REPUBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XVIII - Nº 1.088 Bogotá, D. C., martes 27 de octubre de 2009 EDICION DE 12 PAGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESUS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

CAMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 164 DE 2008 SENADO, 364 DE 2009 CAMARA

por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite, hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974.

Bogotá, D. C., octubre de 2009

Doctor

MANUEL JOSE VIVES HENRIQUEZ

PRESIDENTE

COMISION SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES

Ciudad

Ref.: Ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 164 de 2008 Senado, 364 de 2009 Cámara,** *por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite,* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974, en los siguientes términos:

Señor Presidente:

En cumplimiento de la honrosa designación que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Segunda, teniendo en cuenta el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 164 de 2008,** *por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite,* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974, en los siguientes términos:

1. Contenido del proyecto

El proyecto consta de 3 artículos y, según exponen los autores, la finalidad de la iniciativa del proyecto es aprobar el *"Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite",* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974, como se consigna en su artículo 1°.

En concordancia su artículo 2° autoriza al Gobierno Nacional a obligar al país para que a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional el convenio, a partir de la aprobación del presente proyecto de ley.

El artículo 3º determina la entrada en vigencia de la ley.

2. Aspectos históricos de la transmisión vía satélite

En 1945 y tras la culminación de la Segunda Guerra Mundial Arthur C. Clarke oficial controlador de radar de la RAF plantea un sistema de comunicación de radio y televisión que abarcara la Tierra desde un plano coincidente con la línea ecuatorial.

Tras este planteamiento, la órbita geoestacionaria como concepto, se le ha denominado y conocida también como el cinturón de Clarke. Es importante tener en cuenta que la órbita geoestacionaria es aquella que se encuentra sobre la línea ecuatorial y que está ubicada a 36.000 kilómetros de distancia de la Tierra, y

que le permite a un satélite tener un área de cobertura sobre un tercio de la superficie terrestre.

Los satélites ubicados en la órbita geoestacionaria tienen la particularidad de girar a la misma velocidad de la Tierra en su movimiento de rotación, por lo tanto dan la sensación de estar fijos con respecto a un punto determinado.

La órbita sincrónica geoestacionaria, ha sido catalogada de conformidad con lo establecido en el Convenio Internacional de telecomunicaciones de 1973 como un Recurso natural limitado.

Con los proyectos espaciales liderados por los Estados Unidos de Norteamérica (USA) y por la hoy extinta Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (CCCP) las potencias de aquel entonces, iniciaron lo que se denominó la carrera espacial.

Esta competencia la ganó alternativamente una y otra potencia. En un primer momento tomó la delantera la CCCP en 1957 con el lanzamiento del primer satélite espacial El Sputnik.

El cuatro de octubre de 1960, USA lanza un satélite militar conocido como el Courier 1B, cuyo preludio se encuentra en el proyecto Score.

La conquista del espacio por la humanidad fue planteada por el entonces presidente de los Estados Unidos de Norteamérica John F. Kennedy en el año 1961.

En 1962, financiado por la American Telephone y Telegraph se lanzó el primer satélite comercial que recibió y transmitió simultáneamente una señal del satélite, este satélite se denominó Telstar I. En 1963 se lanzó el Telstar II, en este mismo año la NASA (National Aeronautic Space Administration) puso en órbita el primer satélite geoestacionario, el Syncom.

En 1964 se crea el consorcio Intelsat (International Telecommunications Satellite Organization), y su órgano operativo es conocido como Comsat (Communications Satellite Corporation) cuya sede se encuentra en Washington, D.C.

El sistema Intelsat el cual se ha conocido como 'Early Bird', tiene 32 satélites, quienes desde 1965 con el lanzamiento Intelsat 1, dieron inicio a la ubicación de satélites.

Canada pone en órbita el primer satélite local o doméstico en 1972, conocido como el ANIK 1.

El satélite local o doméstico de los Estados Unidos de Norteamérica es conocido como el Westar y entró en órbita en 1974.

En Europa, España, también cuenta con un sistema propio de satélites conocido como el sistema Hispasat.

Existen otra serie de sistemas satelitales, pero que tienen funciones eminentemente militares tales como el DSCS, FLATSATCOM, AFSATCOM, SATCOM, todos ellos Norteamericanos. La OTAN también cuenta con un sistema militar de satélites.

Sin embargo en materia comercial, tal vez la red más grande de satélites fue la desarrollada en su momento por la Unión Soviética desde 1965, con el denominado satélite Relámpago (Molniya).

La serie Molniya I y II brindaban soluciones para la transmisión de televisión en blanco y negro, teléfonos y telégrafos.

La serie Molniya III presenta mejor rendimiento y permite las transmisiones de televisión en color y telecomunicaciones. Este sistema satelital era administrado de manera centralizada desde Moscú por intermedio de la organización Intersputnik.

Todos estos satélites utilizaban la tecnología conocida como de transmisión punto a punto, es decir que necesitaban de una estación terrena que transmitía la señal al satélite en su etapa ascendente; y en la fase descendente la señal era recibida por otra estación que se encargaba de radiodifundirla.

En 1975 la serie Molniya es complementada por otra conocida como la Raduga, conocida también como la Statsionar 1. Viene luego la serie Statsionar T (Ekran).

Esta última serie Ekran, maneja ya un tipo de tecnología más eficiente y utiliza el sistema de radiodifusión directa, dejando atrás la tecnología de transmisión punto a punto.

En 1978 se lanza por la Unión Soviética un satélite geoestacionario denominado Gorizot con una tecnología de transmisión muy avanzada; todo con el propósito de poder retransmitir a miles de personas los Juegos Olímpicos de Moscú de 1980.

En la década del 80, y tras el propósito de la carrera armamentista el entonces Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica Ronald Reagan (Presidente desde 1981 hasta 1989) planteó el programa espacial conocido como Guerra de las Galaxias, donde se buscaba que

los misiles con ojivas nucleares del enemigo fueran destruidos desde satélites ubicados fuera de la atmósfera terrestre antes de llegar a su objetivo.

Hoy la tecnología más usual en materia de satélites artificiales, está representada por los denominados satélites de radiodifusión directa, es decir aquellos que luego de recibir la señal de origen, la transmiten de manera directa a una antena ordinariamente de tamaño muy pequeño, que se encuentra ubicada en nuestros propios hogares y que llevan la señal a un decodificador que se encuentra conectado a nuestro aparato de televisión.

Estos satélites de radiodifusión directa son también conocidos como radiodifusión directa al hogar (DBS). Paradigma de esta tecnología son los servicios ofrecidos por compañías como Direct TV o Sky TV.

3. Aspectos técnicos de la transmisión vía satélite

Para referirnos al tema de la televisión vía satélite, primero debemos establecer y definir, qué entendemos por un satélite, así como las clases y tipos de satélites existentes. Para ello empecemos por decir que un satélite, es un cuerpo u objeto que gira (movimientos de rotación y traslación) alrededor de un astro o planeta que generalmente es de un tamaño mayor y que están unidos entre sí por una fuerza denominada gravitacional.

Se tiene dos clases de satélites, los primeros denominados NATURALES, y unos segundos conocidos como ARTIFICIALES.

Los naturales son cuerpos que se encuentran girando alrededor de otros astros y cuya fuerza de gravedad que los une y su trayectoria es imposible de modificar.

Los artificiales son artefactos construidos por el hombre y colocados a una determinada altura con respecto a la tierra, generalmente en la órbita geoestacionaria, es decir situados a 36.000 kilómetros sobre la superficie de la Tierra; y cuya trayectoria se puede modificar. Hoy existen cientos de satélites artificiales colocados por el hombre girando alrededor de la tierra.

La función primordial de un satélite artificial, es captar señales del espacio exterior, amplificarlas y luego emitirlas de nuevo a la tierra para su transmisión o retransmisión.

Los tipos de satélites artificiales existentes los podemos agrupar en virtud de criterios como el de área de cobertura; función; equipo técnico de recepción; y por su ubicación u órbita.

SATELITES POR SU AREA DE COBERTURA:

- Nacionales o locales

- Regionales

- Intercontinentales

SATELITES POR SU FUNCION:

- Satélites de telecomunicaciones (Radio y Televisión)

- Satélites meteorológicos

- Satélites de navegación

- Satélites Militares y espías

- Satélites de observación

- Satélites científicos y de propósito experimental

- Satélites de radioaficionados

SATELITES POR EQUIPO TECNICO DE RECEPCION:

- Satélites de transmisión punto a punto

- Satélites de radiodifusión directa

- Satélites de distribución

SATELITES POR SU UBICACION:

- Satélites de órbita geoestacionaria

- Satélites de órbita baja (LEO)

- Satélites de órbita elíptica excéntrica (Molniya)

En el apartado final de este documento, dentro de las conclusiones a las que llegaremos, haremos mención de algunos de los sistemas de satélites más representativos en nuestro continente.

3. Análisis del Convenio de Bruselas sobre la distribución de señales portadoras de programas trasmitidos por satélite

El convenio que nos ocupa es el instrumento internacional relevante, en razón que en el mismo se tratan de manera positiva por el derecho internacional público aspectos eminentemente técnicos y jurídicos de gran valía.

Este Convenio suscrito en Bruselas el 21 de mayo de 1974, se conoce en el concierto internacional como el **Convenio de Satélites**, y presenta en la actualidad gran importancia para el mundo de las comunicaciones y de manera directa para el mundo y en especial para Colombia.

El Convenio de Bruselas en su artículo 1° define señal como: "Todo vector producido electrónicamente y apto para transportar programas", **es decir, que de esta definición se colige que estamos frente a una protección**

dual, es decir, la primera sobre la simple señal, y la segunda sobre el contenido o señal portadora de programas.

En razón a la anterior definición, el programa se constituye por una serie de elementos a saber:

- Conjunto. Entendido como una secuencia armónica, unificada y estructurada.

- Imágenes, sonidos o imágenes y sonidos. El programa puede estar constituido solo por imágenes, solo por sonidos o por imágenes y sonidos. Pensemos por ejemplo en un evento deportivo en el que solo se transmiten las imágenes sin sonido; en la transmisión de solo sonidos; o la transmisión de imágenes con sonido, es decir audiovisual.

- Registrados o no. Es decir, estén o no materializados en un soporte, cómo sería la transmisión en vivo de una obra de teatro o de un concierto.

- Incorporadas a señales. Es decir, a ondas electromagnéticas moduladas, que constituyen el medio conductor transportador.

- Destinadas a llegar finalmente al público. El destinatario final es el público, aun cuando la transmisión no sea de acceso directo al público.

En síntesis, las imágenes, sonidos, imágenes y sonidos se incorporan en una señal (señal portadora) con miras a lograr su distribución.

De igual modo en el texto del Convenio se encuentran una serie de definiciones sobre Satélite, señal emitida, señal derivada, organismo de origen, distribuidor y distribución.

En Colombia, la Ley 182 de 1995 conocida como la Ley de Televisión Pública; la Ley 335 de 1996 sobre televisión privada; así como los distintos Acuerdos expedidos por la Comisión Nacional de Televisión (CNT), como los Acuerdos 012 y 014 de 1997; retoman estos temas cuando en sus artículos 25 y 8°, respectivamente establecen que las señales incidentales de satélites pueden ser captadas de manera libre por cualquier persona, en tanto que las señales codificadas, es decir aquellas cuyo destino está preestablecido desde el lugar de origen, solo pueden ser recibidas con la autorización del emisor, previo pago de los derechos de autor a que haya lugar.

El convenio de satélites**, fue diseñado para una tecnología satelital conocida como satélites de transmisión punto a punto,** es decir aquellos que requieren de una estación terrena para recibir la señal y otra para transmitirla; de tal manera que el distribuidor es la persona que decide que la transmisión llegue al público.

El artículo 3° del Convenio de Bruselas, dispone de manera expresa que el mismo **no** se aplicará a los **Satélites de Radiodifusión Directa,** es decir, aquellos donde el distribuidor desaparece u opera solo en casos excepcionales, pues es el **Organismo de Radiodifusión el que determina que la señal llegue directamente al público por intermedio de antenas receptoras individuales de pequeño tamaño**. En este caso el satélite realiza la función de una antena de distribución de la señal del organismo emisor.

En el ámbito internacional, así como en Colombia la tecnología de los satélites de radiodifusión directa, se ha denominado servicio de Televisión Directa al Hogar (DTH -DBS).

A continuación y para inmediata referencia, se mencionan los 24 estados que a la fecha han adherido a este instrumento internacional:

Armenia	Diciembre 13, 1993
Australia	Octubre 26, 1990
Austria	Agosto 6, 1982
Bosnia and Herzegovina	Marzo 6, 1992
Costa Rica	Junio 25, 1999
Croatia	Octubre 8, 1991
Germany1	Agosto 25, 1979
Greece	Octubre 22, 1991
Italy1	Julio 7, 1981
Jamaica	Enero 12, 2000
Kenya	Agosto 25, 1979
México	Agosto 25, 1979
Morocco	Junio 30, 1983
Nicaragua	Agosto 25, 1979
Panamá	Septiembre 25, 1985
Perú	Agosto 7, 1985
Portugal	Marzo 11, 1996
Russian Federation	Enero 20, 1992
Slovenia	Junio 25, 1991
Switzerland	Septiembre 24, 1993
The former Yugoslav	
Republic of Macedonia	Noviembre 17, 1991
Trinidad and Tobago3	Noviembre 1°, 1996
United States of America	Marzo 7, 1985
Yugoslavia	Abril 27, 1992

(Total: 24 Estados) – (1)

(1) Fuente : www.wipo.int - Web Site oficial de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), organismo especializado del sistema de Naciones Unidas (ONU).

4. Reglamentación relacionada sobre la distribución de señales portadoras de programas trasmitidos por satélite

• La Unión Europea a través del Consejo de las Comunidades Europeas, expidió una reglamentación sobre el tema plasmada en la Directiva número 83 del 27 de septiembre

de 1993 denominada "Sobre Coordinación de determinadas disposiciones relativas a los derechos de autor y derechos afines (conexos) a los derechos de autor en el ámbito de la radiodifusión vía satélite y de la distribución por cable".

En esta reglamentación comunitaria Europea se trata el tema relativo a la comunicación pública de las señales portadoras de programas vía satélite y también por distribución por cable o microondas.

La radiodifusión vía satélite, el derecho de emisión, los derechos de los artistas intérpretes o ejecutantes, de los productores de fonogramas y de las entidades u organismos de radiodifusión, así como el derecho de distribución por cable son tratados en detalle y nos sirven para orientar las interpretaciones que sobre estos puntos se puedan dar.

Sobre este tema también vale la pena mencionar el Convenio Europeo sobre televisión transfronteriza realizado en Estrasburgo el 5 de mayo de 1989, el cual se refiere a los servicios de programas que estén incorporados a las transmisiones. Su finalidad es facilitar, entre las partes, la transmisión transfronteriza y la retransmisión de servicios de programas de televisión. Actualmente hacen parte de este Convenio 29 Estados Europeos.

• La Comisión del Acuerdo de Cartagena, mediante la Decisión Andina número 395 de 1996, entró a regular el tema para los cinco países de la Subregión referente a la utilización comercial del recurso órbita-espectro, con el establecimiento, operación y explotación de sistemas satelitales por parte de las Empresas Andinas.

En virtud de los principios de preeminencia y aplicación directa de las normas comunitarias, se basaron para este instrumento que, creando la Autorización Comunitaria para que las empresas Andinas obtengan el derecho de uso sobre el recurso órbita-espectro; y se regula lo atinente al segmento espacial, segmento terreno, el sistema Satelital Andino y se establece la creación de una Empresa Multinacional Andina que se encargará de la ejecución definitiva del proyecto de satélite "Simón Bolívar".

El proyecto del Satélite Simón Bolívar como se recuerda nació originalmente en 1977, pero podrá hacerse realidad en el año 2003 o 2004, gracias al consorcio Andino ANDESAT y la firma Brasileña StarOne.

• Mediante la Decisión Andina 429 del 27 de febrero de 1998, la Comisión de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), expidió la autorización comunitaria a la Empresa Sistema Satelital Andino Simón Bolívar (ANDESAT, S. A., E.M.A.), con base en el artículo 6° de la Decisión 395 de 1996 y teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 9° de la Resolución 039 y la Propuesta número 6 de la Secretaría General.

El Comité Andino de Autoridades de Telecomunicaciones (CAATEL) dio el visto bueno de todo lo anterior.

Para tal efecto, la Empresa Sistema Satelital Andino Simón Bolívar (ANDESAT S. A., E.M.A.) suscribió un convenio comercial con el Sistema de Satélites Mexicano (Satmex).

La autorización otorgada a la empresa Andesat, se da por un término inicial de veinte (20) años, renovable por periodos iguales y sucesivos, previo visto bueno del CAATEL.

En esta autorización dada a Andesat por la Decisión 429 de 1998, se establece la nomenclatura de los satélites (Simón Bolívar 1-2-3-4), sus posiciones orbitales, la identificación de los haces, las bandas de operación, y las subbandas.

• En Colombia respecto al tema relacionado y de conformidad con lo establecido en el artículo 101, apartado cuarto de la Constitución Política de Colombia, hacen parte del territorio colombiano: "[...] el subsuelo, el mar territorial, la zona contigua, la plataforma continental, la zona económica exclusiva, el **espacio aéreo, el segmento de la órbita geoestacionaria, el espectro electromagnético** y el espacio donde actúa, de conformidad con el derecho internacional o con las leyes colombianas a falta de normas internacionales". (Subrayado fuera de texto).

El marco legal existente en nuestro país, relacionado con el tema de televisión, lo encontramos en la Ley 14 de 1991 por medio de la cual se regula el servicio de televisión; la Ley 182 de 1995 conocida como la ley general de televisión; la Ley 335 de 1996 sobre televisión privada; y la Ley 680 de 2001 por medio de la cual se reforman las Leyes 14 de 1991, 182 de 1995, 335 de 1996 y se dictan otras disposiciones en materia de televisión. Así mismo existen una serie de acuerdos expedidos por la Comisión Nacional de Televisión donde se regulan de manera específica algunos temas particulares.

Con la expedición de la Ley 182 del 20 de enero de 1995 por la cual se reglamen-

ta el servicio de la televisión y se formulan políticas para su desarrollo, se democratiza el acceso a este, se conforman la Comisión Nacional de Televisión, se promueven la industria y actividades de televisión, se establecen normas para contratación de los servicios, se reestructuran entidades del sector y se dictan otras disposiciones en materia de telecomunicaciones; entra a regularse de manera positiva lo relacionado con este tema y a calificarlo como un Servicio Público de emisión, transmisión, difusión, distribución, radicación y recepción de señales de audio y video en forma simultánea.

La exposición de motivos que respalda al proyecto, tiene como argumentos centrales para su aprobación que el uso de los sistemas de recepción de señales en el hogar, emisiones digitales por satélite, uso masivo de computadoras, redes de computadoras, etc., conllevan necesariamente a la aplicación de nuevas orientaciones normativas que recojan estos recientes fenómenos en cuanto ellos impliquen el uso de los bienes protegidos por el derecho de autor y los derechos conexos.

El proyecto de ley objeto de la presente ponencia no contradice en general la Constitución Política, antes bien desarrolla lo relativo a las relaciones exteriores.

La conveniencia de la firma del convenio para el país es el afianzamiento de un conjunto de normas necesarias para adaptar y entender las normas internacionales sobre la protección de los organismos de radiodifusión a la distribución de señales portadores de programas transmitidos por satélite permitiendo una participación en función no solo de generar vínculos, sino de convertir las decisiones en oportunidades nacionales o mundiales en la correcta aplicación de las normas respecto a la aplicación del convenio y con ello las normas sobre la protección de los organismos de señales portadoras de programas trasmitidos por satélite y con ello la facilitación de las decisiones públicas internacionales con el fin de apuntar una mayor visión de país en el rol de gobierno contratante encaminado a respaldar la aplicación de las tendencias mundiales para un fortalecimiento de una creciente necesidad como es el de señales portadoras de programas transmitidas por satélite.

5. Conclusión

De acuerdo con lo expuesto y las razones de conveniencia presentadas por el gobierno para su ratificación y teniendo en cuenta que no contraría los objetivos de política exterior colombiana además de la importancia de la participación de Colombia del Convenio, permitiendo generar un marco internacional como mecanismo en el desarrollo del avance en la protección de los organismos de radiodifusión que emitan señales portadoras de programas transmitidos por satélite, garantizando de manera efectiva los derechos de estos titulares frente a los nuevos desarrollos tecnológicos y a la convergencia de tecnologías.

PROPOSICION FINAL

Por lo anteriormente expuesto y con base en lo dispuesto por la Constitución Política y la ley, me permito proponer a los honorables Representantes, dar primer debate al **Proyecto de ley número 164 de 2008 Senado, 364 de 2009 Cámara,** *por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite",* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974.

De la honorable Representante,

Fabiola Olaya Rivera,

Honorable Representante a la Cámara,
departamento del Meta.

TEXTO PARA PRIMER DEBATE
PROYECTO DE LEY NUMERO 164 DE 2008

por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite", hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébese el *"Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite",* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el *"Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite",* hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 107 DE 2009 CAMARA

por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 22 de 2009

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Proyecto de ley número 107 de 2009, *por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones*.

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 107 de 2009,** *por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones*.

Atentamente,

César Humberto Londoño Salgado,

Representante a la Cámara.

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 107 DE 2009 CAMARA

por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 22 de 2009

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

COMISION SEPTIMA CAMARA DE REPRESENTANTES

Ciudad.

Referencia: **Proyecto de ley número 107 de 2009,** *por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones*.

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 107 de 2009,** *por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones*, previas las siguientes consideraciones:

OBJETO DEL PROYECTO

El proyecto de ley, objeto de análisis reconoce la esterilidad y la infertilidad como una condición o una patología que afecta y restringe el pleno goce de la salud humana y busca que las técnicas de reproducción humana asistida sean incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

ORIGEN DEL PROYECTO

El proyecto de ley objeto de análisis, fue presentado por el honorable Representante Musa Besaile Fayad, ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el 11 de agosto de 2009, publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 726 de 2009.

DEL CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de ley cuenta con 6 artículos mediante los cuales se pretende tomar la infertilidad como una patología que afecta la salud humana y de esta manera incluirla en el Plan Obligatorio de Salud, así como declarar de interés nacional el estudio, tratamiento e investigación de la esterilidad e infertilidad y el desarrollo de campañas de información y difusión de cuidados de la fertilidad por parte del Ministerio de la Protección Social.

COMENTARIOS GENERALES

La infertilidad es considerada como una enfermedad según la Organización Mundial de la Salud, definida como una condición que afecta al sistema reproductivo, y que interfiere con la capacidad de una pareja heterosexual para alcanzar un embarazo, a pesar de mantener una actividad sexual frecuente y sin protección anticonceptiva por más de un año, o con la capacidad de una mujer para conducir un embarazo que resulte en un producto vivo.

La infertilidad puede ser primaria: cuando no ha habido embarazos y secundaria: cuando hay antecedente de embarazos, con éxito del mismo o con pérdida por aborto o embarazo ectópico.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Salud Sexual y Reproductiva del año

2005, realizada por el Ministerio de la Protección Social y Profamilia, "ENDS 2005", es la cuarta de una serie de encuestas que desde 1990 Profamilia ha desarrollado con periodicidad de cinco años, para estudiar y analizar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes de Colombia.

Los objetivos de la encuesta fueron:

• Analizar las características de la población y de los hogares.

• Estudiar las características y situación de las mujeres en edad fértil.

• Establecer los niveles y tendencias de la fecundidad.

• Determinar el nivel de conocimiento, la prevalencia y tendencias del uso de métodos anticonceptivos y su fuente de obtención.

• Identificar las tendencias de nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo.

• Definir las prevalencias de fecundidad y la demanda de planificación familiar.

• Establecer los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez.

• Analizar los niveles de conocimiento y uso de la citología vaginal y de la mamografía.

• Determinar la situación, los niveles y tendencias del uso de los servicios de salud materno e infantil.

• Obtener indicadores sobre las prácticas de la lactancia materna y el estado nutricional de toda la población de los hogares.

• Establecer la prevalencia de IRA y EDA, así como de los niveles de inmunización en los niños y niñas menores de cinco años.

• Estimar los niveles de violencia contra las mujeres y los niños.

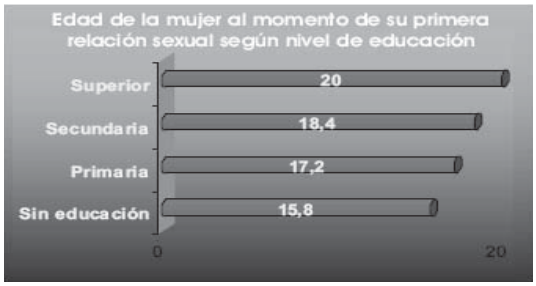
• Identificar los niveles de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud sus características y tendencias.

Según la encuesta "ENDS 2005" las colombianas inician cada vez más temprano su vida sexual. Para las mujeres entre 20 y 49 años la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es 18 años, más jóvenes que lo reportado en el año 2000 (19 años) y un año y medio más temprano que en 1995 cuando el promedio fue 19.6.

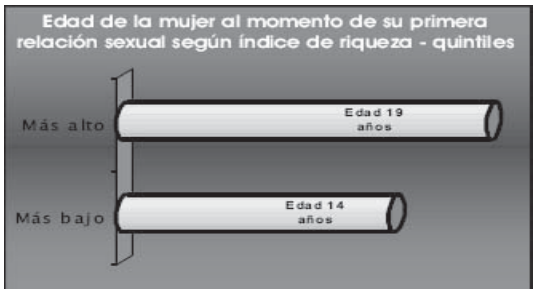
El 11 por ciento de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años y un 46 por ciento antes de los 18 años. El 5 por ciento de las mujeres no ha tenido nunca relaciones sexuales, dos puntos porcentuales menos que lo registrado en el año 2000 (7 por ciento). Entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 44 por ciento ya tiene relaciones sexuales.

El nivel educativo incide en las decisiones sexuales, así como el lugar de residencia. La primera relación de las mujeres sin escolaridad es 4 años antes que las que tienen educación superior, es decir a los 16 años, promedio, frente a 20 de las segundas. De igual forma, aquellas que viven en áreas rurales inician a edades más tempranas su actividad sexual (17.5 años) frente a quienes residen en zonas urbanas (18.5).

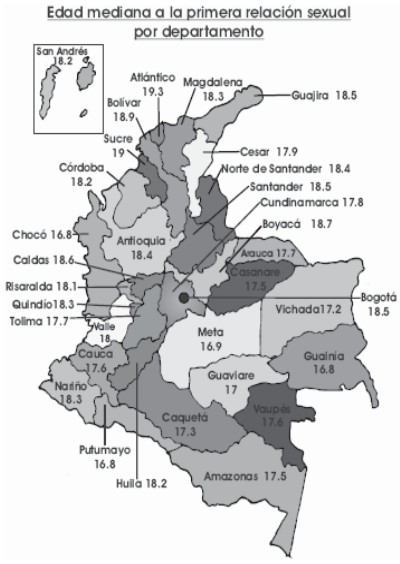
Las mujeres más pobres reportan la edad promedio más baja al momento de su primera relación sexual.



Fuente ENDS 2005.

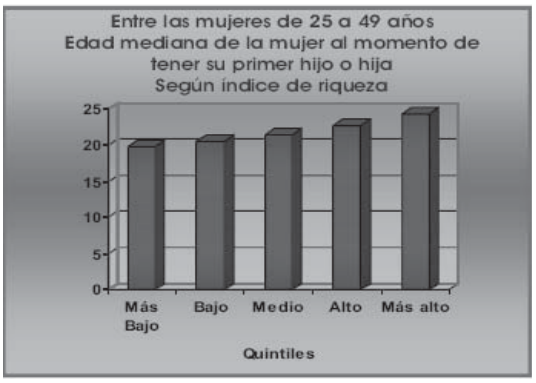


Fuente ENDS 2005.

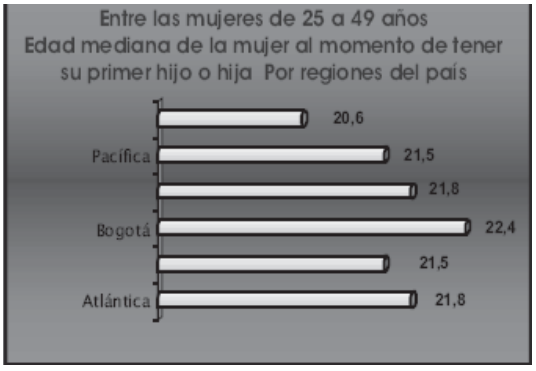


Fuente ENDS 2005.

Primer Hija(a)



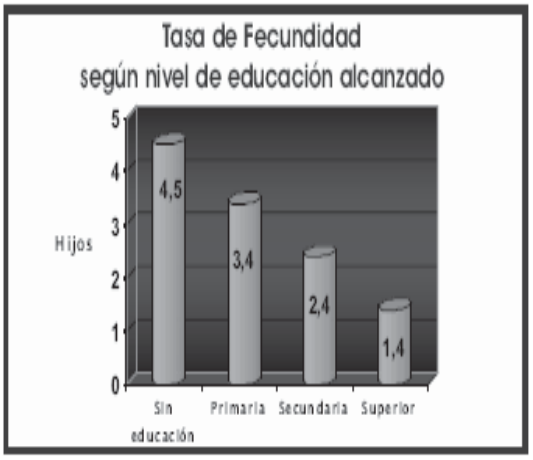
Fuente ENDS 2005.



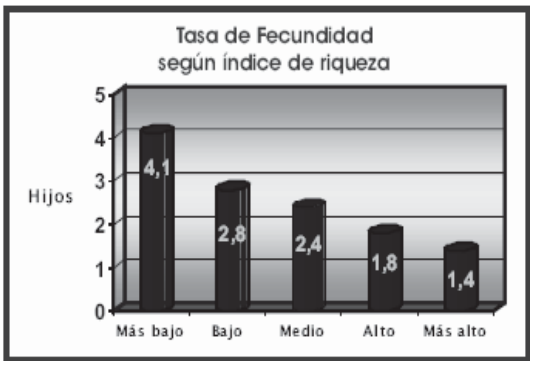
Fuente ENDS 2005.

FECUNDIDAD

Respecto a la Fecundidad la Encuesta señaló que la tasa total de fecundidad para el país en el periodo 2002-2005 es 2.4 hijos por mujer. Esta cifra, menor que la del año 2000 (2.6), ratifica el deseo de las colombianas de controlar su reproducción. A mediados de los años sesenta las mujeres tenían, en promedio, siete hijos. La aparición de la planificación y el incremento de la educación e información entre algunos sectores de la población, permitieron que poco a poco las mujeres pudieran controlar su fecundidad y el crecimiento indiscriminado de sus familias.



Fuente ENDS 2005.



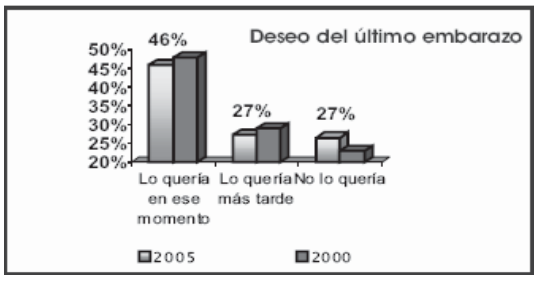
Fuente ENDS 2005.

INFERTILIDAD POSPARTO

La posibilidad de un nuevo embarazo después del nacimiento de un hijo depende de factores como la lactancia y la duración de la abstinencia sexual posparto. La lactancia materna puede funcionar como método de planificación única y exclusivamente cuando el recién nacido se alimenta con ella de manera permanente, -es decir, cuando no recibe alimentación complementaria-, cuando es amamantado más de seis veces en el día y cuando a la mujer no le ha retornado su menstruación. A esas tres situaciones se les conoce como amenorrea posparto. Según la ENDS 2005, 4.4 meses es el tiempo promedio de la amenorrea después de un parto. Y 2.4 meses el tiempo que se demora la mujer y su pareja en reactivar las relaciones sexuales después del último nacimiento

EMBARAZOS DESEADOS Y NO DESEADOS PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Crece el embarazo no deseado en Colombia. Del total de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años sólo el 46 por ciento fueron embarazos deseados. Un 54 por ciento (más de la mitad de los nacimientos) no. De los reportados como no deseados, un 27 por ciento lo consideró inoportuno, es decir aceptó el embarazo pero realmente lo deseaba para más adelante. Y un 27 por ciento final reportó su embarazo como francamente no deseado.



Fuente ENDS 2005.

Tasa de fecundidad		
Zona	Fecundidad deseada	Fecundidad observada
Urbana	1.5	2.1
Rural	2.1	3.4

Fuente ENDS 2005.

Tasa de fecundidad		
Región del país	Fecundidad deseada	Fecundidad observada
Atlántica	1.9	2.7
Oriental	1.7	2.6
Bogotá	1.6	2.2
Central	1.5	2.3
Pacífica	1.6	2.3
Orinoquía/ Amazonía	1.7	2.3

Fuente ENDS 2005.

Tasa de fecundidad		
Nivel de educación	Fecundidad deseada	Fecundidad observada
Sin educación	2.5	4.5
Primaria	2.1	3.4
Secundaria	1.7	2.4
Superior	1.3	1.4

Fuente ENDS 2005.

Tasa de fecundidad		
Índice de riqueza-quintiles	Fecundidad deseada	Fecundidad observada
Más bajo	2.4	4.1
Bajo	1.9	2.8
Medio	1.7	2.4
Alto	1.4	1.8
Más alto	1.2	1.4

Fuente ENDS 2005.

INFERTILIDAD

En la ENDS 2005 se incluyeron preguntas para conocer los problemas de fertilidad de las parejas.

Entre las mujeres que desean tener un primer hijo u otros hijos, el 11 por ciento (una de cada diez) reportó alteraciones reproductivas; que son más frecuentes en las mayores de 30 años, en la zona urbana, en la región Atlántica, que tienen educación superior y niveles de riqueza más altos. Los departamentos que reportan mayor proporción de casos de problemas de fertilidad son: Magdalena, La Guajira, Cesar, Casanare, Vichada, Chocó y Córdoba. Sólo dos de cada cinco mujeres que han reportado afecciones reproductivas han consultado con un especialista. De las que dijeron que el especialista les había recomendado tratamiento un 26 por ciento lo estaba recibiendo, otro 21 por ciento aseguró que no podía recibirlo porque es muy costoso y un 4 por ciento porque el esposo o compañero se opone. Los departamentos con porcentajes más altos de mujeres que reciben tratamiento de fertilidad son: Casanare, Caquetá, San Andrés y Cundinamarca.

Según el grupo de análisis y auditoría de recobros y reclamaciones del Ministerio de la Protección Social, el Fosyga ha pagado 3.347.763.461 pesos por tratamientos de fertilidad; entre ellos, fertilización in Vitro (este cuesta entre 10 y 12 millones de pesos), inseminación intrauterina, fertilización in vitro e ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) y exámenes hormonales para la pareja.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es absolutamente claro que dentro de nuestro ordenamiento legal la definición y alcance de los Planes Obligatorios de Salud está circunscrita al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y ahora en la Comisión de Regulación en Salud.

El Decreto 1938 de 1994. "por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud", estableció en su artículo que:

Artículo 15. De las exclusiones y las limitaciones. *En concordancia con lo expuesto en los artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, más los que se describen a continuación: (...)*

c) tratamientos para la infertilidad. (...)

La Ley 1122 de 2007, señaló en el artículo 7° las funciones de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), entre ellas esta "*1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.*

En ese orden de ideas el Acuerdo número 03 de julio 30 de 2009, expedido por la CRES "*por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado".*

Señaló la CRES en el mencionado acuerdo que*:*

"Actualmente se encuentra en curso el Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación del año 2008 y de los actuales mecanismos de Ajuste de Ries-

go determinantes del gasto de la UPC. La información allí contenida permitirá que en forma dinámica y cumpliendo con lo señalado por la Honorable Corte Constitucional se realicen las actualizaciones permanentes en el Plan Obligatorio de Salud.

Que dada la importancia de unificar el lenguaje de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud en la Codificación Unica de Procedimientos en Salud (CUPS) se hace necesario un periodo de transición para que los actores ajusten su operación.

Que ***la presente actualización y aclaración de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado es la línea de base para un proceso dinámico, sistemático, participativo, continuo y permanente para el cual se han establecido metodologías y procesos técnicos que garantizan que los Planes Obligatorios de Salud respondan a las necesidades de los afiliados, teniendo en cuenta su financiación con la UPC, la sostenibilidad financiera del Sistema y los recursos existentes en el país".*** (Negritas fuera de texto).

El artículo 69 del mencionado acuerdo establece las exclusiones en el régimen contributivo de la siguiente forma:

"Artículo 69. Exclusiones en el Régimen Contributivo. *El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones:*

b) ***En particular****, las descritas a continuación:*

3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.

La consulta ciudadana realizada por el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud denominada **"QUE QUIEREN Y QUE NO QUIEREN LOS COLOMBIANOS EN EL POS"** la mayoría manifestó que quieren un POS integral, con enfoque preventivo, que atienda las enfermedades de alto costo y en el que prime la atención a los niños, las embarazadas y los adultos mayores.

Los colombianos que participaron en la consulta ciudadana virtual no quieren que el POS incluya intervenciones experimentales, ni tratamientos con fines estéticos.

Al preguntar sobre los criterios que deben orientar las inclusiones del POS, los cinco criterios que obtuvieron mayores puntajes son:

• El POS debe ser integral, es decir debe incluir el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de la enfermedad**: 98. 3%**

• El POS debe atender a los niños y niñas **97.6 %**

• El POS debe atender a las mujeres embarazadas **97.4 %**

• El POS debe ser preventivo **97.1%**

• El POS debe atender a los adultos mayores **97.1%**

Criterios de priorización

• La prevención de la enfermedad

• La protección financiera a las familias.

• La atención en todas las fases de la enfermedad: diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de la enfermedad.

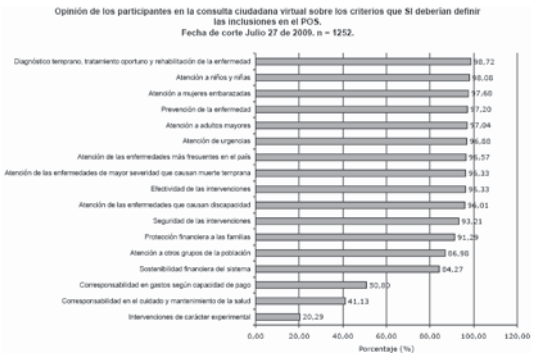
Criterios para orientar las exclusiones

Los criterios de exclusión de POS con mayores porcentajes en la consulta fueron:

• Aquellos cuya seguridad en las intervenciones no esté comprobada: **81.7%**

• Aquellos cuya efectividad no esté comprobada: **79.6%**

• Aquellos cuyos fines sean cosméticos, estéticos o de embellecimiento: **77.1%**



Fuente: CRES.

Por último incluir dentro del Plan Obligatorio de Salud tratamientos que financieramente no son viables para el sistema general de seguridad social en salud es desconocer el principio de cobertura que deben tener los planes de salud en nuestro país, además por el costo de los mismos y la incertidumbre de sus resultados debería incentivarse los procesos de adopción para las familias que por una u otras razones tienen problemas de infertilidad.

JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

Corte Constitucional. Sentencia T-901 de 19 de septiembre de 2004. Magistrado Ponente: Doctora Clara Inés Vargas Hernández.

La Corte Constitucional de manera reiterada ha señalado que en principio, la exclusión de los tratamientos de fertilidad del Plan Obligatorio de Salud no vulnera derecho fundamental alguno de personas que genéticamente se encuentran imposibilitadas para procrear, puesto que el Estado sólo se encuentra obligado a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la reproducción respecto de aquellas personas funcionalmente habilitadas o aptas para tal propósito. El deber del Estado de propender por el disfrute de este derecho, opera, *"siempre que la procreación sea posible e impone el deber de no obstruir o limitar el derecho a engendrar".*

Lo anterior, permite que en virtud de la libertad de configuración legislativa, se haya establecido como una de las limitaciones que garantizan el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud y el cumplimiento de los principios de universalidad, eficiencia y equidad que lo rige, la exclusión de los tratamientos para la infertilidad, los cuales por su propia naturaleza son muy onerosos para ser asumidos por el Sistema. Además, debe tenerse en cuenta que generalmente los problemas de infertilidad no tienen la virtualidad de vulnerar o atentar directamente contra los derechos fundamentales a la salud, la integridad física o la vida, por lo que es preciso que los recursos escasos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se destinen preferentemente a la atención de enfermedades que comprometan materialmente los citados derechos.

En este orden de ideas, por regla general la acción de tutela es improcedente para extender la cobertura del Plan Obligatorio de Salud al suministro de tratamientos para la infertilidad.

LA EXCEPCION A LA REGLA GENERAL

No obstante lo anterior, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha previsto dos hipótesis fácticas en las cuales la acción de tutela es el mecanismo idóneo para obtener la extensión del Plan Obligatorio de Salud en eventos relacionados con el suministro por parte de las EPS de tratamientos de fertilidad, acudiendo a la aplicación directa de la Constitución Política, en tanto se evidencie la vulneración de principios y derechos fundamentales del paciente.

Los dos supuestos a que se ha hecho referencia se refieren concretamente a la orden de suministro de medicamentos y procedimientos médicos para el tratamiento de la infertilidad cuando el mismo ha sido iniciado y suministrado por la EPS y en el evento en que la infertilidad es derivada de otras patologías o enfermedades que producen una afectación de la integridad personal, la salud o la vida en condiciones dignas del sujeto.

En el primer caso, la Corte ha considerado que aunque las EPS legalmente no tienen la obligación de suministrar tratamientos contra la infertilidad por encontrarse expresamente excluidos del POS, si el mismo ha sido iniciado por el médico tratante, queda prohibido suspenderlo en virtud de los principios de continuidad en la prestación del servicio y confianza legítima.

En el segundo supuesto, en cambio, no se trata exclusivamente del suministro de procedimientos médicos que se encuentran excluidos del POS, para el tratamiento de la infertilidad de personas fisiológicamente ineptas para concebir, sino de la vulneración de derechos fundamentales tales como la integridad física, la salud y la vida en condiciones dignas, debido a falta de provisión de medicamentos, procedimientos o tratamientos necesarios para combatir la existencia de una patología en el sistema reproductor que produce por sí misma una afección de la salud del paciente y que de manera derivada genera la infertilidad.

En estos eventos, la Corte ha protegido el derecho a acceder a los tratamientos médicos que enfrenten tales patologías y así mismo, permitan la recuperación de las funciones reproductoras. Por lo tanto, será en el caso concreto en donde habrá de establecerse por el juez constitucional, si el tratamiento solicitado por el paciente, es de aquellos requeridos por personas no aptas para concebir, en donde no se precisa la vulneración de algún derecho fundamental y por lo tanto resulta improcedente la acción de tutela, o si se trata de aquellos tratamientos solicitados para la recuperación de personas con enfermedades del aparato reproductor que afectan sustancialmente la salud y la vida en condiciones de dignidad humana, pero que concomitantemente disminuyen o impiden su capacidad reproductiva, caso en el cual habrá de tutelarse los derechos fundamentales del paciente.

CONCLUSION

En mérito de lo expuesto en las anteriores consideraciones, me permito presentar a la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, en comisión, la siguiente:

PROPOSICION

Con fundamento en lo expuesto, respetuosamente me permito presentar a los miembros de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes proposición de archivo al **Proyecto de ley número 107 de 2009 Cámara,** *por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.*

Atentamente,

César Humberto Londoño Salgado,

Representante a la Cámara,

Ponente.

C O N T E N I D O

Gaceta número 1.088 - Martes 27 de octubre de 2009

CAMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS **Págs.**

Ponencia para primer debate y Texto al Proyecto de ley número 164 de 2008 Senado, 364 de 2009 Cámara, por medio de la cual se aprueba el "Convenio sobre la distribución de señales portadoras de programas transmitidas por satélite, hecho en Bruselas el 21 de mayo de 1974..... 1

Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 107 de 2009 Cámara, por la cual se reconoce la infertilidad como una enfermedad, se autoriza su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones. 7

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2009