



Bogotá D.C. 20 de julio de 2020

Honorable Senador
LIDIO GARCÍA TURBAY
Presidente
MESA DIRECTIVA
Senado del Congreso de la República
Bogotá D. C.

Asunto: PROYECTO DE LEY ____ DE 2020 SENADO “Por medio de la cual se decretan medidas para la Superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el Sistema de Salud Colombiano”

Respetado presidente,

En mi condición de Congresista del Senado de la República de Colombia, radico el presente Proyecto de Ley que busca la Superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el Sistema de Salud Colombiano.

De tal forma, presento a consideración del Congreso de la República este proyecto “Por medio de la cual se decretan medidas para la Superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el Sistema de Salud Colombiano”, con el fin de iniciar el trámite correspondiente y cumplir con las exigencias dictadas por la Constitución y la Ley.

De los Congresistas.

Victoria Sandino Simanca H.

VICTORIA SANDINO SIMANCA
SENADORA DE LA REPÚBLICA



JULIAN GALLO CUBILLOS
SENADORA DE LA REPÚBLICA

Pablo Catatumbo T.

PABLO CATATUMBO HERRERA
SENADOR DE LA REPÚBLICA



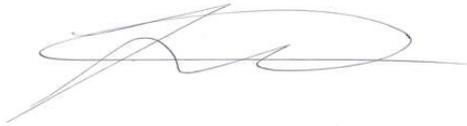
CRISELDA LOBO SILVA
SENADORA DE LA REPÚBLICA



ISRAEL ZÚNIGA
SENADOR DE LA REPÚBLICA

Luis Alberto Alban Urbano

LUIS ALBERTO ALBAN URBANO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

Omar Restrepo

OMAR DE JESÚS RESTREPO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



CARLOS A. CARREÑO MARIN
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



PROYECTO DE LEY No. DE 2020 SENADO

“Por medio de la cual se decretan medidas para la Superación de barreras de acceso a anticonceptivos en el Sistema de Salud Colombiano”

El Congreso de Colombia DECRETA:

Artículo primero:

El Estado avanzará hacia una innovación en Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de derechos, enfoque de género y diferencial, orientado a superar las barreras históricas de acceso, la violencia institucional y la discriminación en la atención, adaptando la oferta de servicios de anticoncepción hacia la vivencia de una sexualidad segura y sin riesgos.

Las citas médicas para solicitar y acceder a métodos anticonceptivos, y de Información, Prevención, Diagnóstico-Detección y Tratamiento de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) para hombres y mujeres serán de carácter prioritario y con enfoque de derechos, enfoque de género y diferencial dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en este sentido las Entidades Prestadoras de Salud – EPS, Institución Prestadora de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) y demás actores del sistema implementarán mecanismos para la eliminación de las barreras actitudinales y administrativas de acceso, garantizando el principio de libre elección, empleando los criterios científicos y los principios de autonomía, accesibilidad, universalidad y equidad de la Ley Estatutaria en Salud.

Artículo segundo: El Ministerio de Salud dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de esta ley generará los lineamientos técnicos dirigidos a desarrollar un programa de formación sobre anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura y sin riesgos con enfoque de derechos y enfoque de género que se impartirá a los/as profesionales y funcionarios/as del sector salud que deberá contener al menos los siguientes criterios:

1. Las asesorías brindadas por los/as profesionales y funcionarios/as deberán fomentar el trato humanizado, la acción sin daño y responder a criterios médicos y científicos y en ningún momento podrán estar mediadas por creencias que corresponden al fuero interno de los/as operarios/as de salud. Se deberá garantizar el derecho a obtener información objetiva y con enfoque diferencial, que posibilite la toma de decisiones libre e informada, sin sufrir

discriminación por sexo, raza, edad, orientación sexual, identidad de género o diagnósticos médicos presentes.

2. Se deberán incorporar al Plan Obligatorio de Salud aquellos avances, métodos, herramientas, medicamentos, tratamientos, y procedimientos médicos-científicos, que den respuesta a las necesidades en anticoncepción y sexualidad segura y sin riesgos desde el enfoque de derechos, de género y diferencial, con el fin garantizar una oferta actualizada a la realidad de los grupos poblacionales diferenciales y a sus necesidades de Salud Sexual y Reproductiva hacia los objetivos de desarrollo sostenible.
3. Se debe dar a conocer la amplia gama de anticonceptivos que cubre el Plan Obligatorio de Salud –POS- en vía de encontrar el método que mejor se adapte al consultante. Este disfrutará de estos avances en la atención en Salud Sexual y Reproductiva hacia una anticoncepción y vivencia de la sexualidad segura y sin riesgos.
4. Se debe formar a los funcionarios y funcionarias en la aplicación de la Resolución 459 de 2012 o la normatividad que haga sus veces.

Artículo tercero: El Ministerio de Salud desarrollará una campaña a nivel nacional orientada a brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos, esta deberá tener un enfoque de género y de derechos y hará énfasis en la corresponsabilidad que debe existir entre hombres y mujeres en materia de anticoncepción y de una sexualidad segura y sin riesgo.

Artículo cuarto: El Ministerio de Salud fortalecerá las capacidades existentes frente a la información y el acceso a anticonceptivos, generando medidas que prioricen y aterrizen de forma más eficaz en las zonas más apartadas del territorio nacional, de conformidad con el índice de necesidades insatisfechas de planificación familiar, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y sus grupos poblacionales más vulnerables, en este sentido se contemplarán por lo menos los siguientes aspectos:

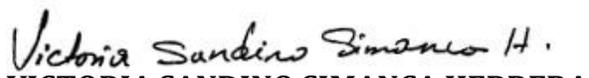
1. Gestión institucional de promotores y promotoras juveniles ubicados desde estrategias de trabajo de pares para grupos poblacionales priorizados, con el fin de apoyar acciones comunitarias de Derechos Sexuales y Reproductivos en los territorios.
2. Fortalecimiento de la participación, empoderamiento y construcción de redes de apoyo y de trabajo sobre problemáticas y necesidades

diferenciales de Salud Sexual y Reproductiva, hacia la anticoncepción y la vivencia de la sexualidad segura y sin riesgos, para grupos poblacionales vulnerables, histórica y estructuralmente discriminados y sujetos de especial protección.

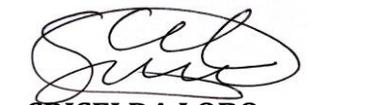
3. La simplificación de los procedimientos de autorización para este tipo de servicios en los lugares más apartados del país.
4. Fortalecimiento de las capacidades de proveedores de salud y profesores de instituciones de educación superior, priorizando los niveles de atención primaria en salud.

Artículo quinto: Se tendrá especial atención al derecho a la información y el acceso a anticonceptivos en sujetos de especial protección, personas en condición de vulnerabilidad, personas en proceso de reincorporación, así como a adolescentes, personas afrocolombianas, indígenas, personas con discapacidad, migrantes, víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual y población LGBTI.

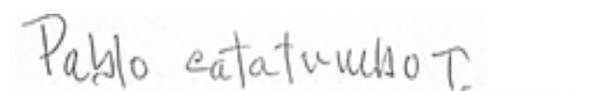
Artículo sexto: La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.



VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
Senadora de la República



CRISELDA LOBO
Senadora de la República



PABLO CATATUMBO TORRES VICTORIA
Senador de la República



JULIÁN GALLO
Senador de la República



ISRAEL ALBERTO ZUÑIGA IRIARTE
Senador de la República



JAIRO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara



Omar Restrepo

OMAR DE JESÚS RESTREPO
Representante a la Cámara


LUIS ALBERTO ALBÁN
Representante a la Cámara


CARLOS ALBERTO CARREÑO MARÍN
Representante a la Cámara

Exposición de Motivos

1. Fundamentos del derecho Internacional

Obligaciones de respeto y garantía

Los estados tienen la obligación legal de respetar, y garantizar los derechos consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos a los que se han sometido voluntariamente. Dentro de estas obligaciones encontramos restricciones de actuación, es decir obligaciones negativas, así como medidas que se deben adoptar consideradas obligaciones positivas. En esta vía, el deber de garantía le exige a los Estados no solamente adelantar acciones para garantizar los derechos sino también no entorpecer directa o indirectamente el disfrute de los mismos. Esto aplica de forma especial en el caso de los grupos poblaciones más vulnerables y/o históricamente excluidas, entre ellos las mujeres. En esta vía el Estado debería abolir toda política y ley discriminatoria y todo funcionario o funcionaria debería abstenerse de realizar cualquier práctica o acción discriminatoria que afecte el goce de los derechos de las mujeres. Partiendo de esta premisa fundamental y entendiendo que los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte fundamental de la integralidad del derecho a la salud, los Estados y, por tanto, sus instituciones, funcionarios y funcionarias tienen el deber de respetar el acceso a estos asegurando el respeto las

decisiones de las mujeres y la abstención de interferencias que puedan generar barreras que obstaculicen el acceso a anticonceptivos.

Por su parte el deber de garantía incluye “el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como una categoría de los Derechos Humanos que deben garantizar los estados se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen el derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de hijos como de disponer de la información, educación y los medios necesarios para poder hacerlo así como “el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción.”

El derecho a la salud se encuentra establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), como el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, esto incluyendo una sexualidad libre, sana y sin violencias. Este derecho debe ser leído de la mano con lo establecido en las plataformas de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) que al respecto dice:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la



salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”

Así mismo las mujeres tienen instrumentos específicos que mandatan la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos se encuentran la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), documento que incluye la salud reproductiva como parte integral del derecho a la salud. Así mismo, la CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) establece el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva en condiciones de igualdad dentro del ámbito familiar y de la salud, así como la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios adecuados de atención médica, información, asesoramiento y educación en materia de planificación de la familia. Tanto el Comité CEDAW como la CIDH han señalado que los Estados tienen, entre sus obligaciones positivas, el deber de proteger la vida, la salud y la integridad personal de las mujeres, especialmente promoviendo y garantizando el acceso a servicios de salud materna libres de toda discriminación. El Comité de la CEDAW también ha resaltado “la obligación de los Estados Partes de respetar el acceso de las mujeres a los servicios médicos y de abstenerse de “poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud”, por tanto “Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”.

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General 14 determina que el derecho a la salud engloba tanto libertades como derechos, y que “entre la libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva (...) Precizando que: “El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”. Así mismo, la Corte IDH estableció que “la decisión de ser o no ser madre o padre es parte del derecho a la vida privada” lo cual guarda una estrecha relación derecho a la autonomía reproductiva y junto con el derecho a la integridad física, se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud.

Finalmente, la agenda 2030 para el desarrollo sostenible incluye dentro de sus 17 objetivos el Objetivo 3 de salud y bienestar el cual busca garantizar una vida sana y

promover el bienestar de todos a todas las edades e incluye dentro de sus metas la siguiente:

De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales dicha meta tiene relacionados dos Indicadores que los Estados deben cumplir para alcanzar la meta propuesta:

1. Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.
2. Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.

Por ende, los Estados tienen obligación de regular los servicios de salud e interpretar la salud ampliamente, incluyendo salud sexual y reproductiva.

2. Fundamento constitucional

Los derechos sexuales y reproductivos (DDRRSS) en nuestro país están plenamente reconocidos desde la Constitución Política en los artículos 13,15,16 y 42, en este sentido también existe decretos, resoluciones y jurisprudencia que sustentan la existencia de los DDRSS.

De conformidad con lo señalado por la corte Constitucional “Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación”.

Esta primera aproximación según la Corte abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarlas y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional (Sentencia T 732 de 2009). En esta tarea, tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos

ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución), para lo cual deben tener en cuenta las interpretaciones que los órganos autorizados han hecho sobre el alcance de los derechos que reconocen estas normas (Sentencia T 732 de 2009).

Con fundamento en la Constitución, la jurisprudencia constitucional y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia es posible afirmar que los derechos reproductivos reconocen y protegen (i) la autodeterminación reproductiva y (ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.

Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así (T732 de 2009), son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado.

La Corte señala entonces que en virtud de la autodeterminación reproductiva se reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Ello encuentra su consagración normativa en el artículo 42 de la Constitución que prescribe que “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos” y en el artículo 16, ordinal e), de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (T732 de 2009) que reconoce el derecho de la mujer y el hombre a decidir libremente sobre el número de sus hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos.

Este derecho reconoce a las personas, en especial las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas, sea que se decida tener descendencia o no (artículos 13 y 42 de la Constitución y artículo 11.2 de la CEDAW). Por tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados o cuando se solicitan pruebas de esterilización o de embarazo para acceder o permanecer en un empleo.

Por su parte señala que los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas, en especial a las mujeres, de acceder a servicios de salud reproductiva. Estos incluyen, entre otros,

(i) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquél de su preferencia, prestación que está reconocida en los artículos 10 y 12 de la CEDAW y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.

(ii) Interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes.

(iii) Medidas que garanticen una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Al respecto, el artículo 43 de la Constitución prescribe que “durante el embarazo y después del parto [la mujer] gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Por su parte, el artículo 12 de la CEDAW impone a los Estados la obligación de asegurar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. Así mismo, el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño los obliga a proporcionar “atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.

(iv) Por último, la prevención y tratamiento las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino. Al respecto, en la sentencia T-605 de 2007, esta Corte protegió el derecho a la salud de una mujer y ordenó a una EPS practicarle una “cirugía desobstructiva de las Trompas de Falopio y retiro de adherencias del óvulo izquierdo”, excluida del Plan Obligatorio de Salud, para poner fin a una enfermedad que le impedía procrear. Así mismo, en la sentencia T-636 de 2007, con el mismo argumento, se ordenó a una EPS practicar a una mujer un examen de diagnóstico denominado “cariotipo materno” con el objetivo de determinar la causa de sus constantes abortos espontáneos.

Con el mismo fundamento normativo, es posible sostener que los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen (i) la libertad sexual y (ii) el acceso a los servicios de salud sexual.

En virtud del derecho a la libertad sexual las personas tienen derecho a decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién (artículo 16 de la Constitución). En otras palabras, el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción, de esta

forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual, la prostitución forzada.

De igual forma, los derechos sexuales reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas de acceder a servicios de salud sexual, los cuales deben incluir, básicamente:

- (i) Información y educación oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad,
- (ii) El acceso a servicios de salud sexual de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad, y
- (iii) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos y acceso a los mismos en condiciones de calidad y la posibilidad de elegir aquél de su preferencia, lo cual es un punto de contacto evidente entre los derechos sexuales y reproductivos.

la jurisprudencia constitucional ha afirmado que los derechos sexuales y reproductivos están protegidos por la Constitución de 1991 ya que “han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos”.

Sin embargo, es necesario señalar que, en materia legislativa, a pesar de la existencia de algunos avances, se hace urgente adelantar la construcción de herramientas legales que fortalezcan la exigencia de los DRS. Este proyecto de ley tiene como objetivo robustecer las herramientas existentes para el acceso a anticonceptivos, esto teniendo en cuenta el poder acceso a ellos es un pilar fundamental de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

3. Normatividad existente sobre anticoncepción

En Colombia, la Norma vigente sobre anticoncepción para hombres y mujeres (Resolución 769 de 2008 y 1973 de 2008) indica la obligatoriedad de los servicios de salud de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. Las personas tienen derecho a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellos el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / sida, mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (MinSalud, 2016)

Actualmente, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluida la anticoncepción está contemplado en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), la cual entiende la sexualidad como una condición humana prioritaria para el desarrollo de las personas. Y en esta medida, enmarca la anticoncepción dentro del principio de la libertad sexual y libertad reproductiva expresado en el respeto a la dignidad humana, que, a su vez, potencia el ejercicio de derechos sexuales como: el de fortalecer la autonomía en el ejercicio de la sexualidad, explorar y disfrutar de una vida sexual placentera, protegerse y prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo y a pesar de que existen estas disposiciones, el acceso a anticonceptivos* aún está mediado por una serie de barreras que deben ser derribadas para garantizar los DRS y el derecho a la salud de forma integral, así mismo es necesario que estas disposiciones tengan un soporte legal que las potencie y les permita cumplir sus objetivos.

4. Barreras de acceso a anticonceptivos.

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Estas cifras aterrizadas en Colombia son similares, así entonces existen un gran número de mujeres* en edad reproductiva que no desean ser madres y que no acceden a anticonceptivos debido a diversas barreras de tipo político, cultural, administrativo y territorial, unas de las principales barreras que se identificadas son:

- Poca variedad de métodos
- Acceso limitado a métodos anticonceptivos, particularmente por parte de los jóvenes y los segmentos más pobres de la población.
- Temor a los efectos colaterales.
- Oposición por razones culturales o religiosas
- Servicios de mala calidad
- Errores de principio de los usuarios y los proveedores
- Fragmentación de la atención
- Contratación del servicio de planificación familiar por parte de la EPS solo con baja complejidad

- Oportunidad de cita a más de un mes en red pública y privada.
- Oferta limitada del condón masculino de látex y anticoncepción de emergencia no obstante estar en el POS.
- Barreras culturales y religiosas de los profesionales que atienden la asesoría.
- Oferta de consulta de planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos solo en zonas urbanas. (Costos del transporte a cargo del usuario).
- Barreras de género (OMS; 2018).

Las barreras de acceso a métodos anticonceptivos, tienen un impacto directo en la garantía y ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Como se puede observar en el anterior enunciado, muchas de las barreras pueden ser tratadas mediante políticas estatales que promuevan el libre acceso a anticonceptivos en los territorios por parte de las poblaciones vulnerables y con asesorías profesionales apropiadas. En el tema de género, existe evidencia alrededor de los beneficios que conciernen al acceso informado, autónomo y efectivo de la oferta de métodos de anticoncepción, estos se evidencian en problemas relacionados con la gestación no planeada ni deseada, la morbilidad asociada y los desenlaces; Así mismo en la protección frente a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), abortos clandestinos e inseguros, dinámicas de violencia basadas en género, aumento del riesgo psicosocial, entre otros.

Que el Estado pueda garantizar los DRS depende en gran parte de la correcta capacitación de profesionales de la salud, en este sentido es necesario fortalecer los programas de formación de estos pues se identifica como una barrera de acceso “las perspectivas culturales y religiosas de los profesionales que atienden la asesoría”, es menester poner de presente que la sentencia T-732 de 2009 de la honorable Corte Constitucional dice que es obligación del Estado desarrollar y asegurar acciones tendientes a garantizar los DRS, entre ellos la disposición de personal capacitado para atender las necesidades de la población.

Ahora, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) la necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos de las mujeres entre 13 y 49 años es mayor en las que no tienen educación formal, las que están en mayor condición de pobreza y en las que viven en el área rural. Es decir, en las mujeres de la zona rural, la necesidad insatisfecha continúa siendo mayor (7%) con relación a la de la zona urbana (5,1%). Más de la mitad de las mujeres sin educación tienen una mayor necesidad insatisfecha (11,9%) con respecto a las que tienen educación superior



(5%). Y las mujeres con el nivel más bajo de riqueza presentan mayor necesidad insatisfecha (8%) con respecto a las del nivel más alto (3,2%). Así mismo, la ENDS 2015 evidencia que Bogotá tiene la prevalencia más alta (80 %) de uso actual de métodos anticonceptivos y Atlántico la más baja (69 %). Así mismo, muestra que el mayor uso de la píldora se da en la región Central (9 %), DIU en Bogotá (11 %), inyección mensual en la Orinoquía y Amazonía (12 %) y el condón masculino en la región Oriental (8 %).

En el caso de los hombres es importante resaltar el estudio “Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?”. Este estudio ha demostrado que el perfil de los hombres que acceden a la vasectomía en Colombia es de un hombre joven entre 30 y 40 años, de los estratos 2 y 3, residente en zonas urbanas, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos, y contribuyente al sistema de salud. Así, es esta investigación resalta la persistencia de barreras de tipo social y cultural que afectan el uso de este método anticonceptivo. Por esto, se recomienda ampliar la vasectomía como opción disponible y de fácil acceso para los hombres; eliminar estereotipos de género, y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas; implementar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.

Las barreras de acceso a la anticoncepción también están relacionadas con las determinantes sociales de la salud. El estudio “Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia” de Profamilia concluyó a partir de datos de la ENDS y otros indicadores socio demográficos en el país, que la demanda no satisfecha en métodos anticonceptivos es mayor entre los hogares que presentan privaciones en las 15 variables del Índice de Pobreza Multidimensional, siendo la inasistencia escolar y las barreras de acceso a servicios de cuidados para la primera infancia las privaciones con los mayores niveles. Otras privaciones que aumentan la necesidad insatisfecha de anticonceptivos son la no afiliación a la seguridad social en salud, el hacinamiento crítico, las viviendas con piso de tierra y, la carencia de saneamiento básico. De igual modo, se resalta que “cerca al 5% de los hogares en Colombia tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos; que esta necesidad llega al 10% en los hogares con menores de 6 años que tienen barreras de acceso a servicios de cuidado para la primera infancia; que, a su vez, en este mismo grupo, la necesidad insatisfecha llega al 17% entre los hogares que no tienen acceso a fuentes de aguas mejoradas y, al 23% cuando adicionalmente en estos hogares hay personas mayores de 6 años sin seguridad social en salud.”

Como se puede observar, la demarcación de diferentes barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, están marcadas por condiciones socioeconómicas, de género, geográficas, de curso de vida y culturales.

Es necesario entonces implementar acciones tendientes a reducir estas brechas, así lo señala la Corte Constitucional en la sentencia T- 732 de 2009 quien específicamente señala la obligación estatal de proporcionar protección especial y diferenciada a favor de mujeres vulnerables, afros, indígenas, víctimas del conflicto armado etc. Son estas mujeres a quienes deben ir dirigidas de manera especial los esfuerzos frente a la garantía de los DSR y específicamente en materia de anticoncepción.

Al día de hoy en el Plan Obligatorio de Salud (POS) están incluidos una variedad amplia de anticonceptivos, sin embargo, las barreras de acceso han impedido que la población pueda adquirir los anticonceptivos de manera eficaz. Acá algunos de ellos:

- Condón masculino de látex con doble propósito, de anticoncepción y prevención de ITS (Artículo 20, Resolución 5521 de 2013)
- Implante Subdérmico de Levonorgestrel de 75 miligramos (mujeres)
- Implante Subdérmico de Etonorgestrel de 68mg (Artículo 132 Res. 5521 de 2013)
- Dispositivo intrauterino TCU 380^a
- Levonorgestrel de 75 miligramos (píldoras de Anticoncepción de emergencia)
- Levonorgestrel de 0.03 miligramos (mini píldora o píldoras de lactancia materna)
- Levonorgestrel y etinilestradiol tabletas (incluye todas las concentraciones disponibles)
- Noretindrona + etinilestradiol tabletas (incluye todas las concentraciones disponibles)
- Medroxiprogesterona + etinilestradiol. Inyectable mensual
- Medroxiprogesterona inyectable trimestral
- Anticoncepción definitiva para mayores de 18 años: Tubectomía (mujeres) y Vasectomía (hombres).

Para finalizar es necesario decir que si bien se registra una mejoría significativa en términos de la cobertura global en el uso de anticonceptivos, existen profundas inequidades en salud que se expresan en barreras de acceso, con su impacto concomitante en la salud de las personas más vulnerables y a las que el sistema no ha podido llegar. El sistema de salud de Colombia ha creado nuevos tipos de itinerarios en los que la atención en salud no depende de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas del sistema y los costos financieros (Abadía, 2010).

Debido a esto, la urgencia y relevancia de implementar estrategias y medidas de seguimiento a la garantía del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Es el objeto concreto de este proyecto de ley avanzar en la garantía de estos derechos en el tema de anticoncepción.

Referencias

- Abadía, C (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 86-102
- Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2018). La Anticoncepción es un Derecho Humano Sexual y Reproductivo. UNFPA-Colombia Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/la-anticoncepci%C3%B3n-es-un-derecho-humano-sexual-y-reproductivo>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I y II. Bogotá, Colombia



- Ministerio de Salud y protección Social (2016). ABECÈ Sobre Anticoncepción. Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos - Dirección de promoción y prevención. Bogotá, Colombia Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). Planificación familiar. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

- Profamilia, Insad, Foro Lac, Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia, noviembre de 2015. Disponible en línea: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/NIMAC_NOVIEMBRE-18-IMPRESIO%CC%81N.pdf