

Procedimiento de reproducción asistida: una mirada a las barreras de acceso desde la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana

Assisted Reproduction Procedure: A Look at the Barriers to Access from the Jurisprudence of the Colombian Constitutional Court

Nataly Palta Carvajal¹  

¹ Pontificia Universidad Javeriana; Cali; Colombia

Correspondencia: Nataly Palta Carvajal. Correo electrónico: natalypalta21@gmail.com

Recibido: 21/10/2024

Revisado: 30/10/2024

Aceptado: 25/11/2024

Citar así: Palta Carvajal, Nataly. (2024). El procedimiento de reproducción asistida: una mirada a las barreras de acceso desde la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. *Revista Ciencias Humanas*, (17), pp. 17-37. <https://doi.org/10.21500/01235826.7394>

Editor en jefe: Alexander Muriel, Ph. D., <https://orcid.org/0000-0003-0317-5781>

Coeditor: Claudio Valencia-Estrada, Esp., <https://orcid.org/10.21500/01235826.7091>

Copyright: © 2024. Universidad de San Buenaventura Cali. La *Revista Ciencias Humanas* proporciona acceso abierto a todo su contenido bajo los términos de la licencia *Creative Commons* Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Declaración de intereses: la autora ha declarado que no hay conflicto de intereses.

Disponibilidad de datos: todos los datos relevantes se encuentran en el artículo. Para mayor información, comunicarse con el autor de correspondencia.

Resumen

Los derechos sexuales y reproductivos (DSDR), al ser derechos fundamentales, deben ser garantizados y protegidos por el Estado y los particulares. De este modo, el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) no debería presentarse como una dificultad o imposibilidad para las personas que padecen de problemas de fertilidad. Sin embargo, como consecuencia de la falta de regulación, la exclusión de los tratamientos para la fertilidad en los planes de beneficios en salud (PBS) y el alto costo de los procedimientos, existen barreras que impiden que los individuos accedan a las TRHA y garanticen, no solo sus DSDR, sino toda una serie de derechos y garantías fundamentales, entre ellas la dignidad humana.

Palabras clave: técnicas de reproducción humana asistida, derechos fundamentales, dignidad humana, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

Sexual and reproductive rights (SRHR), being fundamental rights, must be guaranteed and protected by the State and individuals. Thus, access to assisted human reproductive technologies (AHRT) should not be presented as a difficulty or impossibility for people suffering from fertility problems; however, as a result of the lack of regulation, the exclusion of fertility treatments in the health benefit plans, and the high cost of these procedures, some barriers prevent people from accessing ART, and thus guarantee not only their sexual and reproductive rights, but a whole series of fundamental rights and guarantees, among which is human dignity.

Keywords: assisted human reproductive technologies, fundamental rights, human dignity, sexual and reproductive rights.

Introducción

La Constitución Política de Colombia reconoce los derechos sexuales y reproductivos (DSDR) en el artículo 42, el cual establece que “la pareja tiene derecho a decidir libre y

Financiación: ninguna. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Descargo de responsabilidad: el contenido de este artículo es responsabilidad exclusiva de la autora y no representa una opinión oficial de sus instituciones ni de la *Revista Ciencias Humanas*.

responsablemente el número de sus hijos”. También, se encuentran en otros derechos fundamentales, como el libre desarrollo de la personalidad (art. 16), la intimidad personal (art. 15), el derecho a conformar una familia (art. 42) y el derecho a la salud (art. 49). A su vez, se han incluido diversas normativas que contemplan los DSDR dentro del bloque de constitucionalidad. A pesar de que tienen carácter de derecho fundamental por conexidad con otros de este tipo, existen dificultades en su garantía, en especial cuando las personas desean concebir y no pueden hacerlo, ya sea por patologías, como infertilidades, o por algún otro motivo que impidan la concepción natural.

En Colombia, se ha contemplado la posibilidad de que las mujeres procreen por medio de procedimientos de reproducción asistida; sin embargo, estos son de alto costo y están excluidos del plan de beneficios en salud (PBS) y de los servicios en salud prestados por las empresas promotoras de salud (EPS). Por tanto, las personas que tienen como única opción para concebir los métodos de reproducción asistida enfrentan dificultades para acceder a ellos, tales como los altos costos, los trámites en sus EPS y los conflictos éticos y morales. Si bien la jurisprudencia colombiana ha acogido criterios que se deben acreditar para acceder a los procedimientos de reproducción asistida cuando los individuos no tienen cómo costearlos y que los gastos los cubran las EPS, no dejan de presentarse contratiempos para que estas últimas los aprueben; incluso, se llega a solicitar la autorización por vía judicial.

En ese sentido, resulta importante preguntarse ¿cuál es el desarrollo que ha tenido el derecho a la reproducción asistida en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, en particular, en cuanto a identificar las barreras de acceso a los procedimientos en cuestión y las dificultades que surgen en el marco de estos? Ello exige comprender en qué consiste el derecho a la reproducción asistida en Colombia e identificar los obstáculos en el país, a través de estudios de casos tratados en la jurisprudencia constitucional. Es menester indicar que en este artículo no se pretende hacer un análisis desde la bioética ni desde las implicaciones morales y jurídicas que tiene la reproducción asistida para el derecho de familia ni penal. Asimismo, no se enmarcará en las técnicas artificiales ni sus implicaciones.

En relación con el tema a trabajar, se han realizado estudios que permiten un primer acercamiento, con enfoques y análisis que enriquecen las discusiones sobre los DSDR. Para empezar, el artículo de [Escobar Fornos \(2007\)](#) aborda problemas jurídicos que nacen a raíz de aplicar las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), especialmente en el derecho civil y de familia, junto con los derechos fundamentales. Por consiguiente, estudia y compara algunas legislaciones internacionales y la posición de la Iglesia católica al respecto, con el fin de evidenciar diferencias y similitudes. Para finalizar, el autor propone algunas soluciones a las situaciones encontradas, las cuales pueden generalizarse en los distintos ordenamientos jurídicos.

Por su parte, [Maestre Ariza y Mazeneth Peñaloza \(2016\)](#) presentan los inconvenientes en cómo las parejas del mismo sexo pueden concebir hijos, en particular, lo que implica la filiación. Ello lleva a analizar la protección legal, constitucional y jurisprudencial en el ordenamiento jurídico colombiano para las parejas del mismo sexo; los métodos científicos que tienen para engendrar y los vínculos legales de consanguinidad con los hijos, con énfasis en el derecho de familia. Esta tesis se asemeja al trabajo de [Moadie Ortega \(2017\)](#), el cual plantea una forma novedosa de configuración familiar a partir de las TRHA, en las familias homoparentales, abordando sus desafíos jurídicos mediante una investigación cualitativa.

Asimismo, en la tesis doctoral de Cárdenas Sepúlveda (2018) se desarrollan aspectos asociados con los parámetros de interpretación que permiten considerar el principio de dignidad humana en relación con las TRHA. En este trabajo, la autora le da gran importancia al análisis de elementos como el momento en el que inicia la protección de la vida y los límites que tienen hoy por hoy los estudios científicos de la TRHA. A su vez, propone que, aun cuando la Corte Constitucional reconoce que Colombia –como Estado social y democrático de derecho– se basa en el principio de respeto por la dignidad humana, hasta el momento no hay un avance legislativo significativo que regule todas las particularidades para garantizar dicho principio constitucional en materia de la reproducción asistida. En resumen, Cárdenas Sepúlveda (2018) busca “determinar el alcance del principio de la dignidad humana con relación a los procedimientos de reproducción asistida humana en el marco del Estado social y democrático de derecho” (p. 21).

De igual manera, Ríos Ríos (2021) examina el debate jurídico de la fecundación *in vitro* (FIV) en Colombia, revisando los pronunciamientos de la Corte Constitucional. Este ejercicio permite identificar los retos y las oportunidades a partir del derecho internacional sobre derechos humanos. Por tanto, Ríos Ríos (2021) contextualiza las TRHA, cendrándose en la FIV, para avanzar con la incidencia que esta tiene en Colombia. En contraste, el texto de Bernal Caicedo (2015) presenta generalizades de las técnicas de reproducción asistida, pero se centra en el alquiler de vientre y las implicaciones legales que ello representa, tal como lo es la filiación. De esta forma, si bien ambas autoras sitúan las TRHA, se enfocan en una solo de ellas y realizan su análisis desde miradas distintas, sin identificar las barreras de acceso.

Los estudios expuestos tienen diferencias y similitudes con el presente artículo; empero, dejan por fuera, como tema principal, las barreras de acceso. Ahora, con el propósito de brindar claridad conceptual, es pertinente explicar algunas categorías relevantes desde la mirada de diversos autores e identificar cómo se entienden en el desarrollo de esta investigación y, así, evidenciar la perspectiva epistemológica que se toma.

De acuerdo con Santamaría (2000), las TRHA son aquellas que facilitan los procesos biológicos naturales que se dan en la procreación humana, tales como la unión entre espermatozoide y óvulo, llevando a la fertilización. De esta manera, el autor aclara que estas técnicas no son de reproducción artificial, pues implican utilizar material biológico y natural, los cuales no son suplantados; son ayudas en condiciones de infertilidad, de ahí que sea asistida. A su vez, indica que estas técnicas no pueden presentarse como un tratamiento para la fertilidad, dado que no la curan, sino que contribuyen a que, a pesar de tenerla, pueda darse un proceso generativo imposible de completarse naturalmente y por sí solo.

Por su parte, Monroy (2013) señala que “cuando se habla de las técnicas de reproducción asistida humana, se hace referencia a aquellos métodos médicos científicos que coadyuvan a la fertilización de óvulos con el fin de lograr el embarazo” (p. 139); en lo cual coincide con Escobar Fornos (2007), quien expresa que son los procedimientos que unen el espermatozoide con el óvulo y permiten la concepción de una forma diferente a la realizada por medio de una relación sexual. En ese orden de ideas, en este artículo se entiende por TRHA aquellos métodos que contribuyen a la procreación humana y empleen material biológico, siempre que sean distintos a la procreación fruto de las relaciones sexuales.

En cuanto a los DSDR, en el libro *Derechos humanos y mujeres: teoría y práctica* (Arango Olaya, 2013), se definen los “derechos humanos [como los] que esencialmente se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad humana”

(p. 211); estos tienen inmersos otros derechos como el referente a decidir libremente el número de hijos, junto con la información y los medios necesarios para comprender y ejercer dicha autonomía. Por consiguiente, se pueden entender los DSDR como derechos fundamentales.

Por su parte, para la Corte Constitucional colombiana, “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” (Sentencia T-732, 2009). Esto permite comprender que acceder a los métodos de reproducción humana asistida favorece que se protejan los DSDR de los ciudadanos.

Cabe también señalar que Monroy (2013) entiende la salud sexual y reproductiva “como un bienestar físico, mental y social de la persona, y no la ausencia total o parcial de enfermedades de transmisión sexual o las dolencias del cuerpo relacionado con el sistema reproductivo” (p. 143). Es decir, no es factible reducir el término a la mera ausencia de enfermedades en el aparato reproductivo, sino que debe comprenderse de manera íntegra, lo que obliga a que evaluar la vulneración o no de este derecho sea riguroso y detallado.

En materia de autodeterminación reproductiva, en la Sentencia T-732 de 2009, la Corte Constitucional indicó que la autodeterminación reproductiva “reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”. Para esto, tiene en cuenta el artículo 42 de la Constitución Política y el artículo 16 (ordinal e) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés: Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1979).

Luego de presentar las categorías relevantes para la presente investigación, es preciso subrayar que las barreras de acceso detalladas en la jurisprudencia se analizan desde una mirada constitucional en términos de dignidad humana, derechos fundamentales y garantismo constitucional. La metodología de investigación en el campo jurídico se utiliza en procesos de aplicación e interpretación del derecho (García, 2015). Para este caso, se usa una metodología de tipo cualitativo, la cual permite identificar y estudiar fenómenos reales y sociales, tal como expresa Filstead (1979):

La investigación cualitativa tiene un claro fundamento humanista para abordar la comprensión y entendimiento de la realidad social, al resaltar la comprensión progresiva y negociada del orden social y enseñar que la realidad no es concebida como fuerza externa, fija y estática, sino cambiante y dinámica; de la misma manera, los individuos son conceptuados como agentes activos en la construcción y definición de las realidades que los rodean, con lo cual su participación es decisiva en la comprensión de las situaciones problema. (p. 154)

Esta metodología facilita indagar por las características de los fenómenos sociales, a través de procesos de interpretación, donde “la aproximación del estudio privilegia las cualidades y rasgos característicos del objeto de estudio” (Monroy, 2013, p. 136).

Para el presente trabajo, la actividad investigativa se desarrolla mediante la búsqueda de material documental, especialmente de la jurisprudencia constitucional. El método empleado fue de tipo analítico, lo cual consiste en la descomposición de una circunstancia o fenómeno en cada uno de los elementos que la integran, por medio de un modo ordenado y necesario, para llegar a la comprensión de su sentido o del funcionamiento de un fenómeno determinado (Lopera *et al.*, 2010). Esto quiere decir que es un proceso con el que se pretende identificar y analizar un fenómeno a través de estudiar individualmente cada aspecto que lo compone.

En esta investigación, no se busca realizar una línea jurisprudencial acerca de los casos de reproducción asistida en Colombia, sino que se examinarán para determinar las barreras de acceso a las TRHA, las cuales no necesariamente disminuyen con el tiempo. Por tanto, es un estudio que permite “describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno” (Hernández Sampieri *et al.*, 1997, p. 74).

En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación es analizar cómo se desenvuelve el derecho a la reproducción humana asistida en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, en particular, en cuanto a las barreras de acceso a estos procedimientos y las dificultades que surgen. Para ello, es preciso comprender los DSDR como derechos fundamentales y el desarrollo de la dignidad humana mediante consideraciones teóricas y jurisprudenciales; a su vez, evidenciar cómo ha sido el curso de los DSDR en el ordenamiento jurídico colombiano a través de la legislación existente sobre la materia. Finalmente, se identifican las barreras de acceso a la reproducción humana asistida por medio del análisis de casos en las sentencias de la Corte Constitucional.

Dignidad humana y derechos fundamentales: los DSDR como desarrollo de la dignidad humana

En este apartado se procura comprender los DSDR como una forma de materializar la dignidad humana, de ahí que se resalta la importancia de concebirlas como derechos fundamentales. De esta manera, se inicia el apartado con unas consideraciones teóricas y jurisprudenciales referentes al concepto de dignidad humana. Posteriormente, se da una mirada breve a cómo se entienden los derechos fundamentales en Colombia, con lo cual se argumenta que los DSDR hacen parte de estos y que su garantía es necesaria para proteger la dignidad humana de los ciudadanos. En ese sentido, no se pretende hacer un abordaje teórico profundo de qué implican la dignidad humana o los derechos fundamentales ni de las discusiones a su alrededor; solo se contextualizan para enfatizar en la trascendencia de los DSDR en Colombia como expresión de la dignidad humana.

Dignidad humana

La dignidad humana ha sido fuente de amplios debates, porque puede interpretarse de diversas formas. Peces-Barba (2007) manifiesta que, en la actualidad, este concepto surge de las transformaciones que ha tenido a lo largo del tiempo: en un inicio era una noción religiosa y moral; gracias a su evolución y contenido, se incorporó al ámbito jurídico y, por su relevancia, se encuentra en las constituciones democráticas. También, ha sido estudiado por distintas áreas del conocimiento, como la filosofía, donde autores como Immanuel Kant (1980) lo han categorizado y han brindado herramientas para entenderlo. De esta manera, el filósofo explica que

La dignidad significa que los seres humanos no son meros fines objetivos, esto es cosas cuya existencia es en sí misma un fin, y un fin tal que en su lugar no puede ponerse ningún otro fin para el cual deberían ellas servir como medios. (p. 42)

Lo dicho por Kant (1980) evidencia una comprensión no utilitarista del ser humano, lo cual es fundamental entender en el marco del Estado social de derecho. El artículo 1 de la Constitución Política (1991) reconoce a Colombia como un Estado social de derecho, fundado en el respeto por la dignidad humana; esto quiere decir que la estructura del Estado, así como la interpretación y aplicación normativa, se basa y tiene su razón de ser en este principio.

Para la Corte Constitucional, la dignidad humana es un derecho con tres expresiones: i) valor fundante del ordenamiento jurídico y del Estado; ii) constituye un principio cons-

titucional; y iii) tiene naturaleza de derecho fundamental autónomo (Sentencia C-143, 2015). A su vez, la Sentencia C-147 de 2017 plantea que la dignidad humana implica que se garanticen las condiciones requeridas para que cada ciudadano exista apropiadamente, acordes con el proyecto de vida que tenga, por lo que es fundamental que el Estado, las autoridades y los particulares tomen las medidas pertinentes para proteger su dignidad.

A pesar de la importancia de dicho concepto para el Estado colombiano, en la Constitución Política no se define con claridad, lo cual ha generado ambigüedades en su interpretación y comprensión. No obstante, la Corte Constitucional lo ha definido y le ha dado contenido y alcance en su jurisprudencia, en cuanto ha indicado que la dignidad humana se desarrolla mediante tres lineamientos: i) el vivir como se quiere, que se entiende como la posibilidad de diseñar su propio plan de vida y determinarse acorde con él; ii) vivir bien, es decir, tener ciertas condiciones concretas y materiales de existencia; iii) vivir sin humillaciones, a partir de la integridad física y moral (Sentencia T-881, 2002).

En la Sentencia T-488 de 2007, la Corte expresa que la dignidad humana se ha entendido como un “principio inspirador de todas las actuaciones estatales de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 5 y 13 de la Constitución Nacional”. También, que es una obligación que reposa en cabeza del Estado y de quienes obran en su nombre, lo cual los compromete a actuar conforme los principios de solidaridad –proporcional y justificadamente– y a brindar un trato equitativo a todos los ciudadanos. Asimismo, que es necesario asegurar condiciones materiales indispensables que les permitan a las personas ejercer su libertad de decisión (Sentencia T-488, 2007). En este sentido,

La dignidad humana [...] no es un accidente, sino que tiene un fundamento ontológico, el mismo ser del hombre que puede manifestarse accidentalmente a través de sus actos. La dignidad no depende únicamente de su obrar, sino que se funda primariamente, en su ser. Por eso, la dignidad afecta a una persona en su intimidad, en su última radicalidad. La persona, por tener un más alto nivel de interioridad en el ser, tiene la posibilidad de manifestar externamente esa dignidad. (Hoyos Castañeda, 1998, p. 155)

Lo anterior lleva a comprender que el ser humano tiene la facultad de exteriorizar la dignidad humana; de vivirla de forma material, manifestada en la capacidad decisoria sobre su querer y actuar. En otras palabras, el ser humano puede tomar decisiones referentes a distintos ámbitos de la vida, entre los cuales está lo tocante a su sexualidad y reproducción. Esto por uno de los tres lineamientos de la dignidad humana –vivir como se quiere–, donde se entiende en clave de autonomía: la oportunidad de que las personas puedan diseñar un plan de vida y determinarse conforme con él (Sentencia T-881, 2002).

A su vez, en la Sentencia C-221 de 1994, la Corte comprende “la dignidad humana como fundamento de la libertad personal, que se concreta en la posibilidad de elegir el propio destino, cuando dicha relación no repercuta de manera directa en la órbita de los derechos ajenos”. Es decir, hablar de dignidad humana en términos de libertad personal lleva consigo el deber de no perturbar las libertades, los derechos ajenos ni la dignidad de los demás. Adicionalmente, en la misma sentencia, la Corte Constitucional expresa que

El considerar a la persona como autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y la primera y más importante de todas consiste en que los asuntos que solo a la persona atañen, solo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen.

Lo anterior significa que el respeto por las decisiones personales de cada ser humano, que solo le competen y afectan a sí mismo, no tiene por qué ser restringido; además, se deben brindar garantías para que puedan llevar a cabo estas decisiones que no agreden

los derechos de los demás. Tal es el caso de aquellas que se toman en el marco de los DSDR, cuyo ejercicio representa una clara materialización de la libertad personal. Al respecto, la Corte Constitucional ha desarrollado una línea jurisprudencial relacionada con la identificación, la titularidad, la naturaleza y el contenido de estos derechos, indicando que “reconocen y protegen la facultad de las personas de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción, e implica la obligación del Estado de brindar los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación” (Sentencia T-274, 2015). De esta manera, garantizar los DSDR supone respetar y reconocer la dignidad humana al posibilitar las condiciones que se ajustan al proyecto de vida del individuo.

Derechos fundamentales

La Corte Constitucional señala que los derechos fundamentales son aquellos intrínsecos a la persona por el hecho de serlo, es decir, en reconocimiento de su dignidad (Sentencia T-571, 1992). En Colombia, estos se mencionan expresamente en el primer capítulo de la Constitución Política de 1991, entre el artículo 11 y el 41. Empero, no son los únicos que existen, dado que hay derechos que, si bien no se mencionan explícitamente en dichos artículos, tienen una estrecha relación con la vida y la dignidad humana o son el desarrollo de una de las tres acepciones de esta última, por lo que se comprenden como derechos fundamentales.

A su vez, existen derechos no consagrados directamente como fundamentales, pero que, al garantizar ese derecho de segunda o tercera generación, se da la garantía de uno o varios derechos fundamentales, lo que hace que tengan una gran relevancia constitucional. De esta manera, la Corte Constitucional indica que

El hecho de limitar los derechos fundamentales a aquellos que se encuentran en la constitución política bajo el título de los derechos fundamentales y excluir cualquier otro que ocupe un lugar distinto, no debe ser considerado como criterio determinante sino auxiliar, pues él desvirtúa el sentido garantizador que a los mecanismos de protección y aplicación de los derechos humanos otorgó el constituyente de 1991. (Sentencia T-002, 1992)

Ese es el caso de los DSDR. Como se señaló, para la Corte Constitucional estos son derechos que “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” (Sentencia T-732, 2009). Lo anterior implica que el ejercicio autónomo de los DSDR tiene inmersa una materialización de la dignidad humana, al ser una forma de exteriorizarla. En consecuencia, los derechos en cuestión se relacionan con otros derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Política y por los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia.

Por tanto, garantizar los DSDR representa proteger muchos derechos fundamentales, por ejemplo, la libertad, el derecho a conformar una familia, decidir la cantidad de hijos y el libre desarrollo de la personalidad. En otras palabras, cuando el Estado o los particulares limitan, restringen o impiden el goce efectivo de los DSDR, están vulnerando una serie de derechos fundamentales, llegando a desconocer la dignidad humana de las personas. Por consiguiente, diversas sentencias de la Corte Constitucional plantean que uno de los casos en que es posible que se garanticen las TRHA es cuando “la imposibilidad de acceder al tratamiento de fertilidad resulta en una vulneración de otros derechos fundamentales, como los de igualdad, no discriminación, derecho a conformar una familia” (Sentencia SU-074, 2020).

Adicionalmente, dado que la Corte Constitucional a lo largo de su jurisprudencia ha reconocido que los derechos fundamentales pertenecen a las personas por su dignidad

humana, garantizarlos es la forma de materializar este principio. Por ende, como los DSDR tienen el carácter de derechos fundamentales, protegerlos materializa la garantía de la dignidad humana. Es decir, cuando los DSDR se vulneran, se vulnera automáticamente el principio de dignidad humana. Lo dicho permite comprender la importancia de garantizar el acceso efectivo y digno a las TRHA, puesto que, en caso de existir barreras para ello, se afectarían derechos y garantías fundamentales.

DSDR en el ordenamiento jurídico colombiano

Como se indicó en el apartado anterior, los DSDR son derechos fundamentales y su protección y garantía favorece el pleno disfrute de la dignidad humana; en ese sentido, es pertinente presentar cómo se entienden estos derechos dentro del ordenamiento jurídico colombiano. Debido a ello, para iniciar, se menciona tratados y documentos internacionales que forman parte del bloque de constitucionalidad, dada su trascendencia al orientar –junto con la Constitución Política– la normatividad interna. Posteriormente, se contextualiza el sistema de seguridad social, en especial el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de visualizar la materialización de los DSDR en este. La relevancia de analizar estos documentos radica en su influencia en la comprensión de los DSDR en la legislación nacional; asimismo, son significativos para identificar avances y vacíos en la regulación de los DSDR y de las TRHA en el ordenamiento jurídico colombiano.

DSDR en el sistema internacional

En Colombia todas las normas deben ser consecuentes con la Constitución Política de 1991 y con los tratados internacionales ratificados por el Estado en materia de derechos humanos, los cuales hacen parte del bloque de constitucionalidad. Esto implica que dichos tratados tienen el mismo rango de importancia y prevalencia que la Constitución para construir e interpretar las normas, las políticas y las decisiones que se toman en el país, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 93 de la Carta Magna y lo expresado por la Corte Constitucional en la Sentencia C-225 de 1995. Por esta razón, para hablar del derecho a la reproducción humana en el ordenamiento jurídico colombiano, es fundamental buscar documentos sobre los DSDR e identificar las posturas de las organizaciones internacionales al respecto; en particular, aquellos tratados ratificados por Colombia o considerados para fundamentar y ampliar su legislación.

En ese orden de ideas, uno de los documentos principales es la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial (ONU, 1969), debido a que en esta se reconoce el derecho a la salud pública y la asistencia médica. Este elemento es relevante para el presente trabajo por la importancia de entender el acceso a la salud como un derecho, en especial para los casos en que se desea acceder a los métodos de reproducción humana asistida dada la imposibilidad de concebir naturalmente por condiciones de salud.

Por su parte, la CEDAW (ONU, 1979) representa un avance esencial para los derechos de las mujeres en materia laboral, familiar, educativa, etc. Dentro de estos, se resaltan aquellos en materia de salud y los DSDR, puesto que en su artículo 12 se contemplan el derecho y la protección de la función de reproducción, el acceso a servicios de planificación familiar, una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, al igual que una protección en el tiempo posterior al parto. De esta manera, presentan unos lineamientos que deben cumplir los países firmantes de la convención, entre los que está Colombia, que a su vez adelantó la ratificación de esta convención. Por ello, la CEDAW de 1979

debe considerarse en la creación de leyes y en las decisiones nacionales relacionadas con los derechos de las mujeres, tales como los DSDR.

Posteriormente, la Conferencia del Cairo de 1994 (ONU, 1994) muestra avances fundamentales a nivel internacional en materia de DSDR. En esta conferencia, la salud reproductiva se define como un estado de bienestar general que contempla el ámbito social, físico y mental, por lo cual se aparta de la mera ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, siendo un concepto más integral. En ese sentido, también contempla la libertad de decidir si procrear o no y con qué frecuencia, por ello:

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 (p. 37).

En tanto, define la atención de salud reproductiva como los métodos, los servicios y las técnicas que aportan al bienestar reproductivo y a resolver los problemas que lo impidan o limiten. Además, contiene la salud sexual, lo que implica que no solo se brinde asesoramiento en materia reproductiva, sino que se apoye el desarrollo de las relaciones personales y de la vida (ONU, 1994). Esto significa que abarca esferas más personales y materializa la protección a la dignidad humana, al garantizarse el acceso a buenas atenciones en materia de DSDR. Tanto así que la convención considera que

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (p. 37)

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2007) indica que los Estados parte deben tomar las acciones necesarias para que las personas con discapacidad cuenten con los mismos derechos respecto de conformar una familia; decidir libre y responsablemente el número de hijos; y recibir educación e información sobre la planificación y la reproducción (art. 23, núm. 1, lit. b). Adicionalmente, deben asegurar que las personas con discapacidad mantengan su fertilidad y estén en condiciones de igualdad frente a las demás (art. 23, núm. 3). En tanto, el artículo 25 de la convención expresa que las personas con discapacidad no pueden ser discriminadas en la prestación del servicio de salud; por ello, los Estados parte:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.

Así, se evidencia la relevancia de los DSDR en el ámbito internacional al enmarcarse en los derechos humanos, lo cual implica la obligación de proteger y garantizar más el acceso a los servicios de salud en materia sexual y reproductiva. De acuerdo con Gúezmes García (2004), la OMS, la OPS y la Asociación Mundial de Sexología resaltan la importancia de garantizar los derechos sexuales de las personas para lograr una buena salud sexual, la cual –como se ha mencionado– es un concepto integral que no comprende solo un bienestar físico y que, además, representa expresiones libres para un bienestar social e individual.

El derecho a la salud en Colombia

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia reconoce el derecho a la seguridad social; este se encuentra en el apartado de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y no en el de los derechos fundamentales. La seguridad social es un servicio público obligatorio que se presta bajo la dirección y el control del Estado, con base en “los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (art. 48). De este modo, el Estado, junto con los particulares, ampliará progresivamente la cobertura en materia de seguridad social. Asimismo, se consagra que este derecho se les garantizará a todos los habitantes del territorio.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral y plantea sus objetivos. El Estado interviene en el Sistema de Seguridad Social en Salud para hacer cumplir los principios consagrados en la Constitución y en la Ley 100 de 1993 (art. 154) y para ampliar la cobertura de atención. Si bien la ley en mención presenta disposiciones de tipo administrativo, de estructura y financiación del sistema de salud, más que aspectos relacionados con la prestación de los servicios; para el presente trabajo son importantes sus aportes en materia de principios e intervención estatal. Igualmente, se resalta que para ese momento la salud era considerada un servicio público esencial;¹ hasta 2008, cuando la Corte Constitucional, en la Sentencia T-760, la consideró un derecho fundamental autónomo, es decir, que no implica la presencia de otro derecho para que se deba garantizar.

A partir de que la Corte Constitucional reconociera la salud como derecho fundamental, se expidió la ley estatutaria de salud ([Ley Estatutaria 1751, 2015](#)), “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. En su artículo 3, se indican los principios y elementos que contiene dicho derecho. En este artículo, se referencian solo los que resultan relevantes para su curso. Para empezar, la accesibilidad es un componente esencial, pues no solo aplica a los servicios de salud, sino también a las tecnologías; además, debe ser física, económica y en información.

En segundo lugar, se resalta la continuidad, que consiste en la no interrupción de los tratamientos y servicios en salud que se vienen recibiendo, como consecuencia de aspectos administrativos o económicos. Por tanto, carecer de la capacidad económica para cubrir los tratamientos no puede ser una razón para interrumpirlos.

Tercero, la progresividad del derecho permite evaluar los avances en materia de DSDR, dado que obliga al Estado a ampliar gradual y continuamente el acceso tanto a servicios como a tecnologías en salud y capacidad del sistema. En este sentido, implica que poco a poco se deben disminuir las barreras (incluidas las económicas y administrativas) para que los ciudadanos puedan gozar con plenitud de la salud como derecho fundamental ([Ley Estatutaria 1751, 2015](#)).

Ahora, es preciso señalar que en Colombia es obligatoria la afiliación al SGSSS. Esta se realiza por medio de las EPS, que pueden ser de carácter público o privado. Las EPS recaudan las cotizaciones, garantizan el acceso y cumplimiento de los PBS y promueven la salud. En este sistema, las instituciones prestadoras de servicios (IPS) ofrecen y prestan los servicios del PBS ([Guerrero et al., 2011](#)).

Por su parte, las empresas sociales del Estado (ESE), creadas por la Ley 100 de 1993, son entidades públicas especiales que prestan servicios de salud como un servicio públi-

1. De acuerdo con la Corte Constitucional, un servicio público esencial es aquel que, de ser interrumpido, pone “en peligro la vida, la seguridad o la salud de la persona en toda o en parte de la población” ([Sentencia C-391, 2019](#)).

co cuya garantía está en cabeza del Estado. Al ser del Estado, cuentan con financiación pública, por lo que sus servicios no tienen costo. Entre sus objetivos está la prestación de servicios y atenciones en salud que requiera la población, de acuerdo con la cobertura del PBS y la capacidad del centro asistencial. En ese sentido, tienen a su cargo brindar servicios básicos y se enfocan en programas de promoción y prevención. Principalmente, se ubican en zonas rurales y laderas, por lo que la mayoría de la población que acude a ellas se conforma por personas con altos niveles de pobreza. Así, las ESE son actores vitales para que todos accedan a los servicios de salud.

En Colombia existen dos regímenes mediante los que los individuos tienen cobertura y garantía de acceso al sistema de salud: el subsidiado y el contributivo (Guerrero *et al.*, 2011). Además, existen regímenes especiales, por ejemplo, el de las Fuerzas Militares o del Magisterio. Independientemente del régimen, las IPS y las ESE deben, como mínimo, garantizar lo contemplado en el PBS: atención de urgencias, consulta médica general y especializada, exámenes de laboratorio, programas de promoción y prevención, entre otros. Para ello, los usuarios deben pagar cuotas moderadoras que apoyan la financiación del sistema y promueven un uso racional de los servicios (Guerrero *et al.*, 2011). Ahora, el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 dice que “en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. [...] Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica”.

En este punto es pertinente señalar que cada año el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud)² expide una resolución para informar cuáles medicamentos y procedimientos están excluidos del PBS, en su mayoría con fines estéticos. Por consiguiente, las EPS no cubren estos servicios a pesar de que se pague una cuota moderadora. Si una persona requiere algún tratamiento, examen, medicamento u otro en dicha resolución, debe costearlo de forma particular ante las IPS que presten el servicio, o intentar acceder a él a través de una tutela, lo que resulta un requisito adicional para que se preste el servicio y se garanticen los derechos.

Adicionalmente, el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 indica los criterios a tener en cuenta para definir los servicios y las tecnologías que no podrán ser costeadas con recursos públicos, por ende, estarán excluidos del PBS sin que lo exprese la resolución anual que expide el MinSalud. Estos son: a) que su fin sea estético o no relacionado con la recuperación de funcionalidad o capacidad vital de la persona; b) la no existencia científica de la eficacia y seguridad del procedimiento; c) que no haya evidencia científica de la efectividad; d) el uso no lo haya autorizado la autoridad competente para ello; e) que esté en fase de experimentación; y f) que el servicio se vaya a prestar en el exterior.

Aunque entre los criterios establecidos en la ley ninguno justifica la exclusión de las TRHA, el 22 de diciembre de 2021, el MinSalud expidió la Resolución 2273 de 2021 donde adopta el listado de servicios y tecnologías en salud que no se financiarán con recursos públicos asignados a salud en 2022 –es decir, por fuera del PBS–, entre los que se encuentran TRHA como la FIV y la inseminación artificial (si es resultado de la infertilidad de la mujer o por esterilidad del hombre). Ello supone que no es obligación de las IPS adelantar estos procedimientos. Ahora, al excluirlos del PBS, un individuo con los medios puede costearlos y acceder a ellos de forma particular. Sin embargo, si se derivan afectaciones a la salud por una mala praxis, el sistema sí deberá solventar estos daños y los servicios se cubrirán con dinero público; en ocasiones, esto puede ser más costoso que el procedimiento inicial. Con lo expuesto se evidencia que, a la fecha, en Colombia no

2. El MinSalud hace parte del poder ejecutivo y se encarga de regular y direccionar lo referente a la salud nacionalmente.

se han incluido pertinentemente los DSDR para mujeres y hombres, en especial en los casos que se presentan afectaciones a la salud como la infertilidad (Upegui *et al.*, 2016).

En este punto es importante resaltar que en la Resolución 2273 de 2021 no se hace una exclusión explícita de todas las TRHA ni de todos los procedimientos para el tratamiento de la infertilidad. Tampoco se expide una resolución en la que se manifiesten los tratamientos, los servicios y las tecnologías incluidos en el PBS; por tanto, lo que esté por fuera de la resolución de excusión y no cumpla los criterios de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se incluirá en el PBS. Igualmente, se hace énfasis en que el derecho fundamental de petición y la acción de tutela son mecanismos usados para que los ciudadanos intenten acceder a las TRHA y se les haga una excepción, de modo que se cubra un procedimiento excluido del PBS con dinero público y, así, logren la garantía y protección de sus derechos. No obstante, estos medios han sido ineficaces, dado que son una barrera para el acceso de los individuos al procedimiento, pues se exige robustez argumentativa y probatoria a personas que desconocen el derecho, lo que puede llevar a que se les nieguen sus pretensiones.

Barreras de acceso a la reproducción humana asistida: análisis de casos en sentencias de la Corte Constitucional colombiana

En este apartado, se presentan las principales barreras de acceso a las TRHA. Para empezar, se explica cómo la política pública en materia de DSDR ha dejado a un lado el acceso a las TRHA y se ha enfocado en la población joven. Luego, se analizan las tres barreras principales advertidas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Cuando se eligió la jurisprudencia para ello, se consideró que los casos estudiados se relacionaran directamente con el acceso a las TRHA y no con la protección de los DSDR; a su vez, la diferencia entre las situaciones de quienes presentaban el amparo y la razón por la cual, en cualquiera de las instancias, se negó el acceso a las TRHA. Es preciso agregar que las barreras expuestas no son las únicas, pero sí las más comunes en la mayoría de los casos; por ello, es importante observar cada uno en particular.

Política pública enfocada en programas de prevención para población joven

El [MinSalud \(2014\)](#) define la sexualidad como una dimensión en la que se deben priorizar acciones de salud pública; es una condición humana esencial que su estudio no puede limitarse al campo biológico o médico, sino que debe abordarse desde distintos espacios sociales, determinantes para el marco del derecho. Esta definición es relevante, porque tiene en cuenta elementos planteados en el ámbito internacional y concibe que los DSDR deben comprenderse desde la integralidad del ser humano, incluso en clave de dignidad humana.

En la política pública, el modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes ([Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2008](#)) refiere que los derechos reproductivos son un conjunto de derechos humanos relacionados con la salud reproductiva, los cuales se mencionan en diversas declaraciones internacionales en materia de derechos humanos que los protegen. Por esto último, el MinSalud considera que el reconocimiento que se les ha hecho es jurídicamente vinculante. En cuanto a los derechos reproductivos, el MinSalud indica que son los mismos derechos humanos con todas sus condiciones y principios en el ámbito de la sexualidad y la reproducción ([Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2008](#)). Así, se observa la relevancia que tienen los DSDR para este ministerio en Colombia.

Por su parte, para la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (MinSalud, 2014), la sexualidad y la reproducción son conceptos diferentes; a pesar de la estrecha relación entre ellos, pues cada uno representa un aspecto distinto de la vida de las personas, son independientes el uno del otro. En este sentido, la sexualidad puede disfrutarse al margen de la reproducción y la reproducción puede darse sin ser consecuencia del ejercicio de los derechos sexuales, gracias a los avances científicos en este campo, siendo posible utilizar TRHA dentro del marco del respeto y el cuidado de sí y de los demás (MinSalud, 2014).

En esta misma política, el MinSalud menciona que los derechos humanos y los fundamentales están enmarcados en los DSDR, desde una interpretación que parte de la sexualidad y la reproducción, pues permiten el desarrollo de otros derechos fundamentales como la libertad sexual, la integridad personal, la autonomía reproductiva y la vida. En este orden de ideas, hay una relación directa con la dignidad humana, debido a que

Es condición para el derecho a la vida humana, que para que sea humana ha de ser digna. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres, sin discriminación, riesgos, amenazas, coerción o violencia en la toma de decisiones y que disfruten de su sexualidad o de su reproducción, ocurra esta por vía natural o por procedimientos asistidos científicamente. (MinSalud, 2014, p. 38)

De esta manera, el MinSalud ha reconocido que los DSDR deben entenderse como una forma de garantizar la dignidad humana, en especial en su dimensión del vivir como se quiere. Asimismo, los derechos reproductivos también pueden disfrutarse a través de las TRHA. Por tal razón, el acceso a la reproducción humana, sea natural o apoyada por procedimientos científicos, es un derecho de importancia constitucional para Colombia, puesto que involucra de un modo directo la garantía de la dignidad humana y porque la libertad sexual y la reproductiva se materializan en las decisiones tomadas en el marco de la libertad individual (MinSalud, 2014).

Posteriormente, en 2019, se expidió la Ley 1953, “por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Política Pública de Prevención de la Infertilidad y su Tratamiento Dentro de los Parámetros de Salud Reproductiva”. No obstante, como su nombre lo indica, solo se mencionan los lineamientos que se tendrán para desarrollar la política pública, por lo que no representa un avance significativo en materia de DSDR.

Con base en este recuento, se constata la relevancia que tienen los DSDR para Colombia. Adicionalmente, se destaca la distinción entre derechos sexuales y reproductivos, lo cual es vital para la presente investigación, debido a que, si la reproducción no es consecuencia necesaria de una práctica sexual y la única forma de concepción no es la reproducción natural, cobra mayor importancia el acceso a las TRHA, con el fin de garantizar los derechos reproductivos en el marco de la libertad individual, los derechos fundamentales y la dignidad humana.

A pesar de ello, estas políticas se enfocan, en especial, en la promoción y protección de los DSDR y la prevención de situaciones riesgosas o no deseadas, haciendo énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En consecuencia, en toda la política de los DSDR no se les ha dado la relevancia que merecen las TRHA. De este modo, se encuentran barreras de información y regulación para acceder a estas técnicas y para garantizar los derechos fundamentales y la dignidad humana que traen consigo.

Posteriormente, por medio de la Resolución 228 de 2020, se adoptó la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad, teniendo en cuenta los lineamientos presentados por la Ley 1953 de 2019. Esta política pública cuenta con componentes importantes para el estudio, el análisis y la implementación de los tratamientos relacio-

nados con la infertilidad, por ejemplo, la investigación, la educación, la prevención y el diagnóstico oportuno. Asimismo, plantea la adopción como una alternativa para los sujetos que padecen de infertilidad y no pueden acceder a las TRHA por sus propios medios. Si bien esta política pública puede considerarse un avance significativo de los DSDR, se centra en la prevención, el diagnóstico y la atención de la infertilidad, dejando a un lado –una vez más– las TRHA como forma de garantizar estos derechos.

Barreras de acceso a las TRHA en sentencias de la Corte Constitucional colombiana

Como se ha planteado desde el inicio, existen diversas dificultades que impiden que las personas que sufren de infertilidad –independiente de su causa– no puedan acceder a tratamientos para mejorar su condición ni a las TRHA para cumplir su deseo de concebir ni garantizar su derecho a conformar una familia, vivir de acuerdo con su proyecto de vida, desarrollar libremente su personalidad y su vida digna. Dado que las EPS niegan las solicitudes de procedimientos relacionados con afecciones en la fertilidad y las TRHA, quienes requieren y desean acceder a estos intentan que un juez ordene su realización mediante la acción de tutela. Muchos de los fallos de tutela han sido objeto de revisión por la Corte Constitucional, lo cual ha permitido que este tribunal se pronuncie respecto de distintas situaciones en materia de DSDR, tratamientos para la fertilidad y TRHA. En estos pronunciamientos, se han reiterado los casos en los que excepcionalmente serán garantizados los tratamientos de fertilidad, esto es i) cuando se busque garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud; y ii) cuando la garantía del derecho a la vida, a la salud y a la integridad personal dependa de la práctica de un procedimiento de fertilidad, si “la infertilidad es un síntoma o consecuencia de otro tipo de patologías o enfermedades” (Sentencia SU-074, 2020), es decir, una infertilidad secundaria.

Adicionalmente, en el artículo 4 de la Ley 1953 de 2019, se esbozan los requisitos que deben cumplir las parejas con el fin de acceder a una financiación parcial de los tratamientos de reproducción humana asistida: “(i) edad; (ii) condición de salud de la pareja infértil; (iii) número de ciclos que deban realizarse conforme a la pertinencia médica y condición de salud; (iv) capacidad económica de la pareja; (v) frecuencia; y (vi) tipo de infertilidad”. Sin embargo, no hay un desarrollo que permita una clara comprensión e interpretación de los requisitos, por lo que puede llegar a presentarse una barrera para que se financien parcialmente los procedimientos para concebir mediante TRHA.

En ese orden de ideas, a continuación, se exponen las tres principales barreras que existen en Colombia para que una persona pueda acceder a las TRHA y que este procedimiento sea cubierto y realizado por su EPS; pese a que ello podría garantizarse en situaciones excepcionales.

Exclusión de tratamientos para combatir la infertilidad y las TRHA de los PBS

Como se explicó, los PBS incluyen todos los servicios en salud, las atenciones y los medicamentos a los que cualquier individuo tiene acceso, independiente del régimen en salud al que esté afiliado. Además, cada año, el MinSalud expide una resolución donde indica cuáles procedimientos y medicamentos se excluirán del PBS por diversos motivos, entre estas, sus altos costos. Dado que los tratamientos para la fertilidad y las TRHA siempre han estado por fuera del PBS (antes Plan Obligatorio de Salud o POS), las EPS utilizan este argumento para no realizar procedimientos relacionados con la infertilidad.

De este modo, la Corte Constitucional también ha encontrado en esta exclusión una excusa válida para no cubrirlos.

En la Sentencia T-1104 de 2000, se expone el caso de una mujer con infertilidad consecuencia de un problema de salud en sus trompas de Falopio y requería una laparoscopia operatoria para generarle fertilidad. La Corte Constitucional denegó el amparo de sus derechos, entre otras razones, porque estos procedimientos estaban excluidos del POS y la acción de tutela solo puede utilizarse cuando la vida o un derecho fundamental se vean amenazados. Caso similar se observa en la Sentencia T-689 de 2001, donde la accionante fue diagnosticada con hidrosalpinx y le ordenaron el mismo procedimiento de la sentencia anterior, no solo para concebir, sino para evitarle una enfermedad grave a futuro. La Corte negó el procedimiento por los mismos motivos, a pesar de que su enfermedad limitaba su derecho a tener hijos y a conformar una familia, y que podía empeorar a futuro. La Corte Constitucional indicó que vía tutela no se puede pedir la extensión del POS a un servicio que esté excluido de él.

En 2002, la Corte Constitucional revocó un fallo de tutela en el que se ordenó a la EPS adelantar un tratamiento de inseminación y FIV requerido por la accionante, dado que padecía de infertilidad como resultado de endometriosis severa, hidrosalpinx y fibroplasia. La Corte manifestó que estos procedimientos se encontraban excluidos del POS y que, si deseaba conformar una familia, podía recurrir a la adopción (Sentencia T-946, 2002).

En la Sentencia T-528 de 2014, se estudió el caso de un hombre que padecía de infertilidad, quien interpuso una acción de tutela coadyuvado por su compañera permanente, pues la EPS se negaba a autorizar que se le practicara una FIV a ella. En primera instancia, se concedió la tutela de los derechos y se ordenó a la EPS la práctica del procedimiento; empero, en segunda instancia se revocó esta decisión, la cual fue confirmada por la Corte Constitucional, indicando que negar la FIV no vulneraba los derechos del actor y que el procedimiento estaba excluido del POS. Pese a su decisión, el honorable tribunal pronunció que hay

Insuficiencia en la regulación de salud en lo concerniente a la exclusión absoluta del POS de los tratamientos de reproducción asistida, la cual resultaba contraria al carácter progresivo del derecho a la salud, específicamente en cuanto a la protección de los derechos reproductivos. (Sentencia T-528, 2014)

En la Sentencia T-398 de 2016, se estudió el caso de dos mujeres que deseaban procrear hijos de manera natural, pero la única alternativa para ello era la FIV. La Corte negó ambas solicitudes, dado que el tratamiento, para ese año, también se encontraba excluido del POS. De este modo, se evidencia que una barrera para que las personas accedan a procedimientos para combatir la infertilidad y las TRHA, llevando a que se vulneren sus derechos fundamentales y su dignidad humana, es que estos sean excluidos del POS.

Padecimiento de infertilidad primaria

El hecho de que quien requiera someterse a la TRHA tenga infertilidad primaria –que no sea consecuencia de otra enfermedad– es otra de las dificultades para acceder a la reproducción humana asistida (Sentencia T-890, 2009). De esta forma, en la Sentencia T-512 de 2003, la Corte Constitucional analizó el caso de una mujer que ya adelantaba un tratamiento por la obstrucción de una trompa de Falopio, enfermedad primaria que le impide la fecundación. Por este motivo, la Corte le negó el procedimiento indicando que la protección por vía de tutela no prospera, pues su infertilidad no es resultado de otra enfermedad.

En otro momento, la Corte Constitucional estudió el caso de una paciente a la que se le diagnosticó “miomatosis uterina, descrita y obstrucción de la trompa de Falopio izquierda”, por lo que requería el tratamiento de FIV. Este tribunal lo negó, dado que ella podría acudir a la adopción. Además, señaló que la enfermedad que padece la accionante no es de base ni una infertilidad primaria, sino que tiene una afección en su salud que altera las posibilidades de reproducción ([Sentencia T-274, 2015](#); [expediente T-4.725.592](#)). Igualmente, en la Sentencia T-901 de 2004, no solo se negó el acceso al procedimiento para tratar la infertilidad de la accionante por estar excluido del POS, sino que se fundamentó que la mujer padecía una infertilidad secundaria; en otras palabras, era consecuencia de otra enfermedad que podría impedirle la concepción.

A pesar de que la Corte Constitucional ha indicado que una de las razones para que excepcionalmente se conceda el acceso a las TRHA por medio de la acción de tutela es cuando se padezca de una enfermedad que genere la infertilidad (infertilidad secundaria), se observan barreras para acceder a estos procedimientos, ya sea la infertilidad que se padece primaria o secundaria.

Carencia de recursos económicos para costear los tratamientos

La tercera barrera encontrada es la falta de recursos económicos por parte de quienes demandan los procedimientos para la reproducción asistida, debido a los altos costos. Así, en la Sentencia T-572 de 2002 la Corte Constitucional estudió el caso de una mujer que presentaba una deficiencia orgánica, razón por la que no estaba ovulando y no podía procrear. Para resolver su problema de salud, requería unos medicamentos de alto costo, excluidos del POS, que no podía costear. Como el tratamiento no tuvo éxito, debía realizarse un procedimiento de fertilización asistida; sin embargo, la accionante manifestó no tener los medios económicos para ello. En este caso, si bien la Corte confirmó la decisión de segunda instancia donde dijo que se le debía entregar el medicamento a la accionante y garantizarse su derecho a procrear, se evidencia una barrera para acceder a las TRHA y a los tratamientos de fertilidad, dado que es necesario someterse a un proceso largo; este implica que vaya ante un juez que le diga si se le dará o no la posibilidad de acceder a un tratamiento y si podrá o no concebir naturalmente.

Por su parte, en la Sentencia T-752 de 2007 el médico de la accionante explicó que la FIV era la última opción que ella tenía para concebir, aunque la mujer no contaba con los recursos económicos para costear el procedimiento. En este caso, la Corte Constitucional determinó la improcedencia de la tutela para lograr estos tratamientos. También, mencionó que no se puede obligar al Estado a garantizar la maternidad biológica, por tanto, negó la cobertura del procedimiento.

Asimismo, se encuentra el caso de una paciente que padecía endometriosis severa, por lo que requería de una FIV, más la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por su sigla en inglés: *intracytoplasmic sperm injection*). Este procedimiento costaba \$ 25 000 000 y la accionante no tenía los recursos económicos para pagarlo. En este caso, la solicitud se negó, puesto que ello no vulneraba sus derechos fundamentales y que se costeara con recursos públicos limitaría otros servicios ([Sentencia T-274, 2015](#); [expediente T-4.734.867](#)).

Si bien se han presentado casos en los que se observan las tres principales barreras de acceso a los procedimientos de fertilidad y a las TRHA, no se puede desconocer que un obstáculo en común es la necesidad de acudir a un juez que decida si es posible o no acceder a un tratamiento que permita la concepción biológica y si es posible o no el pleno ejercicio de los DSDR; esto puede vulnerar los derechos fundamentales de las personas

que sufren alguna enfermedad que les impide la concepción natural. Por ende, es menester reiterar la exhortación de la Corte Constitucional al Congreso de la República, con el fin de que expida una regulación para el acceso a las TRHA e, incluso, que contemple la viabilidad de que el Estado subsidie una parte de su costo para no desequilibrar los recursos públicos de la salud y que no se dejen de garantizar otros procedimientos vitales.

Para la Corte, que se excluyan sin excepciones las TRHA y los tratamientos de fertilidad “genera un déficit de protección para los derechos constitucionales de las personas y parejas diagnosticadas con infertilidad que carecen de la capacidad económica suficiente para acceder a dichas técnicas científicas con cargo a sus propios recursos” (Sentencia SU-074, 2020); dado que no favorece un adecuado desarrollo de los proyectos de vida, afecta la autonomía reproductiva y dificulta formar una familia cuando los sujetos no tienen los recursos económicos para acudir a la procreación con asistencia científica en goce de los derechos reproductivos. A su vez, genera afectaciones en su salud por las consecuencias psicológicas derivadas de la imposibilidad de concebir (Sentencia SU-074, 2020).

Conclusiones

Los DSDR son derechos fundamentales y, como tal, deben protegerse y garantizarse, dado que su vulneración afecta directamente la dignidad humana, la cual es un pilar de las normas y acciones del Estado colombiano. Para ello, aún es largo el camino para que el ordenamiento jurídico colombiano brinde un reconocimiento significativo, no solo a los DSDR, sino también a los tratamientos de fertilidad y a las TRHA, por medio de los cuales se protegen y salvaguardan derechos humanos y fundamentales. Colombia tiene un vacío normativo que desconoce la importancia de brindar acceso sin restricciones a las TRHA. Tanto así que la misma Corte Constitucional le ha solicitado al Congreso de la República legislar al respecto; solicitud que aún no se ha cumplido, porque la Ley 1953 de 2019 no puede considerarse un avance sustancial de los DSDR, de modo que se está incumpliendo con el principio de progresividad en materia de salud. Esta falta de regulación ha llevado a que los jueces tengan dificultades a la hora de fallar casos en los que se solicita acceso a las TRHA, porque las condiciones para ello no se han desarrollado, solo enunciado; en ese sentido, se exponen a diferentes interpretaciones.

Asimismo, se vulneran ampliamente los derechos fundamentales y la dignidad humana de las personas cuando, al desear o requerir acceder a las TRHA, se ven obligadas a pedirle a un juez que sea permitido esto, pues tienen que adelantar procedimientos jurídicos adicionales a los trámites administrativos que implica solicitar estos tratamientos. En este orden de ideas, que los tratamientos relacionados con problemas de fertilidad y las TRHA estén excluidos de los PBS es la principal barrera para acceder a ellos, en especial para quienes deben acogerse a lo que ofrece el PBS por falta de recursos económicos para costearlos particularmente. Por ende, si dejan de excluirse estos procedimientos del PBS, no será necesario que tantos ciudadanos tomen la vía judicial para solicitar protección de sus derechos fundamentales. Por falta de conocimientos técnicos y jurídicos, muchas veces se niega la posibilidad de acceder a las TRHA, dado que los accionantes desconocen los requisitos que la Corte Constitucional ha indicado para ordenar la realización a través de la tutela y no saben cómo probarlos, lo que representa otra barrera importante.

Si bien los costos de estos procedimientos son altos y, en ocasiones, tienen poco éxito, ello no es razón para negar la oportunidad de que las personas conciben hijos y conformen una familia. Por tanto, como garante de la dignidad humana y de los derechos fundamentales, el Estado debe esforzarse más en salvaguardar los derechos de estos individuos, sin que ello implique una mayor carga o desmejorar otros servicios de salud.

De esta manera, brindar la posibilidad de que se cubra un porcentaje del costo de los procedimientos por medio del PBS puede ser una opción para expandir progresivamente las garantías en estos servicios. Incluso, si algunos de los tratamientos para la fertilidad y las TRHA no dejan de excluirse del PBS, pero se legislan con claridad las condiciones y circunstancias que se deben cumplir para que excepcionalmente se acepten procedimientos que están por fuera del PBS, se daría un paso importante en la ampliación de garantías en materia de fertilidad y TRHA.

Teniendo en cuenta que no existe un listado taxativo de los procedimientos, los servicios y las tecnologías incluidos en el PBS, deberá entenderse que lo que no se mencione en la resolución de exclusión, se incluye en él; por consiguiente, los tratamientos para combatir la infertilidad y las demás TRHA (a parte de la FIV y la inseminación artificial) estarán cubiertos por el PBS. Así, no será viable utilizar el argumento de la exclusión para negar el acceso a los procedimientos en cuestión.

Además, es inconcebible que se siga sosteniendo que quienes no pueden concebir naturalmente solo tienen la adopción como alternativa para conformar una familia, porque si bien se está logrando uno de los fines, en el camino se están violentando importantes derechos fundamentales, como lo son los DSDR.

Para superar las barreras, los costos de los tratamientos para combatir la infertilidad y de los procedimientos de TRHA puedan ser cubiertos entre los usuarios y el sistema de forma proporcional con la capacidad económica de quien requiere el tratamiento. A su vez, es preciso facilitar su acceso, sin que se deba acudir a un juez para que decida si el sujeto puede o no someterse a un tratamiento que garantiza sus derechos fundamentales. En ese sentido, legislar y regular el acceso a las TRHA en el marco de la dignidad humana es un elemento que aún está en deuda y será vital para los jueces, el sistema de salud y los usuarios.

Finalmente, se resalta que esta investigación brinda un aporte significativo en la construcción de políticas orientadas a proteger y garantizar el acceso a las TRHA como mecanismo directo para salvaguardar los DSDR –por ende, de los derechos fundamentales y la dignidad humana–, debido a que el primer paso para buscar soluciones que permitan un mayor acceso es identificar los obstáculos que existen. En consecuencia, no se pretende agotar la discusión ni que las barreras descritas se consideren como las únicas, sino que representan aspectos esenciales para continuar con estudios que profundicen en el tema.

Referencias

- Arango Olaya, M. (2013). Derechos sexuales y reproductivos. En N. Lacrapette (Ed.), *Derechos humanos y mujeres: teoría y práctica* (pp. 211-240). Universidad de Chile.
- Bernal Caicedo, M. C. (2015). *La filiación materna en el alquiler de vientre en Colombia* [Tesis de grado, Universidad de Los Andes]. Repositorio Institucional Séneca. <http://hdl.handle.net/1992/18272>
- Cárdenas Sepúlveda, S. L. (2018). *Las técnicas de reproducción asistida desde los fundamentos de la dignidad humana del Estado social y democrático de derecho colombiano* [Tesis doctoral, Universidad Libre de Colombia]. Repositorio Institucional Unilibre. <https://hdl.handle.net/10901/29074>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993 [Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones]. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones]. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

- Congreso de la República de Colombia. (2019, 20 de febrero). Ley 1953 de 2019 [Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Política Pública de Prevención de la Infertilidad y su Tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva]. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1953_2019.html
- Constitución de la República de Colombia, arts. 1, 15, 16, 41, 42, 48, 49, 93.
- Corte Constitucional de Colombia. (1992, 8 de mayo). Sentencia T-002 de 1992 [M. P.: Alejandro Martínez Caballero]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-002-92.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1992, 26 de octubre). Sentencia T-571 de 1992 [M. P.: Jaime Sanín Greiffenstein]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-571-92.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1994, 5 de mayo). Sentencia C-221 de 1994 [M. P.: Carlos Gaviria Díaz]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1995, 18 de mayo). Sentencia C-225 de 1995 [M. P.: Alejandro Martínez Caballero]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/c-225-95.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2000, 23 de agosto). Sentencia T-1104 de 2000 [M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-1104-00.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2001, 3 julio). Sentencia T-689 de 2001 [M. P.: Jaime Córdoba Triviño]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-689-01.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2002, 25 de julio). Sentencia T-572 de 2002 [M. P.: Marco Gerardo Monroy Cabra]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-572-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2002, 17 de octubre). Sentencia T-881 de 2002 [M. P.: Eduardo Montealegre Lynett]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-881-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2002, 31 de octubre). Sentencia T-946 de 2002 [M. P.: Clara Inés Vargas Hernández]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-946-02.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2003, 19 de junio). Sentencia T-512 de 2003 [M. P.: Eduardo Montealegre Lynett]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-512-03.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2004, 16 de septiembre). Sentencia T-901 de 2004 [M. P.: Clara Inés Vargas Hernández]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-901-04.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2007, 25 de junio). Sentencia T-488 de 2007 [M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-488-07.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2007, 21 de septiembre). Sentencia T-752 de 2007 [M. P.: Clara Inés Vargas Hernández]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-752-07.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2008, 31 de julio). Sentencia T-760 de 2008 [M. P.: Manuel José Cepeda Espinosa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2009, 15 de octubre). Sentencia T-732 de 2009 [M. P.: Humberto Antonio Sierra Porto]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2009, 1 de diciembre). Sentencia T-890 de 2009 [M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-890-09.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2014, 18 de julio). Sentencia T-528 de 2014 [M. P.: María Victoria Calle Correa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-528-14.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2015, 6 de abril). Sentencia C-143 de 2015 [M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-143-15.htm>

- Corte Constitucional de Colombia. (2015, 12 de mayo). Sentencia T-274 de 2015 [M. P.: Jorge Iván Palacio Palacio]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-274-15.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2016, 1 de agosto). Sentencia T-398 de 2016 [M. P.: Luis Guillermo Guerrero Pérez]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-398-16.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2017, 8 de marzo). Sentencia C-147 de 2017 [M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-147-17.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2019, 28 de agosto). Sentencia C-391 de 2019 [M. P.: Carlos Bernal Pulido]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-391-19.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2020, 20 de febrero). Sentencia SU-074 de 2020 [M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/SU074-20.htm>
- Escobar Fornos, I. (2007). Derecho a la reproducción humana (inseminación y fecundación *in vitro*). *Cuestiones Constitucionales*, (16), 137-158. <https://doi.org/10.22201/ij.24484881e.2007.16.5790>
- Filstead, W. J. (1979). Qualitative methods: A needed perspective in evaluation research. En T. D. Cook y C. S. Reichardt (Eds.), *Qualitative and quantitative methods in evaluation research* (pp. 33-48). Sage.
- García, D. (2015). Metodología de la investigación jurídica en el siglo XXI. En W. A. Godínez Méndez y J. H. García Peña (Eds.), *Metodologías: enseñanza e investigación jurídicas. 40 años de vida académica. Homenaje al doctor Jorge Witker* (pp. 449-465). UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3983/24.pdf>
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. *Salud Pública de México*, 53, s144-s155. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5036>
- Güezmes García, A. (2004). *Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos*. Paltex.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <https://cutt.ly/LNxcmak>
- Hoyos Castañeda, I. M. (1998). Entre la naturaleza y la dignidad: reflexiones sobre el fundamento de los derechos humanos. *Pensamiento y Cultura*, 1(1), 143-165. <https://pensamientoycultura.unisabana.edu.co/index.php/pyc/article/view/979>
- Kant, I. (1980). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (M. García Morente, Trad.). Espasa.
- Lopera, J. D., Ramírez, C. A., Zuluaga, M. U., y Ortiz, J. (2010). *El método analítico*. CISH; Universidad de Antioquia.
- Maestre Ariza, M. P., y Mazeneth Peñaloza, L. F. (2016). *Técnicas de reproducción humana asistida y su incidencia en la filiación en parejas del mismo sexo* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional Javeriano. <http://hdl.handle.net/10554/36637>
- Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2008). *Modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes*. Ministerio de la Protección Social; UNFPA. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. MinSalud. <https://cutt.ly/cVb93VO>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020, 20 de febrero). Resolución 228 de 2020 [Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad].

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20228%20del%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2021, 22 de diciembre). Resolución 2273 de 2021 [Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud]. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202273%20de%202021.pdf
- Moadie Ortega, V. (2017). El novedoso concepto de familia influenciado por las técnicas de reproducción asistida (TRA) en Colombia: con un especial énfasis en la conformación de las familias homoparentales a través de las TRA. *Vis Iuris*, 4(7), 129-152. <https://doi.org/10.22518/vis.v4i72017.1146>
- Monroy, J. P. (2013). Técnicas de reproducción asistida y su incidencia en Colombia. *Verba Iuris*, (30), 135-150. <https://doi.org/10.18041/0121-3474/verbaiuris.30.2162>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1969). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cerd_SP.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. <https://cutt.ly/zNzU2VF>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Conferencia del Cairo de 1994*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2007). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Peces-Barba, G. (2007). *Educación para la ciudadanía y derechos humanos*. Espasa.
- Ríos Ríos, G. (2021). *La ciencia avanza más rápido que el derecho: el debate regulatorio de las técnicas de reproducción asistida en Colombia* [Tesis de grado, Universidad de Los Andes]. Repositorio Institucional Séneca. <http://hdl.handle.net/1992/53285>
- Santamaría, L. (2000). Técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos. *Cuadernos de Bioética*, 11(41), 37-47. <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/37.pdf>
- Upegui, O. A., Archila, J. J., y Otero, M. A. (2016). Materialización de los derechos sexuales y reproductivos: acceso a técnicas de reproducción asistida como garantía de la salud y autonomía reproductiva. *Temas Socio-Jurídicos*, 35(70), 213-228. <https://doi.org/10.29375/01208578.2508>