



Bogotá, D.C., 28 de septiembre de 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRIA SANCHEZ
Presidente Comisión VII
Cámara de Representantes
E. S. D.

Asunto: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 220 de 2020 “Por la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones”

Respetado Señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de 1992, procedemos a rendir **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 220 de 2020** “Por la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones”, en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa
2. Marco Jurídico
3. Consideraciones generales
4. Pliego de modificaciones
5. Conflictos de interés
6. Proposición

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley es de iniciativa de los H. Representantes Alejandro Alberto Vega Pérez, Andrés David Calle Aguas, Nubia López Morales, Julián Peinado Ramírez, Juan Fernando Reyes Kuri, Alejandro Carlos Chacón Camargo, Nilton Córdoba Manyoma, Carlos Adolfo Ardila Espinosa, Adriana Gómez Millán, Jorge Eliecer Tamayo Marulanda y la Senadora Laura Esther Fortich Sánchez, el cual fue radicado el 21 de julio del año 2020 ante la Secretaria General de la Cámara de Representantes y le fue asignado el No. 220 de 2020.



Dicho proyecto fue remitido por competencia, a la comisión séptima constitucional, quien de conformidad con lo establecido en la ley 5 de 1992 designó como ponentes a los Honorables Representantes José Luis Correa López (coordinador ponente), Jorge Enrique Benedetti Martelo y Jairo Reinaldo Cala Suarez.

2. MARCO JURIDICO

● 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.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

De conformidad con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia hay 50.372.424 millones de personas, de las cuales el 76,02% (38.292.939) viven en las cabeceras y el restante 23,98% (12.079.485) residen en áreas de centro poblado y rural disperso.



Proyecciones de Población DANE (2020)	Total	Cabecera	Centro Poblado y Rural Disperso
Total Nacional	50.372.424	38.292.939	12.079.485
	100%	76,02%	23,98%

Fecha de corte: Junio 30/2020

Para 2020, el 51,2% (25.777.542) de la población corresponde al sexo femenino y el restante 48,8% son hombres (24.594.882).¹

Año	Hombres	Mujeres	Total
2018	23.573.287	24.685.207	48.258.494
2019	24.123.683	25.271.995	49.395.678
2020	24.594.882	25.777.542	50.372.424
2021	24.912.231	26.137.267	51.049.498
2022	25.167.261	26.442.213	51.609.474
2023	25.417.094	26.739.160	52.156.254

Fuente: DANE – Proyecciones de población con base en el CNPV 2018

Asimismo, se presenta el total general, de la población por área:

- **Cabecera:** Total general 38.292.939 (76%), del cual respecto al total general de la población en Colombia corresponde al 36,4% del total de hombres y el 39,6% del total de mujeres del país.
- **Centros Poblados y Rural Disperso:** Total general 12.079.485 (24%), del cual respecto al total general de la población en Colombia corresponde al 12,4% del total de hombres y el 11,5% del total de mujeres del país.

De conformidad con las proyecciones de población del DANE para el año 2020 y teniendo en cuenta que, el presente proyecto de ley, pretende garantizar el ejercicio del derecho consagrado en la Ley 1412 de 2010, en especial, para la población de los municipios de categoría 2-6, se presenta a continuación la proporción en millones de personas y porcentaje respecto al total nacional. De esta manera, el 55,6% de la población colombiana, equivalente a (27.983.837 personas), pertenecen a los municipios de categoría 2-6. (Categorización de los municipios: Resolución 400 de 2019 Contaduría General de la Nación).

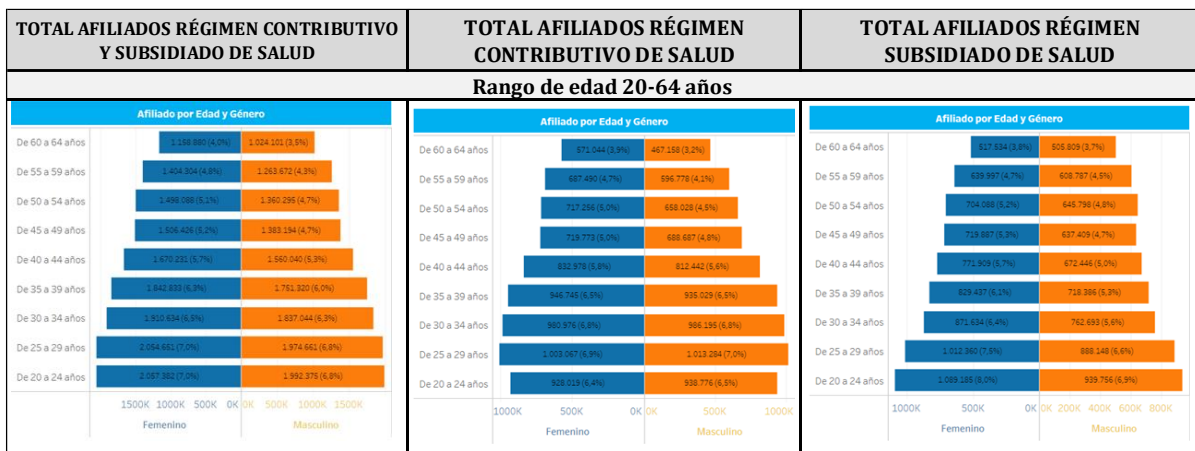
¹ DANE, (2020). Tomado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Proyecciones de Población (2020)			
Total Nacional	Total	Cabecera	Centro Poblado y Rural Disperso
		50.372.424	38.292.939
Población Total. Municipios Categoría 2-6	27.983.837	16.880.695	11.103.142
% respecto al total. (Población Municipios Categoría 2-6)	55,6%	44,1%	91,9%

Asimismo, cabe resaltar que, del total de cobertura de las 35 sedes de Profamilia, estas se concentran en la región centro y norte del país, además, el 40% del total de las sedes (Apartadó, Arauca, Cúcuta, Florencia, Huila (2), Ibagué, Palermo, Risaralda, Santa Clara (Popayán), El Silencio (Quibdó), Riohacha, Rionegro y Tuluá)², se encuentran ubicadas en los municipios categorizados entre 2-6, el restante 60% se ubica en ciudades como Bogotá, Cartagena, Cali, Barranquilla y otros municipios de categoría 1.

3.2 RÉGIMEN DE SALUD

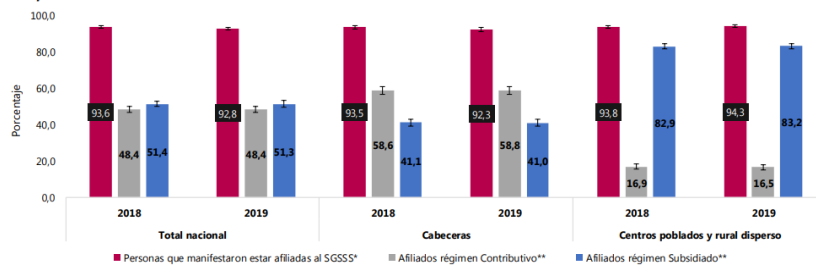
De acuerdo con registros del Ministerio de Salud y Protección Social, con fecha de corte a junio de 2020, se presenta una cobertura respecto al total de población nacional de 96,3% (48.826.750), teniendo en cuenta el régimen de excepción y especiales. Los resultados por regímenes muestran que en 2020 el 43,8% están cubiertos por el esquema contributivo, mientras que el 48,1% tiene acceso al régimen subsidiado.



² Profamilia, (2020). Tomado de: <https://profamilia.org.co/sedes/>

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE expedida por la entidad el 14 de julio de 2020, para 2019 en el área urbana del país el 92,3% de las personas estaban afiliadas al SGSSS. En el área rural lo estaban el 94,3% de las personas. Si bien en 2019 la afiliación a salud es superior al 90% tanto en cabeceras como en centros poblados y rural disperso, la diferencia se observa en la distribución por regímenes. En centros poblados y rural disperso el 83,2% de las personas afiliadas lo estaban en el régimen subsidiado. Por el contrario, en las cabeceras se encontró más población afiliada en el régimen contributivo (58,8%) que en el subsidiado (41,0%).

Gráfico 11. Porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), total y por regímenes Total nacional y área 2018, 2019



Fuente: DANE, ECV.

*Porcentaje de personas sobre el total de la población

**Porcentaje de personas sobre el total de personas que manifestaron estar afiliadas al SGSSS

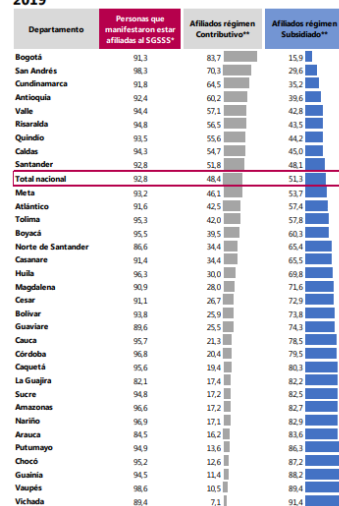
Nota 1: Las variaciones 2018-2019 del régimen contributivo y del régimen subsidiado no son estadísticamente significativas.

Nota 2: Los porcentajes faltantes para completar el 100% corresponden a la opción "No sabe".

Nota 3: El régimen contributivo incluye los regímenes especiales.

En el gráfico 12 se muestran ordenados los resultados de 2019 por departamento, de acuerdo con el porcentaje de afiliados al régimen contributivo. En 11 departamentos más del 80% de la población afiliada es atendida por el régimen subsidiado (Caquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) y 9 departamentos muestran una mayor proporción de personas en el régimen contributivo que en el subsidiado (Bogotá, San Andrés, Cundinamarca, Antioquia, Valle, Risaralda, Quindío, Caldas y Santander).

Gráfico 12. Porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), total y por regímenes
Total departamentos
2019



Fuente: DANE, ECV.

*Porcentaje de personas sobre el total de la población

**Porcentaje de personas sobre el total de personas que manifestaron estar afiliadas al SGSSS

Nota: Los porcentajes faltantes para completar el 100% corresponden a la opción "No sabe".

3.3 PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD-PBS

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) es el conjunto de servicios y tecnologías en salud a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) entendiéndose por tecnologías en salud todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, servicios, materiales, equipos, dispositivos y paliación de la enfermedad. Así como un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015.

Las condiciones, coberturas y limitaciones de la prestación de cada uno de estos servicios se encuentra expresamente señalado en la Resolución 3512 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, norma en la cual se establecen las características del servicio de salud a que tienen derecho los usuarios del SGSSS y las cuales deben ofrecer las EPS a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).³

3.3.1 Programa de Planificación Familiar para Hombres y Mujeres

Actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres, dentro de los cuales se encuentra la información, educación y asesoría en anticoncepción, incluyendo a través de la consulta, la formulación de métodos anticonceptivos

³ SaludTotal, (2020). Tomado de: <https://www.saludtotal.com.co/Paginas/Plan%20de%20beneficios%20en%20Salud-PBS.aspx>

hormonales en presentación oral, inyectable e implante sub dérmico, así como la aplicación de dispositivo intrauterino (DIU) y remisión para cirugía en caso de elección de métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas o vasectomía). La prescripción de los métodos anticonceptivos se rige por lo establecido en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) del régimen contributivo. Esta consulta involucra asesoría en salud sexual y reproductiva, derechos y deberes sexuales. Las adolescentes y jóvenes entre los 14 y 18 años, en el ejercicio de su autonomía en desarrollo, podrán tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos acorde con lo establecido en la normatividad vigente.⁴

3.4 PROFAMILIA. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

De acuerdo al informe de gestión de 2018 de Profamilia, los métodos anticonceptivos a los que más recurren los usuarios de Profamilia son los de larga duración que representan el 70,1%. De estos, un 38,3% recurren a implantes subdérmicos, y un 17,7% a ligadura de trompas o Pomeroy, entre otros, mientras que los usuarios que recurren a métodos de corta duración representan solo el 29,9%.

En 2018, la anticoncepción permanente femenina aumentó en un 9% y la masculina en un 21%.

Servicio quirúrgico

El número total de procedimientos quirúrgicos realizados, presenta un aumento del 8%, evidenciándose el incremento en las cirugías de anticoncepción anteriormente referenciadas.⁵

Tabla 6. Número de procedimientos quirúrgicos realizados 2018 vs. 2017

Cirugías	2017	2018	Variación
Cirugía de ligadura de trompas o Pomeroy	37.970	41.315	9%
Vasectomía	13.215	16.026	21%
Ginecológicas	15.420	15.126	-2%
Urológicas	878	887	1%
Generales	1.317	721	-45%
Otras	76	278	266%
TOTAL	68.876	74.353	8,0%

Fuente: Profamilia, (2019)

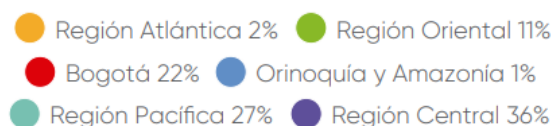
Vasectomía. Datos generales

⁴ Compensar EPS, (2020). Tomado de: <https://corporativo.compensar.com/salud/plan-de-beneficios-en-salud/Paginas/Como%20me%20cuido/Planificaci%C3%B3n-Familiar.aspx>

⁵ Profamilia, (2019). Tomado de: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Profamilia-informe-gestion-2018.pdf>

- Más de 30 millones de parejas utilizan la esterilización masculina como método anticonceptivo.
- La vasectomía en América Latina y El Caribe ha aumentado 60 veces en 25 años y 4 veces en los últimos 15 años.
- En Sur América, Colombia con 3% es el segundo país con la prevalencia más alta de vasectomía. Aproximadamente se realizan el doble de esterilizaciones femeninas en comparación con vasectomías. En Colombia es 10 veces más.
- Mientras que en los EE.UU., se estima que se realizaron 527.476 vasectomías en el 2015, en Profamilia Colombia se han realizado un total de 274.332 vasectomías en un periodo de cuarenta y seis años (1970 a 2016).¹⁹
- El procedimiento se desarrolla en 37 clínicas de Profamilia en las 27 ciudades del país.
- Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS del Ministerio de Salud y Profamilia, solo el 3.6 % de los hombres consultados se habían practicado la vasectomía, mientras que el porcentaje de mujeres con ligadura de trompas alcanzó el 34.9%.²²

Procedimiento de vasectomía por regiones: La región central concentra el 36% del total de procedimientos realizados, seguido de la región pacífica con 27% y Bogotá con un 22%.



Factores que determinan bajas tasas de vasectomía

Los principales factores que determinan las bajas tasas de acceso al procedimiento incluyen: desigualdades en el involucramiento de los hombres en temas de salud sexual y reproductiva; aspectos culturales, religiosos y de género, así como la existencia de programas gubernamentales sobre anticoncepción centrados principalmente en las mujeres.

La falta de conocimiento sobre este método anticonceptivo masculino, así como su asociación errónea con la castración, hace que muchos hombres se muestren reacios a someterse a este procedimiento.⁶



Total vasectomías realizadas

De acuerdo a los informes anuales de gestión de Profamilia, el total general de los procedimientos de vasectomías, se ha incrementado con los años, para 2019, los datos con fecha de corte a Octubre, se registraron 24.830 vasectomías, cabe destacar, que no se incluye la Maratón de Vasectomías, liderada durante 2019 por la entidad.

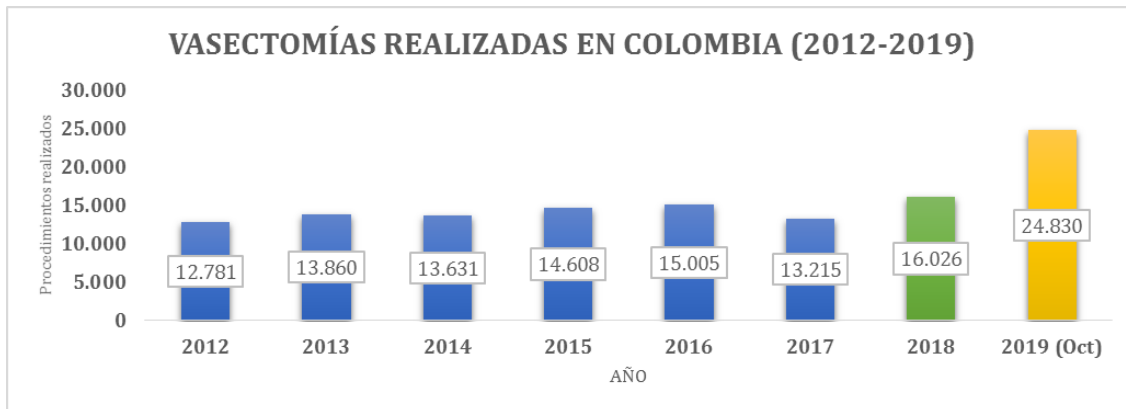
Vasectomías en Colombia ⁷								
Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (Oct)
Total procedimientos realizados	12.781	13.860	13.631	14.608	15.005	13.215	16.026	24.830
Variación anual	-	8,4%	-1,7%	7,2%	2,7%	-11,9%	21,3%	54,9%

Fuente: Profamilia

Fecha de corte: Oct/2019

⁶ RCN, (2019). Tomado de: <https://www.rcnradio.com/salud/profamilia-arranca-jornada-de-mil-vasectomias-en-cinco-ciudades-de-colombia>

⁷ Caracol Cartagena, (2019). Tomado de: https://caracol.com.co/emisora/2019/10/12/cartagena/1570838969_048116.html



LIGADURA DE TROMPAS

De acuerdo a las cifras del informe de gestión de 2018 Profamilia, en Colombia se han realizado un total de 41.315 cirugías para el periodo de 2018 y durante 2017, se llevaron a cabo 37.970, lo cual representa un incremento de 8,8% en la realización de este procedimiento,

Cirugía de ligadura de trompas o Pomeroy					
Año	2014	2015	2016	2017	2018
Total procedimientos realizados	17.479	20.283	-	37.970	41.315

Fuente: Profamilia

Fecha de corte: Dic/2018

Situación Colombia

- 28% tuvieron alguna necesidad de atención en salud sexual y reproductiva.
- 20% tuvieron una necesidad desatendida de anticoncepción (consulta, consejería y métodos).
- 17% de los trabajadores en salud presentaron alguna necesidad en salud sexual y reproductiva.
- 13% no han accedido a servicios de salud sexual y reproductiva porque prefieren no salir de casa.
- 13% con ingresos inferiores a 500 mil pesos mensuales presentaron alguna necesidad en anticonceptivos.
- 12% de las mujeres tuvieron la necesidad de ir a una consulta ginecológica.



Tabla 1. Principales necesidades en salud sexual y salud reproductiva por grupos de edad

Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva	Entre 18 - 24 años	Entre 25 - 29 años	Entre 30 - 39 años	Entre 40 - 49 años	Entre 50 - 59 años	60 años y más
Consulta ginecológica	11%	13%	11%	7%	3%	1%
Acceso a métodos anticonceptivos	14%	10%	6%	2%	1%	0%
Consulta de anticoncepción	7%	5%	2%	1%	0%	0%
Exámenes diagnósticos para ITS	4%	5%	1%	0%	0%	0%
Consulta urológica	2%	2%	2%	1%	2%	3%
Otra ¿Cuál?	1%	2%	1%	2%	1%	1%

Fuente: Análisis a partir del Estudio Solidaridad + Covid19, Asociación Profamilia. Junio 2020. Disponible: <https://profamilia.org.co/investigaciones/estudio-solidaridad/>

3.5 BARRERAS DE ACCESO

De conformidad con lo planteado por los autores en la exposición de motivos del presente proyecto de ley, 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.

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 prolongue⁸. Esta situación conduce, en muchos casos, a que las personas interesadas en practicarse este tipo de cirugías desistan de ello.

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.

2. 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.

3. 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 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

⁸ MERA, Alda. Tramitología de EPS dificulta acceso a planificación gratuita. En *Diario El País*. Cali. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/cal/tramitologia-en-las-eps-dificulta-acceso-a-planificacion-gratuita.html>

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 infancia⁹.

4. PLIEGO DE MODIFICACIONES

PROYECTO RADICADO	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN
<p>Artículo 5. Adiciónese a la Ley 1412 de 2010 el siguiente Artículo:</p> <p>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</p>	<p>Artículo 5. Adiciónese a la Ley 1412 de 2010 el siguiente Artículo:</p> <p>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-, Plan de Beneficios en Salud -PBS-, indicando</p>

⁹ 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

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.

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.

Parágrafo: Las campañas de promoción y difusión deben estar pensadas con base en las dinámicas propias de cada territorio, conociendo las condiciones socio-culturales, para que así en el marco de los derechos sexuales y reproductivos se pueda contar con la información necesaria que permita eliminar cualquier tipo de barrera.

5. CONFLICTOS DE INTERÉS

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

De manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicitamos a los H. Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el Proyecto de Ley No. 220 de 2020 “Por la cual se



modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones”, con base en el texto adjunto.

De los Honorables Representantes,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Coordinador Ponente


JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
Ponente


JAIRO REINALDO CALA SUAREZ
Ponente



TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY No. 220 DE 2020 CAMARA

“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 para realizar 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 de Beneficios en Salud -PBS-, 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.

Parágrafo: Las campañas de promoción y difusión deben estar pensadas con base en las dinámicas propias de cada territorio, conociendo las condiciones socio-culturales, para que así en el marco de los derechos sexuales y reproductivos se pueda contar con la información necesaria que permita eliminar cualquier tipo de barrera.

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 Honorables Representantes,



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Coordinador Ponente



JORGÉ ENRIQUE BENEDETTI M.
Ponente



JAIRO REINALDO CALA SUAREZ
Ponente