Bogotá D.C., 20 de julio de 2020

Honorable

**GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ**

Presidente

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

Ciudad

**Asunto:** Radicación de proyecto de Ley **“Por medio de la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones”**

Apreciado Presidente,

En cumplimiento de nuestro deber constitucional y legal, y particular actuando en consecuencia con lo establecido en la Ley 5ª de 1992, en nuestra calidad de Congresistas de la República, radicamos ante su despacho, para que se inicie el trámite legislativo respectivo, el proyecto de ley por la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones.

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| **ALEJANDRO VEGA PÉREZ**  Representante a la Cámara  Departamento del Meta | **LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ**  Senadora de la República |
| **ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba | **NUBIA LÓPEZ MORALES**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **JULIÁN PEINADO RAMÍREZ**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **JUAN FERNANDO REYES KURI**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Norte de Santander | **NILTON CÓRDOBA MANYOMA**  Representante a la Cámara  Departamento de Chocó |
| **CARLOS ARDILA ESPINOSA**  Representante a la Cámara  Departamento de Putumayo | **ADRIANA GÓMEZ MILLÁN**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |  |

**PROYECTO DE LEY No. \_\_\_\_\_ DE 2020 CÁMARA**

“Por la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones.”

**El Congreso de Colombia**

**DECRETA**

**Artículo 1**. **Objeto.** La presente Ley tiene por objeto garantizar el ejercicio del derecho consagrado en la Ley 1412 de 2010, por la cual se establece el acceso de los ciudadanos, de manera gratuita, a la práctica de procedimientos quirúrgicos como vasectomía o ligadura de trompas.

**Artículo 2**. Modifíquese el Artículo 4 de la Ley 1412 de 2010, el cual quedará así:

**Artículo 4. Solicitud Escrita.**Las personas que quieran realizarse los procedimientos quirúrgicos señalados en el artículo anterior deberán solicitarlo por escrito a la respectiva entidad.

Será suficiente el diligenciamiento de la solicitud expresa de la voluntad de realizarse el procedimiento para que la persona tenga derecho a acceder al procedimiento quirúrgico. Las IPS públicas o privadas autorizadas pararealizar la vasectomía o ligadura de trompas, eliminarán toda barrera que tenga por objeto o resultado anular el derecho establecido en la presente Ley.

**Artículo 3**. Adiciónese a la Ley 1412 de 2010 el siguiente Artículo:

**Artículo nuevo. Personas en situación de discapacidad.** Cuando no se pueda conocer la decisión de la persona con discapacidad, se recurrirá a lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019 para efectos de determinar su voluntad.

**Artículo 4**. Adiciónese a la Ley 1412 de 2010 el siguiente Artículo:

**Artículo nuevo. Atención a población rural.** Se garantizará la atención a población rural para la práctica de las cirugías de ligadura de trompas y vasectomías en los municipios de segunda a sexta categoría.

El Gobierno Nacional deberá generar mecanismos que garanticen lo dispuesto en este artículo.

**Artículo 5**. Adiciónese a la Ley 1412 de 2010 el siguiente Artículo:

**Artículo nuevo. Promoción.** El Gobierno Nacional deberá promover y difundir la información sobre lo dispuesto en esta Ley y los métodos anticonceptivos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-, indicando como mínimo sus principales características, ventajas, beneficios, consecuencias y requisitos de acceso, mediante campañas que deberán realizarse por lo menos una (1) vez al año, durante los diez (10) años siguientes a la expedición de esta Ley. Entre los medios seleccionados para cumplir lo aquí dispuesto, deberán incluirse las redes sociales vigentes a la fecha de difusión.

**Artículo 6**. **Inspección, Seguimiento, vigilancia y control.** La inspección, seguimiento, vigilancia y control de lo dispuesto en la presente Ley serán responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud.

**Artículo 7**. **Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

De los Congresistas,

|  |  |
| --- | --- |
| **ALEJANDRO VEGA PÉREZ**  Representante a la Cámara  Departamento del Meta | **LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ**  Senadora de la República |
| **ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba | **NUBIA LÓPEZ MORALES**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **JULIÁN PEINADO RAMÍREZ**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **JUAN FERNANDO REYES KURI**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Norte de Santander | **NILTON CÓRDOBA MANYOMA**  Representante a la Cámara  Departamento de Chocó |
| **CARLOS ARDILA ESPINOSA**  Representante a la Cámara  Departamento de Putumayo | **ADRIANA GÓMEZ MILLÁN**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |  |

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**PROYECTO DE LEY No. \_\_\_\_\_ DE 2020 CÁMARA**

**“**Por medio de la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones**”**

**I) OBJETO DEL PROYECTO**

El presente proyecto de ley tiene por objeto garantizar el ejercicio del derecho consagrado en la Ley 1412 de 2010, por la cual se establece el acceso de los ciudadanos, de manera gratuita, a la práctica de procedimientos quirúrgicos como vasectomía o ligadura de trompas, eliminando las barreras para su autorización y práctica.

**II) MARCO NORMATIVO**

* **Principios Constitucionales**

La Constitución Política de Colombia, en sus artículos 13, 15, 16, 42 y 49, reconoce plenamente los derechos sexuales y reproductivos como se evidencia a continuación:

**Artículo 13:** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

**Artículo 15:** Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar.

**Artículo 16:** Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

**Artículo 42:** La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos.

**Artículo 49:** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizará en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

* **Ley 1412 de 2010:** Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable.
* **Tratados Internacionales o instrumentos de *soft law***
* **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994):** *“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”*
* **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995):** *“Las mujeres tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de este derecho es vital para su vida y bienestar y su capacidad para participar en todas las áreas de la vida pública y privada. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades. La salud de las mujeres implica su bienestar emocional, social y físico y está determinada por el contexto social, político y económico de sus vidas, así como por la biología. Sin embargo, la salud y el bienestar eluden a la mayoría de las mujeres. Una barrera importante para las mujeres para el logro del más alto nivel posible de salud es la desigualdad, tanto entre hombres y mujeres como entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos. En foros nacionales e internacionales, las mujeres han enfatizado que para lograr una salud óptima durante todo el ciclo de vida, la igualdad, incluido el compartir las responsabilidades familiares, el desarrollo y la paz, son condiciones necesarias”.*
* **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Artículo 12:**

**“***(…)*

*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”*

* **Objetivos de Desarrollo Sostenible**

**ODS 3: “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades*”-** Se debe garantizar que todas las personas puedan gozar de una vida sana y disfrutar de un completo estado de bienestar físico, mental y social.

**ODS 5: *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” -*** Se requiere alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas, y así garantizar el acceso universal a la salud sexual y salud reproductiva en un marco de derechos sexuales y derechos reproductivos de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de seguimiento.

* **Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA:** *“La planificación familiar es fundamental para el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo sostenible. En la actualidad, más de 300 millones de mujeres en países en desarrollo usan anticonceptivos, pero más de 214 millones de mujeres que desean planificar sus partos no tienen acceso a la planificación familiar moderna”.*
* **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW-:** Enfatiza en la obligación de los Estados de respetar el acceso de las mujeres a los servicios médicos y de abstenerse de poner barreras ante la decisión de la mujer para acceder de manera libre y autónoma a los servicios de salud .

**III) JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

Los derechos reproductivos han sido reconocidos por la Corte Constitucional[[1]](#footnote-1) como derechos fundamentales al desarrollar los artículos 16 y 42 de la Constitución Política e imponen el deber para el Estado de garantizar el acceso a todas las personas a toda la gama de métodos anticonceptivos tanto temporales como definitivos, con consentimiento informado, así como a información sobre salud sexual y reproductiva.

Desde el año 2010, Colombia cuenta con la Ley 1412, por medio de la cual se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio y se autorizó su realización gratuita, como mecanismos para fomentar la paternidad y la maternidad responsables.

Si bien han incrementado los índices de realización de práctica de las cirugías de ligaduras de trompas y de vasectomías, persisten las barreras para el acceso a estas, especialmente fuera de las principales ciudades del país donde existe una realidad paralela: los obstáculos a los que se enfrentan los usuarios que en muchos casos impiden el acceso a este tipo de cirugías, pese a que estén establecidas en la ley y que son obligatoriamente gratuitas en todo el territorio nacional.

Llama la atención que, pese a que la planificación familiar no es un tema exclusivamente femenino y que, como se verá, son las mujeres quienes experimentan mayores barreras al momento de solicitar la aprobación del procedimiento, son ellas quienes más utilizan los métodos anticonceptivos.

Se estima que por cada 8 cirugías de ligaduras de trompas se practica 1 vasectomía, a pesar de que, de acuerdo con información médica, la ligadura de trompas, reviste tres veces más riesgos para la salud si se compara con la vasectomía[[2]](#footnote-2), ya que se realiza bajo anestesia general o epidural, implica una apertura más profunda del abdomen para llegar a las trompas, tiene una tasa de complicaciones más alta, toma más tiempo en el quirófano y es de más difícil recuperación[[3]](#footnote-3).

Si bien las mujeres conversan con sus parejas respecto de los métodos anticonceptivos, en la práctica son ellas quienes buscan información, acuden al médico en busca del método y se responsabilizan de su uso. Existe, pues, una brecha entre conversar y hacerse cargo. Esta situación, demuestra una clara desigualdad de género en materia de responsabilidad reproductiva y en la planificación familiar, así como la necesidad de que cada vez más hombres tomen conciencia de su rol en estos temas y utilicen los métodos anticonceptivos masculinos.

Es importante resaltar que históricamente son las mujeres quienes han dedicado atención y han sido asesoradas sobre los diversos métodos anticonceptivos, con mayor o menor éxito y, desde el punto de vista gubernamental, el Estado ha dedicado mayores esfuerzos a educar al género femenino acerca de métodos de planificación familiar y anticoncepción que a los hombres. Desde una dimensión socioantropológica, son las mujeres las que reflexionan y planifican el tamaño “ideal” de familia. Una vez alcanzado el número deseado de hijos, la ligadura representa para ellas la posibilidad de tener relaciones sexuales sin preocuparse por un nuevo embarazo.

En particular, para algunas mujeres de estratos socioeconómicos más bajos, la decisión de ligarse deviene de las restricciones económicas y prácticas que deberían enfrentar para mantener un nuevo hijo. Para otras, la decisión de la ligadura está relacionada con problemas de salud. Y, en otro orden, la decisión de la ligadura implica para muchas terminar la etapa de la vida vinculada a la crianza y empezar o retomar otros proyectos personales, relativos al estudio o al trabajo.

Tras la ligadura de trompas, algunas dan cuenta de transformaciones positivas en cuanto a sus relaciones sexuales (“sentirse más relajada”, “estar más tranquila”) o hacen una evaluación retrospectiva sobre anticoncepción y vida sexual ya que antes de la ligadura sus relaciones sexuales estaban afectadas negativamente por la eventualidad de un embarazo no buscado y que además sus parejas, se sienten mejor sin tener que utilizar preservativo.

No obstante, aunque son las mujeres quienes más se realizan este tipo de cirugías, son ellas quienes encuentran la mayor cantidad de barreras a la hora de acceder a los procedimientos, en contraposición a los hombres quienes, una vez superan las barreras socio culturales y toman la decisión de operarse, encuentran mucho más fácil el camino para la práctica de la vasectomía. Entre las principales barreras actuales para la práctica de las cirugías de ligadura de trompas y vasectomía se encuentran las siguientes:

1. **Barreras de tipo administrativas y profesionales.**

La falta de asesoría y orientación clara y oportuna por parte de las IPS, la exigencia de documentos adicionales y la demora por las sucesivas consultas para la autorización, hace que los tiempos se dilaten y que el proceso de solicitud, autorización y práctica del procedimiento quirúrgico se prolongue[[4]](#footnote-4). Esta situación conduce, en muchos casos, a que las personas interesadas en practicarse este tipo de cirugías desistan de ello.

Si bien es entendible que corresponde a los profesionales de la salud asegurarse de que los pacientes solicitantes estén seguros e informados de las implicaciones y consecuencias de la decisión de practicarse una cirugía de este tipo, aunque la misma sea de carácter reversible. En el caso de las mujeres que han recurrido al sistema de salud en búsqueda de la autorización para la práctica de esta cirugía muchas de ellas se han encontrado con que su solicitud ni siquiera queda registrada en el sistema por cuanto los profesionales de la salud disuaden de entrada la práctica del proceso de ligadura de trompas, incluso desde la primera consulta.

Entre los principales argumentos utilizados por los profesionales de la salud para disuadir a las mujeres de la práctica de la cirugía de ligadura de trompas se encuentran algunos como: el hecho de ser muy joven[[5]](#footnote-5), no estar en unión con una pareja o la posibilidad de terminar el vínculo con esta, no tener o tener dos o menos hijos e, incluso, el escenario hipotético del fallecimiento de un hijo.

Cabe aclarar que la Ley 1412 de 2010 no establece requisitos para acceder a la cirugía de ligadura de trompas el tener un número mínimo de hijos, ni demostrar estar en una unión, como tampoco presentar un consentimiento de la pareja, y solamente establece restricciones sobre los menores de edad, las cuales fueron avaladas por la Corte Constitucional en Sentencia C-131 de 2014.

El hecho de que muchos de estos argumentos sean motivo de negación para que se pueda pasar de la primera consulta hace que muchas mujeres no lleguen a elevar la solicitud escrita de la práctica del procedimiento, por lo que no hay un registro establecido sobre cuántas mujeres no pueden acceder por estas causas, aunque abundan los casos de desistimiento por estas razones.

Como se manifestaba al principio, una cosa es la verificación acerca de la seguridad del solicitante de estas cirugías y del conocimiento de éste de las consecuencias que ellas acarrean y otra exceder las atribuciones del asesoramiento médico, en detrimento de los derechos de autodeterminación y de libertad reproductiva de quienes, teniendo la información correcta, decidan libremente limitar su capacidad de tener hijos.

A la hora de analizar la profundidad de estas barreras, resulta útil tener en consideración algunas de las recomendaciones que hace el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos[[6]](#footnote-6) con respecto a la anticoncepción permanente de mujeres, entre las cuales destacan las que transcribimos a continuación:

* *El respeto por la autonomía reproductiva de una mujer debe ser la principal preocupación que guíe la provisión y política de anticoncepción permanente, los obstetras-ginecólogos deben proporcionar asesoramiento previo a la práctica de cirugías de anticoncepción permanente que incluya una discusión sobre los deseos reproductivos de la mujer y ponga su voluntad en el centro de atención.*
* *Es éticamente permisible realizar una cirugía de anticoncepción definitiva que sea solicitada por mujeres que no han tenido hijos o mujeres jóvenes que no desean tenerlos. Una solicitud de la práctica de una cirugía de anticoncepción permanente en una mujer joven sin hijos no debería desencadenar automáticamente una consulta de salud mental. Aunque es comprensible que los médicos deseen evitar precipitar el arrepentimiento de la imposibilidad de tener hijos en las mujeres, también deben evitar el paternalismo.*
* *La asesoría de pacientes debe enfatizar la permanencia de las consecuencias de las cirugías de anticoncepción permanente e incluir información sobre alternativas reversibles, especialmente métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, que son igualmente efectivos.*
* *Los obstetras-ginecólogos deben considerar el papel del sesgo en las recomendaciones de asesoramiento y atención y evitar acciones basadas en prejuicios sobre la raza, el origen étnico, el estado socioeconómico, la orientación sexual y la maternidad, que pueden, a pesar de las mejores intenciones, afectar la interpretación de las solicitudes de los pacientes e influir en la provisión de cuidado.*
* *Si los médicos o las instituciones individuales no proporcionaran la cirugía de anticoncepción permanente debido a creencias religiosas, personales o políticas institucionales, se debe informar a los pacientes lo antes posible y se les debe proporcionar una forma alternativa de anticoncepción que sea aceptable para el paciente o remitirlo a otro lugar para recibir atención. Cuando se anticipan dificultades para cumplir con una solicitud de cirugía de ligadura de trompas posparto y la paciente desea su práctica, se debe ofrecer la transferencia de atención por el resto del embarazo.*

Igualmente, llama la atención que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que, en los casos que sea procedente, la práctica de la vasectomía del compañero masculino debería discutirse durante el asesoramiento previo a la ligadura de trompas como una opción con menos riesgos y mayor eficacia; lo que pone en evidencia que lo deseable es que, si se está en una relación con expectativas de largo plazo, sean los hombres quienes acudan a la anticoncepción definitiva en lugar de las mujeres.

Por su parte, aunque los hombres no suelen acusar barreras del tipo aquí señalado, si se encuentra un acceso limitado a la información sobre la existencia y características de la vasectomía, especialmente sobre sus consecuencias y, en las áreas rurales, limitados espacios de consejería en salud reproductiva para poder evaluar dicha opción.

Otra de las barreras, que encuentran tanto las mujeres como los hombres, en el acceso a las cirugías de anticoncepción definitiva consiste en que las IPS no realizan los procedimientos por no contar con contratos con especialistas que realicen los procedimientos quirúrgicos o convenios con las EPS. Circunstancia que conduce igualmente a que las solicitudes ni siquiera queden debidamente registradas, pues normalmente son efectuadas de forma verbal en las consultas de atención.

1. **Barreras de tipo sociocultural.**

El desconocimiento acerca de las consecuencias de las cirugías de anticoncepción permanente es igualmente una barrera de acceso a estas. Personas que podrían estar interesadas en la anticoncepción definitiva no solicitan estos procedimientos por creer, equivocadamente, que la práctica conllevará consecuencias que afectarán su vida sexual o la forma en cómo son percibidos por el sexo opuesto.

Detrás de estas creencias se encierran aún pensamientos machistas enraizados en nuestra sociedad. Aún hoy es común que los hombres se pregunten si la práctica de la vasectomía los hará menos hombres o que se considere que la mujer pierde valores o su razón de ser por realizarse la ligadura de trompas.

En el caso de los hombres la falta de desmitificación alrededor de la práctica de la vasectomía es aún una barrera para que muchos de ellos soliciten la práctica de este procedimiento. Entre los mitos que se suelen creer sobre la vasectomía están[[7]](#footnote-7):

* Disminución en los niveles de testosterona.
* Disminución del deseo sexual.
* Disfunción eréctil o cambios en las relaciones sexuales.
* Cambios en la cantidad, forma o ausencia de eyaculación.
* Inhibición de la producción de esperma.
* Aumento de peso o calvicie.
* Incremento de las posibilidades de desarrollar cáncer de próstata.
* Creencia de que es más fácil una ligadura de trompas en la mujer.

El hecho de que estos mitos sigan generando dudas a la hora de plantearse la posibilidad de recurrir a la vasectomía pueden explicarse en parte por los bajos niveles de acceso a información anticonceptiva por parte de los hombres. La Encuesta Nacional de Salud publicada en 2015 reveló que un escaso el 10% de los encuestados informó que ha hablado sobre anticoncepción con un profesional de la salud y apenas el 20% de ellos ha oído o recibido información sobre anticoncepción en la EPS.

De otra parte, en el caso de las mujeres, aún está la idea de que la feminidad implica que las mujeres deben ser madres, o al menos querer serlo y que la masculinidad está asociada a la eyaculación de espermatozoides como condición de virilidad. Igualmente, la distribución social de tareas según género, que carga en las mujeres la responsabilidad anticonceptiva, niega el hecho de que el hombre también puede asumir esta misma responsabilidad mediante la práctica de la vasectomía o utilizando de cualquier otro método anticonceptivo.

1. **Barreras de tipo socioeconómico y ruralidad.**

La programación de los procedimientos quirúrgicos se realizan en mayor porcentaje en zonas urbanas trayendo con ello requerimientos de tipo financiero para los solicitantes que deben desplazarse de zonas rurales y muchas de ellas de difícil acceso (zonas dispersas) y, por las condiciones de vulnerabilidad socioeconómicas, llevan a que los procedimientos se reprogramen una y otra vez hasta el punto de que se desiste de ello.

De acuerdo con las estadísticas publicadas por Profamilia en los años 2015 y 2016, el 96% de los usuarios de cirugías de vasectomía se concentró en grandes centros urbanos del país, y es en las tres principales ciudades donde se practica el mayor número de estos procedimientos, reuniendo el 63% total de los casos, así: Medellín con el 28%, Bogotá 23% y Cali un 12% de los pacientes. Igualmente, se evidenció que de los hombres que se practicaron la vasectomía en dicho período el 44,4% recibieron el servicio en la región Central, el 18,7 en Bogotá, mientras que solo el 3,5% lo recibieron en la región Atlántica y apenas el 0,2% lo hizo en la región de la Orinoquía y Amazonía.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) publicada en 2015 por el Ministerio de Salud y Profamilia, por métodos anticonceptivos específicos, tanto modernos como tradicionales, se mantienen las diferencias entre zona urbana y rural. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres esterilizadas se mantuvo relativamente igual en zonas urbanas (36.2%), pero bajó levemente en zonas rurales (31.1%), ampliando la brecha que en 2010 se había cerrado (ENDS 2010, 34.9%).

De otra parte, llama la atención que en departamentos como La Guajira, San Andrés y Providencia, Guainía y Chocó el conocimiento de métodos de planificación es de menos del 50% y en Vaupés en la ENS de 2015 este indicador alcanzó el 63% entre los encuestados, lo que demuestra la necesidad de profundizar en promoción de estos métodos en las áreas más alejadas del centro del país.

Sobre este punto, vale la pena destacar los resultados sobre educación integral de la sexualidad de la Encuesta Nacional de Salud de 2015, de acuerdo con los cuales apenas el 11,2% de las mujeres entre 13 y 49 años encuestadas y el 10,9% de los hombres en este mismo grupo habrían accedido a educación en temas sobre sexualidad y el 85,3% de las mujeres y el 80,7% de los hombres, ambos entre 13 a 49 años, afirmaron que la educación sobre sexualidad les ha servido para desarrollar habilidades en la toma de decisiones y el 76,9% de las mujeres y el 68,8% de los hombres afirmó que la información sobre sexualidad les ha servido mucho para saber solicitar ayuda o exigir sus derechos; lo que nuevamente prueba la necesidad de incrementar el acceso a la educación en derechos y deberes sexuales y reproductivos.

Igualmente, es muy diciente el resultado en la referida encuesta sobre la aprobación de los hombres frente al uso de métodos anticonceptivos por parte de sus parejas. A pesar de que tanto en las zonas urbanas como en las rurales se observaron altas tasas de aprobación, 95,8% y 92,9%, respectivamente, los hombres sin educación formal reportaron porcentajes más bajos de aprobación sobre el uso de anticonceptivos: 85,8%, lo que demuestra que la educación sí tiene un impacto sobre la percepción de estas materias.

Finalmente y en complemento con las líneas anteriores, el estudio “Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia”, de Profamilia, destaca que cerca del 5% de los hogares en Colombia tienen necesidades insatisfechas en materia de anticonceptivos, indicador que llega al 10% en los hogares con menores de 6 años que tienen barreras de acceso a servicios de cuidado para la primera infancia; sube al 17% entre los hogares que no tienen acceso a fuentes de aguas mejoradas y, llegan al 23% cuando en estos hogares hay personas mayores de 6 años sin seguridad social en salud, lo que sin duda constituye una barrera de tipo social y económico que afecta principalmente a población vulnerable de estratos 1 y 2.

De acuerdo con dicho estudio, la más alta necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos está en las regiones Atlántica, Amazonía, Orinoquía y en la Región Pacífica, en contraposición a lo reflejado en la Región Central y en los municipios con más de un millón de habitantes (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) donde se encuentran los menores niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Igualmente, se encontró que el 8,8% de las mujeres de 15 a 49 años en las zonas rurales tiene necesidades insatisfechas frente al uso de métodos anticonceptivos en comparación al 6,0% de las mujeres en zonas urbanas que manifestaron esta insatisfacción.

Las anteriores cifras evidencian que aún hay una brecha muy importante para que los servicios de anticoncepción, y en particular de las cirugías de ligadura de trompas y vasectomías, se empiecen a practicar masivamente en las ciudades intermedias y, especialmente, en los municipios, de forma que sea más fácil acceder a estos servicios para los habitantes de las áreas rurales y de menores ingresos.

* **Consecuencias de las barreras de acceso a las cirugías de ligadura de trompas y vasectomía.**

Las barreras aquí descritas terminan por convertirse en muchos casos en la anticipación de una negativa: las mujeres que no conocen los cambios legislativos y que tienen ya experiencia de falta de respuestas a sus requerimientos en el sistema de salud, presuponen que no contarán con el apoyo del personal médico ante sus demandas en materia de anticoncepción en general y de ligadura de trompas en particular.

A pesar de querer operarse, existen aún casos de mujeres que no le plantean esta intención a sus médicos porque creen que estos invocarán los argumentos de la edad o la posibilidad futura de querer hijos, o más de lo que ya tienen, para negarles la práctica, lo que termina siendo una barrera autoimpuesta.

En el caso de los hombres las barreras de tipo cultural ya vistas terminan siendo auto barreras que les impiden acceder a solicitar los servicios de la cirugía, aunque dichos miedos, al igual que el temor a la intervención quirúrgica, son despejados en el proceso de asesoría y consulta, por lo que se requiere incrementar las campañas de educación acerca de todos los métodos anticonceptivos masculinos, incluida la vasectomía, a fin de lograr crear conciencia acerca de la responsabilidad compartida entre ambos géneros en la planificación familiar.

De las dificultades anotadas, se ve que tanto mujeres como hombres deben superar importantes barreras a la hora de acceder al derecho concedido hace diez años por el legislador mediante la Ley 1412 de 2010. No obstante, mientras los hombres enfrentan barreras que denotan la falta de educación sexual en la población que les permita conocer de antemano que los mitos que se tejen alrededor de la vasectomía son falsos, las mujeres en muchos casos reciben de entrada negativas por parte de quienes están llamados a prestarles el servicio de salud y a garantizarles el acceso al derecho consagrado en la ley, situaciones estas que deben ser objeto de la actividad legislativa a fin de lograr reducir las brechas en equidad de género que estas dos situaciones implican.

Por tanto y basados en la información aquí expuesta, es menester que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social difunda campañas para promocionar la vasectomía y la ligadura de trompas como opción viable y segura tanto para hombres y mujeres; combatiendo barreras de estereotipos sexuales y culturales, así como la formación de conciencia colectiva de la responsabilidad compartida que debe existir entre ambos géneros frente a la anticoncepción y la definición del número de hijos de la familia.

Además de los impactos en reducción de la brecha de género entre hombre y mujeres, la eliminación de las barreras aquí expuestas impactaría positivamente en la reducción de embarazos no deseados, la práctica de abortos inseguros que ponen en riesgo innecesario la vida de las mujeres, el abandono de recién nacidos e infantes y, con todo ello, brinda una mejor calidad de vida tanto para quienes por convicción y decisión propia han decidido no concebir, como para quienes desean limitar el número de hijos.

De igual forma, la eliminación de las barreras a la anticoncepción definitiva tendría importantes impactos en las tasas de mortalidad infantil. Un mejor acceso y uso de los métodos de planificación familiar permitiría a las mujeres limitar la maternidad a los 20 y 30 años y, por lo tanto, reducir las posibilidades de tener un bebé que muera en la infancia[[8]](#footnote-8).

Captura de pantalla de un celular

Descripción generada automáticamente

Fuente: Instituto Alan Guttmacher.

* **Por qué este tema es importante en medio de una pandemia mundial.**

La Organización de las Naciones Unidas -ONU- ha llamado la atención frente a que, como resultado de la cuarentena, a nivel mundial se podría llegar a más de 7 millones de embarazos no deseados. De acuerdo con la información de esta organización, la principal causa de ello sería la falta de acceso a métodos anticonceptivos[[9]](#footnote-9).

Igualmente, la ONU ha señalado que los efectos de [la pandemia de la COVID-19 podrían revertirse los escasos logros](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf) que se han alcanzado en materia de igualdad de género y derechos de las mujeres y ha destacado que el brote de coronavirus [agrava las desigualdades existentes](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf) para las mujeres y niñas a nivel mundial; desde la salud y la economía, hasta la seguridad y la protección social[[10]](#footnote-10).

Como lo reconoce la ONU, las mujeres desempeñan un papel desproporcionado en la respuesta al virus, incluso como trabajadoras sanitarias en primera línea y como cuidadoras en el hogar. Así mismo, el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres ha aumentado significativamente como consecuencia del cierre de las escuelas y el aumento de las necesidades de los ancianos. Esta organización considera que las mujeres también se ven más afectadas por los efectos económicos de la COVID-19, ya que trabajan, de manera desproporcionada, en mercados laborales inseguros. De acuerdo con cifras de la organización, aproximadamente el 60% de las mujeres trabaja en la economía informal, lo que las expone aún más a caer en la pobreza.

Esta situación a la que están expuestas actualmente las mujeres como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, demuestra que es necesario reforzar todas aquellas medidas que permitan no sólo frenar el retroceso en materia de igualdad, sino que permitan avanzar en la reducción de brechas de género y la consolidación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Con fundamento en lo expuesto anteriormente, insistimos en la necesidad de implementar acciones que eliminen toda barrera de tipo administrativo, sociocultural, económico, contractual y de oportunidad para el acceso a las cirugías de vasectomía y ligadura de trompas como método anticonceptivo definitivo, garantizando el cumplimiento de lo estipulado en la Ley objeto de modificación.

**IV) RELACIÓN DE POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS**

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, por el cual se modifica el artículo 29 de la Ley 5ª de 1992, los autores, siguiendo la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre este tema[[11]](#footnote-11), consideran que el presente proyecto de ley no genera conflictos de interés para su discusión y votación por cuanto se trata de un proyecto de carácter general que no crea un beneficio o perjuicio particular, actual y directo; sin perjuicio, del propio análisis que deberá hacer cada Congresista respecto de su situación individual.

De los H. Congresistas,

|  |  |
| --- | --- |
| **ALEJANDRO VEGA PÉREZ**  Representante a la Cámara  Departamento del Meta | **LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ**  Senadora de la República |
| **ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS**  Representante a la Cámara  Departamento de Córdoba | **NUBIA LÓPEZ MORALES**  Representante a la Cámara  Departamento de Santander |
| **JULIÁN PEINADO RAMÍREZ**  Representante a la Cámara  Departamento de Antioquia | **JUAN FERNANDO REYES KURI**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **ALEJANDRO CARLOS CHACÓN CAMARGO**  Representante a la Cámara  Departamento de Norte de Santander | **NILTON CÓRDOBA MANYOMA**  Representante a la Cámara  Departamento de Chocó |
| **CARLOS ARDILA ESPINOSA**  Representante a la Cámara  Departamento de Putumayo | **ADRIANA GÓMEZ MILLÁN**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |
| **JORGE ELIECER TAMAYO MARULANDA**  Representante a la Cámara  Departamento del Valle del Cauca |  |

1. Corte Constitucional, Sentencia T-655 de 2017. Magistrado Ponente Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. [↑](#footnote-ref-1)
2. Con información de Profamilia publicada en [https://www.radionacional.co/noticia/medicina/colombia-se-practica-una-  
   vasectomia-cada-9-ligaduras-de-trompas](https://www.radionacional.co/noticia/medicina/colombia-se-practica-una-vasectomia-cada-9-ligaduras-de-trompas) [↑](#footnote-ref-2)
3. MONCADA, Juan P. 5 Mitos sobre la vasectomía.Disponible en [https://miurologobogota.com/5-mitos-sobre-la-  
   vasectomia/](https://miurologobogota.com/5-mitos-sobre-la-vasectomia/) [↑](#footnote-ref-3)
4. MERA, Alda. Tramitología de EPS dificulta acceso a planificación gratuita. En *Diario El País.* Cali. Disponible en:[https://  
   www.elpais.com.co/](https://www.elpais.com.co/)[cali/tramitologia-en-las-eps-dificulta-acceso-a-planificacion-gratuita.html](https://www.elpais.com.co/cali/tramitologia-en-las-eps-dificulta-acceso-a-planificacion-gratuita.html)  [↑](#footnote-ref-4)
5. TAPIA, Tania. Jóvenes que no han podido esterilizarse por problemas burocráticos. En *Vice*. Disponible en: [https://www.vi  
   ce.com/es\_co/article/vda9am/esterilizacion-vasectomia-ligadura-trompas-infertilidad-anticoncepcion](https://www.vice.com/es_co/article/vda9am/esterilizacion-vasectomia-ligadura-trompas-infertilidad-anticoncepcion) [↑](#footnote-ref-5)
6. American College of Obstetricians and Gynecologists’ Committee on Ethics. (2017). Sterilization of Women: Ethical Issues and Considerations. En Committee Opinion. Número 695. Disponible en [https://www.acog.org/-/media/project/acog/  
   acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/04/sterilization-of-women-ethical-issues-and-considerations.pdf](https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/04/sterilization-of-women-ethical-issues-and-considerations.pdf) [↑](#footnote-ref-6)
7. MONCADA, Juan P. 5 Mitos sobre la vasectomía.Disponible en [https://miurologobogota.com/5-mitos-sobre-la-vasecto  
   mia](https://miurologobogota.com/5-mitos-sobre-la-vasectomia/) y VALENCIA, Miguel. Lo cierto y lo falso sobre la vasectomía. En *RCN Radio.* Disponible en: [https://www.rcnradio.com  
   /salud/lo-cierto-y-lo-falso-sobre-la-vasectomia](https://www.rcnradio.com/salud/lo-cierto-y-lo-falso-sobre-la-vasectomia) [↑](#footnote-ref-7)
8. The Alan Guttmacher Institute. (2002). Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels. En *Issues Brief*. Series No. 2. Washington D.C. Disponible en <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_2-02.pdf> [↑](#footnote-ref-8)
9. GÓMEZ, I. (2020). “Puede que la actividad sexual haya aumentado durante la cuarentena ”: Profamilia. En El Espectador. Disponible en <https://www.elespectador.com/noticias/salud/puede-que-la-actividad-sexual-haya-aumentado-durante-la-cuarentena-profamilia/> [↑](#footnote-ref-9)
10. ONU. (2020). Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Disponible en

    <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/> [↑](#footnote-ref-10)
11. Al respecto, ver Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia de 10 de noviembre de 2009, radicación: PI. 01180-00 (C. P. Martha Teresa Briceño de Valencia). [↑](#footnote-ref-11)