestación.
9. Acompañamiento diferencial a las mujeres gestantes y lactantes víctimas de violencia sexual.
10. Promoción de la corresponsabilidad paterna en la gestación, el nacimiento y la crianza.

Parágrafo**.** La participación de familiares, pareja o redes de apoyo en los componentes de la Ruta requerirá autorización previa, libre e informada de la mujer, salvo las excepciones previstas en la ley para la protección de la vida e integridad o el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes. Cuando el padre esté identificado y localizable, y sin que ello condicione, restrinja o dilate en modo alguno el ejercicio de los derechos reconocidos a la mujer gestante, las entidades de la Ruta pondrán a disposición de la mujer, la información sobre el compromiso de corresponsabilidad parental o la disposición a la crianza o a la adopción manifestada por el padre, de que tratan los artículos 10° y 13° de esta ley, como parte de las alternativas a las que se refiere el artículo 5° de esta ley.

ARTÍCULO 5°. Garantía transversal del derecho a la información. Como parte de la Ruta por la Vida, en desarrollo del derecho a la información plena, la autonomía y del consentimiento libre e informado, todas las entidades, dependencias e instituciones

públicas y privadas que, en el marco de sus competencias, tengan contacto mujeres gestantes y lactantes —incluidas las que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y las entidades territoriales de salud, protección social e integración social— garantizarán que, cuando se suministre a la mujer gestante información relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, esta se acompañe de información, bajo los mismos estándares de calidad, veracidad, oportunidad e imparcialidad, sobre las alternativas y los apoyos institucionales y comunitarios disponibles para la continuación de la gestación y el ejercicio de la maternidad previstos en la Ruta por la Vida, de manera que la mujer cuente con los elementos de juicio necesarios para decidir libremente y sin ser inducida hacia una única alternativa.

ARTÍCULO 6°. Derecho de la mujer gestante a la información visual y auditiva del proceso de gestación. En desarrollo del derecho a la información en salud, del consentimiento informado y del componente de acompañamiento científico previsto en la Ruta por la Vida, toda mujer gestante que acuda a los servicios de salud tendrá derecho a recibir información completa, clara, comprensible y oportuna sobre el estado y desarrollo de su gestación.

En el marco de la práctica de una ecografía obstétrica clínicamente indicada, el profesional de la salud deberá informar a la mujer gestante sobre los hallazgos relacionados con el desarrollo de la gestación y poner a su disposición la visualización de la imagen ecográfica y la escucha del latido cardíaco del ser humano en gestación, explicando en lenguaje claro y comprensible su significado y correspondencia con la etapa gestacional.

Parágrafo 1°. La información y las posibilidades de visualización y escucha previstas en este artículo deberán ser puestas a disposición de la mujer gestante por el profesional de la salud, sin necesidad de solicitud previa. La mujer podrá manifestar expresamente que no desea visualizar la ecografía o escuchar el latido cardíaco.

TÍTULO II
ACOMPAÑAMIENTO DIFERENCIAL A MUJERES GESTANTES Y LACTANTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

ARTÍCULO 7°. Acompañamiento diferencial a mujeres gestantes y lactantes en situación de violencia sexual. Sin perjuicio de los componentes generales de la Ruta, las mujeres gestantes o lactantes que hayan sido víctimas de violencia sexual y que decidan continuar la gestación recibirán un acompañamiento diferencial que incluirá, como mínimo, las siguientes garantías:

A. Medidas de gestión y atención

1. Gestor de acompañamiento individualmente identificado desde el primer contacto, responsable de coordinar todas las gestiones ante salud, protección, educación y demás entidades, sin que la mujer deba repetir su relato ante cada una.

2. Atención psicosocial especializada con enfoque en trauma durante la gestación, el parto y hasta doce (12) meses después del parto, prorrogables según valoración de riesgo.
3. Reserva reforzada de la información y protección frente a la revictimización institucional.
4. Articulación sin condicionamiento recíproco con las rutas establecidas en la ley para estos casos, sin que el acompañamiento dependa de la existencia de denuncia penal ni de su resultado.
5. Asesoría jurídica gratuita garantizada, a cargo de las Defensorías de Familia, secretarías de la mujer, de la Defensoría del Pueblo, o entidades con las competencias para hacerlo, con cargo a la planta existente.

B. Protección educativa

6. Continuidad educativa garantizada: reserva del cupo, plan de estudios flexible o semipresencial y prohibición de exclusión o sanción académica asociada al embarazo.
7. Derecho a acompañante de confianza en toda atención médica o psicológica, y derecho a cambio de EPS o prestador sin barreras administrativas ordinarias cuando se alegue revictimización institucional, resuelto en máximo cinco (5) días hábiles.

C. Plazos de respuesta y alojamiento

8. Valoración inicial de riesgo médico o de abuso dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la manifestación de la mujer de su situación, y plan individualizado de acompañamiento dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes.
9. Reserva de un porcentaje mínimo de cupos en hogares de paso, casas refugio y demás modalidades de alojamiento temporal operadas por el ICBF, secretarías de la mujer, o entidades afines, programas nacionales y las entidades territoriales.

D. Acompañamiento posterior a la decisión

10. Orientación clara, oportuna y libre de presión sobre la posibilidad de dar a hijo o hija en adopción, en los términos del artículo 13° de esta ley.
11. Acompañamiento a la crianza y al ejercicio de la maternidad cuando la mujer decida conservar la custodia, con seguimiento psicosocial más allá del posparto inmediato según valoración de riesgo.

Parágrafo. El acceso al acompañamiento previsto en este artículo no requerirá denuncia penal previa ni proceso judicial en curso, bastando la manifestación de la mujer ante cualquiera de las entidades que integran la Ruta.

ARTÍCULO 8°. Adición al artículo 310 del Código Civil. Adiciónese un inciso al artículo 310 del Código Civil, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 310. SUSPENSIÓN DE LA PATRIA POTESTAD. La patria potestad se

suspende, con respecto a cualquiera de los padres, por su demencia, por estar en entredicho de administrar sus propios bienes y por su larga ausencia. Así mismo, termina por las causales contempladas en el artículo 315; pero si éstas se dan respecto de ambos padres, se aplicará lo dispuesto en dicho artículo.
Cuando la patria potestad se suspenda respecto de ambos padres, mientras dure la suspensión se dará guardador al hijo no habilitado de edad.
La suspensión o privación de la patria potestad no exonera a los padres de sus deberes de tales para con sus hijos.
También se suspende la patria potestad, de manera provisional, respecto del padre en contra de quien se haya formulado imputación por un delito contra la libertad, integridad y formación sexuales del cual se haya derivado la concepción del hijo, incluyendo la suspensión de todo derecho de visitas y custodia. Esta suspensión será decretada por el juez de familia a solicitud de la madre, del Ministerio Público, o de oficio, sin perjuicio del derecho de defensa del procesado, y se mantendrá hasta la ejecutoria de la decisión que ponga fin al proceso penal."

ARTÍCULO 9°. Adición a la Ley 2097 de 2021. Adiciónese un parágrafo al artículo 2° de la Ley 2097 de 2021, el cual quedará así:

"Parágrafo. Será inscrito de oficio en el registro de deudores alimentarios morosos (REDAM) el padre o la madre que, habiendo sido condenado mediante sentencia ejecutoriada por un delito contra la libertad, integridad y formación sexuales del cual se haya derivado la concepción del hijo o hija, incumpla la obligación alimentaria a su cargo, sin perjuicio del trámite de contradicción previsto en el artículo 6° de la presente ley."

TÍTULO III
CORRESPONSABILIDAD PATERNA Y FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO FAMILIAR

ARTÍCULO 10°. Corresponsabilidad paterna en la gestación, el nacimiento y la crianza.

1. Reconocimiento voluntario facilitado. Las entidades de salud y las notarías promoverán y facilitarán, en el momento del registro civil de nacimiento, el reconocimiento voluntario de paternidad, informando de manera clara sus efectos y trámite, sin costo alguno para los padres.
2. Prueba de paternidad accesible. Cuando no exista reconocimiento voluntario o se controvierta la paternidad, se dará aplicación preferente y prioritaria a la prueba de marcadores genéticos de ADN de que trata la Ley, garantizando su práctica gratuita cuando la madre se encuentre en las condiciones de priorización del artículo 2° de esta ley.

3. Compromiso de corresponsabilidad parental. Como parte de los controles prenatales dentro de la Ruta, se ofrecerá al padre -cuando esté identificado y sea posible su vinculación- la suscripción de un compromiso de corresponsabilidad parental, en el que declare su intención de asumir la crianza, el cuidado y el sostenimiento económico del hijo o hija. Este compromiso no sustituye ni condiciona las obligaciones legales de paternidad, y su existencia o inexistencia podrá ser valorada por el juez de familia como indicio en los procesos de custodia, alimentos o corresponsabilidad que llegaren a iniciarse.

Parágrafo. Las medidas de este artículo no serán aplicables cuando el hijo o hija haya sido concebido en las circunstancias descritas en el artículo 8° de esta ley, caso en el cual regirá exclusivamente lo allí dispuesto.

ARTÍCULO 11°. Formación en paternidad, prevención y vínculo familiar temprano. Como parte de la Ruta por la Vida, el Estado promoverá un componente formativo dirigido a hombres y familias, orientado a la asunción responsable de la sexualidad, la paternidad y el acompañamiento a la mujer gestante y lactante, así como al fortalecimiento del vínculo familiar como entorno protector del desarrollo del niño o niña desde la gestación. Este componente contendrá, como mínimo:

A. Prevención y responsabilidad

1. Educación preventiva en sexualidad responsable. En articulación con los procesos de divulgación y formación de que trata el artículo 17° de esta ley, se reforzarán contenidos dirigidos específicamente a hombres adolescentes y jóvenes sobre el ejercicio responsable de la sexualidad y sus consecuencias, incluyendo la prevención del embarazo no planeado y la corresponsabilidad compartida entre quienes lo generan.
2. Formación en la asunción legal de la paternidad. Se dará a conocer, desde la adolescencia y en los espacios de salud, educación y trabajo a los que se refiere el numeral 6 de este artículo, el alcance de los derechos y obligaciones derivados de la paternidad; reconocimiento, alimentos, corresponsabilidad en la crianza y consecuencias jurídicas del incumplimiento, incluida la inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) de que trata la Ley, de manera que la decisión de ejercer la sexualidad se acompañe de conciencia real sobre sus efectos.

B. Preparación y acompañamiento durante la gestación y la lactancia

3. Talleres de preparación para la paternidad. Las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y las organizaciones sociales ofrecerán, dentro de los controles prenatales, al menos dos (2) talleres gratuitos dirigidos al padre o a la persona que la gestante identifique como su acompañante, sobre el desarrollo del embarazo, el parto, el posparto, la lactancia y el cuidado del recién nacido.

4. Sensibilización en el acompañamiento a la mujer. Los talleres de que trata el numeral anterior incluirán contenidos sobre salud mental perinatal, reconocimiento de señales de depresión posparto, corresponsabilidad en la lactancia y el cuidado del hogar, y participación activa en la crianza.
5. Vínculo prenatal y apego temprano. Se promoverá la participación del padre o figura paterna en los controles prenatales, ecografías y demás espacios de seguimiento de la gestación, reconociendo la evidencia científica sobre la importancia del vínculo afectivo temprano, incluso desde la vida intrauterina, para el desarrollo neurológico, emocional y social del niño o niña.

C. Implementación

6. Espacios de desarrollo. Estos contenidos se impartirán, según corresponda, en las instituciones educativas, los controles prenatales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los programas de bienestar familiar y, cuando sea posible mediante convenios voluntarios, en los entornos laborales.
7. Enfoque territorial y diferencial. Los contenidos y metodologías se adaptarán a los contextos rurales, étnicos y de dispersión geográfica, así como a las distintas configuraciones familiares existentes en el territorio nacional.
8. Articulación institucional sin duplicidad. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio del Trabajo articularán, para el desarrollo de este artículo, los programas y la oferta institucional ya existentes, sin que ello implique la creación de nuevas estructuras administrativas.
9. Seguimiento. Se incluirá, dentro de los reportes generales de seguimiento de esta ley, un indicador de cobertura y participación de hombres y familias en estos programas, desagregado por entidad territorial.

Parágrafo. La participación en los talleres de que trata el numeral 3 será voluntaria y en ningún caso su ausencia dará lugar a sanción o restricción alguna para la mujer gestante en el acceso a los demás componentes de la Ruta.

ARTÍCULO 12°. Cuota de alimentos a la mujer gestante en caso de pérdida gestacional o nacimiento sin vida. Cuando el nasciturus no nazca con vida, por pérdida gestacional, muerte fetal, mortinato o cualquier otra circunstancia que ponga fin a la gestación sin nacimiento con vida de manera natural, la mujer gestante tendrá derecho a reclamar del padre una cuota de alimentos gestacional, autónoma e independiente de lo dispuesto en el artículo 93 del Código Civil, destinada a cubrir los gastos propios de la gestación en que hubiere incurrido, incluidos los controles prenatales, la alimentación, los exámenes y procedimientos médicos y los demás gastos derivados directamente del embarazo.

TÍTULO IV
ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS DE ADOPCIÓN

ARTÍCULO 13°. Orientación, acompañamiento jurídico y confidencialidad en los procesos de entrega voluntaria en adopción. Como parte de la Ruta por la Vida, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las demás entidades competentes garantizarán a la mujer gestante o lactante que manifieste su intención de dar a su hijo o hija en adopción, los siguientes derechos y garantías:

1. Verificación previa de la posibilidad de asunción de la crianza por el padre. Antes de dar inicio al trámite de entrega voluntaria en adopción a terceros, y en desarrollo del principio de subsidiariedad de la adopción previsto en la ley, el ICBF verificará si el padre está identificado y es localizable y, de ser así, le informará sobre la posibilidad de asumir la crianza, el cuidado personal y la patria potestad de su hijo o hija, en los términos del compromiso de corresponsabilidad parental de que trata el artículo 11° de esta ley. Solo se dará inicio al trámite de entrega voluntaria en adopción a terceros cuando el padre no esté identificado, no sea localizado dentro del término que fije la reglamentación, manifieste expresamente su voluntad de no asumir la crianza, cuando el hijo o hija haya sido concebido en las circunstancias descritas en el artículo 7° de esta ley, caso en el cual regirá exclusivamente lo allí dispuesto, ni cuando la madre manifieste, de forma libre y motivada, su voluntad de que su identidad no sea revelada al padre, evento en el cual el ICBF valorará las circunstancias particulares del caso sin perjuicio de las obligaciones legales de reconocimiento de paternidad ya existentes.
2. Orientación jurídica gratuita, clara y oportuna sobre el procedimiento de entrega voluntaria, sus efectos, plazos y garantías, a cargo de las Defensorías de Familia o de la Defensoría del Pueblo.
3. Acompañamiento psicosocial durante todo el trámite, a cargo de profesional con formación en la materia, orientado a asegurar que la decisión sea libre, informada y no producto de presión económica, familiar o institucional.
4. Confidencialidad de la identidad de la madre. La mujer que opte por la entrega voluntaria podrá solicitar que su identidad se mantenga reservada frente a terceros y frente al público en general. Para tal efecto, el ICBF conformará un expediente de origen, en el que constará la identidad de la madre y las demás circunstancias relevantes del nacimiento, bajo custodia y reserva legal.
5. Derecho del hijo o hija adoptados a conocer su origen biológico. El expediente de origen de que trata el numeral anterior podrá ser consultado por el hijo o hija adoptados una vez alcancen la mayoría de edad, salvo que la madre biológica haya manifestado oposición expresa y motivada a la revelación de su identidad. En tal caso, la persona adoptada podrá solicitar ante el juez de familia el levantamiento de la reserva, y este resolverá ponderando el derecho a la identidad del adoptado frente al derecho a la intimidad de la madre, pudiendo ordenar mecanismos intermedios como la entrega de información no identificativa o la mediación entre las partes previa a cualquier develación.

6. Ratificación de la decisión. Sin perjuicio de la validez del consentimiento inicial, la madre podrá ratificar o revocar su decisión de entrega dentro de un término razonable posterior al parto, que se fijará en la reglamentación de esta ley atendiendo la normativa civil vigente sobre la materia, como garantía adicional frente a decisiones tomadas bajo presión o alteración emocional transitoria propia del posparto.
7. Prohibición de todo incentivo, compensación o contraprestación a la madre biológica por la entrega del hijo o hija en adopción, distinta del acompañamiento y las garantías previstas en esta ley y en las demás normas aplicables.

Parágrafo 1°. El trámite de entrega voluntaria en adopción se diferenciará en todo momento del proceso administrativo de restablecimiento de derechos (PARD), en atención a que la entrega voluntaria no obedece a una vulneración de derechos del niño, niña o adolescente por nacer, sino al ejercicio de una decisión libre e informada de la madre.

Parágrafo 2°. El manejo, custodia y reserva del expediente de origen se sujetará a lo dispuesto en la Ley sobre protección de datos personales, sin perjuicio del derecho de acceso previsto en el numeral 5 de este artículo.

ARTÍCULO 14°. Mandato de actualización del régimen de adopción. El Gobierno nacional, dentro del año siguiente a la sanción de la presente ley, presentará ante el Congreso de la República un proyecto de ley de modificación y actualización integral del régimen de adopción vigente, el cual deberá contener como mínimo:

1. La diferenciación procedimental expresa entre el trámite de entrega voluntaria en adopción y el proceso administrativo de restablecimiento de derechos (PARD), con términos perentorios reducidos y específicos para el primero.
2. El fortalecimiento del talento humano de las defensorías de familia del ICBF, con metas verificables de reducción del represamiento de procesos y de los tiempos de definición de la situación jurídica de los niños, niñas y adolescentes.
3. Mecanismos de seguimiento judicial obligatorio y periódico al cumplimiento de los plazos legales del PARD, con consecuencias disciplinarias claras ante su incumplimiento injustificado.
4. La digitalización, interoperabilidad y trazabilidad plena del Sistema de Información Misional (SIM) del ICBF, con reportes públicos periódicos sobre número de solicitudes, tiempos de trámite y represamiento de procesos.
5. La revisión de los criterios de idoneidad y del funcionamiento de las listas de espera de familias adoptantes, con el fin de armonizar la oferta institucional con la demanda real de adopción.
6. La articulación de este régimen con los hallazgos y recomendaciones formulados por la Procuraduría General de la Nación en materia de adopciones.

7. Demás aspectos estructurales que permitan la implementación y desarrollo eficiente y eficaz de la adopción en Colombia, que garantice el derecho superior de los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo. El Gobierno nacional rendirá informe semestral a las Comisiones Primeras del Senado de la República y de la Cámara de Representantes sobre los avances en la formulación de este proyecto de ley y, una vez radicado, sobre su trámite legislativo.

TÍTULO V
APOYO ECONÓMICO

ARTÍCULO 15°. Autorización para la creación del Bono por la Vida. Autorícese al Gobierno nacional para crear el "Bono por la Vida", como transferencia monetaria dirigida a subsidiar a la población gestante en situación de vulnerabilidad priorizada conforme al artículo 2° de esta ley, y en particular a las mujeres a las que se refiere el artículo 8°, que decidan continuar su gestación pese a su situación de vulnerabilidad.

El Gobierno nacional podrá optar, según su valoración de disponibilidad presupuestal y sostenibilidad fiscal, por crear este beneficio como programa autónomo o por incorporar a esta población como beneficiaria prioritaria dentro de los programas de transferencias monetarias condicionadas ya existentes.

Parágrafo. La presente autorización no genera, por sí sola, derecho subjetivo alguno a la transferencia monetaria en cabeza de las beneficiarias, el cual solo será exigible una vez el Gobierno nacional expida la reglamentación correspondiente.

TÍTULO VI
ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL Y DISPOSICIONES OPERATIVAS

ARTÍCULO 16°. Articulación intersectorial y comunitaria. El Ministerio de Salud y Protección Social y las demás entidades nacionales y territoriales competentes, dentro del ámbito de sus funciones, establecerán mecanismos y estrategias intersectoriales para el eficaz desarrollo e implementación de esta ley.

La Ruta se articulará con los sistemas, consejos, comités y demás instancias nacionales y territoriales existentes relacionados con salud materno perinatal, mujeres, cuidado, primera infancia, salud mental, prevención de violencias y protección social, sin que ello implique la creación de nuevas instancias administrativas.

Las entidades competentes podrán articularse con organizaciones sociales y comunitarias, instituciones académicas y entidades privadas sin ánimo de lucro que acrediten idoneidad, transparencia y ausencia de conflictos de interés, en los términos y con los límites establecidos en esta ley.

ARTÍCULO 17°. Divulgación y formación institucional. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, divulgará esta Ruta para conocimiento de la comunidad en general y promoverá procesos de sensibilización y formación para el talento humano que intervenga en la Ruta, especialmente en salud mental perinatal, prevención y atención de violencias, enfoque diferencial, derechos sexuales y reproductivos, promoción y protección gradual e incremental de la vida por nacer, protección de datos y articulación con la oferta social y comunitaria.

ARTÍCULO 18°. Habeas data. El tratamiento de la información relacionada con la implementación de esta ley se sujetará, en lo correspondiente, a la Ley y a la reserva de la historia clínica, salvo las excepciones legalmente establecidas.

ARTÍCULO 19°. Reglamentación, seguimiento y financiación. El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación y establecerá los mecanismos de implementación gradual, articulación, remisión, seguimiento y evaluación de la Ruta.

ARTÍCULO 20°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

SARA JIMENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ Senadora Salvación Nacional	**CAROL STEFANNY BORDA ACEVEDO** Representante a la Cámara Bogotá Salvación Nacional

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO, ALCANCE Y FINALIDAD DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley crea la Ruta por la Vida como una estrategia de articulación intersectorial destinada a orientar, articular y acompañar a las mujeres gestantes y lactantes, así como, en los componentes que corresponda, a sus familias, a los recién nacidos y a la vida por nacer. La iniciativa fortalece la atención materno-perinatal con énfasis en salud mental, apoyo psicosocial y comunitario, prevención de violencias, acceso a protección social y reducción de barreras territoriales, administrativas, económicas y culturales.

El proyecto incorpora un título específico de acompañamiento diferencial a las mujeres gestantes y lactantes víctimas de violencia sexual, con medidas de gestión y atención, protección educativa, plazos de respuesta y alojamiento, y acompañamiento posterior a la decisión, junto con dos reformas puntuales al Código Civil y a la Ley 2097 de 2021, orientadas a que quien haya cometido el delito que dio origen a la gestación no conserve la patria potestad ni pueda sustraerse de sus obligaciones alimentarias. Incorpora también un título de corresponsabilidad paterna y fortalecimiento del vínculo familiar, que facilita el reconocimiento voluntario de la paternidad, hace exigible la prueba de marcadores genéticos de ADN cuando exista controversia, establece la exigibilidad de los alimentos a la mujer autónoma e independiente de las reglas generales del Código Civil, en los casos de pérdida gestacional o nacimiento sin vida. Añade un título completo de acompañamiento en los procesos de adopción, con garantías de orientación jurídica gratuita, acompañamiento psicosocial, confidencialidad de la identidad de la madre y derecho del hijo o hija adoptados a conocer su origen biológico, además de un mandato expreso al Gobierno nacional para presentar, dentro del año siguiente a la sanción de la ley, un proyecto de actualización integral del régimen de adopción vigente. Y autoriza al Gobierno nacional a crear el Bono por la Vida, un apoyo económico dirigido a la población gestante en situación de vulnerabilidad que decida continuar su gestación pese a esa condición.

La Ruta también promueve la protección gradual e incremental de la vida por nacer, entendida jurídicamente como vida en gestación, y ofrece a las mujeres que consideren recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo, o que manifiesten que determinadas condiciones inciden en su decisión reproductiva, acceso a información completa, clara, oportuna, accesible y basada en evidencia, así como apoyos institucionales y comunitarios para la continuación de la gestación y el ejercicio de la maternidad.

La iniciativa parte de la premisa de que una decisión solo puede considerarse materialmente libre cuando la mujer conoce sus derechos y dispone de opciones reales frente a factores como la violencia, la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de vivienda, la ausencia de redes de apoyo, el desempleo, la discapacidad, la ruralidad o una afectación de salud mental. La Ruta procura que ninguna mujer se vea obligada a adoptar una decisión reproductiva por desorientación o por la inexistencia y fragmentación de los

apoyos estatales y comunitarios a los que en teoría tiene derecho.

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-055 de 2022, exhortó al Congreso de la República y al Gobierno nacional a formular e implementar, en el menor tiempo posible, una política pública integral que contenga, como mínimo, la divulgación clara de las opciones disponibles para la mujer gestante durante y después del embarazo, y que proteja el bien jurídico de la vida en gestación sin afectar los derechos y garantías reconocidos a las mujeres. La propia Corte precisó que no le corresponde a ella definir los términos de esa política pública, pues es al Congreso, previo debate democrático, a quien corresponde establecerlos. La Ruta por la Vida desarrolla parte de ese mandato: se concibe como el ejercicio de la competencia que la propia Corte reconoció al Legislador para promover, mediante información, acompañamiento y apoyos materiales, la continuación de la gestación y la protección de la vida por nacer. El alcance y los términos de esa política son, por tanto, materia de un debate político y democrático legítimo, que la presente iniciativa asume desde una postura provida y que, como se explica en el acápite 4 de esta exposición de motivos, se construye respetando en su integridad la exequibilidad condicionada que la propia Corte fijó en esa misma sentencia.

2. CONTEXTO GENERAL

Fragmentación de la respuesta materno-perinatal

Colombia cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno-perinatal, adoptada mediante la Resolución 3280 de 2018, que organiza intervenciones sanitarias durante la etapa preconcepcional, la gestación, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido. Su existencia constituye un avance fundamental, pero no elimina la necesidad de una estrategia de articulación social y comunitaria que la complemente.

La Ruta por la Vida no se crea como un componente subordinado a la regulación administrativa vigente, sino como una estrategia de rango legal que establece mandatos de articulación intersectorial y dispone la armonización de las Rutas Integrales de Atención en Salud que resulten pertinentes. En consecuencia, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social ajustar los instrumentos administrativos aplicables a las disposiciones establecidas por la presente ley.

La RIAS materno-perinatal tiene como eje la gestión integral del riesgo en salud. Sin embargo, múltiples factores que determinan la experiencia de la gestación y la maternidad, como el alojamiento, la alimentación, los ingresos, el cuidado, la educación, el transporte, el acceso a la justicia, la protección frente a violencias y las redes comunitarias, dependen de sectores y entidades diferentes al sistema de salud. En ausencia de coordinación, la mujer puede recibir atención clínica y, al mismo tiempo, seguir expuesta a las circunstancias sociales que agravan el riesgo médico o limitan su libertad material de decisión.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025 reconoce que la salud materna está determinada por desigualdades educativas, económicas, territoriales y rurales, por la cobertura de las consultas preconcepcional, prenatal y de puerperio, y por la calidad y el carácter respetuoso de la atención del parto. La propia encuesta destaca la necesidad de coordinación y canalización con otros sectores y con la comunidad para garantizar una atención prenatal temprana y continua.

La Ruta por la Vida agrega valor porque establece un mandato legal de articulación de la oferta, facilita la navegación institucional, promueve remisiones efectivas y continuidad del acompañamiento, y permite vincular redes familiares, sociales y comunitarias. No duplica competencias, por el contrario procura que las competencias existentes funcionen de manera coordinada alrededor de las necesidades concretas de cada mujer.

El diagrama oficial de la RIAS materno-perinatal, socializado por el Ministerio de Salud y Protección Social, ilustra esta arquitectura. La Gestión de la Salud Pública y la Promoción de la Salud se despliegan sobre los entornos hogar, laboral, comunitario y educativo, alrededor de un núcleo de acciones individuales y de cuidado, tal como se aprecia en la imagen 1. El componente comunitario existe formalmente en el diseño de la ruta, pero su materialización efectiva, la que logra llegar a la mujer en su entorno real, es precisamente el vacío que la presente iniciativa busca cerrar.



Imagen 1. Diagrama de componentes de la Ruta Integral de Atención en Salud materno-perinatal (RIAS). Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Contexto demográfico y magnitud de la población destinataria

Según las cifras preliminares de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en 2025 se registraron 433.678 nacimientos en Colombia, cifra que representó una reducción del 4,5 % frente a 2024. Aunque el descenso de la natalidad modifica la estructura demográfica, no reduce el deber estatal de garantizar que cada gestación, parto, posparto y periodo neonatal cuente con atención oportuna y apoyos suficientes.

El dato nacional comprende realidades muy distintas entre sí. Las necesidades de una gestante urbana con empleo formal y redes de apoyo no son equivalentes a las de una adolescente, una mujer rural dispersa, una mujer migrante, una víctima de violencia, una mujer con discapacidad o una persona que carece de vivienda, ingresos o seguridad alimentaria. Por eso la Ruta adopta enfoques diferencial y territorial, y prioriza las condiciones que generan mayor vulnerabilidad.

La reducción de los nacimientos tampoco puede conducir a invisibilizar los desafíos de la maternidad y el cuidado. Por el contrario, una política pública moderna debe concentrarse en la calidad de la atención, la protección de la mujer, la reducción de desigualdades evitables y el acompañamiento integral de las familias y los recién nacidos.

Cobertura prenatal, continuidad del cuidado y brechas territoriales

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2025 ofrece un diagnóstico actualizado de la atención materna. El 94,0 % de las mujeres con nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta reportó haber realizado control prenatal. La cobertura fue de 94,4 % en zonas urbanas y de 92,9 % en zonas rurales, con diferencias entre regiones: 96,9 % en la región Central frente a 92,1 % en Orinoquía y Amazonía.

La cobertura general, aunque elevada, no equivale por sí sola a atención suficiente: La ENDS informó que el 79,7 % de las mujeres que recibieron atención prenatal tuvo cuatro controles o más, porcentaje inferior a la meta del 95 %. En zonas urbanas el indicador fue de 80,9 %, mientras que en zonas rurales fue de 76,5 %. Estas diferencias muestran que la continuidad del cuidado y la oportunidad del acceso todavía dependen del territorio, la educación, la capacidad económica y las condiciones de movilidad de cada mujer.

La Ruta por la Vida responde a esas brechas mediante orientación, remisión, seguimiento, teleorientación, articulación con transporte y alojamiento temporal, y aprovechamiento de capacidades territoriales y comunitarias. La estrategia no reemplaza la consulta prenatal, busca que la mujer llegue efectivamente a ella, mantenga la continuidad y pueda atender, además, las necesidades sociales que interfieren con el cuidado.

Mortalidad materna y necesidad de intervención integral

La mortalidad materna constituye un indicador crítico de desigualdad y de desempeño de los sistemas de salud y protección social. A la semana epidemiológica 53 de 2025, el Instituto Nacional de Salud registró 195 muertes maternas tempranas de mujeres residentes en Colombia, 131 muertes maternas tardías y 43 muertes por causas coincidentes. La razón nacional preliminar de mortalidad materna temprana fue de 44,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, frente a 44,3 en el mismo corte de 2024.

El Instituto Nacional de Salud señaló que las muertes maternas tempranas se notificaron en 32 entidades territoriales, y que Bogotá D. C., La Guajira, Antioquia, Cesar y Norte de Santander concentraron el mayor número de casos. El 62,6 % correspondió a causas directas y el 32,3 % a causas indirectas. Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y la hemorragia obstétrica representaron, cada uno, el 18,5 % de las causas directas.

Estas cifras exigen una respuesta clínica de calidad, pero también evidencian la necesidad de actuar sobre barreras sociales y territoriales. La detección de signos de alarma pierde efectividad si la mujer carece de una respuesta articulada e intersectorial.

Salud mental perinatal

La salud mental perinatal comprende el bienestar psicológico y la atención de trastornos que pueden presentarse durante el embarazo y después del parto. Un metaanálisis publicado en 2026 en The Lancet Psychiatry, que revisó 780 estudios sobre más de dos millones de mujeres y adolescentes de entre 10 y 59 años en 90 países, estableció que el trastorno depresivo mayor perinatal, diagnosticado clínicamente y no mediante simple tamizaje, afecta al 6,2 % de las mujeres durante el embarazo y al 6,8 % durante el año posterior al parto, con un pico del 8,3 % en las dos primeras semanas de posparto, tal como se aprecia en la imagen 2. El propio estudio advirtió que los instrumentos de tamizaje utilizados con frecuencia en la práctica clínica sobreestiman la prevalencia entre un 71 % y un 122 % frente al diagnóstico clínico completo, una precisión metodológica que resulta especialmente relevante para el diseño de la Ruta, pues confirma que la detección temprana no puede equipararse automáticamente a un diagnóstico ni justificar decisiones administrativas sobre la autonomía de la mujer.

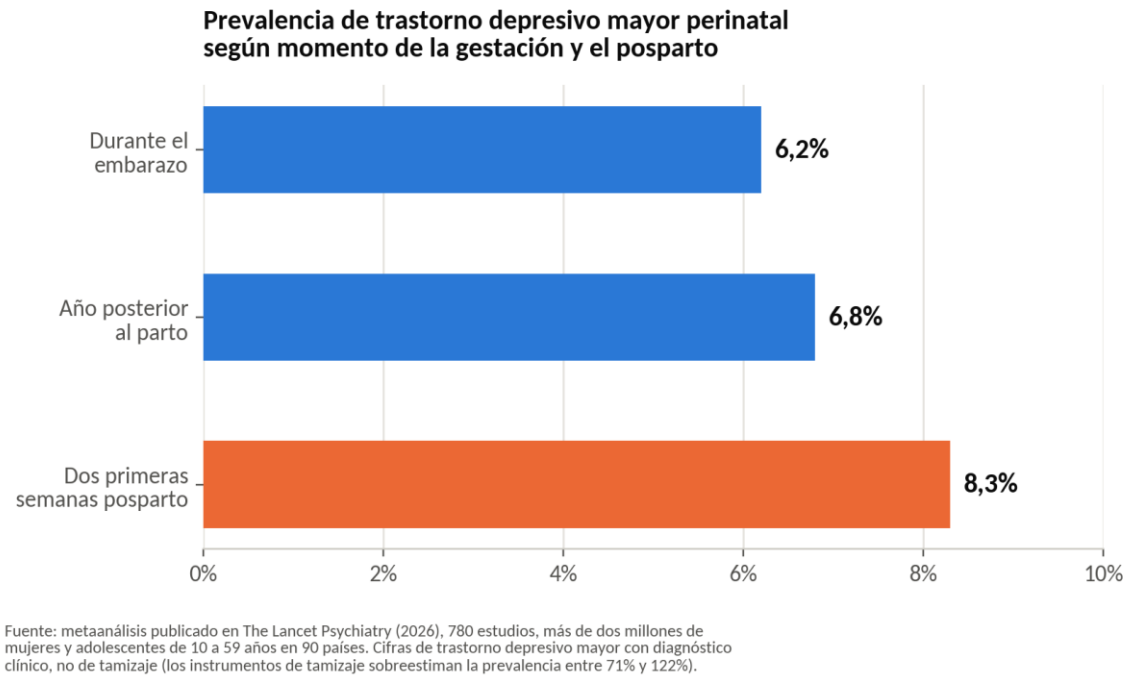


Imagen 2. Prevalencia de trastorno depresivo mayor perinatal según momento de la gestación y el posparto. Fuente: metaanálisis publicado en The Lancet Psychiatry, 2026.

La pobreza, la migración, el estrés extremo, la exposición a la violencia y el bajo apoyo social incrementan el riesgo de estos trastornos. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado integrar la salud mental perinatal dentro de los servicios de salud materna e infantil, mediante detección, intervención, remisión y continuidad del cuidado, de manera que la atención psicológica no opere como un servicio aislado y se reconozca su relación con la salud física, el vínculo con el recién nacido, la capacidad de cuidado y la dinámica familiar.

La evidencia colombiana disponible confirma la relevancia del problema, aunque los resultados no son directamente comparables por las diferencias de población, instrumento y momento de medición. Estudios nacionales y locales han identificado síntomas depresivos y ansiedad en gestantes y puérperas, especialmente cuando existen antecedentes de enfermedad mental, alto riesgo obstétrico, violencia, dificultades económicas o escaso apoyo social. Esta heterogeneidad aconseja evitar la conversión automática de un tamizaje en diagnóstico, y exige valoración clínica individual por personal competente.

El proyecto prioriza la promoción y la detección oportuna, la orientación, la remisión y el seguimiento. No autoriza prescripciones administrativas, no presume incapacidad para decidir y no presenta la atención psicológica o psiquiátrica como sustituto de la interrupción voluntaria del embarazo. La finalidad es que cada mujer pueda recibir el apoyo requerido, con respeto por su autonomía y por la autonomía profesional en salud.

Depresión prenatal y conducta suicida: evidencia complementaria

Junto a la depresión posparto, ampliamente reconocida, existe una condición menos visibilizada en Latinoamérica: la depresión prenatal o preparto, que según distintos estudios internacionales afecta entre el 7 % y el 20 % de las gestantes a nivel mundial y se ha asociado con ideación suicida, desesperanza, miedo y percepción de falta de apoyo. Investigaciones suecas han encontrado que la ansiedad, el miedo y la depresión propias de esta condición también están presentes en mujeres que consideran la interrupción del embarazo, lo que confirma la necesidad de una detección temprana que no dependa de que la mujer exprese previamente una decisión reproductiva.

La causa fisiológica más documentada es la insuficiencia relativa de progesterona placentaria. Esta hormona, junto con los estrógenos, regula el estado de ánimo y en un embarazo normal aumenta entre 30 y 50 veces; cuando su producción es insuficiente, el efecto no recae sobre el feto sino sobre el estado anímico de la madre. El tratamiento, que combina acompañamiento psicológico, apoyo social y manejo nutricional bajo supervisión médica, es relativamente accesible cuando la condición se detecta oportunamente, lo que refuerza la pertinencia de incorporar tamizajes de depresión prenatal, y no solo posparto, dentro de los componentes de promoción y detección de la Ruta.

Conducta suicida en mujeres: señal de alerta desde la evidencia distrital

Aunque todavía no existe una serie nacional consolidada, la evidencia disponible en Bogotá D. C. ilustra la magnitud del problema y respalda la necesidad de un indicador nacional de seguimiento. Según el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, SISVECOS, reportado en el portal SaludData de la Secretaría Distrital de Salud, tanto la ideación suicida como el intento de suicidio muestran una tendencia creciente entre 2012 y 2023, y prevalecen de manera sostenida en las mujeres, como se observa en la imagen 3.

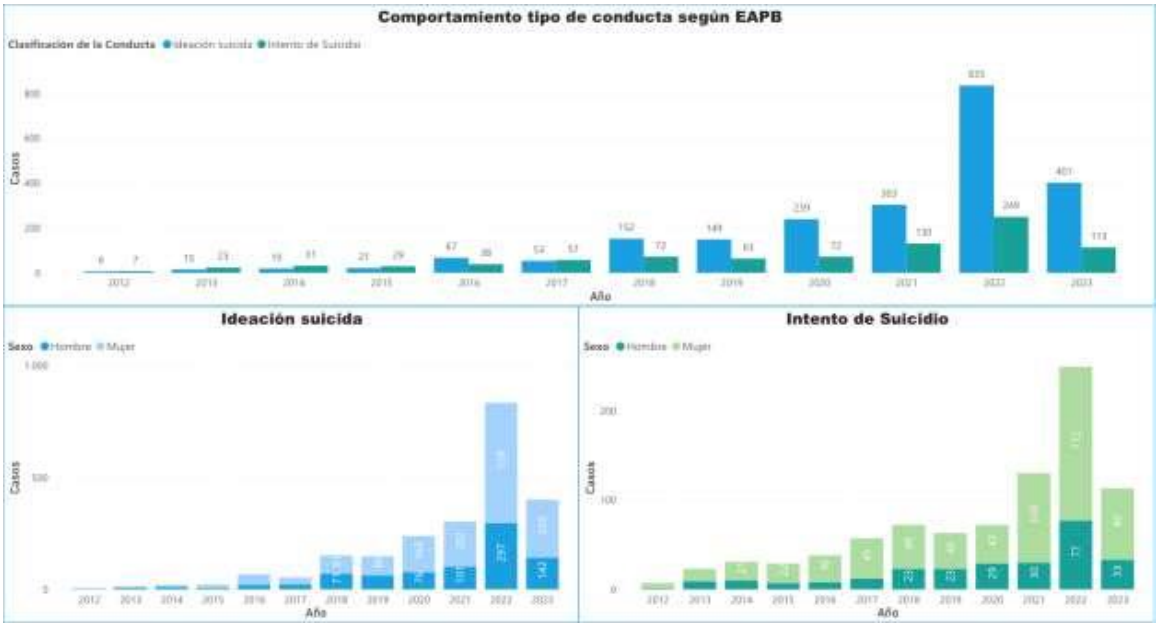


Imagen 3. Comportamiento de la conducta suicida en Bogotá D.C. según sexo y tipo de conducta, 2012-2023. Fuente: SISVECOS, Secretaría Distrital de Salud, SaludData.

En el primer semestre de 2023 se registraron en Bogotá 6.295 intentos de suicidio, con una tasa de 8,0 por cada 10.000 habitantes. El grupo de juventud, entre 18 y 28 años, concentró el 44 % de los casos, seguido de adolescencia con 25,6 % y adultez con 25,6 %. Las mujeres representaron el 66,99 % de los eventos, alrededor de 4.217 casos, frente al 33 % correspondiente a los hombres, es decir, una razón aproximada de dos mujeres por cada hombre, como se aprecia en la imagen 4.

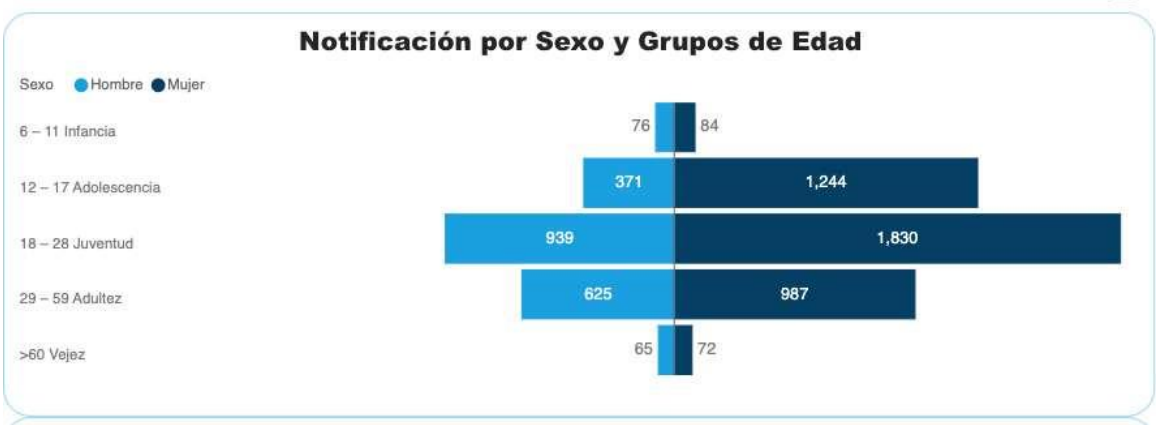


Imagen 4. Notificación del intento de suicidio en Bogotá D.C. por sexo y grupo de edad. Fuente: SISVECOS, Secretaría Distrital de Salud, SaludData.

Estas cifras no son atribuibles exclusivamente al embarazo ni a la maternidad, y deben leerse con cautela por tratarse de datos de alcance distrital. Sin embargo, dado que la franja

etaria de mayor incidencia coincide con la edad fértil, constituyen una razón adicional para que la promoción y detección de riesgos en salud mental perinatal, incluida la conducta suicida, se incorpore de manera explícita entre los componentes y ejes de atención de la Ruta, tal como lo hacen los artículos 3° y 4° de la presente ley.

Determinantes sociales: pobreza, alimentación, vivienda, cuidado e ingresos

La gestación y la maternidad ocurren en contextos sociales concretos. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística reportó que en 2025 la pobreza multidimensional continuó siendo significativamente mayor en centros poblados y rural disperso que en las cabeceras, y que las privaciones se relacionan con educación, empleo, salud, vivienda y condiciones de la niñez. Estas dimensiones inciden directamente en la capacidad de acudir a controles, mantener una alimentación adecuada, contar con un entorno seguro y asumir las tareas de cuidado.

La existencia de una prestación o programa no garantiza por sí sola su acceso. Las mujeres pueden desconocer la oferta, enfrentar requisitos distintos entre entidades, no disponer de documentos, carecer de conectividad o no tener recursos para el desplazamiento. La Ruta busca funcionar como mecanismo de orientación y enlace, no como un nuevo sistema de focalización ni como puerta de entrada obligatoria para beneficios sociales.

La articulación con seguridad alimentaria, alojamiento temporal, cuidado, educación, empleabilidad, generación de ingresos, transporte y asistencia jurídica responde a la naturaleza multidimensional de las necesidades. Estos apoyos deberán reconocerse de acuerdo con las competencias y criterios de acceso de cada sector, sin prometer prestaciones inexistentes ni modificar destinaciones presupuestales específicas.

Violencias y protección integral

La violencia intrafamiliar, sexual y basada en género puede aparecer antes, durante o después de la gestación, y afectar la salud, la integridad y la libertad de decisión de la mujer. La Ley 1257 de 2008 impone deberes de prevención, atención y protección, y la Ley 1098 de 2006 exige activar el restablecimiento de derechos cuando se trate de niñas o adolescentes.

La Ruta incorpora la detección y activación de mecanismos institucionales, pero no reemplaza las competencias de salud, justicia, protección o investigación penal. La respuesta debe ser inmediata, confidencial, centrada en la seguridad de la víctima y respetuosa de su voluntad, sin perjuicio de los deberes legales de denuncia y protección aplicables.

Violencia sexual en la gestación y protección reforzada de la mujer, del vínculo materno-filial y de la paternidad responsable

La gestación producto de una violencia sexual exige una respuesta estatal diferenciada, y no solo en el plano asistencial. Cuando el embarazo es resultado de ese delito, la mujer suele enfrentar, además del trauma propio de la agresión, obstáculos administrativos, revictimización institucional y, en no pocos casos, la persistencia de vínculos legales con el agresor a través de la patria potestad o de reclamaciones alimentarias en su contra. El Título II de esta ley responde a esa realidad con un acompañamiento diferencial reforzado y con dos reformas puntuales orientadas a romper esos vínculos indebidos.

La magnitud del problema en Colombia es significativa. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, procesadas por el Laboratorio de Economía de la Educación de la Pontificia Universidad Javeriana, 1.630 niñas de entre 10 y 14 años fueron madres en Colombia durante 2025. Dado que la edad de consentimiento sexual en el país está fijada en los 14 años, toda gestación en una niña menor de esa edad es, por definición legal, producto de un delito contra la libertad, integridad y formación sexuales. Estas cifras se inscriben en una tendencia de reducción sostenida del embarazo infantil y adolescente en las últimas dos décadas, que pasó de representar el 23,4 % de los nacimientos totales en 2008 al 15,0 % en 2024 y al 14,2 % en el acumulado de enero a julio de 2025, como se observa en la imagen 5, pero que en términos absolutos sigue representando miles de niñas cada año.

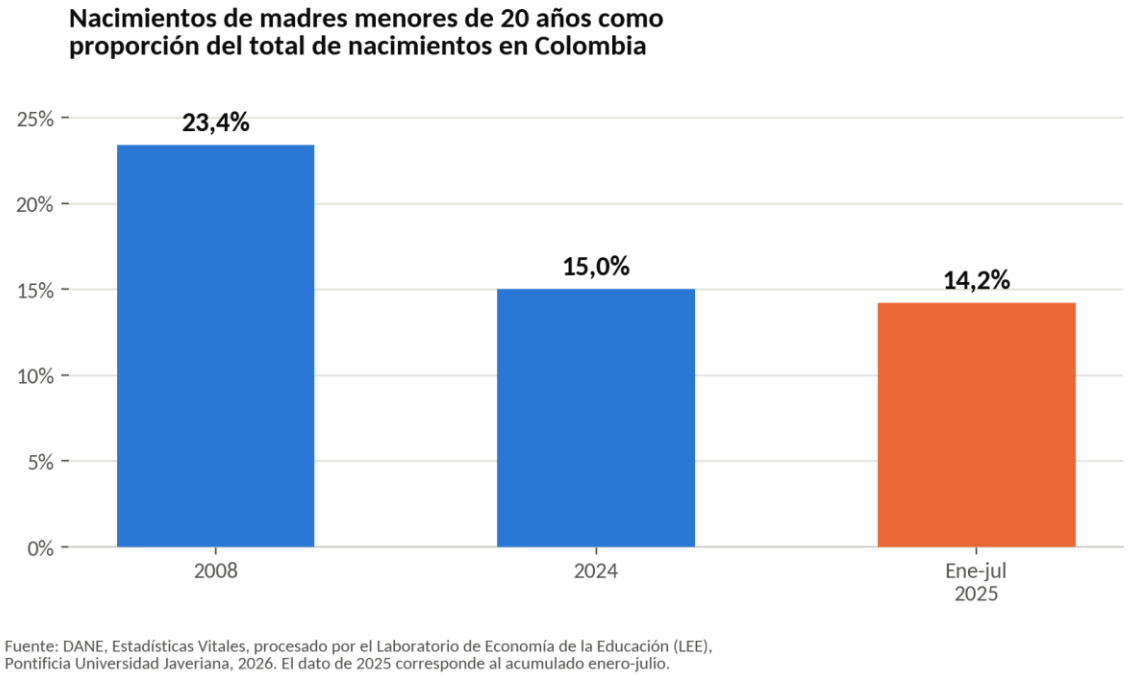


Imagen 5. Nacimientos de madres menores de 20 años como proporción del total de nacimientos en Colombia. Fuente: DANE, procesado por el Laboratorio de Economía de la Educación (LEE), Pontificia Universidad Javeriana, 2026.

A esta tendencia se suma un patrón documentado de brecha etaria entre las niñas gestantes y los hombres involucrados: en los embarazos de niñas menores de 15 años, el 44,6 % de los casos correspondió a hombres con al menos seis años más que ellas, el 19,5 % a hombres con diez años o más de diferencia, y el 4,6 % a hombres con veinte años o más de diferencia. Esta brecha etaria es, en sí misma, un indicio estructural de la naturaleza abusiva de estas relaciones, y respalda la necesidad de que la ley prevea consecuencias civiles automáticas y no solo penales

Frente a este panorama, el artículo 8° adiciona un inciso al artículo 310 del Código Civil para suspender de manera provisional la patria potestad respecto del padre en contra de quien se haya formulado imputación por un delito contra la libertad, integridad y formación sexuales del cual se haya derivado la concepción del hijo, incluyendo la suspensión de todo derecho de visitas y custodia, decretada por el juez de familia a solicitud de la madre, del Ministerio Público o de oficio, sin perjuicio del derecho de defensa del procesado. El artículo 9 adiciona un parágrafo al artículo 2° de la Ley 2097 de 2021 para que sea inscrito de oficio en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos el padre o la madre que, habiendo sido condenado mediante sentencia ejecutoriada por ese mismo tipo de delito, incumpla la obligación alimentaria a su cargo. Ambas medidas evitan que el agresor conserve derechos derivados de la paternidad o pueda beneficiarse de la inacción del sistema para eludir sus obligaciones económicas, sin que en ningún caso ello reduzca la protección y los apoyos que la Ruta reconoce a la mujer y al hijo o hija nacidos de esas circunstancias.

El artículo 7° complementa estas medidas con un acompañamiento diferencial estructurado en cuatro bloques: medidas de gestión y atención, con un gestor de acompañamiento individualmente identificado desde el primer contacto para que la mujer no deba repetir su relato ante cada entidad; protección educativa, con reserva del cupo y prohibición de sanción académica asociada al embarazo; plazos de respuesta y alojamiento, con valoración de riesgo dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes y reserva de cupos en hogares de paso y casas refugio; y acompañamiento posterior a la decisión, tanto si la mujer opta por dar a su hijo o hija en adopción como si decide conservar la custodia. El acceso a este acompañamiento no exige denuncia penal previa ni proceso judicial en curso, precisamente para no condicionar la protección de la mujer a la ocurrencia o al resultado de un proceso penal que puede tomar años en resolverse.

Embarazo en niñas y adolescentes

El embarazo en niñas y adolescentes demanda una respuesta reforzada y diferenciada más allá de los casos derivados directamente de violencia sexual. En menores de catorce años debe activarse siempre la valoración integral de posibles hechos de violencia sexual, de acuerdo con la legislación penal y de infancia, sin convertir la atención sanitaria o psicosocial en un escenario de interrogatorio o revictimización.

La respuesta estatal debe articular salud, ICBF, sector educativo, comisarías de familia,

Fiscalía y entidades territoriales, según el caso. Debe garantizar información adecuada a la edad, autonomía progresiva, atención en salud mental, continuidad educativa, protección frente al agresor, apoyo familiar seguro y acceso oportuno a las prestaciones de salud sexual y reproductiva reconocidas por el ordenamiento.

La maternidad adolescente también puede profundizar trayectorias de pobreza, abandono escolar y dependencia económica. Por ello, el proyecto incluye educación, cuidado, fortalecimiento familiar, empleabilidad y generación de ingresos como componentes de articulación, sin presumir que todas las adolescentes enfrentan las mismas condiciones ni sustituir su voluntad.

Corresponsabilidad paterna, alimentos y fortalecimiento del vínculo familiar

Uno de los factores de vulnerabilidad más recurrentes que reporta la evidencia disponible sobre gestación y maternidad en Colombia es la ausencia de corresponsabilidad del padre, que se traduce en falta de reconocimiento de la paternidad, incumplimiento de obligaciones alimentarias y sobrecarga económica y de cuidado para la mujer. El Título III desarrolla una respuesta civil, no punitiva, orientada a que la corresponsabilidad paterna se convierta en una alternativa real frente a la interrupción del embarazo motivada por la falta de apoyo económico o emocional, sin que ello implique en ningún caso condicionar o sustituir la decisión autónoma de la mujer.

El artículo 10° facilita el reconocimiento voluntario de la paternidad en el momento del registro civil de nacimiento, sin costo alguno para los padres, y garantiza la práctica gratuita de la prueba de marcadores genéticos de ADN cuando no exista reconocimiento voluntario o se controvierta la paternidad, con prioridad para las mujeres en condiciones de priorización del artículo 2° de esta ley. Introduce, además, la figura del compromiso de corresponsabilidad parental, que se ofrece al padre durante los controles prenatales cuando esté identificado, y que, sin sustituir ni condicionar las obligaciones legales de paternidad, podrá ser valorado por el juez de familia como indicio en procesos posteriores de custodia, alimentos o corresponsabilidad.

El artículo 11 complementa la corresponsabilidad paterna mediante un componente de formación y acompañamiento dirigido al padre o a la persona que la mujer gestante identifique como acompañante. Este componente comprende información sobre las responsabilidades derivadas de la paternidad, preparación para el embarazo, parto, puerperio y lactancia, salud mental perinatal, corresponsabilidad en el cuidado y fortalecimiento del vínculo familiar temprano. Su participación será voluntaria y no podrá constituir condición para el acceso de la mujer a los demás componentes de la Ruta.

Finalmente, el artículo 12° reconoce a la mujer gestante el derecho a reclamar del padre una cuota de alimentos gestacional, autónoma e independiente de lo dispuesto en el artículo 93 del Código Civil, cuando el nasciturus no nazca con vida por pérdida gestacional,

muerte fetal, mortinato o cualquier otra circunstancia que ponga fin a la gestación sin nacimiento con vida de manera natural.

Enfoque territorial y diferencial

La implementación debe reconocer que las barreras varían entre territorios. En zonas rurales dispersas pueden predominar las distancias, la falta de transporte, la baja disponibilidad de especialistas y la conectividad limitada. En zonas de frontera y contextos de movilidad humana pueden existir dificultades documentales, desconocimiento de rutas y temor a acudir a instituciones.

En pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y pueblo Rrom, la atención debe respetar identidad cultural, lengua, prácticas de cuidado y autoridades propias, siempre dentro del marco de protección de los derechos fundamentales. La articulación intercultural no puede justificar barreras, tratos discriminatorios ni sustitución de la voluntad de la mujer.

Las mujeres con discapacidad tienen derecho a información accesible, ajustes razonables y apoyos para la toma de decisiones que no equivalgan a sustitución de su capacidad jurídica. La reglamentación deberá prever accesibilidad física, comunicativa y digital, y capacitación del talento humano para evitar prácticas capacitistas.

Parto digno y respetado, posparto, lactancia y duelo

La Ley 2244 de 2022 reconoce derechos de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y el duelo gestacional y perinatal. Este marco exige información comprensible, trato digno, respeto por la autonomía, acompañamiento y prevención de la violencia obstétrica. La Ruta no modifica los protocolos clínicos, pero puede facilitar orientación y remisión cuando la mujer advierta barreras o requiera apoyo psicosocial.

El posparto y la lactancia no pueden reducirse a una consulta aislada: La Organización Mundial de la Salud ha señalado la necesidad de una experiencia posnatal positiva que integre salud física, salud mental, cuidado del recién nacido e información para la familia. El acompañamiento comunitario y las redes de apoyo pueden reducir el aislamiento y facilitar la detección de signos de alarma.

El duelo gestacional, perinatal o neonatal requiere atención respetuosa y diferenciada. La Ley 2310 de 2023 y la regulación expedida para su implementación refuerzan la necesidad de protocolos y atención integral. La Ruta permitirá orientar a las familias hacia los servicios disponibles sin imponer formas determinadas de vivir el duelo.

Protección gradual e incremental de la vida por nacer

La jurisprudencia constitucional ha diferenciado el derecho fundamental a la vida de las personas nacidas y la protección constitucional de la vida en gestación. Esta última constituye un bien jurídico relevante y admite una protección gradual e incremental, que debe armonizarse con los derechos fundamentales de la mujer gestante.

El proyecto adopta esa categoría constitucional. La protección de la vida por nacer se desarrolla mediante medidas compatibles con la autonomía: atención prenatal oportuna, reducción de riesgos maternos, salud mental, alimentación, vivienda temporal, prevención de violencias, parto digno, cuidado neonatal y fortalecimiento de redes.

La política pública puede promover condiciones favorables para la continuación de la gestación, siempre que lo haga por medios de apoyo y no de coacción. Esta es la opción normativa del proyecto: ampliar posibilidades materiales, no imponer resultados reproductivos.

Acompañamiento en los procesos de adopción: un vacío estructural que el proyecto busca cerrar

La entrega voluntaria en adopción es una alternativa legítima y ya reconocida por el ordenamiento colombiano frente a la continuación de la crianza, y debe ofrecerse a la mujer gestante en condiciones de plena libertad, información e igualdad frente a las demás opciones disponibles. Sin embargo, el diagnóstico institucional del sistema de adopción muestra un régimen que hoy no está en condiciones de cumplir esa promesa con la celeridad y las garantías que la Constitución exige.

Según las estadísticas del propio Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a corte del 31 de diciembre de 2025 se formalizaron en Colombia 949 adopciones durante el año, 632 por familias colombianas y 317 por familias extranjeras. Frente a esa oferta, 278 familias residentes en Colombia y en el exterior permanecían en lista de espera del ICBF, y otras 94 en lista de espera de las Instituciones Autorizadas para adelantar el Programa de Adopción, como se observa en la imagen 6. Entre 2010 y 2025, Colombia acumuló 21.571 adopciones, de las cuales 14.101 correspondieron a niñas, niños y adolescentes con características y necesidades especiales, población que enfrenta mayores dificultades para ser adoptada y que requiere, por tanto, un régimen más ágil y mejor dotado.

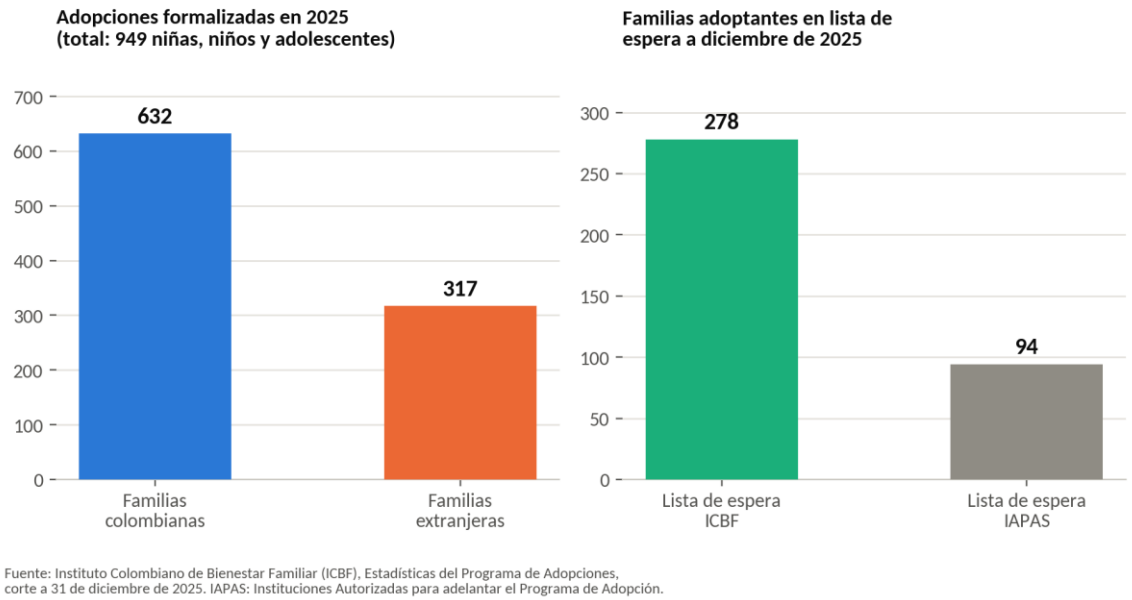


Imagen 6. Balance del Programa de Adopciones en Colombia a diciembre de 2025. Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

A este rezago se suma un problema estructural de represamiento que han documentado tanto la Procuraduría General de la Nación como la Contraloría General de la República: miles de niñas, niños y adolescentes permanecen en procesos administrativos de restablecimiento de derechos que superan ampliamente el plazo legal de dieciocho meses sin que se defina su situación jurídica, lo que retrasa de manera indebida su declaratoria de adoptabilidad y prolonga su permanencia en instituciones o en medidas de protección provisionales. La propia Contraloría ha señalado que el trámite de adopción en Colombia suma más de veinte pasos administrativos, y ha advertido que la lentitud del proceso representa un riesgo alto de revictimización institucional tanto para los niños como para las familias adoptantes.

Frente a este panorama, el artículo 13 desarrolla un conjunto de garantías para la mujer gestante o lactante que manifieste su intención de dar a su hijo o hija en adopción: verificación previa de la posibilidad de que el padre asuma la crianza antes de iniciar el trámite de entrega a terceros, orientación jurídica gratuita a cargo de las Defensorías de Familia o de la Defensoría del Pueblo, acompañamiento psicosocial orientado a asegurar que la decisión sea libre e informada y no producto de presión económica, familiar o institucional, confidencialidad de la identidad de la madre mediante un expediente de origen bajo custodia y reserva legal, derecho del hijo o hija adoptados a conocer su origen biológico una vez alcancen la mayoría de edad, un término razonable para ratificar o revocar la decisión después del parto, y la prohibición expresa de cualquier incentivo, compensación o contraprestación a la madre biológica por la entrega en adopción. El artículo 15, por su parte, ordena al Gobierno nacional presentar ante el Congreso, dentro del año siguiente a la sanción de esta ley, un proyecto de modificación integral del régimen

de adopción vigente, que deberá contener, como mínimo, la diferenciación procedimental entre la entrega voluntaria y el proceso administrativo de restablecimiento de derechos, el fortalecimiento del talento humano de las defensorías de familia, mecanismos de seguimiento judicial obligatorio a los plazos legales, la digitalización y trazabilidad plena del Sistema de Información Misional del ICBF, y la articulación de ese régimen con los hallazgos de la Procuraduría General de la Nación en la materia.

Estas garantías buscan que la adopción deje de ser, en la práctica, una alternativa formalmente reconocida pero materialmente inaccesible, y se convierta en una opción real, ágil y digna, tanto para la mujer que decide entregar a su hijo o hija como para el niño o la niña cuyo derecho a crecer en una familia depende de que ese sistema funcione con la celeridad que la Constitución exige.

Apoyo económico a la gestación en condiciones de vulnerabilidad: el Bono por la Vida

La evidencia recogida a lo largo de esta exposición de motivos muestra de manera consistente que la pobreza y la falta de ingresos figuran entre los determinantes más importantes de la decisión reproductiva de una mujer en condición de vulnerabilidad. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística ha documentado que la pobreza multidimensional continúa siendo significativamente mayor en centros poblados y zonas rurales dispersas, y que las privaciones asociadas afectan de manera directa la capacidad de una mujer gestante para sostener su embarazo. El artículo 43 de la Constitución Política ordena precisamente que la mujer, durante el embarazo y después del parto, goce de especial asistencia y protección del Estado, y reciba subsidio alimentario si estuviere desempleada o desamparada. El artículo 15 desarrolla ese mandato constitucional de manera concreta.

El Bono por la Vida autoriza al Gobierno nacional a crear una transferencia monetaria dirigida a subsidiar a la población gestante en situación de vulnerabilidad priorizada conforme al artículo 2° de esta ley, y en particular a las mujeres gestantes o lactantes víctimas de violencia sexual a las que se refiere el artículo 7°, que decidan continuar su gestación pese a su situación de vulnerabilidad. El diseño de la norma es deliberadamente flexible en cuanto a su implementación: el Gobierno nacional podrá optar, según su valoración de disponibilidad presupuestal y sostenibilidad fiscal, por crear este beneficio como programa autónomo, o por incorporar a esta población como beneficiaria prioritaria dentro de los programas de transferencias monetarias condicionadas ya existentes, como Renta Ciudadana, que hoy beneficia a cerca de 770.000 hogares en el país y que sustituyó al histórico programa Familias en Acción. Esta remisión a la institucionalidad ya existente responde al mismo principio de no duplicación que orienta el resto del articulado: el Bono por la Vida no crea una nueva burocracia ni un nuevo sistema de focalización, se apoya en mecanismos de transferencias condicionadas cuya capacidad de reducir la pobreza monetaria ya ha sido documentada por el propio DANE, que ha estimado que este tipo de

transferencias sacó a 1,8 millones de personas de la pobreza monetaria y a otro millón de la pobreza extrema en el último año medido, por lo que su implementación NO genera impacto fiscal.

El parágrafo del artículo 15 precisa, además, que la autorización no genera por sí sola un derecho subjetivo a la transferencia monetaria en cabeza de las beneficiarias, el cual solo será exigible una vez el Gobierno nacional expida la reglamentación correspondiente. Esta precisión es relevante desde la perspectiva de la responsabilidad fiscal: la norma habilita al Ejecutivo a diseñar el beneficio dentro de sus competencias presupuestales, sin comprometer de manera automática e inmediata el gasto público, en línea con lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003.

Confidencialidad, historia clínica y protección de datos sensibles

La información sobre embarazo, salud mental, violencias, situación socioeconómica y decisiones reproductivas es sensible. Su tratamiento se encuentra sujeto a la Constitución, la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la reserva de la historia clínica y los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

En consecuencia, la Ruta no crea registros, listas ni categorías destinados a identificar a mujeres que consideren, soliciten o accedan a la interrupción voluntaria del embarazo. Solo podrá tratarse la información estrictamente indispensable para prestar el acompañamiento solicitado y de conformidad con la base jurídica correspondiente. Los informes de seguimiento deberán ser agregados y anonimizados, y no podrán medir ni premiar el cambio de la decisión reproductiva.

Participación de organizaciones sociales y redes de apoyo

La sociedad civil puede contribuir al acompañamiento, la reducción del aislamiento, la orientación y el fortalecimiento de redes. No obstante, la sensibilidad de la materia exige criterios estrictos de idoneidad, transparencia, ausencia de conflictos de interés, no discriminación y respeto por la autonomía.

Las organizaciones deberán informar previamente su naturaleza, objeto, orientación institucional y fuentes de financiación cuando participen en actividades de la Ruta. No podrán condicionar apoyos, acceder a información clínica identificable sin habilitación legal, inducir decisiones, ni intervenir en autorizaciones o prestaciones sanitarias. La participación de familiares, pareja o redes de apoyo requerirá autorización libre e informada de la mujer, salvo las excepciones legales de protección.

Estas reglas permiten aprovechar capacidades comunitarias sin privatizar responsabilidades estatales ni crear espacios de persuasión encubierta. La coordinación siempre permanecerá en cabeza de las autoridades competentes.

3. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL Y MARCO NORMATIVO

La iniciativa desarrolla los fines esenciales del Estado previstos en el artículo 2 de la Constitución Política, en particular la efectividad de los derechos y la protección de las personas. El artículo 13 impone medidas de igualdad a favor de quienes se encuentren en condiciones de debilidad manifiesta. El artículo 43 dispone que la mujer, durante el embarazo y después del parto, gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá subsidio alimentario si estuviere desempleada o desamparada.

Los artículos 44, 48 y 49 respaldan la protección prevalente de los niños, la seguridad social y el derecho a la salud. Los artículos 15 y 16 protegen la intimidad, el habeas data y el libre desarrollo de la personalidad. El artículo 93 exige interpretar los derechos conforme a los tratados internacionales de derechos humanos.

La Ruta materializa estos mandatos mediante una intervención proporcionada, no sustituye decisiones y se concentra en información, articulación y acompañamiento. La protección de la vida en gestación se desarrolla a través de políticas sociales y sanitarias compatibles con los derechos de la mujer.

El artículo 93 de la Constitución Política incorpora al ordenamiento interno los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, otorgándoles rango constitucional y obligando a interpretar los derechos fundamentales de conformidad con ellos. Dentro de ese bloque, el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, protegida por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Conforme a la interpretación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Artavia Murillo y otros contra Costa Rica, de 2012, la protección de la vida en gestación constituye un mandato que debe optimizarse e implementarse de manera gradual e incremental según el desarrollo de la gestación. Esta fórmula de protección gradual e incremental es precisamente la que después adoptó la Corte Constitucional colombiana en la Sentencia C-055 de 2022 como categoría aplicable a la vida en gestación en el ordenamiento interno. De ahí se sigue una conclusión central para el proyecto: el Estado colombiano tiene un deber de protección de la vida en gestación, reconocido tanto por el sistema interamericano como por la jurisprudencia constitucional, que debe desarrollarse por vías compatibles con la autonomía de la mujer.

A este fundamento interamericano se suman otros instrumentos del bloque de constitucionalidad que refuerzan la protección de la maternidad y la gestación sin entrar en tensión con los derechos de la mujer: el artículo 6.5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que prohíbe ejecutar la pena de muerte en mujeres en estado de gravidez; el artículo 10.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ordena una protección especial a las madres durante un período razonable antes y después del parto; el artículo 15 del Protocolo de San Salvador, que exige proteger

a la familia especialmente durante el embarazo y la lactancia; y el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce la necesidad de protección y cuidados especiales, incluida la protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Estos instrumentos exigen que el Estado despliegue, junto a ese reconocimiento, medidas afirmativas de acompañamiento y protección de la vida en gestación, que es exactamente el objeto de la Ruta por la Vida.

El consentimiento informado como línea jurisprudencial autónoma

El consentimiento es un principio constitucional autónomo, de aplicación general a cualquier acto médico, cuyo desarrollo jurisprudencial antecede y trasciende la discusión particular sobre interrupción del embarazo.

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-405 de 2016, precisó que el consentimiento informado hace parte tanto del derecho a recibir información como del derecho a la autonomía personal, y que constituye un principio autónomo que materializa otros principios constitucionales, con un desarrollo jurisprudencial propio y consolidado en el ámbito del acto médico. Esta misma Corporación, en la Sentencia T-303 de 2016, delimitó las únicas circunstancias en las que dicho consentimiento puede ceder o modularse: situaciones de emergencia, riesgo para terceros, minoría de edad con límites al consentimiento sustituto, o discapacidad mental que descarte la autonomía necesaria. Fuera de esos supuestos tasados, la regla general e inderogable es la información plena y la decisión autónoma del paciente.

Este estándar general se encuentra, además, positivizado en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconoce la autonomía y el acceso a la información como elementos constitutivos del derecho fundamental a la salud, de aplicación universal e independiente del tipo de procedimiento de que se trate. En ese sentido, si el ordenamiento exige información completa, oportuna y comprensible como condición de validez de cualquier consentimiento en salud, no existe razón constitucional para que las decisiones relativas a la continuación o interrupción del embarazo, que se encuentran entre las de mayor trascendencia para la vida de una mujer, reciban un estándar de información inferior al que ya rige, con carácter general, para cualquier otro procedimiento médico.

Imparcialidad y objetividad en el deber de informar sobre procedimientos que afectan la salud y la salud mental

El deber de informar en el ámbito de la salud no se agota en la mera transmisión de datos. La jurisprudencia y la regulación sanitaria colombiana han decantado un estándar cualitativo de la información, que exige que esta sea objetiva, veraz, completa y desprovista de sesgo, precisamente porque de ella depende el ejercicio efectivo de la autonomía del paciente. Este estándar de objetividad no es exclusivo de ningún procedimiento en

particular, sino que constituye una exigencia transversal del acto médico, aplicable con especial rigor cuando la decisión en juego puede tener efectos sobre la salud mental de la persona, dada la naturaleza irreversible o de alto impacto emocional que suelen tener este tipo de decisiones.

De ahí se desprende el principio general de que quien orienta a una persona respecto de un procedimiento que puede afectar su salud física o mental tiene el deber de hacerlo con imparcialidad, sin inducir la decisión hacia un resultado predeterminado y sin valerse de la posición de autoridad técnica que ostenta para persuadir en un sentido u otro. La jurisprudencia constitucional ha sido clara en sancionar la inobservancia de este deber cuando se materializa en injerencias indebidas sobre la autonomía de la paciente, incluyendo el uso no autorizado de información clínica.

Trasladado al deber general de información en salud, este principio de imparcialidad exige que toda orientación sobre alternativas frente a una decisión reproductiva, en cualquier sentido, se brinde bajo los mismos estándares de objetividad, veracidad y ausencia de inducción, de manera que la persona reciba elementos de juicio equilibrados y no una versión parcial orientada a un resultado específico, sea este la continuación o la interrupción de la gestación. Es este principio general de imparcialidad, y no una regla especial creada para el embarazo, el que sustenta la exigencia de simetría informativa que consagra la presente iniciativa.

El deber estatal de protección a la mujer gestante en situación de vulnerabilidad

La Constitución Política impone al Estado deberes reforzados de protección hacia quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, mandato que se concreta de manera específica respecto de la mujer gestante en el artículo 43, según el cual esta gozará de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo y después del parto.

Este mandato constitucional se articula con la cláusula general de igualdad material del artículo 13, que ordena adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados y proteger especialmente a quienes, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

La propia Sentencia C-355 de 2006 reconoció que el embarazo puede tener lugar en contextos de vulnerabilidad física, psicológica, social y económica que inciden directamente en la libertad real de la mujer para decidir sobre su gestación. Este reconocimiento resulta decisivo para el proyecto: si la propia jurisprudencia constitucional admite que la precariedad material y social condiciona la libertad de decisión reproductiva, entonces el deber estatal de protección no se satisface con la sola abstención de coacción, sino que exige una actuación positiva del Estado orientada a remover, en la medida de sus posibilidades, aquellas barreras materiales (pobreza, falta de redes de apoyo, violencia, inseguridad alimentaria, ausencia de vivienda o de acompañamiento en salud mental) que

puedan estar determinando la decisión de la mujer al margen de su voluntad real. Esta lectura encuentra respaldo adicional en la Ley 1257 de 2008, que desarrolla la protección de la mujer frente a las violencias, y en la Ley 1098 de 2006, que impone deberes reforzados de protección cuando la gestante es, a su vez, una niña o adolescente.

La Ruta por la Vida se inscribe precisamente en el cumplimiento de este deber estatal reforzado, para garantizar que la voluntad de la mujer se ejerza en condiciones reales de libertad, mediante el acompañamiento efectivo de quienes, por su situación de vulnerabilidad, requieren una intervención positiva del Estado para que su decisión sea auténticamente libre.

4. CONSTITUCIONALIDAD DE LA RUTA POR LA VIDA: POR QUÉ EL PROYECTO NO CONTRADICE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Dada la sensibilidad de la materia, esta exposición de motivos dedica un acápite a explicar, de manera explícita y verificable frente al texto mismo de las sentencias, por qué esta Ruta por la Vida que se plantea mediante este proyecto de ley, no vulnera la Constitución ni desconoce lo resuelto por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022.

El punto de partida es el propio texto de la Sentencia C-055 de 2022. Su resolutivo primero declaró la exequibilidad condicionada del artículo 122 del Código Penal, en el sentido de que la conducta de abortar solo es punible cuando se realiza después de la semana veinticuatro de gestación, y de que, en todo caso, no podrá ser perseguida penalmente cuando la causal invocada corresponda a alguna de las tres hipótesis despenalizadas desde la Sentencia C-355 de 2006, esto es, cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto; cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; o cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un profesional de la medicina. Su resolutivo segundo exhortó al Congreso de la República y al Gobierno nacional a formular e implementar, sin perjuicio del cumplimiento inmediato de la sentencia y en el menor tiempo posible, una política pública integral que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes, y que, a su vez, proteja el bien jurídico de la vida en gestación sin afectar esas garantías. La propia Corte precisó, de manera expresa, que ese exhorto opera a partir del condicionamiento de que trata el resolutivo anterior, es decir, que la política pública que el Congreso está llamado a formular debe construirse sin afectar la exequibilidad condicionada fijada en el resolutivo primero.

La Ruta por la Vida es, precisamente, el ejercicio de ese mandato. El siguiente cuadro contrasta, punto por punto, lo que la Corte Constitucional ha establecido en su jurisprudencia con lo que dispone el articulado de este proyecto, de manera que quede

claro que ninguna de sus disposiciones modifica, restringe, condiciona o dilata el ejercicio de los derechos reconocidos en las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022.

Lo que ha establecido la Corte Constitucional	**Lo que dispone la Ruta por la Vida**
Sentencia C-355 de 2006: despenaliza el aborto en tres causales (violación, incesto o inseminación no consentida; malformación del feto incompatible con la vida; peligro para la vida o la salud de la mujer), sin límite temporal para esas causales.	El proyecto no modifica, restringe ni condiciona el ejercicio de esas tres causales. Ningún artículo del articulado exige requisitos adicionales, plazos de espera, autorizaciones de terceros ni certificaciones distintas a las que ya prevé el ordenamiento vigente para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de esas causales.
C-055 de 2022, resolutivo primero: exequibilidad condicionada del artículo 122 del Código Penal. El aborto solo es punible después de la semana 24 de gestación, y en ningún caso dentro de las tres causales de la C-355 de 2006.	El proyecto no modifica el artículo 122 del Código Penal, no crea ningún tipo penal nuevo ni introduce sanciones, requisitos habilitantes o condiciones adicionales para la interrupción voluntaria del embarazo antes de la semana 24 o dentro de las tres causales despenalizadas.
C-055 de 2022, resolutivo segundo: exhorta al Congreso y al Gobierno nacional a formular una política pública integral que evite la desprotección de la mujer gestante y proteja la vida en gestación sin afectar sus garantías, exhorto que opera expresamente a partir del condicionamiento del resolutivo primero.	El proyecto es, en sí mismo, el desarrollo de parte de esa política pública dentro del margen de configuración que la propia Corte reconoció al Legislador, los ejes mínimos exigidos por el resolutivo segundo (divulgación de opciones, eliminación de obstáculos, prevención del embarazo, educación sexual y reproductiva, acompañamiento en adopción y garantías para el recién nacido), sin afectar en ningún artículo la exequibilidad condicionada fijada en el resolutivo primero.
SU-096 de 2018: prohíbe las dilaciones injustificadas y la exigencia de requisitos adicionales a los previstos en la C-355 de 2006 para acceder a la IVE, incluidos debates científicos sobre la idoneidad del certificado médico, y fija cinco días como plazo máximo razonable para practicar el procedimiento.	Ningún artículo del proyecto crea un trámite, plazo de espera, autorización previa o requisito adicional para acceder a la IVE. El artículo 6°, sobre información visual y auditiva del proceso de gestación, es expresamente potestativo y exclusivo de la mujer gestante, no una condición previa impuesta por el prestador de salud ni un requisito habilitante del procedimiento.

T-402 de 2024: la divulgación no autorizada de información clínica de una mujer que solicitó una IVE, por parte de un tercero que buscaba disuadirla de su decisión, vulnera sus derechos a la intimidad, al habeas data, a la confidencialidad y a la salud sexual y reproductiva.	El proyecto prohíbe expresamente que las entidades y organizaciones que participan en la Ruta accedan a información clínica identificable sin habilitación legal, condicionen apoyos, ejerzan persuasión indebida o intervengan en autorizaciones o prestaciones sanitarias. Los informes de seguimiento deben ser agregados y anonimizados, y la Ruta no crea registros ni listas de mujeres que consideren, soliciten o accedan a la IVE.
C-405 de 2016 y T-303 de 2016: el consentimiento informado es un principio constitucional autónomo. Solo puede ceder o modularse en emergencia, riesgo para terceros, minoría de edad con límites al consentimiento sustituto, o discapacidad mental que descarte la autonomía.	El proyecto no crea nuevas causales de restricción del consentimiento informado ni modifica las ya existentes. Exige, exclusivamente, que la información sobre alternativas a la interrupción del embarazo se ofrezca bajo los mismos estándares de calidad, veracidad e imparcialidad que ya rigen, con carácter general, para cualquier consentimiento en salud, sin inducir ningún resultado.

Por qué la Ruta por la Vida no constituye una barrera de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

La doctrina constitucional sobre barreras de acceso a la IVE, consolidada desde la SU-096 de 2018, identifica como inconstitucional cualquier dilación injustificada, cualquier requisito no previsto en la ley, cualquier debate científico prolongado sobre la idoneidad del certificado médico y cualquier negativa institucional sin fundamento. Ninguna de esas figuras aparece en el articulado de la Ruta por la Vida. El artículo 5°, que consagra la garantía transversal del derecho a la información, no impide, retrasa ni condiciona la práctica de la IVE dentro de las causales vigentes: únicamente exige que, cuando se suministre información sobre la interrupción del embarazo, esta se acompañe de información con el mismo estándar de calidad sobre las alternativas disponibles para la continuación de la gestación. Se trata de una obligación de simetría informativa, no de una restricción al acceso.

El artículo 6° reconoce a la mujer gestante el derecho a recibir información completa, clara, comprensible y oportuna sobre el estado y desarrollo de su gestación. En el marco de una ecografía obstétrica clínicamente indicada, el profesional de la salud deberá informar sobre los hallazgos relacionados con el desarrollo gestacional y poner a disposición de la mujer la visualización de la imagen ecográfica y la escucha del latido cardíaco del ser humano en gestación.

La activación de este deber informativo no depende de una solicitud previa de la mujer gestante, pues la obligación recae directamente sobre el profesional de la salud. No obstante, la mujer conserva plenamente su autonomía para manifestar expresamente que no desea visualizar la ecografía o escuchar el latido cardíaco, decisión que deberá ser respetada y que no podrá afectar la continuidad, calidad u oportunidad de la atención en salud.

En consecuencia, el artículo no configura un requisito habilitante, una carga adicional, un tiempo de espera ni una barrera para acceder a ningún procedimiento o prestación en salud. Su finalidad es garantizar una información más completa dentro de la atención obstétrica, respetando en todo momento la autonomía, el consentimiento informado y la decisión de la mujer.

Constitucionalidad de los títulos incorporados al articulado

Cada uno de los títulos que desarrollan el acompañamiento diferencial frente a la violencia sexual, la corresponsabilidad paterna, la adopción y el apoyo económico descansa sobre fundamentos constitucionales y legales propios, independientes de la regulación de la IVE, y en ningún caso la modifican, la condicionan ni la afectan.

El Título II, sobre acompañamiento diferencial a mujeres gestantes y lactantes víctimas de violencia sexual, desarrolla los artículos 12 y 42 de la Constitución Política, que prohíben los tratos crueles, inhumanos o degradantes y reconocen la igualdad de derechos y deberes en las relaciones familiares, junto con la Ley 1257 de 2008 sobre prevención y sanción de la violencia contra la mujer. La suspensión provisional de la patria potestad y la inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos no son medidas nuevas en su naturaleza jurídica, sino extensiones puntuales de instituciones civiles ya existentes en el artículo 315 del Código Civil y en la Ley 2097 de 2021, aplicadas a un supuesto de hecho específico y decretadas siempre por un juez de familia, con pleno respeto del derecho de defensa del procesado. No tienen relación alguna con la regulación penal del aborto.

El Título III, sobre corresponsabilidad paterna, desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, que reconoce que las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre sus integrantes, y el deber de los padres de sostener y educar a sus hijos mientras sean menores, previsto en el artículo 42.9. El reconocimiento voluntario de paternidad, la prueba de ADN y la exigibilidad de alimentos desde la gestación son instituciones de derecho civil y de familia ya consolidadas en el ordenamiento, el proyecto únicamente facilita su acceso y adelanta su exigibilidad temporal, sin crear ninguna obligación penal ni administrativa nueva a cargo de la mujer.

El Título IV, sobre adopción, desarrolla el artículo 44 de la Constitución Política, que reconoce el derecho de los niños a tener una familia y no ser separados de ella, y se apoya

en el Código de la Infancia y la Adolescencia. La entrega voluntaria en adopción es una figura ya reconocida por el ordenamiento; el proyecto se limita a reforzar sus garantías de información, acompañamiento, confidencialidad y celeridad, y a ordenar al Gobierno nacional presentar una reforma integral del régimen vigente. En ningún momento el proyecto condiciona el acceso a la IVE a la previa consideración de la adopción, ni la presenta como alternativa obligatoria.

El Título V, sobre apoyo económico, desarrolla directamente el mandato expreso del artículo 43 de la Constitución Política, que ordena al Estado brindar subsidio alimentario a la mujer gestante desempleada o desamparada. El Bono por la Vida es una autorización, no una obligación de gasto inmediato, sujeta a reglamentación gubernamental y a las reglas de responsabilidad fiscal de la Ley 819 de 2003, y no condiciona jurídicamente en ningún sentido la decisión reproductiva de la mujer: se trata de un apoyo económico adicional para quien decide continuar su gestación en condición de vulnerabilidad, de la misma naturaleza que otros programas de transferencias condicionadas ya vigentes en el país, y no de una contraprestación, un premio ni una sanción ligados al ejercicio de un derecho.

Un juicio de proporcionalidad sencillo

La Ruta por la Vida supera sin dificultad un juicio de proporcionalidad; la medida persigue una finalidad constitucionalmente imperiosa, el cumplimiento del deber de protección de la vida en gestación y de la mujer gestante en situación de vulnerabilidad, expresamente reconocido en los artículos 43 y 44 de la Constitución y en el propio exhorto de la Sentencia C-055 de 2022.

Es idónea, porque articula información, acompañamiento psicosocial, protección frente a la violencia, corresponsabilidad paterna, adopción y apoyo económico, todos ellos mecanismos con capacidad demostrada de incidir sobre los determinantes que la evidencia presentada en esta exposición de motivos identifica como decisivos en la decisión reproductiva de una mujer en condición de vulnerabilidad.

Es necesaria, porque no existe en el ordenamiento vigente un mecanismo equivalente de articulación intersectorial que hoy cumpla esta función, como lo evidencia el diagnóstico de fragmentación institucional expuesto en el acápite 2.

Y es proporcional en sentido estricto, porque no restringe ningún derecho fundamental de la mujer, no impone cargas, no crea nuevos delitos ni sanciones, y su intensidad se limita a la creación de garantías, información y apoyos adicionales, todos de carácter optativo para la destinataria.

Como anteriormente se expuso este proyecto de ley se construyó cuidadosamente para respetar en su integridad la exequibilidad condicionada fijada por la propia Corte Constitucional.

Competencia del Congreso

El Congreso de la República es competente para expedir la ley en virtud de la cláusula general del artículo 150 de la Constitución. La iniciativa puede ser presentada por congresistas conforme al artículo 154 superior y a la Ley 5ª de 1992.

El proyecto no crea ministerios, departamentos administrativos, establecimientos públicos, fondos, nuevas entidades ni plantas de personal. Ordena que la implementación se apoye en competencias, programas, rutas, equipos e instancias existentes. No obstante, algunas disposiciones pueden implicar responsabilidades operativas o presupuestales adicionales. Por prudencia constitucional y para fortalecer la viabilidad de la iniciativa, durante el trámite se promoverá la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación, el ICBF y las demás entidades competentes, y se solicitará el aval gubernamental respecto de las disposiciones que puedan comprometer materias de iniciativa reservada.

CONCLUSIÓN

La Ruta por la Vida responde a un problema real: la atención materno-perinatal continúa fragmentada entre servicios sanitarios, sociales, comunitarios y de protección, y las mujeres gestantes que enfrentan violencia sexual, ausencia de corresponsabilidad paterna, dificultades para acceder a la adopción o carencias económicas no cuentan hoy con una respuesta estatal articulada. Aunque Colombia dispone de una RIAS materno-perinatal, las barreras económicas, territoriales, familiares y de salud mental requieren un mecanismo legal de articulación que facilite el acceso efectivo y la continuidad del acompañamiento.

La iniciativa acompaña a las mujeres gestantes y lactantes, fortalece la salud mental perinatal, protege gradual e incrementalmente la vida por nacer, y ofrece alternativas materiales, jurídicas y económicas reales a quienes enfrentan violencia sexual, ausencia de corresponsabilidad paterna o situaciones de vulnerabilidad que puedan incidir en su decisión reproductiva. Al mismo tiempo, incorpora límites constitucionales claros: información imparcial, confidencialidad, ausencia de barreras al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las causales vigentes, y pleno respeto de la exequibilidad condicionada fijada por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022.

El articulado es amplio en sus garantías, pero coherente y respetuoso de la unidad de materia. Su ejecución se apoya en competencias y capacidades existentes, con implementación gradual, participación gubernamental y deliberación fiscal conforme a la Ley 819 de 2003.

REFERENCIAS TÉCNICAS, NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025. Capítulo 8: Salud materna y cuidados del recién nacido. Resultados de recolección 2024-2025.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas Vitales: nacimientos y defunciones, año acumulado 2025 preliminar. Boletín técnico publicado el 20 de marzo de 2026.
- Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal, semana epidemiológica 53 de 2025. Apartado de mortalidad materna. Datos preliminares de Sivigila.
- The Lancet Psychiatry. Metaanálisis sobre prevalencia de trastorno depresivo mayor perinatal, 780 estudios sobre más de dos millones de mujeres y adolescentes de 10 a 59 países, 2026.
- Organización Mundial de la Salud. Perinatal mental health. Información técnica sobre prevalencia y factores de riesgo de trastornos mentales durante el embarazo y el posparto.
- Organización Mundial de la Salud. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Ginebra, 2022.
- Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Ginebra, 2022.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza multidimensional en Colombia, año 2025. Boletín técnico publicado en abril de 2026.
- Laboratorio de Economía de la Educación (LEE), Pontificia Universidad Javeriana. Informe sobre embarazo infantil y adolescente en Colombia con base en cifras del DANE, 2026.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Cifras históricas sobre embarazos en niñas de 10 a 14 años asociados a violencia sexual.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Estadísticas del Programa de Adopciones, corte a 31 de diciembre de 2025.
- Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la República. Informes sobre represamiento de procesos administrativos de restablecimiento de derechos y tiempos del trámite de adopción en el ICBF.
- Departamento Administrativo para la Prosperidad Social. Cifras del programa Renta Ciudadana y del impacto de las transferencias monetarias condicionadas en la reducción de la pobreza monetaria y extrema.
- Corte Constitucional. Sentencias C-355 de 2006, C-055 de 2022, SU-096 de 2018 y SU-297 de 2025.
- Corte Constitucional. Sentencias C-405 de 2016, T-303 de 2016 y T-402 de 2024.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica, sentencia de 28 de noviembre de 2012.
- BMC Psychiatry. Leigh, Bronwyn y Milgrom, Jeannette. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress; y Wallin, Inger et al. The

prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2013.

- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Portal SaludData. Datos 2012-2023 y corte del primer semestre de 2023.
- Constitución Política de Colombia, artículos 2, 12, 13, 15, 16, 42, 43, 44, 48, 49, 93, 150, 152, 154 y 158.
- Ley 5ª de 1992, Reglamento del Congreso de la República.
- Código Civil colombiano, artículos 93, 310 y 315.
- Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 1257 de 2008, normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Ley 1438 de 2011, reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley Estatutaria 1581 de 2012, régimen general de protección de datos personales.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015, derecho fundamental a la salud.
- Ley 2097 de 2021, Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
- Ley 2244 de 2022, derechos de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal.
- Ley 2310 de 2023, medidas de atención integral del duelo gestacional y perinatal.
- Ley 819 de 2003, normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal.
- Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que la modifiquen o complementen.