



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - N° 937

Bogotá, D. C., jueves, 27 de octubre de 2016

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

ACTAS DE COMISIÓN

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE

HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

AUDIENCIA PÚBLICA DE 2016

(octubre 13)

Legislatura 2016-2017

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

por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones.

Siendo las diez y cincuenta y cuatro minutos de la mañana (10:54 a. m.), del día jueves trece (13) de octubre de dos mil dieciséis (2016), en Bogotá, D. C., actuando como Presidenta (E) de esta Audiencia Pública, la honorable Senadora Nadia Blel Scaff y como Secretario General, el doctor Jesús María España Vergara, se dio inicio al evento programado para la fecha, con el siguiente Orden del Día:

ORDEN DEL DÍA

Para el jueves trece (13) de octubre de 2016 – Acta número 15

Sesión Ordinaria de la Legislatura 2015-2016

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL SENADO DE LA REPÚBLICA

Fecha: jueves 13 de octubre de 2016 **Hora:** 10:00 a. m.

Lugar: Recinto de sesiones de la Comisión Séptima del Senado (piso tercero del Edificio Nuevo del Congreso de la República).

Por instrucciones de la Mesa Directiva de esta Célula Legislativa (honorable Senador *Édinson Delgado Ruiz*, Presidente, y honorable Senador *Honorio Miguel Henríquez Pinedo*, Vicepresidente), el Orden del Día propuesto para la sesión ordinaria del jueves trece (13) de octubre de 2016, que aquí se convoca, según el ar-

tículo 80 del Reglamento Interno del Congreso, será el siguiente:

I

Llamado a lista y verificación del quórum

II

Informes de la Mesa Directiva

III

Instalación de la Audiencia Pública:

Al Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, *por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones*, aprobada el día veinte (20) de septiembre de dos mil dieciséis (2016), según consta en el Acta número 14 de esa fecha, de la iniciativa de los Ponentes de la iniciativa, en Primer Debate Senado, honorables Senadoras y Senadores: Nadya Blel Scaff (Coordinadora Ponente), Yamina Pestana Rojas, Antonio José Correa Jiménez y Jorge Iván Ospina Gómez.

Cítese e invítese a audiencia pública, con el fin de escuchar a todos los actores interesados sobre el Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 82 de 2015 Cámara, *por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones*, a las siguientes personas:

Por el sector público:

1. Ministerio de Salud y Protección Social
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público
3. Directora Instituto Nacional de Salud
4. Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, Adolescencia y Familia
5. Defensoría Delegada para la Equidad de la Mujer
6. Consejera Presidencial para la Equidad de la Mujer

Por la academia, a las facultades de medicina de las universidades de:

1. Los Andes
2. Pontificia Javeriana
3. Rosario
4. Nacional de Colombia
5. Universidad de Antioquia

Por el sector empresarial:

1. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)
2. Federación Medicina Colombiana
3. Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia)
4. Clínica de la Mujer

Citados e invitados:

Doctor Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social

Doctor Mauricio Cárdenas Santamaría, Ministro de Hacienda y Crédito Público

Doctora Lucía Ospina Martínez, Directora General del Instituto Nacional de Salud (INS)

Doctora Ilva Miryam Hoyos, Procuradora Delegada para los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia, Procuraduría General de la Nación.

Doctora Susana Rodríguez Caro, Defensora Delegada de los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, Defensoría del Pueblo.

Doctora María Cristina Trujillo, Alta Consejera Presidencial para la Primera Infancia, Coordinadora de la CIPI.

Doctor Andrés Sarmiento Rodríguez, Decano Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Doctora Mary Bermúdez Gómez, Decana Académica Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.

Doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

Doctor Ariel Iván Ruiz Parra, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Doctor Carlos Alberto Palacio Acosta, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

Doctor Sergio Isaza Villa, Presidente Federación Médica Colombiana.

Doctora Margarita Rehbein, Presidenta Profamilia.

Doctor Santiago Huertas Buraglia, Presidente de la Clínica de la Mujer.

IV

Lo que propongan las honorables Senadoras y honorables Senadores

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, altamente agradecerá la **puntual asistencia**,

para efectos de evacuar las temáticas contempladas en el presente Orden del Día.

El Presidente,

Édinson Delgado Ruiz.

El Vicepresidente,

Honorio Miguel Henríquez Pinedo.

El Secretario General, Comisión Séptima del honorable Senado de la República,

Jesús María España Vergara.

A continuación, de manera textual, conforme a la transcripción del audio grabado durante la sesión, se describen los hechos y las intervenciones de todos los intervinientes, durante el desarrollo de la presente Audiencia Pública, Legislatura 2016-2017, de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, así:

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Buenos días a todos. Quiero en nombre de la Comisión Séptima, del grupo de Senadores Ponentes, darles las gracias por la asistencia. El objetivo principal de esta Audiencia es crear un espacio de intercambio de ideas del sector salud, de la academia, de los pacientes, para enriquecer y para compartir los conocimientos, sobre todo del Proyecto de ley número 123 de 2016, *por medio de la cual se busca reconocer la infertilidad como una enfermedad y la inclusión en el Plan de Beneficios del Sistema General de Salud.*

Este es un espacio donde les agradecemos que sean respetuosos de los conocimientos, de las observaciones que cada uno haga, el objetivo es enriquecer este debate, enriquecer la Ponencia; hoy sabemos que la infertilidad es una enfermedad que afecta a muchos colombianos, que a raíz de esto la OMS ha establecido que es una enfermedad como tal del sistema reproductivo, que si bien no causa problemas físicos, dolencias, sí ocasiona problemas de tipo psicológico para las personas que lo padecen. Por esto es un Proyecto bastante importante que hoy en día muchas parejas colombianas sufren de esta estigmatización, por lo tanto nuevamente les agradecemos su asistencia y les recordamos que esto es un espacio para compartir, para escucharnos, por lo cual les agradecemos que seamos muy respetuosos. Señor Secretario le agradezco que por favor nos confirme quiénes están hoy asistiendo a la audiencia.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las diez y cincuenta y cuatro de la mañana (10:54 a. m.), de hoy jueves trece (13) de octubre de 2016, por autorización de la honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff, Coordinadora de Ponentes del Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, se procede por la Secretaría dar lectura a la lista de citados e invitados a esta audiencia pública al citado proyecto de ley, la cual fue aprobada por la Comisión Séptima del Senado de la República el día veinte (20) de septiembre pasado, según consta en la proposición número 16 de esa fecha. Según la Proposición 16 citada, el listado de citados e invitados a esta audiencia es el siguiente, y verificamos asistencia y delegaciones para que la señora coordinadora pueda definir los tiempos de intervención:

Doctor Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social; hay delegación del doctor Félix Nates del Ministerio de Salud, quien se encuentra presente, doctor Félix Nates.

Doctor Mauricio Cárdenas Santamaría, Ministro de Hacienda y Crédito Público, hay delegación en el doctor Jaime Abril, quien se encuentra presente, doctor Jaime quien ocupa el cargo de Subdirector de Salud y Riesgos Profesionales de la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social, Ministerio de Hacienda.

Doctora Marta Lucía Ospina Martínez, Directora General del Instituto Nacional de Salud (INS), enviaron una excusa, enviaron una síntesis del pronunciamiento frente al Proyecto y hay dos delegados del Instituto que determinarán si ven la viabilidad o no, de intervenir porque consideran que la competencia al pronunciamiento con respecto a esta iniciativa le corresponde al Ministerio de Salud.

Doctora Ilva Miryam Hoyos, Procuradora Delegada para los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia; no se encuentra presente la doctora Ilva, no hay otra delegación de la Procuraduría.

Doctora Susana Rodríguez Caro, Defensora Delegada de los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género de la Defensoría del Pueblo; no hay presencia de la Defensoría.

Doctora María Cristina Trujillo, Alta Consejera Presidencial para la Primera Infancia, Coordinadora de la CIPI; la doctora María Cristina envió escrito a la Secretaría donde informó que por no ser de competencia de esa dependencia de la Presidencia de la República, habían dado traslado a la doctora Marta Ordóñez Vera en su calidad de Consejera Presidencial para la Equidad de la Mujer.

Doctora Marta Ordóñez Vera, Consejera Presidencial para la Equidad de la Mujer; está presente.

Doctor Andrés Sarmiento Rodríguez, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, presente, presente la Facultad de Medicina de la Unian-des.

Doctora Mary Bermúdez Gómez, Decana Académica, la doctora Mary Bermúdez Gómez no se encuentra.

Doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. ¿Hay delegación?, hay delegación, me confirman la delegación de la Universidad del Rosario por favor, gracias. En la doctora Ana Isabel Gómez que se encuentra presente.

Doctor Ariel Iván Ruiz Parra, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, envió una excusa, tenía compromisos institucionales en horas de la mañana de hoy y delegó en el doctor Jacinto Sánchez Angarita y en el doctor Daniel Cortés Díaz, que se encuentran presentes.

Doctor Carlos Alberto Palacio Acosta, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; no hay presencia.

Doctor Jaime Arias Ramírez, Presidente Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), compromisos previos le impiden acompañarnos, envió la excusa respectiva y delegó en la doctora Karen

Pulido que se encuentra presente, como Jefe Jurídica de ACEMI.

Doctor Sergio Isaza Villa, Presidente de la Federación Médica Colombiana, no están presentes de la Federación Médica Colombiana.

Ese es el listado de citados e invitados, Senadora Nadia, en su calidad de coordinadora de ponentes. La Secretaría...

Doctora Margarita Rehbein, Presidenta de Profamilia; hay delegado, en el doctor Juan Carlos Vargas que se encuentra presente.

Y el doctor Santiago Huertas Buraglia, Presidente de la Clínica de la Mujer. ¿Hay alguien en representación de la Clínica de la Mujer?, no hay nadie, señora Coordinadora.

Ese es el listado completo de citados e invitados a esta audiencia. Adicionalmente, honorable Senadora, la Secretaría le informa que ante las expectativas relacionadas con este proyecto de ley, vía electrónica se recibieron múltiples solicitudes de personas naturales o jurídicas que pidieron intervenir. La Secretaría de la Comisión, a nombre de toda la Comisión, les contestó que la Audiencia estaba programada única y exclusivamente para los organismos, entidades, personas naturales o jurídicas que están incluidos en la proposición 16, que las audiencias públicas no son imperativas en el trámite legislativo, son discrecionales de las Comisiones y de los Ponentes, que la oportunidad que tienen para intervenir quienes no sean invitados a una audiencia pública como esta, es la que está determinada en los artículos 230, 231, 232 del Reglamento Interno del Congreso, que establece que toda persona natural o jurídica puede presentar observaciones ciudadanas frente a los proyectos de leyes para lo cual debe presentar original y dos copias del escrito de sus observaciones, la Secretaría recibe esas observaciones, se las transmite a los Ponentes y además se les ordena que sean publicadas en la Gaceta del Congreso y con ello todos los integrantes de la Comisión y toda la ciudadanía en Colombia tienen la opción y la oportunidad de leer y pronunciarse frente a esas observaciones ciudadanas.

En el caso particular de esta audiencia, señora coordinadora, se recibió una solicitud del doctor Iván Ocampo, Ginecobstetra, a nombre de la Liga Colombiana contra la Infertilidad, tengo entendido que el doctor Iván Ocampo se encuentra acá, se encuentra.

Y también se recibió otra solicitud del doctor Jorge Mendoza, quien estuvo por acá hasta hace unos minutos, la Secretaría les contestó que la decisión de que pudieran o no intervenir, independientemente de que estuvieran o no en la lista de citados e invitados de la proposición 16, dependía de la decisión de la Comisión y que la Secretaría no es competente para adoptar esas decisiones.

E igualmente hay solicitud de la doctora Paola Charry Altamiranda, Directora de Max Fertil Colombia, organización de pacientes con infertilidad; y de la doctora Karina Fajardo Castaño, quien es paciente que podría ser afectada positiva o negativamente según se apruebe o se deniegue esta iniciativa. La señora Coordinadora decidirá de acuerdo al tiempo de intervención que se conceda, luego de que se escuche a todos los citados e invitados, qué tiempo les puede conceder a quienes no estaban dentro de la proposición pero que se hicieron presentes en el día de hoy.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias señor Secretario. Le concederemos un tiempo de 10 minutos a cada una de las intervenciones con un máximo de 12, el señor Secretario les anunciará cuando ya les falte pocos minutos para concluir su intervención. Entonces iniciamos con la doctora Marta Ordóñez, Alta Consejera Presidencial para la Equidad de la Mujer.

Doctora Marta Ordóñez, Alta Consejera Presidencial para la Equidad de la Mujer:

Bueno muchísimas gracias. Un saludo muy cordial a los honorables Congresistas, a la Mesa Directiva y a los pertenecientes a la Comisión Séptima del Senado. Agradecemos la invitación para participar en esta audiencia pública, que tiene como objetivo analizar el Proyecto de ley número 123 de 2016 en el Senado, 082 de 2015 en la Cámara, *por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan de Beneficios y se dictan otras disposiciones.*

Para iniciar mi intervención me parece oportuno aclarar que desde la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, no tenemos la competencia legal para emitir una posición oficial del Gobierno nacional frente a la iniciativa, de esta forma me parece también pertinente establecer que pues no vamos a poder referirnos directamente al Proyecto. Mi participación en esta Audiencia está orientada a presentarles cuál es el trabajo que adelanta la Consejería en el campo de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y esperamos que haciendo claridad, nuestra intervención les pueda entonces brindar los elementos de análisis y también aportar de manera objetiva para la decisión que tengan que tomar frente a este Proyecto que es tan importante.

Lo primero es tener claro que el Gobierno nacional para trabajar por la equidad y por la garantía de los derechos humanos de las mujeres, tiene como línea prioritaria el impulso de la transversalización del enfoque de género que requiere involucrar a todas las entidades, a los actores, procesos de la política, la gestión pública a fin de generar los cambios estructurales que se necesitan para cumplir con este objetivo.

Para asumirlo desde la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, trabajamos para que todo el accionar del Estado colombiano y de implementación de políticas públicas se tengan presentes entonces las necesidades específicas de las mujeres, ¿a qué me refiero?, que nosotras no ejecutamos pero sí orientamos a las entidades que lo hacen para que siempre tengan en cuenta las necesidades y los requerimientos de las mujeres y también se diseñen entonces las acciones específicas para ellas.

De esta manera, nuestra función, nuestra misión se orienta en asesorar, en asistir, en dar el lineamiento técnico y para ser más específicas, pues voy a compartir algunas de las funciones que tiene la Consejería en el Decreto número 1649 del 2 de septiembre de 2014 en su artículo 16. ¿Qué dice entonces?, primero, asistir al Presidente y al Gobierno nacional en el diseño de las políticas gubernamentales destinadas a promover la equidad entre mujeres y entre hombres siguiendo las orientaciones generales trazadas por el Presidente de la República. También está impulsar la incorporación

de la perspectiva de género en la formulación, en la gestión, en el seguimiento de las políticas, planes y programas en las entidades públicas nacionales y territoriales. También está establecer los mecanismos de seguimiento al cumplimiento de la legislación interna y de los tratados y convenciones internacionales que se relacionen con la equidad de la mujer y la perspectiva de género. Ahí les menciono las tres primeras.

Es importante establecer que nuestro trabajo también está determinado por la política pública de equidad de género para las mujeres, les hablo del Conpes 161 de 2013, gran parte de nuestra labor está en la coordinación interinstitucional para la implementación de la política pública y por esta razón me parece importante señalar que toda acción o iniciativa que involucre los derechos humanos, los derechos fundamentales de las mujeres deben estar en línea entonces con esa política pública; y esa política está construida en torno a seis ejes conceptuales pero les voy a mencionar uno que es el de salud y derechos sexuales y derechos reproductivos, en ese eje donde podemos ubicar el proyecto que convoca esta audiencia, se plantea que en Colombia se presentan inequidades y desigualdades en cuanto a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos entre hombres y mujeres evidenciando situaciones como la mortalidad materna, los embarazos no deseados, los abortos inseguros, el cáncer de cuello uterino y de seno, el patrón de uso de métodos anticonceptivos ya que la responsabilidad sobre la espera de lo reproductivo se sigue asignando mayoritariamente a las mujeres, entre otras situaciones. Por esta razón se determina en el marco de este eje como fundamental, trabajar en acciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud para las mujeres con enfoque diferencial de sus derechos, además del desarrollo de acciones de promoción y de prevención en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos que requiere pues que se involucre también, que sean involucrados también los hombres.

Para alcanzar esta meta se plantean los siguientes objetivos: primero, fortalecer las competencias tanto de actitud como de conocimientos de las y de los servidores públicos, funcionarios y colaboradores de las autoridades territoriales en esta materia. Luego tenemos, generar estrategias de movilización social que contribuyan con la apropiación y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y también de mujeres. Transversalizar el enfoque de género basado en derechos humanos para garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las mujeres. Y prevenir la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y de hombres.

Desde la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, realizamos la asistencia técnica para el fortalecimiento de competencias de servidores y también de agentes institucionales; realizamos alianzas estratégicas, por ejemplo con la cooperación internacional para diseñar acciones que nos permitan promover los derechos sexuales y reproductivos tanto en espacios institucionales como con la sociedad civil.

Actualmente estamos haciendo un trabajo muy interesante con el maletín divulgador de los derechos sexuales y derechos reproductivos con el apoyo de O&M, donde contamos con una serie de herramientas pedagógicas y también técnicas que como ya lo men-

cióné, pues tienen el objetivo de difundir, de orientar y de empoderar a los funcionarios pero también a las mujeres y a los hombres sobre los derechos sexuales y reproductivos.

También podemos mencionar algo que a mí me parece muy importante y que promovemos y que trabajamos siempre a mediados de septiembre en la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y es la semana andina de prevención de embarazo en la adolescencia que se desarrolló en todo el territorio nacional con el propósito de sensibilizar a toda la comunidad sobre la importancia de apoyar la construcción y la realización de proyectos de vida de niños, niñas y adolescentes, proyectos de vida distintos a la maternidad y a la paternidad temprana. Asimismo, tenemos entonces un trabajo importante de coordinación institucional principalmente con las entidades que conforman la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y la garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos donde estamos enfocando el trabajo hacia el cumplimiento del compromiso del país con la agenda de los ODS dos mil treinta (2030) o veinte treinta (2030) para garantizar el acceso universal a los servicios de la salud sexual y reproductiva incluidos los de la planificación de la familia, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Para terminar mi intervención pues quiero reiterar que cualquier decisión que involucre derechos sexuales y derechos reproductivos tiene que tener necesariamente presente el derecho que tienen las mujeres a decidir en autonomía y también en libertad sobre sus cuerpos. Ese es el mensaje y les agradezco muchísimo la invitación y también toda la atención prestada. Muchísimas gracias.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias doctora Marta. Tiene el uso de la palabra el doctor Félix Nates, en representación y delegado por el Ministro de Salud y la Protección Social.

Doctor Félix Nates, delegado Ministerio de Salud y Protección Social:

Buenos días. Muchas gracias a la mesa por la invitación, a la mesa directiva y a los asistentes. Frente al proyecto de ley me voy a permitir anotar algunos elementos estructurales en relación con el proyecto de ley, emitidos por el Ministerio de Salud.

Es preciso tener en cuenta que el proyecto de ley busca, entre otros aspectos, determinar o señalar a la infertilidad como una enfermedad. El Ministerio a través de la diferente reglamentación ha adoptado la clasificación internacional de enfermedades de la OMS donde la enfermedad como tal ya está clasificada. En tal sentido, el Ministerio no considera conveniente a través de un proyecto de ley pues ratificar lo que ya se ha adoptado formalmente por el sector salud. Dicho esto, es importante señalar que las diferentes normatividades y esquemas para poder dar respuesta a la garantía de la salud, el Ministerio las ha desarrollado de diferentes formas, partiendo obviamente de las leyes. Voy a señalar inicialmente la Ley 100 en su artículo 162, se señala que el sistema de salud a través del Plan de Beneficios, financiados con los recursos del Plan Obligatorio de Salud, debe garantizar el acceso a las tecnologías que den cuenta de todas las enfermedades. En virtud de lo

anterior y habiendo dicho lo primero y reiterando esto, es que la infertilidad es una enfermedad, las diferentes tecnologías que contienen el POS dan respuesta a estos aspectos. Es importante señalar también que en el marco del desarrollo legislativo reciente, la Ley 1751 de 2015 establece la garantía del derecho a la salud como fundamental.

En virtud de lo anterior, el Ministerio está desarrollando un procedimiento técnico-científico como lo ordena el artículo 15, para poder definir a qué tenemos derecho los colombianos y que sea financiable con recursos de la salud. Dicho esto, lo que el Ministerio pretende hacer con la Ley 1751 es poner a escrutinio de la sociedad cuáles son las tecnologías en salud que serían financiables con estos recursos de la salud.

Otro aspecto importante es que las diferentes políticas del Ministerio, el derecho a la salud se reconoce y hay un ámbito amplio de acción para el tratamiento de esta enfermedad. Ya señalé uno que es el Plan de Beneficios, el segundo que señalo es el Plan Decenal de Salud Pública en donde están todos los principios, todos los elementos asociados al derecho a la salud incluida la infertilidad y el derecho a la salud sexual y reproductiva. En forma adicional, un aspecto que en principio daba, por así decirlo de alguna forma, sustento al proyecto de ley, era que la normatividad antes de la Resolución número 5592 de 2015, señalaba que algunas tecnologías asociadas a la infertilidad eran una exclusión, lo decían tácitamente los Acuerdos 29 y la Resolución número 5521 respectivamente; la Resolución número 5592 de 2013 declaró ya nuestra enfermedad como una exclusión sino que la introdujo en el marco de los desarrollos normativos para poder dar una respuesta social a este tema. En virtud de lo anterior, también se expidió la Resolución 3951, en la cual se señala que aquellas tecnologías que no están incluidas en el Plan de Beneficios en forma explícita, pueden ser prescritas por el médico tratante y serán financiadas con recursos del Fosyga.

Lo que quiero tratar de ejemplificar acá es que el conjunto de tecnologías autorizadas en el país y con evidencia científica ya están dentro del marco normativo y jurídico del país: uno, porque lo reconoce la Ley 100 y la Ley 1751; dos, porque lo reconoce la política de salud pública; y tres, porque se regulan los planes de beneficios a través de las dos resoluciones que acabé de mencionar y obviamente ya es el médico tratante quien define qué requiere cada paciente en relación con el tema que estamos tratando.

Quisiera resaltar también la responsabilidad que tendremos como Ministerio a partir del próximo año en virtud de la implementación del artículo 15 de la Ley Estatutaria, que señala que el Ministerio de Salud debe diseñar un procedimiento técnico-científico para definir las exclusiones. El Ministerio está desarrollando ese procedimiento pero debe tener en cuenta básicamente dos aspectos muy importantes que están relacionados con el tema que aquí tratamos, uno es el tema de la evidencia científica. En virtud de lo anterior serán llevadas al mecanismo de exclusión aquellas tecnologías en salud que no tengan la evidencia científica y obviamente eso demandará una concertación no solamente a nivel gubernamental sino a nivel social, dado que la Ley señala que estos temas deben ser consultados con expertos, con las sociedades científicas y obviamente con los pacientes afectados. Por las anteriores razones

el Ministerio considera inconveniente que el Proyecto de Ley prosiga su trámite. Muchas gracias.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias doctor Nate. Tiene el uso de la palabra el doctor Jaime Abril, delegado del Ministerio de Hacienda.

Doctor Jaime Abril, delegado del Ministerio de Hacienda:

Muy buenos días a todos, muchas gracias por la invitación, seré breve en el tema. Desde el Ministerio de Hacienda evaluamos el proyecto de ley con nuestra perspectiva económica-financiera obviamente. Digamos que aquí hay consideraciones que tenemos respecto de índole jurídica y económica adicionalmente. Desde el punto de vista jurídico yo sí creo que vale la pena y como aquí se señaló en el escrito del Viceministro nuestro, el doctor Andrés Escobar, el hecho de, digamos, como la necesidad de aclarar a partir de la expedición de la Ley Estatutaria cuáles son los procedimientos desde el punto de vista que señalaba acá el doctor Félix del artículo 15 que señala cuál es el procedimiento, en el sentido de señalar cuál es un poco, digamos, esas reglas de juego que establece la Ley Estatutaria para efectos incluso de la tarea legislativa en el sentido de señalar, en el sentido de que la Ley Estatutaria establece, digamos, un criterio técnico-científico para determinar qué tecnologías en salud se incluye o no en el POS y es financiada con recursos públicos. El artículo 15 señala pues expresamente que deberá existir un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente para ampliar progresivamente los beneficios, la Ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico de carácter público —lo reitera el último inciso—, colectivo, participativo y transparente que entendemos, el Ministerio de Salud viene desarrollando para efectos de determinar próximamente las exclusiones del sistema y en especial en el componente tanto de evaluación de la tecnología respectiva como en el componente de la participación ciudadana en la decisión de qué se financia a través del sistema general de seguridad social en salud. Ese es como un primer aspecto.

Desde el punto de vista, digamos, de nuestros referentes de trámite legislativo pues tenemos la Ley 819 de 2003 que establece un procedimiento para efectos de evaluar cada iniciativa legislativa en el sentido de su impacto fiscal. Con la versión que, digamos, que tuvimos para analizar y expedir este concepto, veíamos que el proyecto establece que se hará con posterioridad donde le da un tiempo, digamos, de seis meses al Ministerio de Hacienda para evaluar el impacto del proyecto de ley, pues es un tema un poco como de la procedibilidad y de los requisitos que exige la Ley 819 para efectos del ... previo y no posterior a la aprobación del proyecto de ley.

Digamos que hay muy poca información o por lo menos la que nosotros tuvimos disponible para efectos de evaluar el impacto financiero del proyecto y en ese sentido establecimos, digamos, unas referencias de unos estudios internacionales que generan una gran variabilidad desde el punto de vista de los costos de los tratamientos de infertilidad que pueden ir desde los 17 millones en algún caso o en términos de procedimientos un poco diferenciados, llegar a cerca de los 70 millones de pesos por persona el cual es creciente en todo

caso en términos de la edad de la mujer, entre mayor edad tenga la mujer pues seguramente el costo va a ser muchísimo mayor. Esas son como las consideraciones, Senadora, frente al tema del Proyecto de Ley de Infertilidad, nuestra perspectiva desde el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Muchas gracias.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias doctor Abril. Tiene el uso de la palabra el doctor Cardoso Medina, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Profesor Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Doctor Cardoso Medina, Especialista en Ginecología y Obstetricia, profesor clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes:

Muchas gracias señora Presidente, muchas gracias por la invitación a los Senadores y gracias por permitirnos a la academia y a los médicos estar presentes en la discusión de una ley tan importante como la que se está presentando. Saludo pues obviamente a todo el grupo de Senadores en este momento presentes y obviamente al personal que ha asistido para acompañarnos en la discusión.

Me va a disculpar y les pido dos disculpas, la primera es porque nosotros los médicos no nos adueñamos de la retórica, por lo tanto nos sentimos más cómodos en nuestros consultorios y en nuestros quirófanos que realmente hablando en el sitio de la... en nuestra fuente de la democracia. Y la otra, es que de pronto mi opinión va a depender más y va a tener más origen en el corazón que en la razón y de pronto esto puede llevar a diferentes interpretaciones.

Estuve muy atento en la revisión de la ley porque como médico soy muy defensor del ser humano, como especialista en ginecología soy defensor de la mujer, y como subespecialista en medicina reproductiva soy muy defensor de la pareja y de la familia.

Para mí fue una sorpresa encontrar una ley tan avanzada y especialmente un proyecto de ley de tanta envergadura; ha sido muy importante, lo que leí me pareció de un buen talante, me pareció que estamos muy avanzados y por lo tanto es muy grato informarles que tenemos un buen planteamiento inicial.

Tengo algunos reparos que hacer de todas maneras a este proyecto de ley; el primer reparo que voy a hacer es que nosotros empezamos de pronto un poco al revés, en el sentido de que lo ideal hubiera sido o es que primero hagamos la legislación por regulación de la fertilización in vitro y las técnicas de reproducción asistida en el país y después entremos a ver si estas técnicas que vamos a implementar las podemos hacer a través de nuestros planes de salud. Entonces, el hecho de que no tengamos una legislación al respecto, pues va a permitir que vayan a presentarse diferentes dificultades durante la implementación del mismo. Yo creo que para todos es normal y especialmente para quien hace la política, que primero entre a ver cuáles son los que tiene que regular e implementar y después hacer las diferentes modificaciones a la misma.

El segundo punto, y el primer punto me pareció demasiado importante, y el segundo punto que voy a empezar a tratar es el de la relación con los hospitales y las instituciones prestadoras de salud. Algo que el Ministerio de Hacienda no presenta sino solamente los da-

tos, me disculpa doctor la aproximación, es que habla solamente de los datos de los costos por los pacientes y de los costos de los tratamientos, pero según la ley en alguno de los apartes de la misma, la consideración es empezar a montar centros especializados en medicina reproductiva en los diferentes centros e instituciones de salud del país, lo que hace que obviamente el proceso sea muchísimo más oneroso, o sea, va a ser definitivamente muchísimo más oneroso.

Entonces creo que parte de esto, de la evaluación del costo por los diferentes tratamientos, pues también tenemos que saber cuánto y realmente en qué condiciones tenemos que hacer una implementación de centros, si es el interés del país de realmente empezar a implementar las diferentes instituciones de salud.

Otro punto que me pareció importante en la ley, es el aspecto relacionado con la formación del personal especializado; la medicina reproductiva, las subespecialidades en ginecología y en las diferentes especialidades como tal, son realmente nuevas, o sea, no son procesos de mucho tiempo, por lo tanto también tenemos que empezar a implementar en nuestras universidades programas relacionados con el desarrollo de estas áreas porque desafortunadamente si a bien estoy, solamente una universidad en Bogotá tiene un programa relacionado con medicina reproductiva y pues obviamente esto sería insuficiente para poder cubrir las demandas que requiere el país. Y obviamente también la formación de biólogos y de personal paramédico que tiene que estar presente en las diferentes instituciones. Entonces la formación de este personal también es otra cosa que tenemos que tener en consideración.

En la ley nos informan que la regulación y responsabilidad de la regulación va a caer en el Ministerio de Salud y en el Instituto Nacional de Salud, si no estoy mal, y realmente nosotros ya los centros de reproducción asistida ya estamos regulados y ya estamos controlados, a nosotros los diferentes servicios de salud nos hacen habilitar los procesos de habilitación y también el Invima nos hace procesos de certificación de nuestros laboratorios. Entonces además de que normalmente los centros de reproducción asistida pedimos evaluaciones a entidades internacionales para que tengamos un estándar y un nivel suficientemente adecuado para la práctica de las diferentes técnicas de reproducción.

Y el último punto que quiero tratar acerca de la ley, es un punto que también es bien importante y es que si no se implementan los centros de medicina reproductiva en cada una de las instituciones de salud, pues tiene que haber una asociación entre la parte pública y la parte privada, que desde el punto de vista teórico es bastante interesante pero que desde el punto de vista práctico es completamente difícil de implementar.

Yo sé que ustedes saben que mucho del deterioro en la práctica de nuestras instituciones, especialmente del déficit de nuestras instituciones hospitalarias, recae directamente en la falta definitivamente de control de los pagadores que no se han responsabilizado por cumplir las cuotas de atención de los pacientes y el temor que nosotros tenemos y toda la institución médica tiene, es que esto además lo ampliamos a otras actividades como es la medicina reproductiva y la implementación de las técnicas de reproducción asistida. Entonces es realmente, a pesar de ser interesante en nuestro país, la implementación realmente dificulta que las personas tengan confianza y los centros que tienen la experticia

y tienen el personal para implementar estas técnicas, que se confíen de que realmente esto puede llegar a un buen término y por lo tanto tenemos que ver qué mecanismos, si se va a hacer una implementación de este tipo, se pueden hacer para asegurarle a los diferentes actores la seguridad de que los tratamientos van a ser hechos. Entonces, señora Presidente, muchas gracias por su tiempo y por el tiempo de los honorables Senadores y de la consideración de ustedes la legislación y la implementación de la Ley de Reproducción Asistida, que es lo primero que considero que debemos empezar a realizar.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias doctor Cardoso. Tiene el uso de la palabra la doctora Ana Isabel Gómez, de la Universidad del Rosario.

Doctora Ana Isabel Gómez, Universidad del Rosario:

Muy buenos días, excúsenme un instante. Agradezco la invitación que se le hace a la Universidad del Rosario para participar en este debate. Quisiera iniciar con una fundamentación frente al derecho a la salud en el cual se determina el acceso oportuno a las prestaciones requeridas por los colombianos para garantizar este derecho, en el cual se incluyen una serie de derechos como son el de acceder a los servicios y tecnologías que garanticen la atención integral oportuna y de alta calidad a recibir las prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados por la ley a la provisión y acceso oportuno a dichas tecnologías y agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de la enfermedad. Aquí quisiera hacer una primera observación, fíjense la dificultad que plantea agotar las posibilidades de tratamiento cuando en los ciclos de reproducción humana asistida de las técnicas de reproducción humana, en la primera oportunidad, segunda o tercera es posible que no se logre el objetivo de superar la infertilidad, por lo tanto el entrar a garantizar este derecho en este ámbito específico supone un riesgo si no existe una regulación específica que limite, por ejemplo, el número de procedimientos que se debería tener.

De otra parte, la garantía de este derecho supone una serie de principios dentro de los que están la eficiencia, la progresividad del derecho y la sostenibilidad; en este orden de ideas quisiera también hacer una observación en el sentido de que este derecho se puede considerar un derecho de segunda generación frente a otro tipo de derechos que se deben proteger dentro del estado de derecho y que sí supone un riesgo para la sostenibilidad del sistema si no está estrictamente regulado desde el punto de vista de las técnicas de reproducción humana asistida.

Coincido con el Ministerio en que anterior a la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, si existían unas exclusiones específicas para la infertilidad, como es el caso del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES, pero que a partir de la Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental de la salud y se dictan otras disposiciones, queda por fuera, como excepción, lo cosmético, lo suntuario, lo que no tenga evidencia científica, seguridad y eficacia clínica, lo que no haya sido autorizado por la autoridad competente, lo que esté en fase de experimentación o lo que esté prestado en el exterior. En este orden de ideas, siendo la infertilidad una enfermedad que incluso ya tiene prestaciones

dentro del POS que pueden servir a este propósito, las técnicas de reproducción humana asistida que sirvan a este propósito, si son acordes con la evidencia científica, muestran efectividad clínica y son seguras, podrían ser aprobados a través de los mecanismos que citaban, que están próximos a ser regulados, que son los de los mecanismos del procedimiento técnico-científico.

Recuerdo también que recientemente se expidió la Resolución número 3951 del 31 de agosto del 2016, por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnología que no esté cubierto por el plan de beneficios de salud a cargo de la UPC y en la que se dictan otras disposiciones. En este orden de ideas, fundamentado en la autonomía médica y en el conocimiento técnico-científico y en la seguridad y en la evidencia científica, estas técnicas podrían ser prescritas sin la necesidad de tener una ley que las regule.

Quiero recordar también las causas de la infertilidad entendidas como unas causas de origen masculino y femenino que algunos autores citan como voluntarias e involuntarias, las involuntarias son las que corresponderían a la infertilidad como enfermedad pero también quiero hacer un llamado de atención en el sentido de que la infertilidad también se puede dar por postergar la maternidad en aras de una vida profesional, de otro tipo de actividades o que incluso se pudieran buscar otras metodologías relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida como es la maternidad subrogada en el cual no se quiera exponer la mujer a los riesgos de la fertilidad y recurre a un tercero. En este orden de ideas no se puede tratar la infertilidad voluntaria e involuntaria de la misma manera a cargo de los recursos del sistema de salud. Coincido plenamente en que se trata, en el caso de la infertilidad voluntaria, de una enfermedad de la cual el Estado tiene que proteger el derecho a la regulación.

De otra parte, para finalizar, quisiera hablar de los costos que se plantean alrededor de las técnicas de reproducción humana asistida, si bien tienen un beneficio como es el aumento de los nacimientos, la mejora en la calidad, la posibilidad de que personas infértiles puedan tener hijos pero también que personas que padecen enfermedades genéticas a través de diagnóstico genético preimplantatorio, pueda seleccionar embriones que no tengan dichas enfermedades o incluso, que puedan tener hijos que sean compatibles con otros hijos ya nacidos que requieran trasplante. Debo decir que también hay otros costos relacionados con este tipo de técnicas, los costos del procedimiento que mencionaba el colega, los costos de las fallas regulatorias que son en otros en los que entraríamos al permitir la sin tener una regulación específica y los costos de los resultados perinatales, cuando por ejemplo no tenemos un límite regulado del número de embriones que deben ser transferidos al útero y que en aras de buscar un mayor éxito en la técnica, se transfiera un mayor número, nazcan los niños prematuros e incurrimos en todos los costos que tienen que ver con la prematuridad.

Creo también que al no tener, hay un estudio que creo que es valioso consultar, que es la encuesta que se hizo en todos los países sobre técnicas de reproducción humana asistida que evalúa legislación, guías, licenciamiento del recurso humano, acreditación de laboratorios y nueva legislación desde el 2009. Si bien Colom-

bia tiene legislación, es más en términos de habilitación, no tiene guías, no hay licenciamiento del recurso humano, no hay acreditación de laboratorios y no hay nueva legislación del 2009, luego me parece temerario sin tener una regulación en técnicas de reproducción humana asistida, hacer curso con este proyecto.

Dejo para finalizar las siguientes preguntas: cubrir las técnicas de reproducción humana asistida con recursos del sistema, ¿con qué criterio?, ¿qué técnicas?, ¿cuántas veces?, ¿hasta qué monto?, ¿para quiénes? En técnicas vamos a cubrir inyección intracitoplasmática de esperma, fertilización in vitro, criopreservación de embriones, donación de esperma, de ovocitos, de embriones, maternidad subrogada, diagnóstico genético preimplantatorio asociado, ¿para quiénes?, porque si estamos hablando de un derecho sexual y reproductivo y de un tema de igualdad y de no discriminación, va a ser para parejas casadas o en convivencia, para parejas heterosexuales, para parejas del mismo sexo, para una mujer soltera, separada, viuda, fértil o infértil, para un hombre solo con el apoyo de una madre sustituta, para mayores de edad o menores de edad; y, ¿para quiénes?, ¿para todas las personas aquejadas de infertilidad o solo para aquellas que no tienen recursos económicos para costearlas? ¿para todas las mujeres o con un límite de edad? ¿Cuántos embriones transferiremos?, ¿cuántos ciclos cubrirá el sistema?, ¿se permitirá reducción fetal? Lo que quiero decir es que hay una serie de interrogantes muy graves que no hemos resuelto antes de poder abordar esto con fondos públicos.

Finalizo, los países que cubren este tipo de tecnologías hacen una cobertura parcial, el 63%; una cobertura total, el 38%; y tienen unos límites específicos, restringen por edad materna, mientras más joven más posibilidad de éxito, eso es lo que cubre el sistema, por encima de los 35 años no lo cubre el sistema. ¿Número de ciclos?, hasta tres ciclos porque no puede ser infinito. ¿Número de embriones transferidos?, aquel número, idealmente uno o dos que no signifique un riesgo de prematuridad. Esta es una estrategia que reduce el costo por fallas en la regulación, es decir, por tutela; luego, sí lo tenemos que regular, sí lo tenemos que cubrir pero con límites. Muchas gracias.

Presidenta (E), honorable Senadora Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias doctora Ana Isabel. Tiene el uso de la palabra el doctor Jacinto Sánchez y el doctor Daniel Cortés Díaz, no sé si se van a dividir el tiempo o solamente va a intervenir, listo, adelante doctor.

Doctor Jacinto Sánchez, Universidad Nacional:

Muy buenos días, señora Presidente, muchas gracias por permitir que la Universidad Nacional participe en esta discusión de la ley para la infertilidad. Como Universidad estamos de acuerdo con la ley, yo pienso que es un gran avance para nuestra población porque la infertilidad es una enfermedad y el 15% de las parejas colombianas tienen este problema, en algunos casos es muy fácil de resolver pero en algunos casos sí necesito una reproducción asistida. Es muy importante pues hacer una legislación adecuada y una regulación. Como Universidad estamos muy contentos porque nos abre un espacio precisamente en la especialidad de ginecología y obstetricia, tenemos la medicina reproductiva como una, digamos, como una asignatura, esto nos permitiría hacer una subespecialidad y ya, desde hace 30 años, nos estamos preparando para este momento.

Yo pienso que en este momento tanto Bogotá como las diferentes ciudades están en disposición de ofrecer estos servicios y si entra en el POS, ya las universidades y ya los residentes podrían tomar esta especialización dos años y salir formados. Entonces, me parece un gran avance, después de la ley viene la legislación, entonces se puede regular cuántos ciclos se le van a dar a la pareja, qué le va a cubrir pero eso ya es después de aprobado, entonces ahí vamos a mirar los costos. Por ejemplo dese cuenta que, digamos, en España dan tres ciclos, de acuerdo a la edad, no estoy de acuerdo aquí con la doctora porque precisamente, ¿cuál es el problema?, las parejas que tienen, las mujeres tienen problema para quedar de los 35 a los 40, entonces sí se le debe no solamente hasta los 35 sino por lo menos hasta los 40 años porque la mujer está primero trabajando y después de los 35 se va a organizar, va a organizar una familia, entonces tenemos que darle mucha importancia para que el cubrimiento no solamente sea hasta los 35 sino hasta los 40 años, pero eso ya es una regulación que se puede discutir después de que ya se legisle la ley. La Universidad está muy complacida de que esta ley salga adelante. Muchas gracias señora Presidente.

Presidenta (e), honorable Senadora Nadia Georgette Ble Scaff:

A continuación la doctora Karen Jimena Pulido, en representación de Acemi.

Doctora Karen Jimena Pulido, Asesora Jurídica de Acemi:

Muy buenos días a todos, soy Asesora Jurídica de Acemi, el doctor Arias se manda excusar por no poder comparecer hoy, él me ha delegado la tarea de remitirles algunos comentarios e inquietudes que presenta el gremio frente a este proyecto de ley.

Sí en el proyecto se plantea una mayor protección a la ya existente de algunos derechos tales como la vida en familia, los derechos sexuales y reproductivos de parejas o personas que presentan condiciones médicas de dificultad para procrear, lo cierto es que esta iniciativa afectaría de manera rápida las finanzas y estabilidad del sistema de salud, ya que el país aún no se encuentra preparado ni financiera, ni tecnológicamente para esta inclusión, por las razones que expondremos a continuación y que trataremos brevemente en cuatro puntos.

El primer punto al que haremos referencia es el alcance de la protección del derecho a la salud y sus límites razonables. En la Ley Estatutaria de la Salud fue plasmado que el derecho a la salud comprende el acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud. Respecto a las obligaciones del Estado, señaló que es el responsable de respetar y proteger y garantizar este derecho y dentro de esta obligación especificó que debe adoptar una regulación y políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Siendo así las cosas a pesar de que el derecho a la salud es de gran importancia, eso nadie lo niega, no puede ser absoluto, es un derecho que tiene y necesita límites, ya que cuenta con unos recursos finitos los cuales deben ser invertidos de la mejor forma de acuerdo a las necesidades más apremiantes de la población.

Por lo anterior, es equivocado creer que la obligación del Estado de proteger el derecho a la salud está basado en el otorgamiento de una lista ilimitada de servicios y prestaciones, porque su ejercicio y defensa deben estar enmarcados también dentro de criterios del mejor uso de los recursos, en donde se beneficie una cantidad mayor de población de acuerdo a criterios técnicos y sustentados de priorización al momento de definir las prestaciones que se van a otorgar.

En el mismo sentido la importante Sentencia T-760 de 2008 señaló: “Como el derecho fundamental a la salud es limitable y por lo tanto el plan de beneficios no tiene que ser infinito, sino que puede circunscribirse a cubrir necesidades y las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes, para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles”.

El segundo punto a que haré referencia es el riesgo financiero actual, costos de estos tratamientos y priorización del gasto en salud. En los últimos años se han venido afectando los ingresos del sistema e incrementando los costos, colocando en riesgo el equilibrio y sostenibilidad futura, situación que tiende a agravarse en la actualidad como lo ha señalado el Ministro de Salud que ha estimado el déficit para 2017 en 4.5 billones de pesos. De acuerdo con recientes estudios hechos por Acemi la situación del Régimen Contributivo con el listado actual de plan de beneficios ya es deficitario, siendo imperioso buscar fuentes adicionales para solventarlo y financiar presiones sobre el gasto que ya empezaron a generar situaciones como la aplicación de la Ley Estatutaria de Salud, que amplía el abanico de prestaciones y exige una autonomía total para el médico tratante, se ha señalado entonces que lo que se requiere es un aumento en las cotizaciones u otros recursos para el 2017, recursos adicionales del Presupuesto Nacional, bajo el escenario actual es difícil suponer que los recursos ya deficitarios alcanzarían para que el Sistema de Salud pueda cubrir esos tratamientos, ni aún con ajuste de la UPC, por cuanto es casi imposible calcular una proyección de lo que esto le costaría al sistema, ya que estamos frente a tratamientos costosos y de relativa efectividad, que no obedecen a patologías donde esté comprometida de manera urgente la vida.

Es importante considerar que la infertilidad tiene causas múltiples, lo citaba muy bien la doctora Ana Isabel, que su inclusión en el plan de beneficios irremediablemente dispararía las solicitudes de tratamiento y que esta puede tener origen masculino, femenino, que una pareja puede necesitar tratamiento para uno o para ambos y que esto requeriría no solo formación de recurso humano, sino también inversión en tecnologías.

De otra parte el Gobierno debe presentar una serie de análisis para que en virtud del principio de progresividad, se prioricen las patologías o condiciones de salud que deben ser cubiertas, el país debe pensar primero en aquellos tratamientos de mayor impacto en la salud y mayor costo efectividad, esta posición ha sido replicada en varios fallos de la Corte Constitucional entre ellos la Sentencia T-935 de 2010, que citó un breve pedazo, “no se puede ordenar y obligar al Estado, ni a las Entidades Promotoras de Salud a prestar un procedimiento como es la fertilización In vitro, por cuanto autorizar el mismo supone la limitación de otros servicios de salud prioritarios y del ejercicio de la libertad de configuración normativa”. Lo anterior, está además, en concordancia con la prevalencia del interés general

sobre el particular considerando que se invertirían miles de millones en una población específica y reducida y que estos dineros podrían ser mejor empleados en tratamientos que beneficien a un grupo más elevado de pacientes en condiciones de salud más complejas.

El tercer punto es el alcance de las coberturas actuales en relación con la infertilidad. De otro lado es preciso recordar que la infertilidad ya ha sido reconocida por la AMS como enfermedad y respecto a ella la actual normatividad no ha sido indiferente frente a coberturas y diagnóstico como entraremos a explicar a continuación.

Al observar y analizar las diferentes prestaciones y servicios incluidos en el actual plan de beneficios, se concluye que en el mismo sí existen procedimientos y servicios orientados al diagnóstico de la infertilidad y otros relacionados con el tratamiento de otras patologías que de manera indirecta afectan la posibilidad de tener hijos y que al ser tratadas mejora la infertilidad, para citar algunos ejemplos, están incluidos tratamientos para patologías como el Hipotiroidismo, Ovarios Poli Quísticos, Anovulación entre otros, cuyos tratamientos mejoran las condiciones físicas para poder lograr un embarazo.

Lo anterior permite concluir que el Sistema de Salud actualmente cubre el diagnóstico de la enfermedad, así como la atención de algunas patologías asociadas o que podrían ser la causa de la infertilidad, siendo así las cosas el Estado sin comprometer la priorización en la destinación de los recursos parafiscales de la salud, está dando algún tipo de respuesta al tema de infertilidad.

Finalmente, haré referencia a la inclusión de enfermedades en el plan de beneficios, los criterios que se utilizan y la competencia para hacerlo. La competencia legal para la determinación de las inclusiones en el plan de beneficios corresponde actualmente al Ministerio de Salud y Protección y Social, entidad que obedeciendo a criterios técnicos, define la actualización de este listado, esto tiene sentido y la mayor importancia, considerando que el Ministerio de Salud es la Entidad con mayor grado de especialidad, experiencia y conocimiento de las condiciones de salud más apremiantes de la población.

Por lo anterior, un análisis integral sobre las condiciones de salud de toda la población y sus mayores necesidades de salud, procuraría la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías. Las inclusiones y actualizaciones hechas por el Ministerio de Salud al plan de beneficios, además consideran de manera obligatorio costo efectividad, análisis presupuestal y económico, de tal manera que puede garantizarse la sostenibilidad a futuro, sin recortar los derechos ya reconocidos.

Por lo anterior preocupa a las entidades aseguradoras que no exista un aval del Ministerio en este proyecto de ley donde se pueda inferir el cumplimiento de los criterios anteriormente mencionados y que utiliza el Ministerio para esas inclusiones.

Agradecemos la atención prestada, esperamos que estos puntos sean considerados en los Debates restantes ante esta honorable Institución.

Presidenta (e), honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias, doctora Karen, tiene el uso de la palabra el doctor Juan Carlos Vargas, Representante de Profamilia.

Asesor Científico, Gerente de Investigaciones de Profamilia, doctor Juan Carlos Vargas:

Muy buenos días, muchas gracias, al honorable Senador de la República por la invitación a Profamilia, para participar en este Debate.

Profamilia, es una Entidad privada sin ánimo de lucro, que tiene 51 años de funcionamiento en el país, tenemos 35 clínicas en 28 ciudades del país, donde acuden anualmente alrededor de 700.000 personas y prestamos una cifra aproximada de 3 millones de servicios anuales, servicios que son en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Nuestra inspiración inicial fueron los servicios de anticoncepción, pasando por los servicios de salud sexual, salud reproductiva, incluso los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Y dentro de estos mismos servicios tenemos dos clínicas especializadas en fertilidad, una está en Bogotá y la otra está en Cali, donde ofrecemos tratamientos de baja y alta complejidad, tenemos un Banco de Semen certificado, hay servicio de donación de óvulos, espermogramas, fertilización In vitro, transferencia de embriones, inyección intra citoplasmática de espermatozoides, inseminación intrauterina homóloga y heteróloga entre otros de los servicios que hacemos en el tema de fertilidad, pertenecemos a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida y a la Asociación Colombiana de Centros de Reproducción Humana.

Yo tenía un papel aquí muy ordenado, pero a medida que han ido siendo las intervenciones, pues tuve que hacer algunas modificaciones, en primer lugar nos parece muy importante que se haya reconocido o se haya acogido el diagnóstico que hace la Organización Mundial de la Salud diciendo que la infertilidad es una enfermedad, faltaría preguntarse ¿es una enfermedad de mujeres, de parejas o de individuos?, y ahí tendríamos respuestas por otro lado, una publicación reciente de *Human Reproduction* habla que hay ciento... mejor dicho las investigaciones son muchas y hablan desde 48 millones de parejas, hasta 186 millones de individuos afectados por infertilidad en el mundo, siendo más el 50% de causas masculinas o varones afectados por infertilidad, por lo tanto pensar que la infertilidad es un diagnóstico de mujeres, sería incorrecto.

Eso nos parece muy importante que el Ministerio lo haya hecho, que el Senado en su proyecto de ley lo tenga, nos parece importante saber que el Ministerio debería incluir entonces en el plan de beneficios del Plan Obligatorio de Salud, servicios de Reproducción Asistida, ya hemos oído las intervenciones tanto del Ministerio de Salud, como del Ministerio de Hacienda con las limitaciones que se pueden presentar y la intervención de Acemi y nos parece importantísimo, que se cree un registro único de instituciones que están habilitadas para prestar servicios de Reproducción Asistida, porque realmente es importante conocer exactamente quienes lo hacen, como lo hacen y ahí viene uno de los puntos que presentó la Academia y es la importancia que tengamos una guía de práctica clínica clara, como se prestan los servicios de fertilización o los Servicios de Tecnología Reproductiva, para evitar lo que Ana Isa-

bel ha dicho muy claramente, que es la transferencia de alto número de embriones con los costos emocionales y financieros y debidas que esto trae con los embarazos, con los partos pre término y con todas las afectaciones que puede tener para estos recién nacidos.

Tenemos una pregunta y es ¿cómo se estableció el límite? Y ya aquí lo han dicho en varias ocasiones, cuántos tratamientos por cada cuanto, en el año, es importante que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que realiza Profamilia con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2010 que es la última versión que tenemos publicada, les estaremos invitando en diciembre al lanzamiento de la de 2015, deja ver que el 11.5% de las mujeres que refieren infertilidad, están en el rango de edad de 30 a 34 años y curiosamente el 17.4% de mujeres que refieren afectaciones de la fertilidad están en el rango de 40 a 49 años, es decir, una tercera parte de las mujeres, porque la encuesta en ese entonces era solo de mujeres, está en el rango de edad por encima de los 30 años y curiosamente la zona más afectada en el país, es la Región Caribe, siendo el Cesar y la Guajira los departamentos que más incidencia reportan de alteraciones de la fertilidad.

Por lo tanto es importante conocer este tema de cómo se establece el número de tratamientos y lo otro importante es que el 15% que es la cifra más alta de personas que requieren tratamientos de fertilidad, lo requieren para un segundo hijo, no para un primero, para un primer hijo lo requieren apenas el 10% o el 10%.

Con estas consideraciones, pues Profamilia se permite al honorable Senado de la República, hacer las siguientes consideraciones: hay algunas barreras importantes que se deben salvar junto con la redacción y aprobación de esta ley y es el tema de la información y la prevención de la infertilidad, es decir, a la gente hay que hablarle de qué es la infertilidad, por qué puede llegar a ser uno infértil y si en algunos casos puede llegar a prevenirlo, por todos es conocido los infecciones de transmisión sexual, como una de las causas más frecuentes de infertilidad con Factor Tubo peritoneal, luego si nosotros vamos allá a la base, a nuestros jóvenes, a hacer educación en prevención, en infecciones y enfermedades de transmisión sexual, seguramente estaremos disminuyendo algunos de esos casos, no solamente en mujeres, en varones también.

Es importante que se haga énfasis en algunos vacíos jurídicos que vemos en el Proyecto de Ley y es que está limitado para personas que tienen diagnóstico de fertilidad y la reproducción es un derecho y por lo tanto pues consideramos que no requiere tener un diagnóstico para poder ejercer un derecho. Ahí voy para decirles que el Proyecto tendría que ser enfático en aclarar los vacíos frente a mujeres solteras, parejas del mismo sexo y mujeres en estados posfértiles que requieran reproducción humana asistida.

También es importante tocar la inasistencia de una reglamentación, para la Industria Farmacéutica que tienen la distribución y comercialización de productos relacionados con los tratamientos de Fertilidad en Colombia y como lo dije anteriormente, los datos estadísticos que tenemos en el país nos permiten ver que hay diferencias importantes como lo dije en la Región Caribe, por lo tanto se debe buscar reducir estas brechas regionales para que haya un goce pleno de los derechos en todo el país.

En cuanto al talento humano, pues no me voy a extender mucho más, ya lo han dicho mis compañeros y amigos de la Academia, que no hay una formación de talento humano en temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva, específicamente con la atención de técnicas de fertilidad o de tecnología reproductiva, por lo tanto es importantísimo que eso se incluya en el pénsum de la formación de los Médicos y como una formación posgraduada, faltan registros epidemiológicos de los diagnósticos de fertilidad para poder tener una información más veraz y saber realmente cuales son los tratamientos que debemos aplicar y se deben ajustar y actualizar los criterios de habilitación a los que ya se refirió Byron Cardozo que en algunos casos están desactualizados en esta materia específica de los criterios de habilitación en Unidades de Fertilidad y de la misma manera en los criterios internacionales de Enfermedad el CIE 10, son muy generales y de ahí no podemos extraer la información suficiente.

Por último queremos hacer énfasis en que debe haber acceso oportuno a la información, Profamilia lleva desde 1980 ofreciendo servicios de Fertilidad y lo que veíamos era gente que iniciaba e iniciaba e iniciaba procesos de diagnóstico, los que lograban culminarlos no terminaban llegando a un tratamiento efectivo, sino que estaban siendo remitidos de un sitio a otro para diferentes tipos de tratamiento y sometidos a diferentes conceptos. De ahí la importancia de tener una guía de práctica clínica, que nos de la opción de tener el enfoque completo desde la prevención, desde la formación de los profesionales y sobre todo desde la aplicación de los tratamientos para poder, ya que los recursos no son muy altos como nos lo han informado ahora, poderlos optimizar de la mejor manera.

Pasar al ámbito jurídico que fue otra de las consideraciones que Profamilia radicó, ante la Secretaría de la Comisión Séptima, creo que en este momento no sería necesario, sino simplemente recordar que la Corte Constitucional ha dicho que el no acceder a tratamientos de fertilidad puede vulnerar el derecho a la libertad, a la vida privada, a la vida familiar, a la salud reproductiva, al libre desarrollo de la personalidad y a la igualdad de las personas, por lo tanto estas son de nuestras consideraciones más importantes y quiero terminar citando lo que en unas Mesas Consultivas trabajamos con Profamilia, con la Representante a la Cámara Angélica Lozano, donde se definió qué es Reproducción Humana Asistida y se dice que cualquier intervención en salud de baja o alta complejidad que requiera apoyo de equipos profesionales y/o técnicos de salud para acceder a la asistencia, que busque lograr la reproducción.

Es importante entonces conocer exactamente, cuáles son las personas que requieren este tipo de intervención, para de esta forma poder llegar a un avance que pueda materializar los derechos y cumplir con uno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es beneficiarse del progreso científico. Muchas gracias.

Presidenta (e), honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff:

Gracias, doctor Vargas. Para hacerles una claridad, este es un Proyecto presentado ante la Cámara de Representantes por varios autores entre ellos la Senadora Martha Villalba, el Senador Jimmy Chamorro, el Senador Armando Benedetti entre otros y varios Repre-

sentantes a la Cámara, también ya el proyecto de ley hizo su curso en la Cámara, se le dieron dos Debates, sin embargo, los Ponentes del Proyecto en la Comisión Séptima, decidimos hacer esta Audiencia para escuchar cada una de las observaciones por parte de la Academia, por parte de los Institutos de Salud, con el fin de enriquecer la Ponencia.

Inicialmente, el proyecto deja una especie de proyecto marco donde se establece la obligación del Ministerio de Salud no solamente de reconocer la infertilidad como enfermedad, sino también de reglamentar la materia en un periodo de 6 meses, en el Proyecto se establece que el Ministerio por lo tanto debía decidir estos temas como son la edad, los límites, el número de ciclos, qué clase de pacientes, si los pacientes tienen que hacer un aporte económico para la realización de este tipo de procedimientos, por lo tanto para nosotros es muy valiosa las intervenciones que nos han hecho hoy, enriquecerán la ponencia y cada uno de sus comentarios y sus intervenciones, se levantarán en un Acta y se le harán extensiva a cada uno de los Senadores de esta Comisión. Entonces, quiero agradecerles, seguimos con las intervenciones.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Ya se agotaron todas las intervenciones de los citados e invitados según la Proposición número 16 honorable Senadora, quedan pendientes por resolver las solicitudes de intervención del médico Jorge Ramírez, de Funcopi quien estuvo aquí pero se retiró y además por medio electrónico había expresado que renunciaba a la intervención. Se encuentra por acá el doctor Iván Ocampo, médico ginecobstetra y hay también la solicitud de intervención de la directora de Más Fértil Colombia, Paula Charry Altamiranda y hay una solicitud de intervención de Karina Fajardo Castaño como paciente, ¿se encuentra Karina Fajardo?, si se encuentra. Son las tres intervenciones: Karina Fajardo Castaño, como paciente; Paula Charry Altamiranda, directora de Más Fértil Colombia y del doctor Iván Ocampo, médico ginecobstetra.

La señora Coordinadora de Ponentes, les concede el mismo límite de tiempo a las tres intervenciones, comenzando con el doctor Iván Ocampo, posteriormente la doctora Paula Charry y por último la señora Karina Fajardo Castaño, les rogamos ser respetuosos en el tiempo, como lo han sido todos los que han intervenido.

Médico Ginecobstetra, doctor Iván Ocampo:

Muy buenos días, para todos, doctor España cuando me falten 3 minutos por favor me avisa. He sido muy afortunado, porque todos mis predecesores, han abonado el terreno de lo que les voy a mostrar en una dirección completamente diferente, hace dos años en la Comisión Quinta de la Cámara, discutíamos la Ley Sara, un Proyecto similar a esto con la Representante Alba Pinilla, si no estoy mal y no se le dio trámite y se hundió, como se ha hundido un proyecto similar a este por tres o cuatro oportunidades.

Para uno aprender a correr, primero tiene que saber caminar y para caminar tiene que saber amarrarse los zapatos, si uno pretende empezar a correr sin lo anterior, es posible que los resultados no sean los esperados. De 100 parejas que no pueden tener hijos después de un año de tener relaciones sin protección para embarazo, solo 30, o sea el 30% necesitan Técnicas de Reproducción Asistida, el otro 70% se pueden

embarazar, sin Técnicas de Reproducción Asistida. En un país donde los niños Wayuu se mueren de hambre, uno tiene que ser muy cauto con el manejo de los recursos, sería muy aventurado con las cuentas que presenta una Institución en el proyecto de ley que aparece en la citación y esas cuentas son unas cuentas muy poquitas, porque en el peor de los casos si solamente contáramos con un millón de parejas colombianas que es el cálculo más bajito, de las cuales 400.000 están en la ciudad de Bogotá, el tratamiento si suponemos equivocadamente de que In vitro es igual a reproducción humana, lo cual es un gravísimo error conceptual, eso nos cuesta, por un solo intento para ese millón de parejas, 20 billones de pesos, 20 billones de pesos en un solo intento y si ustedes leen juiciosamente la sentencia en la cual la Corte Constitucional conmina al Ministro de Hacienda, Mauricio Cárdenas a que le tiene que dar trámite al impacto fiscal de incluir estas técnicas, una de las pacientes ha recibido tres tratamientos de In vitro y no se ha embarazado, de manera señores que hay que ser muy cautos en esta realidad colombiana, donde los recursos hay que hacerlos... hacer un uso razonable. Que hay que atender la necesidad de los pacientes, claro, de la misma manera que atendemos los pacientes con cáncer que sabemos que van a morir, pero hay que hacer un uso racional, si pensamos que el In vitro es la solución para esto, estamos buscando el muerto, río arriba.

De manera que primero tenemos que construir y hago un llamado de atención respecto a eso, la legislación para este proyecto de ley, hay una conducta que posiblemente es un delito, que se llama la subrogación uterina, con ánimo comercial y se comete en Colombia todos los días, ¿tenemos legislación para la subrogación uterina?, no la tenemos, ¿tenemos legislación para esos embriones congelados en los grupos que miran la reproducción humana, como una oportunidad de empresa privada que es respetuosa y tiene cabida en este marco?, no la tenemos. Cuando se separan las parejas que crean unos embriones y los congelan y se separan, ¿de quién son los embriones?, entonces, para llegar a esta legislación que la tenemos que tener, tenemos que construir unas bases muy sólidas, cuando Pedro y Carlos lleguen dentro de dos o tres años, porque embarazar un hombre es más fácil, de lo que difícil que pareciera ser y como jurídicamente las parejas homosexuales o heterosexuales somos jurídicamente iguales, solamente vamos a tener una respuesta y decirles, si los ampara la ley y no tenemos legislación para eso, mucho cuidado, estamos corriendo sin habernos amarrado los zapatos.

Cuando uno revisa los grupos con ánimo económico, proponen como resultados para las técnicas de reproducción humana, tiene que ser sincero, el papel aguanta con todo, las técnicas de reproducción humana que son varias, las más elaboradas, no producen más de un 30, un 40% de resultados de embarazo positivo y es que eso es lo que reproduce la sexualidad en condiciones naturales de un hombre y una mujer, en una cama, la reproducción humana es muy ineficiente, así como suena, los seres humanos solamente somos 25% eficientes reproductivamente y eso es lo que dan las técnicas, pero ojo, por algo que se llama contención de costos, (me avisan por favor porque les voy a robar uno o dos minuticos), el 70% de la solución a los tratamientos de las parejas que no pueden tener hijos y esas valientes mujeres que están sentadas allá, que han cruzado por toda esta situación difícil, siempre estuvo en la Ley 100, nunca salió, siempre estuvo, como así,

doctor usted está loco. Todo cambió, todo esto que estoy diciendo está soportado en decretos, resoluciones, Conferencias, todo esto lo conoce el doctor Mauricio Cárdenas, el doctor Alejandro que no vino, el doctor Julio Muñoz que le hemos dado madera por todos los lados, el Procurador saliente, el doctor Ordóñez, la Presidenta de la Corte Constitucional, todos conocen estas propuestas. Todo cambió en diciembre de 2015, cuando los tratamientos de infertilidad que es un término peyorativo, se les debe llamar es pacientes con trastornos de fertilidad, porque es lo mismo que el diabético, tiene un trastorno del azúcar, o el hipertenso, tiene un trastorno de la hipertensión, pero a usted le dicen hipertenso y usted va a decir, me voy a tomar una pastillita, a usted le dicen diabético, me voy a poner la insulina, pero a usted le dicen infértil y su vida cambia, se desmorona su proyecto de vida.

En ese orden de ideas, la infertilidad y utilicemos ese término, que de pronto no es el más indicado, desde el año pasado ya no es una exclusión del Pos, al no ser una exclusión del Pos se abrió una cantidad de opciones para que estas parejas porque la infertilidad es una condición de pareja, sí, no como el señor que tiene cáncer o la señora en su situación personal sean atendidos, unas técnicas o tratamientos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, que son el 70% de la solución a los pacientes o parejas con problemas o trastornos de infertilidad y el otro 30% que son las técnicas de una alta complejidad que hablaban los colegas, se pueden practicar con cargo al Fosyga mediante la modalidad de recobro o reembolso ¿Cómo así doctor?, sí señores, independiente de que tengamos o no tengamos ley, ya tenemos la legislación para atender esas pacientes, por qué se le delegó a Pedro y María cuando llegaban a los Hospitales a decir ¿usted por qué viene señora?, doctor porque es que yo me ligué las trompas y conocí el príncipe azul y queremos tener más hijos, ahh eso no está en el Pos, siempre estuvo en el Pos, tómense 5 minutos abran las web y buscan un Programa del Ministerio de Salud que se llama Pos Pópuli y se van a asombrar de la cantidad de recursos que siempre estuvieron ahí y por una técnica que se llama Comercial Contención de Costos, se la negamos a los pacientes, de manera que ya no podemos devolver de los Hospitales a Pedro y a María porque van a buscar la recanalización de las trompas, porque siempre estuvo ahí, ya vendrá una discusión si los recursos los optimizamos o manejo, como se le ha presentado la propuesta al doctor Alejandro, a través de las Unidades..., porque es que la reproducción humana es parte de la salud sexual y reproductiva, In vitro y técnicas de Reproducción no Asistida, no es reproducción humana, es un pedacito de la reproducción humana. Esos 20.017.000 que en una de los artículos, una institución que está aquí representada, presenta, se pueden bajar a 1.000 dólares con dólar a 3.000 pesos, ¿Cómo así doctor? usted cómo va a bajar un In vitro de 20 millones de pesos a eso, en este momento en Noruega uno de nuestros compañeros está terminando un doctorado en reproducción humana, se está entrenando con un grupo que llama..., con un tubito que vale 5 pesos y otro tubito que también vale 5 pesos, con unos poquitos gramos de Bicarbonato y otros poquitos gramos de Ácido Cítrico, reemplazamos toda la infraestructura de los grandes Laboratorios que tienen que hacer grandes inversiones y obtenemos resultados muy similares, a qué quiero llegar, (y por favor me avisan porque me falta un poquito), a que todo cambió, hemos programado con el Director del Invima el doctor Guzmán, unas

Mesas de Trabajo porque como les decía, primero hay que saber amarrarse los zapatos para poder correr y sería muy aventurado que mientras vemos morir niños Wayuu, por hambre, angelitos que ya tocaron tierra en este planeta, estemos peleando para que otros angelitos lleguen, que deben de llegar, sí.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctor Ocampo, le quedan 2 minutos.

Médico Ginecoobstetra, doctor Iván Ocampo:

Gracias y me regala otro, por favor. Deben de llegar porque esto es de compromiso ético y de justicia social, esto está amparado en los derechos sexuales y reproductivos y la cantidad de Tutelas que recibiría el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud, de no hacer un uso racional de esta responsabilidad, no se la pueden imaginar.

Para terminar, le hemos propuesto a los mencionados, el doctor Alejandro, el doctor Cárdenas, el doctor Ordóñez, a todos ellos, de que esta atención de las parejas infértiles se maneje como un Programa del Ministerio de Salud, ¿Cómo así?, sí, como se maneja vacunación, como se maneja la Oncología, la Citología y ¿Cómo así?, sí, quitémosle el atractivo económico de los grupos que cómo en Argentina, hace un mes estaba yo en Quito, Ecuador, reunido con los latinoamericanos que hacemos esto y en Argentina se está presentando un fenómeno muy triste, que se llama Dumpin, Argentina hace 4 años tiene la Ley de Infertilidad y en este momento los colegas pelean ofreciéndole un porcentaje a alguien para que le envíe los pacientes, me manda los pacientes y tienen el 5, el 10, eso es muy cuestionable. Este lapicero puede valer 1 dólar o puede valer 100 dólares o 1.000 dólares, en reproducción humana utilizamos un medicamento que se llama Engonoatropinas, esa Engonoatropina por unidad en Colombia vale 3 dólares, pero señores, en la India vale 1 centavo de dólar, si aquí estuviera el doctor Alejandro, que es Economista, entendería porqué el tomate en el campo de don José vale 5 pesos y cuando llega a la mesa vale 500 pesos, entonces si manejamos eso con un Programa del Ministerio de Salud, le quitamos ese atractivo económico, sí, de que es que yo, mándeme los pacientes que yo lo llevo con el 5, con el 10, que hay que cumplirle a los pacientes, sí, que hay que hacer un uso racional de los recursos, sí, hay que hacerlo bien hecho, pero señores, si construimos una ley en la cual después se presente una cantidad de vicios porque no tenemos legislación, posiblemente vamos a tener un problema mayor que el que pensamos que estamos solucionando. Yo rindo un tributo a los pacientes infértiles porque han pasado por todas la humillaciones y los vejámenes, los derechos sexuales y reproductivos se los debemos cumplir, pero tenemos que hacer las cosas bien hechas. Muchas gracias.

Presidenta (e), honorable Senador Nadya Georgette Ble Scaff:

Gracias doctor Ocampo. Tiene el uso de la palabra la doctora Paola Charry, Directora de Más Fértil Colombia.

Directora de Más Fértil Colombia, doctora Paola Charry Altamirano:

Buenas, a todos los presentes, de verdad en nombre de las pacientes que hoy nos acompañan, agradezco y los pacientes, agradezco la espera y la importancia que

se la ha dado a este tema. Si bien la Corte ha dicho que se debe abrir la discusión sobre este tema, hace mucho tiempo ya los pacientes abrimos la discusión, en el 2013 se presentó la Ley Sara, que fue una iniciativa de los pacientes, luego de una investigación que pudo realizar esta servidora con algunos grupos de pacientes de diferentes patologías y de diferentes ciudades del país, se presentó el Proyecto de Ley Sara, ahí abrimos una discusión que fue más allá de hacer un Foro o un Seminario y pensamos en una ley que nos respaldara, hoy quiero decirles que Más Fértil Colombia es una Organización, no es un Centro, no es una Clínica, es una Organización para el apoyo a los pacientes en Colombia y en el mundo, porque a nuestro país llegan hoy gracias a que afortunadamente los avances tecnológicos y los avances científicos en nuestro país en comparación de muchos países de Suramérica lo hacen pionero en la Reproducción Asistida, llegan muchos pacientes de todo el mundo.

Mi nombre es Paola Charry, nací en Baranoa, Atlántico, decía el doctor de Profamilia, hace un rato, la Costa Caribe es uno y también las estadísticas del Ministerio nos dicen que el departamento del Atlántico y la Costa Caribe es una de las regiones que más consulta por infertilidad. Yo no escogí ser infértil, no me dieron la opción de decidir si podía ser madre o no, a ninguno de nosotros se nos da esa opción, simplemente que por algunas patologías y como decían ahorita, no hay una opción o una alternativa que nos diga, usted quiere ser padre o no, nosotros como pacientes con infertilidad padecemos a diario el rigor de alcanzar un sueño que día a día vemos inalcanzable, soy una mujer de estrato 3 en el país, que tengo de pronto algunas comodidades gracias a mi preparación, pero que a pesar de eso mis ingresos económicos no me han permitido poder acceder a un tratamiento de alta complejidad, mas sin embargo hay millones de parejas en este país que no necesitan un tratamiento *In vitro*, que simplemente necesitan que se empiece a atender una consulta por infertilidad, durante 11 años he asistido a mi Ginecólogo y nunca he podido obtener de mi EPS una consulta por infertilidad, cuando hablo de que el tema es ser infértil, me dicen no está en el Pos, no puedo trabajar el tema con usted, he tenido que acudir, entonces, a médicos particulares que hoy una consulta Ginecológica por infertilidad, en el país, oscila entre los 200 y los 500 mil pesos.

Un ciudadano colombiano que gana el mínimo ¿puede acceder a una consulta mensual de 200 o 500 mil pesos para tratar su infertilidad?, no tiene esperanza de hacerlo. Un ciudadano colombiano que anhela ser padre, pero que no cuenta con los recursos necesarios, tiene simplemente que callar y que decir el país me dio la opción de no ser padre, nosotros como pacientes tenemos que renunciar a este sueño, a este derecho que hoy la Corte nos dice es un derecho, ya dejó de ser lo que muchas veces han hablado de ser una vanidad, porque es que nos tenemos que conformar los pacientes con que somos infértiles y tenemos que renunciar a ese sueño.

Hoy estamos aquí discutiendo un Proyecto fundamental, les decía que se presentó la Ley Sara y hoy si nosotros vamos a comparar ese primer intento de Ley Sara, con lo que es este Proyecto que discutimos hoy, nos damos cuenta que crecimos, todos los gremios, no solamente los pacientes, aquí se ha hablado del impacto económico y se ha hablado en todas las intervenciones de lo costoso que es un tratamiento *In vitro*, yo lo sé

porque yo he intentado acceder y no he podido, pero hay muchas maneras y muchos pacientes con muchas patologías que no necesitan para solucionar sus problemas de infertilidad un tratamiento *In vitro* y que me desmientan pues los médicos que hacen parte de este recinto.

Que los tratamientos se incluyan en el Pos no significa gratuidad, entonces por tal motivo no puede ser el tema económico la primera muralla que nos coloquen a los pacientes, quiero resaltar que si bien hay un impacto económico, esto también tiene un impacto de beneficio para el país, el Proyecto contempla, los que han tenido la oportunidad de leerlo, una pautas importantísimas para que Colombia avance en el tema de la investigación en la Reproducción Asistida y en los derechos reproductivos. También nos garantiza algo importante no solo a los pacientes, sino al Estado, al Sistema de Salud, a los centros que hoy existen y es un servicio de calidad. Como paciente he sido víctima de lo que podemos llamar el paseo millonario de la infertilidad en Colombia, porque he asistido a distintas organizaciones, a distintos centros, unos muy reconocidos y con toda la calidad y de los cuales vivo muy agradecida, pero otros que sencillamente luego de que he ido aprendiendo y aprendiendo en todo este proceso para acceder a este derecho a ser madre, que me han engañado y como se dice popularmente me han tumbado como paciente, ¿por qué?, porque me están presentando unos tratamientos que ni siquiera tienen el lugar idóneo para prestarlo y esta ley nos está diciendo hoy, Centros Certificados con tecnología certificada y que la ética nunca se ha dejado de lado de este Proyecto. Si hemos tenido la oportunidad de estudiarlo, nos damos cuenta que está la creación de un Comité Ético, que será el que aprobará o desaprobará el tema del acceso a los tratamientos.

Como paciente, fundamentalmente y es mi intervención más que como Presidente de la Organización, como paciente quiero hacer un llamado a todos los presentes y al país entero, cada uno de nosotros conoce a una persona que padece infertilidad en Colombia, estoy segura que en este lugar además de las pacientes que son unas valientes y salen a decir yo soy infértil, porque ese es otro problema, que también somos discriminados, entonces nadie se atreve a decir y que le pongan la bandera de la infertilidad, pero además de esas pacientes yo estoy segura que aquí hay muchas personas que la han padecido, que la han tratado, que tienen un amigo, que tienen un hijo, que tienen un hermano que anhela ser padre y nosotros no podemos ser, darle la espalda y ser de pronto mezquinos con eso, porque tenemos toda la disponibilidad y en las manos de que Colombia inicie un proceso importante en el tema de Reproducción Asistida y de tratar la infertilidad como una enfermedad.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Paola, le quedan 2 minutos.

Directora de Más Fértil Colombia, doctora Paola Charry Altamirano:

El país tiene ahora una oportunidad importante, si bien, aprobado este Proyecto vendrá un proceso en el que se deberá regular y es allí en donde todos en consenso como hoy, creo que hemos discutido amablemente esta mañana, aportaremos también, creo a que el Ministerio regule de manera eficiente este Proyecto cuando ya sea y sé que va a ser una ley, porque si no lo va a ser ahora, lo va a ser en algún momento, por-

que quiero decirles que los pacientes no nos rendimos, porque es que el sueño no es solamente mío, ni de dos, ni de tres, es un sueño de millones de colombianos, la infertilidad es en Colombia hoy una enfermedad de salud pública, de 10 parejas que consultan al Ginecólogo, 6 están teniendo problemas de infertilidad, no podemos darle la espalda a todos estos pacientes, no podemos ser de pronto demasiado estrictos porque para eso se hizo el diálogo y la conversación, en estos días en Colombia vivimos precisamente el ejemplo del diálogo y la concertación, este es un espacio y hay muchos espacios que vendrán, creo que los Ponentes tendrán esos espacios para que concertando como lo hicimos en la mañana de hoy, tengamos un producto final de esta ley que beneficie a todos y todas las colombianas. Muchísimas gracias y dejo en su corazón el sentir de más de dos millones de pacientes, pero es el sentir de sus parejas y de sus familias, muchísimas gracias.

Presidenta (e), honorable Senador Nadya Georgette Blel Scaff:

Por último la doctora Karina Fajardo Castaño, paciente y miembro de la Asociación Colombiana de Endometriosis.

Paciente y Miembro de la Asociación Colombiana de Endometriosis e infertilidad, doctora Karina Fajardo Castaño:

Endometriosis e infertilidad. Bueno, qué honor estar con ustedes aquí, no ha pasado un año, han pasado 24 años de enfermedad que no están a la vuelta de la esquina. Mi nombre es Karina Fajardo soy paciente desde los 11 años, hoy tengo 35 años, a los 11 años como lo decía mi compañera y hermana Paola, perdí el ovario y la trompa derecha, yo era virgen si nos referimos a términos, perdón, de enfermedades por transmisión sexual, perdí el ovario y la trompa derecha, a los 15 años perdí el 75% del tejido ovárico, es decir para los médicos porque yo ya me considero no médica, pero sí soy como una auxiliar de Ginecología, me tocó aprender. Saben lo que significa perder el 75% de tu capacidad reproductiva a los 15 años, ¿alguien sabe de eso?, mientras todas mis compañeras estaban en sus fiestas de 15 años, yo estaba hospitalizada, para gloria de Dios, las cosas pasan porque tienen que pasar, así de sencillo. Múltiples cirugías, experta en planes de recuperación de cirugía, experta en cuidados, experta en síntomas.

Traigo cuatro puntos y es importante hacer una aclaración, nosotros los infértiles, somos infértiles en una proporción por los malos diagnósticos que tenemos, aproximadamente son 7 años que se demoran en diagnosticarnos a nosotras, si alguna de mis compañeras tiene una historia contraria a eso, que lo diga, pero aproximadamente son 7 años, en los cuales nosotras vamos con nuestros dolores que no son nada agradables, es desgajador que nos devuelvan diciéndonos, te tienes que tomar esto, no hay nada que hacer.

Hago la aclaración de algo, las enfermedades ginecológicas en el Pos no están como crónicas, incapacitantes y que generan infertilidad o estoy diciendo algo contrario, tengo entendido que no están así, entonces partamos de este hecho, si yo tengo una Endometriosis, tengo una Miomatosis, tengo unos Ovarios Poliquísticos, que sé que son crónicos, incapacitantes y que generan infertilidad, lógicamente si vamos a pelear un proyecto de ley en este momento, pues de entrada nosotras las pacientes vamos mal, vamos caídas, en

qué sentido, partamos primero de esas enfermedades, no están así, si no están así cómo vamos a meter la infertilidad, cómo van a sentir ustedes que de verdad a nosotros esto nos duele, si a ustedes no les duele eso, sí, por eso era importante de que nos escucharan en este momento, en recordar eso que creo que ustedes saben mucho, pero creo que se les ha olvidado esa parte que es la más importante.

Lo segundo, como lo decía Paola, nosotros no decidimos tener estas enfermedades, es curioso y desafortunado cómo mujeres atacan mujeres, lo digo con conocimiento de causa, yo soy orgullosamente una paciente menopáusica desde mis 32 años, gracias a Dios perdí el poquito tejido ovárico que había, pero hoy tengo calidad de vida, qué significa esto, que para yo ser mamá tengo que recurrir a un óvulo donado, que créanlo, como paciente y como Psicóloga, porque soy Psicóloga de profesión, no es nada fácil decirle a otra persona, oye tú, regálame un óvulo para yo ser mamá, esto duele el alma, qué chévere que estén todos aquí, porque desafortunadamente es muy fácil hablar cuando nosotros no hemos vivido una situación, pero cuando yo ya tengo a una persona infértil en mi casa, la situación cambia, en mi familia, en mi trabajo, en mi grupo social, me siento orgullosa de ser infértil, porque Dios me puso esa condición y estoy aquí en este momento sentada, no solamente luchando por mí, sino por mis compañeras.

Tercer punto, cuando yo recurro al Estado, curiosamente la Juez lo dice y el que quiera con mucho gusto tengo la Tutela aquí presente, la original, me la niega diciéndome que biológicamente estaba incapacitada para ser madre, yo soy creada por Dios, cómo me viene a mí a decir otra mujer que yo estoy biológicamente incapacitada para ser madre, ¿curioso no?, pero así es y por algo lo tenía que hacer, porque por esa razón estamos en este momento aquí sentados. Cuando estaban aprobando las Tutelas, en Cali, yo soy de Cali, en Cali hay casos de mujeres que a la edad de los 50 años decidieron ser madres y se las aprobaron y por qué a mí no, qué diferencia hay entre ella y yo, ella lo decidió a los 50, yo vengo luchando desde los 15 años, a mí a los 15 años me dijeron tu única razón, perdón, tu única manera para curarte es embarazándote, otro error, pues hoy en día nacen niños con sus mamás de 15 años, pero les estoy hablando de 20 años atrás.

Fue muy chévere y muy importante haber visto el tema económico, todo lo que ustedes han discutido, como paciente, en nombre propio y en nombre de mis compañeras les pido de verdad que se pongan la mano en el corazón, esa es una enfermedad que a cualquiera de ustedes les puede llegar, porque aquí no hay nadie exento, en mi familia yo soy la única y la que más añora tener esos bebés y sé que para la gloria de Dios voy a ser mamá, cómo, no sé, con ustedes que espero que de verdad se pongan la mano en el corazón y no solamente por mí, sino por todas las que hemos venido desde tan lejos a ser escuchadas.

Que no es ajeno, desafortunadamente sí, los Centros de Medicina Reproductiva privados, se han lucrado de nosotras, eso sí es una verdad y eso no es ajeno, en Cali a los Centros que yo he recurrido de manera particular, de entrada te hacen un scanner, tu puedes o no puedes pagar esto y depende de si lo puedes o no lo puedes pagar, así mismo te aceptan o no te aceptan, por eso lo que decía, usted doctor, perdóneme el nombre, que

se me olvidó, doctor Cardozo, lo que usted decía es muy cierto, aquí tiene que haber una unidad de Centros públicos, privados, yo no sé cómo lo vamos a arreglar, pero definitivamente esto tiene que ser, porque las personas se han lucrado de nosotros, de nuestro dolor, ¿saben ustedes que significa un cáncer del alma?, no lo saben porque no lo han vivido, un cáncer del alma es lo que sentimos nosotros los infértiles, los que vemos a nuestras familias y amigos, disfrutar de sus hijos y nosotros no los vamos a tener, a menos de que esto se dé.

Qué sucede con nosotros psicológicamente hablando, nos cortaron las alas, es que yo tenía 32 años hace 3 años y me quedé sin ovarios y sin trompas, tengo mi útero gracias a Dios, lo conservo con mi medicamento, soy muy juiciosa con mi medicamento, me he vuelto el apoyo de mis compañeras, porque esto es difícil de manejar, esto es decir todos los días, mujeres tenemos que salir adelante y lo vamos a lograr.

Recuerdo, entonces, primero el tema de la enfermedad y la Endometriosis, en mi caso fue crónica, nivel 4, miren, no me lo están preguntando pero...

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Doctora Karina, con mucha pena, le quedan 2 minutos.

Paciente y Miembro de la Asociación Colombiana de Endometriosis e infertilidad, doctora Karina Fajardo Castaño:

Gracias, uno siente que se desgarra por dentro y así como uno se desgarrar por dentro, biológicamente hablando nuestro cuerpo, nuestra alma también está desgarrada, la Juez en su momento me mandó y me autorizó adoptar y lo voy a hacer, pero no porque ella me lo diga, es porque un regalo que yo le voy a hacer a Dios, cuando yo sea mamá, porque yo sé que hay muchos niños que también merecen tener una familia, pero nosotras también merecemos tener una familia.

Gracias, que bendición haber estado con ustedes, han sido 24 años de lucha constante, los últimos 3, mucho más dolorosos, pero con la fuerza y la tranquilidad de que si hay algo por lo cual fuimos creadas con esta condición, es para estar aquí y para luchar por nosotras, bendiciones. Permiso.

Presidenta (e), honorable Senador Nadya Georgette Blel Scaff:

Si no hay más intervenciones, declaramos cerrada la Audiencia, sin antes agradecerles a todos la participación y la asistencia, cada uno de sus comentarios y observaciones será estudiado y evaluado por cada uno de los miembros de esta Comisión, de forma muy responsable, sabemos el gran impacto social de este Proyecto, sabemos que está en juego el derecho a la igualdad de muchas parejas y por lo tanto lo haremos de manera muy respetuosa. Muchas gracias a todos.

Secretario, doctor Jesús María España Vergara:

Siendo las doce y cuarenta y cuatro horas (12:44 p. m.), de hoy jueves trece (13) de octubre de 2016, la honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff, declara agotada esta Audiencia Pública, la Secretaría se compromete a enviar la transcripción de esta Audiencia a todas las Entidades, personas naturales y jurídicas que asistieron a la misma. Gracias a todos, muy buenas tardes.



COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de octubre del año dos mil dieciséis (2016).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 5ª de 1992 y lo dispuesto en el numeral 2, del artículo 1º y el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011, en la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso de la República*, de la Audiencia Pública al **Proyecto de ley número 123 de 2016 Senado, 082 de 2015 Cámara, por medio de la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el plan de beneficios y se dictan otras disposiciones**, de fecha jueves trece (13) de octubre de dos mil dieciséis (2016), de la Legislatura 2016-2017.

El Secretario,

