



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

**PONENCIA PARA CUARTO DEBATE 123 DE 2016 SENADO, 082 DE 2015
CÁMARA**

Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Bogotá, D. C., 08 de mayo de 2017.

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para cuarto debate del Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Señor Secretario:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y respondiendo a la designación hecha por la Mesa Directiva como ponentes de esta iniciativa, rendimos informe de ponencia para cuarto debate **Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.**

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes
2. Objeto y Justificación del proyecto
3. Trámite en Comisión Séptima de Senado
4. Proposición.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



1. Antecedentes

En el período 2009 se puso a consideración del Congreso una iniciativa semejante, el Proyecto de ley número 107 Cámara, por el Representante a la Cámara Musa Besaile Fayad, con el que buscaba se reconociera la infertilidad como una enfermedad, y se autorizara su inclusión en el entonces llamado Plan Obligatorio de Salud.

En la Legislatura 2013-2014 también se presentó por parte del Representante a la Cámara Laureano Acuña el Proyecto de ley número 109 de 2013 Cámara, *por medio de la cual se quería reconocer la infertilidad como enfermedad y se establecían criterios para su cobertura médico-asistencial por parte del sistema de salud del Estado*. Los anteriores proyectos fueron archivados.

El proyecto de ley en estudio fue presentado por los honorables Representantes: Martha Patricia Villalba Hodwalker, Ana María Rincón Herrera, Wílmer Ramiro Carrillo Mendoza, Albert Díaz Lozano, Carlos Arturo Correa Mojica, Éduard A. Diazgranados Abadía, Jorge Eliécer Tamayo Marulanda, Alfredo Rafael Deluque Zuleta, Jairo Enrique Castiblanco Parra, Juan Felipe Lemos Uribe, Christian José Moreno Villamizar, Cristóbal Rodríguez Hernández, Nicolás Dalien Guerrero Montaña, Martha Cecilia Curi Osorio, Luz Adriana Moreno Marmolejo y los honorables Senadores: Jimmy Chamorro Cruz, Armando Alberto Benedetti Villaneda y entre otros; en el cual se recogen los aspectos relevantes de las iniciativas anteriores.

El primer debate se surtió en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes el día 1° de diciembre de 2015 siendo aprobado en su totalidad tal como consta en la ***Gaceta del Congreso número 206 de 2016***.

El segundo debate adelantado por la plenaria de la Cámara de Representantes se llevó a cabo el día 10 de agosto de 2016, siendo aprobado tal como consta en la ***Gaceta del Congreso número 106 de 2016***.

En continuidad del trámite legislativo, el Proyecto de ley número 082 de 2016 Cámara, fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de Senado, siendo designados como ponentes para tercer debate los honorables Senadores: Yamina Pestana Rojas, Jorge Iván Ospina Gómez, Antonio José correa Jiménez y como ponente coordinadora la honorable Senadora Nadia Blel Scaff.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



El tercer debate se surtió en Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima el día 4 de abril de 2017 siendo aprobado en su totalidad con votación pública y nominal; se obtuvo su aprobación, con ocho (8) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación.

2. Objeto y justificación del proyecto

La presente iniciativa tiene como objeto establecer los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva; como una respuesta a las exhortaciones que en sucesivos fallos (**Sentencias T-528 de 2014, T-274 de 2015, Sentencia T-306 de 2016**) ha efectuado la Corte constitucional al Gobierno nacional frente a la situación que tienen que enfrentar las personas que padecen de infertilidad y no cuentan con recursos económicos, que sin lugar a dudas configura una flagrante vulneración a los el derecho a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia y las disposiciones de la jurisprudencia internacional derivada de los tratados que regulan la materia.

Marco Constitucional

Las prerrogativas que conceden los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos fundamenta les reconocidos en la Constitución de 1991. Los derechos sexuales y reproductivos en la Constitución de 1991 están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1º y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49 y a la educación (artículo 67), entre otros.

¿ Desarrollo Jurisprudencial

La línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional progresivamente reconoce la infertilidad como una enfermedad que puede trastocar el núcleo primigenio de derechos fundamentales.

Inicialmente, esta Corporación señaló que la acción de tutela no procedía en tales casos, principalmente debido a que este tipo de tratamientos estaban expresamente excluidos del POS. Además **(i)** su costo excesivo representaba una disminución en el cubrimiento de servicios de salud prioritarios; **(ii)** el derecho a la procreación no puede extenderse hasta el punto de constreñir a la administración a garantizar la maternidad biológica de una persona

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

cuyo condicionamiento biológico *per se* no le permite su goce **E** y **(iii)** en virtud de la libertad de configuración legislativa, era posible la exclusión del POS de los tratamientos de fertilidad, es decir, se trataba de un ejercicio legítimo del desarrollo de dicha facultad[23].

No obstante, como parte de esta línea, la Corte matizó algunos casos en los que se hacía precedente la garantía de los derechos a la salud en amparo a los tratamientos de fertilidad, a saber: (a) cuando el tratamiento de fertilidad ya ha sido iniciado por parte de la EPS y esta lo interrumpe de manera inesperada, es decir, que no hay una razón científica que sustente dicho proceder; (b) cuando lo solicitado por el accionante es la práctica de exámenes con el fin de diagnosticar cuál es la causa de la infertilidad; y por último, (c) cuando la infertilidad es la consecuencia de otra enfermedad[24]. La Corte estimó en dichos casos, que en virtud de los principios de confianza legítima y de la continuidad en la prestación del servicio de salud, no era permitido a las EPS suspender los tratamientos de fertilidad ya iniciados, a pesar de que no tuvieran la obligación de suministrarlos[25]. Igualmente protegió en su momento el derecho al diagnóstico y a la falta de certeza sobre la enfermedad, ordenando la práctica de exámenes, con el fin de que la persona tuviera pleno conocimiento sobre su estado de salud, aclarando siempre que ello no suponía la realización del tratamiento de fertilidad[26].

Posteriormente, mediante la **Sentencia T-528 de 2014**, apoyada en distintos pronunciamientos de organismos internacionales, ha señalado actualmente, que *el ejercicio de los derechos reproductivos supone el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir responsablemente el número de hijos. Por ende, la injerencia injustificada sobre este tipo de decisiones, trae consigo la limitación en el ejercicio de otros derechos fundamentales como la libertad y la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad personal y familiar y el derecho a conformar una familia.* (Subrayado fuera del texto).

Hizo referencia la sentencia a la relación entre el derecho a la reproducción humana y el derecho fundamental a la salud en su faceta reproductiva. Sobre este asunto, explicó que el derecho a la reproducción humana *¿se deriva de los derechos a la libertad y a la autodeterminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la intimidad personal y familia*

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

y a la libertad para fundar una familia, y según el Comité de Derechos Humanos *¿la posibilidad de procrear es parte del derecho a fundar una familia¿.*

De igual forma, señaló que *¿existe un vínculo estrecho entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica, este último conectado, a su vez, con el derecho a la salud, debido a que [s]iendo la preservación de las condiciones físicas, psicológicas y espirituales de la persona objeto de protección del derecho fundamental a la integridad personal existe una estrecha relación entre este derecho y el derecho a la salud[, pues este último] protege igualmente la preservación de la integridad de la persona humana, no solo frente a agresiones humanas sino también frente a todo tipo de agentes naturales o sociales¿¿.*

Concordante con lo anterior, la Corte recordó que el derecho fundamental a la salud protege varios ámbitos de la vida humana, identificando distintas categorías como la salud física, la salud psicológica, la salud mental, la salud emocional y la salud social. Dentro de tales categorías se encuentra la salud sexual y reproductiva, entendida esta última como *¿[¿] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (¿) [E]ntraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia¿.*

De igual forma, se remitió a lo dispuesto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto a que *¿salud reproductiva implica además los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables¿.*

Hizo igual referencia a lo establecido por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, en el sentido de que *¿[d]eberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas¿ para combatir la infertilidad, lo que guarda estrecha relación con el goce de los beneficios del progreso científico. Sobre este punto precisó:*

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.

¿Partiendo de este amplio reconocimiento, señaló la Corte IDH que “[d]el derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia[,] se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona¿.

Con fundamento en lo anterior, en la citada providencia se exhortó al Gobierno, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, para que revisara la situación de aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos para costear los tratamientos de fertilidad e iniciara una discusión pública y abierta que incluyera en la agenda la posibilidad de ampliar la cobertura del Plan Obligatorio de Salud. Lo anterior considerando que varios países de América Latina con una situación económica, social y política similar a la de Colombia han avanzado en la regulación de las técnicas y los tratamientos de reproducción humana asistida y/o en su inclusión en el sistema público de salud o en los seguros sociales. Además, concluyó que no era aceptable que para el año 2014, esto es, pasados más de veinte años desde la expedición de la Ley 100 de 1993 y más de cinco años de haberse proferido la Sentencia T-760 de 2008, el Estado continúe dando la misma respuesta a las personas que padecen infertilidad, a sabiendas que el sistema de seguridad social en salud debe ser progresivo. (Subrayado fuera del texto).

Posteriormente la Sentencia **T-274 de 2015** previó un alcance mayor en el análisis del reconocimiento de los tratamientos de fertilidad excluidos del POS, teniendo presente que (i) involucran facetas diferentes a la del derecho a la salud en su concepción de mera ausencia de dolencias o enfermedades y (ii) por ende, el *test de comprobación* debe partir de la premisa de la posible afectación de otros derechos como la libertad, la vida privada y familiar, la salud reproductiva, el libre desarrollo de la personalidad, la igualdad, entre otros, así como del impacto desproporcionado que puede generar la prohibición de tales tratamientos sobre las personas que no cuentan con los recursos económicos para asumir su costo y que desean procrear de manera biológica.

Así entonces, el estudio sobre la posibilidad de acceder al tratamiento recomendado como excluido del Plan Obligatorio de Salud, debe ser analizado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



(i) Que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la normativa legal o administrativa del Plan de Beneficios vulnere o ponga en inminente riesgo los derechos fundamentales a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia. Como se expuso previamente, tratándose de tratamientos de fertilidad debe ampliarse el ámbito de protección en la medida en que, si bien esta enfermedad no involucra gravemente la vida, la dignidad o a la integridad personal del paciente, sí podría llegar a interferir negativamente en otras dimensiones vitales desde el punto de vista del bienestar psicológico y social, el derecho a la salud reproductiva, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a conformar una familia, facetas que igualmente deben ser protegidas por el juez constitucional.

(ii) Que el médico tratante haya prescrito el tratamiento evaluando las condiciones específicas de la paciente, en factores como (i) la condición de salud; (ii) la edad; (iii) el número de intentos que deban realizarse y su frecuencia; (iv) la capacidad económica, previendo los posibles riesgos y efectos de su realización y justificando científicamente la viabilidad del procedimiento.

(iii) Que se trate de un medicamento, servicio, tratamiento, prueba clínica o examen diagnóstico que no tenga sustitutos en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan.

(iv) Que el paciente no tenga capacidad económica para sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud. Debe exigirse un mínimo de diligencia del afiliado en demostrar a la EPS a la que se encuentre afiliado o, de ser el caso, al juez de tutela que conozca el asunto, de su condición económica y la imposibilidad de asumir los costos del tratamiento solicitado.

Por último en reciente **Sentencia T-306 de 2016**, concluye la Corte entonces para este caso, que la falta de un tratamiento que puede mejorar la salud reproductiva de la accionante, lesiona claramente sus derechos constitucionales; recuerda además, que de cara a las consideraciones hechas en la Sentencia C-313 de 2014 que revisó la Ley Estatutaria en Salud, los pacientes tienen derecho al beneficio de las tecnología y avances de la ciencia para paliar y mejorar su estado de salud en las facetas que se encuentren afectadas.

Igualmente, la negativa de un tratamiento de fertilidad infringe, tanto la dimensión reproductiva del derecho a la salud, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad,

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

en su núcleo esencial de autodeterminación reproductiva y libertad para tomar las decisiones que más convengan en el proyecto de vida familiar, y a la igualdad en las perspectivas enunciadas: *(i)* la que apunta a una discriminación indirecta en relación con el género, en tanto la utilización de las tecnologías de reproducción asistida se relaciona especialmente con el cuerpo de las mujeres y, por lo tanto, tiene un impacto negativo sobre ellas y *(ii)* la que supone un trato discriminado para aquellas personas que sufren de infertilidad, que tienen derecho, como se indicó, a acceder a las técnicas necesarias para resolver los problemas de salud reproductiva, también de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Experiencia Internacional^{1[1][1]}

En varios países del mundo los tratamientos de infertilidad y de reproducción asistida se encuentran incluidos en los planes de salud pública.

En **Argentina**, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionó el cinco (5) de junio de dos mil trece (2013) la Ley 26.862, cuyo objeto es garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Dicha norma incluye en el Programa Médico Obligatorio (PMO) los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, entre ellos, la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca el Ministerio de Salud de la Nación, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establezca la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios. La cobertura prestacional la deben brindar los establecimientos asistenciales de los tres (3) subsectores de la salud: público, seguridad social (obras sociales) y privado (medicina prepaga). La Ley 26.862, que busca materializar la prevalencia de los derechos de toda persona a la paternidad/maternidad y a formar una familia, en íntima conexión con el derecho a la salud, fue reglamentada por el Decreto 956 de 2013, normativa que identifica las técnicas de reproducción médicamente asistida de baja

^{1[1][1]} Tomada de la exposición de motivos del proyecto de ley aquí tratado.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



y alta complejidad comprendidas en la ley, ubicando entre estas últimas a la fecundación in vitro.

En **Brasil**, el Ministerio de Salud mediante la Portaria (Ordenanza) número 3149 del veintiocho (28) de diciembre de dos mil doce (2012), destinó recursos financieros a los establecimientos de salud que realizan procedimientos de atención a la reproducción humana asistida, en el ámbito del sistema único de salud (Sistema Único de Saúde (SUS)), incluyendo la fertilización in vitro y/o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, bajo las siguientes consideraciones:

La Constitución de 1988 consagra en el Título VIII del Orden Social, en el Capítulo VII, artículo 226, párrafo 7, la responsabilidad del Estado con respecto a la planificación familiar;

La asistencia en la planificación familiar debe incluir la provisión de todos los métodos y técnicas para la concepción y la anticoncepción, científicamente aceptados, de conformidad con la Ley 9263 del doce (12) de enero de mil novecientos noventa y seis (1996), que regula el artículo 226 de la Constitución Federal que se ocupa de la planificación familiar;

La Portaria (Ordenanza) número 426/GM/MS del veintidós (22) de marzo de dos mil cinco (2005), instituye la Política Nacional de Atención Integral en Reproducción Humana Asistida;

La Portaria (Ordenanza) número 1459/GM/MS del veinticuatro (24) de junio de dos mil once (2011), instituyó en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) la Red Cigüeña, cuyos artículos 2° y 4° consagran la garantía de acceso a acciones de planificación reproductiva;

La necesidad de las parejas a la atención de la infertilidad en referencia a los servicios de alta complejidad para la reproducción humana asistida, y entendiendo que ya existe un conjunto de iniciativas de atención a la reproducción humana asistida en el SUS, y que las normas para el financiamiento de los servicios en el ámbito de dicho sistema están en la fase de definición.

En **Uruguay**, el poder legislativo mediante la Ley 19.167 del doce (12) de noviembre de dos mil trece (2013), reguló las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente, así como los requisitos que deben cumplir las instituciones públicas y privadas que las realizan. Entre estas técnicas, se incluyeron la inducción de la ovulación, la Inseminación Artificial, la Microinyección Espermática (ICSI), el diagnóstico genético

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, cigotos y embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional contemplada en el artículo 25 de la ley, que pueden aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil.

El artículo 3° del texto normativo establece como deber del Estado garantizar que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. El artículo 5°, diferencia entre los procedimientos de reproducción humana asistida de alta complejidad y baja complejidad y establece su cobertura.

Así, define como técnicas o procedimientos de baja complejidad aquellos en función de los cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino, los cuales quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar las entidades públicas y privadas que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por este, cuando la mujer no sea mayor de cuarenta (40) años.

Continúa señalando la disposición normativa que las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre el óvulo y el espermatozoide tiene lugar fuera del aparato femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no, precisando que serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos con el alcance y condiciones que establecerá la reglamentación a dictarse por el poder ejecutivo.

Igualmente, indica que las prestaciones a brindarse incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



En **Chile** también se viene avanzando en el tema del acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Recientemente se aprobó la ley de reproducción asistida, después de un largo proceso de acercamiento y sensibilización del tema. La Ministra de Salud precisó que se aplicará por etapas debido al alto costo que implicará para el Estado. En una primera instancia las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) deberán ofrecer las técnicas de baja complejidad (inseminación artificial y medicación para relaciones sexuales programadas) y solo, en algunas excepciones brindarán las de alta complejidad (esencialmente, fertilización in vitro).

En **México**, hasta el momento no se ha regulado el derecho a la planificación familiar en el aspecto referente a la fertilización como una prestación pública a cargo del erario popular, pues aún está en la fase de discusión la reglamentación general de la materia, que incluye lo relativo a los métodos de reproducción asistida.

¿ Audiencia Pública

Fortaleciendo el proceso legislativo mediante la participación democrática de distintos sectores relacionados con la iniciativa legislativa; el pasado 13 de octubre de 2016 se llevó a cabo audiencia pública a fin de debatir la posibilidad de incluir en el Plan de Beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud, las técnicas de reproducción humana asistida reconocidas científicamente para el tratamiento de la infertilidad, del cual se obtuvieron las siguientes observaciones:

¿ Inexistencia de una política nacional frente a la infertilidad como una enfermedad de interés público que atenta contra la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

¿ Deficiencias en el sistema de salud para la formulación de diagnósticos y tratamiento oportuno.

¿ Deficiente acceso a información y esquemas de prevención de infertilidad y enfermedades asociadas.

¿ Reconocimiento tratamientos de fertilidad por parte de las EPS mediante procedimiento judicial (Tutela) como único mecanismo de garantía a la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



¿ Costo e impacto fiscal al sistema de seguridad social en salud por la inclusión de los tratamientos de reproducción asistida al POS.

Atendiendo a estas observaciones y las proposiciones suministradas por los intervinientes se procede a adaptar el articulado frente a las exigencias de la realidad social y la imperante necesidad de salvaguardar las garantías fundamentales.

Frente a las precisiones, es menester destacar que el reconocimiento de garantías fundamentales dentro del Estado social de Derecho no puede encontrarse limitado a las afectaciones económicas que implica la adaptación del sistema para materializar la protección; en esa medida el Estado es llamado a asumir el costo del Estado Social de Derecho. No es aceptable que pasados más de veinte de la expedición de la Ley 1000 de 1993, el Estado continúe dando la misma respuesta a las personas que padecen infertilidad, a sabiendas que el sistema de seguridad social en salud debe ser progresivo y más aún cuando varios países de América Latina con una situación económica, social y política similar a la de Colombia han avanzado en la regulación de las técnicas y los tratamientos de reproducción humana asistida y/o en su inclusión en el sistema público de salud o en los seguros sociales.

3. Trámite en Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República.

En el trámite efectuado en comisión séptima fueron aprobadas 3 proposiciones modificatorias del articulado propuesto en los siguientes términos.

1. Se modifica el artículo primero del objeto de la iniciativa, así:

¿Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.¿.

2. Se modifica el título de la iniciativa adaptándolo a la coherencia del objeto perseguido por la misma.

¿por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva¿.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



3. Se modifica el artículo 4° de la iniciativa, correspondiente al tratamiento de la infertilidad, el cual fue conciliado con la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social, y se aprobó de la siguiente manera:

¿Artículo 4°. Tratamiento de Fertilidad. Establecida la política pública de infertilidad en un término no superior a un año, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el acceso a los tratamientos de infertilidad mediante técnicas de reproducción humana asistida o Terapias de Reproducción Asistida (TRA) conforme a los lineamientos técnicos para garantizar el derecho con recursos públicos, bajo el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos contenidos en el modelo del Plan Decenal de Salud Pública, cumpliendo con los siguientes criterios:

1. Determinación de Requisitos. Requisitos como edad, condición de salud de la pareja infértil, números de ciclos de baja o alta complejidad que deban realizarse conforme a la pertinencia médica y condición de salud, capacidad económica de la pareja o nivel de Sisbén, frecuencia, tipo de infertilidad.

2. Definición de mecanismos de protección individual para garantizar las necesidades en salud y la finalidad del servicio, y definición de la infraestructura técnica requerida para la prestación del servicio.

3. Los demás que se consideren necesarios para la aplicación de la ley, en el marco del interés general y la política pública¿.

Los demás artículos que no tuvieron proposiciones: 2°, 3°, 5°, 6°, 7° y 8°, fueron aprobados tal como fueron presentados en el texto propuesto de la ponencia positiva para primer debate Senado, al Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, publicado en la **Gaceta del Congreso número 1006 de 2016**), tal como se relaciona a continuación.

El ponente coordinador acoge el artículo aprobado en Comisión Séptima Constitucional sin establecer pliego de modificaciones para la iniciativa.

Igualmente, se excluyó de los ponentes designados, al honorable Senador Jorge Iván Ospina, tomando en consideración su declaratoria de impedimento antes de iniciar la discusión y votación del proyecto de ley. Impedimento que, puesto a consideración, con votación pública y nominal, se obtuvo su aceptación, con nueve (9) votos a favor, ningún

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación.

4. **Proposición**

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de < st1:PersonName ProductID="la Ley" w:st="on">la Ley 5ª de 1992, rendimos Ponencia Positiva y solicitamos dar cuarto debate y aprobar el **Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara**, *por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.*

A su consideración,

CONSULTAR NOMBRES Y FIRMAS EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

TEXTO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 123 DE 2016 SENADO, 082 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.

Infertilidad: La infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

Técnicas de reproducción humana asistidas: se entiende por técnicas de reproducción humana asistidas todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo.

Artículo 3°. Política pública de infertilidad. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social adelantará la política pública de infertilidad con miras a garantizar el pleno ejercicio de las garantías sexuales y reproductivas y su protección a través del sistema de seguridad social en salud, en el término de 6 meses.

La política pública de infertilidad desarrollará los siguientes componentes:

¿ **Investigativo:** Fomento de la investigación científica, en los sectores público y privado, sobre las diversas causas de la infertilidad y los tratamientos que podrían coadyuvar a prevenirla, tratarla y curarla.

¿ **Preventivo:** Desarrollo integral e interdisciplinar de estrategias de promoción y prevención de la infertilidad y las enfermedades asociadas a la misma.

¿ **Educativo:** La educación sexual y reproductiva incluirá la información sobre infertilidad y su abordaje terapéutico, en temas como: hábitos de vida saludables que actúan como factores protectores de la infertilidad sobreviniente; la relación entre las causas de la infertilidad y otras patologías asociadas; los programas y tratamientos de infertilidad; y otros temas relevantes para la atención integral de esta enfermedad.

¿ **Diagnóstico y tratamiento oportuno:** Establecimiento de esquemas de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno frente a la patología infertilidad; así como fomento de la formación de profesionales de la salud en el área de la infertilidad, desde una perspectiva integral.

¿ **Adopción.** Establecimiento de lineamientos sociales y legales de priorización que permitan garantizar el derecho a formar una familia a partir de la institución de la adopción a las personas diagnosticadas como infértiles.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



Artículo 4°. Tratamiento de Fertilidad. Establecida la política pública de infertilidad en un término no superior a un año, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el acceso a los tratamientos de infertilidad mediante técnicas de reproducción humana asistida o Terapias de Reproducción Asistida (TRA) conforme a los lineamientos técnicos para garantizar el derecho con recursos públicos, bajo el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos contenidos en el modelo del Plan Decenal de Salud Pública, cumpliendo con los siguientes criterios:

1. Determinación de Requisitos. Requisitos como edad, condición de salud de la pareja infértil, números de ciclos de baja o alta complejidad que deban realizarse conforme a la pertinencia médica y condición de salud, capacidad económica de la pareja o nivel de Sisbén, frecuencia, tipo de infertilidad.

2. Definición de mecanismos de protección individual para garantizar las necesidades en salud y la finalidad del servicio, y definición de la infraestructura técnica requerida para la prestación del servicio.

3. Los demás que se consideren necesarios para la aplicación de la Ley, en el marco del interés general y la política pública.

Artículo 5°. Investigación y prevención. El Ministerio de Salud y protección social a través del Instituto Nacional de Salud promoverá proyectos de investigación que tengan como objetivo establecer la caracterización de la infertilidad y los índices de morbilidad en el territorio nacional.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, adoptarán las medidas necesarias para regular, la inspección, vigilancia y control de los centros médicos que realicen los diagnósticos y tratamientos de reproducción humana asistida.

Artículo 6°. Registro Único. El Ministerio de Salud y Protección Social creará un registro único en el que estarán los centros de atención especializada autorizados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, así como de los pacientes tratados. Quedan incluidos los bancos receptores de gametos y/o embriones.

Los procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida solo podrán realizarse en los centros de atención especializada que estén en el Registro y que, por lo tanto, cumplen con los requisitos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.



Artículo 7°. Asociaciones Público-Privadas. Para los propósitos de la presente ley, y con el fin de garantizar la cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida, el uso de tecnología de punta, el equipo técnico y humano idóneo en procedimientos de alta y baja complejidad, se podrán establecer Asociaciones Público-Privadas.

Artículo 8°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, derogando todas las normas que le sean contrarias.

CONSULTAR NOMBRES Y FIRMAS EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los tres (3) días del mes de mayo del año dos mil diecisiete (2017)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República,** lo siguiente: Informe de Ponencia para Segundo Debate.

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

El Secretario,

CONSULTAR NOMBRE Y FIRMA EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

Nota: Este documento fue obtenido directamente de la fuente. Su contenido no ha sido modificado.