

**LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS –TRATAMIENTOS PARA LA
INFERTILIDAD-EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE
CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (2000-2014)**

**LAURA PATRICIA GOMEZ ANGARITA
KAREM PIÑA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
BUCARAMANGA**

2014

**LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS –TRATAMIENTOS PARA LA
INFERTILIDAD-EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE
CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (2000-2014)**

**LAURA PATRICIA GOMEZ ANGARITA
KAREM PIÑA**

**Trabajo de Grado para optar al título de
Abogado**

**Director
ORLANDO PARDO MARTINEZ
Doctor en Derecho**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
BUCARAMANGA
2014**

DEDICATORIA

A Angélica Juliana, pues por ella aún vivo...

A Padillita: Por develar mi fortaleza...

Al Profesor Orlando, por no permitirme desistir...

A Lukas, por llegar a mi vida...

A Él, porque sé que lo encontraré...

Karem Piña

A todas aquellas quienes desde el útero nos inspiran...

Laura Patricia Gómez Angarita

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a nuestra formación como abogadas y de contera como mejores seres humanos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	13
1. MARCO CONCEPTUAL E ITINERARIO DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA.....	21
1.1. EL INICIO O GESTACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	24
1.2. LAS DECLARACIONES DE DERECHOS Y SUS CONTENIDOS	24
1.3. DECANTACIÓN Y CONTENIDOS DEL CONCEPTO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	28
1.4. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y FORTALECIMIENTO JURÍDICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS	30
1.4.1. La Perspectiva Constitucional y su Desarrollo Jurisprudencial	31
1.4.2. Desarrollo Normativo.....	53
1.4.3. Los Proyectos Normativos Inconclusos.....	60
2. PROBLEMÁTICA DE LA SALUD REPRODUCTIVA.....	63
2.1. ELEMENTOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA	63
2.2. ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA	66
2.3. LA FERTILIDAD.....	69
2.4. LOS PROBLEMAS DE INFERTILIDAD	70
2.5. LOS TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD	74
2.6. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA.....	80
2.7. ACCESO A LOS PROCEDIMIENTOS.....	84
3. LÍNEA JURISPRUDENCIAL DE LA CORTE CONSTITUCIONAL SOBRE TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD (2000 – 2014)	88
3.1. PROBLEMA JURÍDICO	88
3.2. NICHOS CITACIONALES:.....	88
3.3. APLICACIÓN DE LA INGENIERÍA DE REVERSA	91
3.4. SENTENCIA FUNDADORA DE LÍNEA	92
3.5. SENTENCIA CONFIRMADORA DE LÍNEA.....	93
3.6. SENTENCIA ARQUIMÉDICA O PUNTO DE APOYO	94
3.7. SENTENCIAS DESESTIMATORIAS DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	95

La Corte no se pronuncia por haber un HECHO SUPERADO	110
Esquema de la Línea Jurisprudencial.	113
4. ALTERNATIVAS JURÍDICAS PARA LA INFERTILIDAD Y EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LATINOAMÉRICA	116
4.1. ADOPCIÓN EN COLOMBIA	116
4.1.2. El Proceso de Adopción.....	118
4.1.3. Estadísticas de Adopción.....	120
4.1.4. Problemática del Proceso	121
4.2 REGULACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDAS- TRMA- EN HISPANOAMÉRICA.	124
CONCLUSIONES	130
BIBLIOGRAFÍA.....	134
ANEXOS	139

LISTA DE TABLAS

Tabla1. Instrumentos ratificados	59
Tabla 2. Principales tratamientos para la Fertilidad.....	76
Tabla 3. Resumen de TRMA.....	81
Tabla 4. Costos aproximados de tratamientos por infertilidad.....	85
Tabla5. Centros de Fertilidad en Colombia.....	86
Tabla6. Esquema de línea jurisprudencial.....	113

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formulario de solicitud de adopción del ICBF.....	139
Anexo B. Guía del procedimiento de adopción en Colombia.....	142
Anexo C. Boletín oficial de la República de Argentina.....	145
Anexo D. Carta enviada al Ministerio de Salud y Protección Social.....	148

RESUMEN

TITULO: LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS -TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD -EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (2000-2014)*

AUTORES: KAREM PIÑA – LAURA PATRICIA GÓMEZ ANGARITA**

PALABRAS CLAVE: DERECHOS, REPRODUCTIVOS, TRATAMIENTOS, FERTILIDAD, JURISPRUDENCIA, ADOPCIÓN, REPRODUCCIÓN, SALUD

DESCRIPCIÓN: El presente trabajo de investigación estudia la situación de los derechos reproductivos de la mujer ante la negativa por parte de una EPS (Entidad Promotora de Salud), en el territorio colombiano, de entregar medicamentos y/o realizar exámenes diagnósticos y procedimientos quirúrgicos con el fin de combatir una enfermedad en su aparato reproductor que, de manera derivada, podría ser la causa de la infertilidad, argumentando que son tratamientos para la fertilidad por la falta de especificidad en las exclusiones del POS (Plan Obligatorio de Salud), también en territorio colombiano. Para tal fin, se analizan los diversos instrumentos internacionales y el desarrollo normo-constitucional nacional de los derechos reproductivos y su relación con otros derechos, así como las políticas y mecanismos que existen para su protección. Posteriormente, se da cuenta de los principales conceptos médicos, costos y problemáticas alrededor de los tratamientos para la fertilidad, dentro de los cuales se encuentran las soluciones médicas y quirúrgicas, además de las técnicas de reproducción médicamente asistida. Acto seguido, se examina la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional colombiana entre los años 2000 y 2014 determinando el precedente y su aplicación; a su vez, en respuesta a este precedente, se realiza una revisión al proceso de adopción en Colombia como una posible alternativa planteada en la jurisprudencia. Finalmente, la investigación da a conocer la situación legislativa actual de otros países respecto de la reproducción médicamente asistida y su inclusión en los planes de salud.

*Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Derecho y Ciencia Política. Director: Orlando Pardo Martínez

ABSTRACT

TITLE: REPRODUCTIVE RIGHTS TREATMENT FOR INFERTILITY-IN JURISPRUDENCE OF COLOMBIAN CONSTITUTIONAL COURT (2000-2014)*

AUTHORS: PIÑA KAREM PIÑA – GÓMEZ ANGARITA LAURA PATRICIA **

KEYWORDS: REPRODUCTIVE, RIGHTS, FERTILITY TREATMENTS, JURISPRUDENCE, ADOPTION, REPRODUCTION, HEALTH.

DESCRIPTION: This research project addresses the situation of women's reproductive rights regarding the refusal of an EPS (Entidad Promotora de Salud - Health Promoter Entity), in Colombian territory, to deliver medications and/or perform diagnostic tests and surgical procedures aimed to combat a disease on the female reproductive system. The result of which can be the cause of infertility. The EPS maintain such refusal since they consider those procedures as fertility treatments due to the lack of specificity in the exclusions of POS (Plan Obligatorio de Salud - Compulsory Health Plan), also in Colombia. For this purpose, many international instruments and constitutional development of national-ruled reproductive rights and their relation to other rights, as well as policies and mechanisms that exist for their protection, are discussed. Thus, the research covers the main medical concepts, costs and issues around fertility treatments, among which both medical and surgical solutions take place, including the techniques of medically assisted reproduction. Then, we examine into the jurisprudence line developed by the Colombian Constitutional Court between 2000 and 2014 determining the precedent and its application; in turn, in response to this precedent, it is made a review of the adoption process in Colombia, raised it as a possible alternative in case law. Finally, the research reveals the current legal situation in other countries regarding the medically assisted reproduction and its inclusion in health plans.

* Work Degree

** . School of Law and Political Science. Directed by Orlando Pardo Martínez

INTRODUCCIÓN

Génesis 1, 28. Dios los bendijo y les dijo: "Sed fecundos y multiplicaos, poblad la tierra y sometedla; dominad sobre los peces del mar, las aves del cielo y cuantos animales se mueven sobre la tierra".

Recuerdo de pequeña mi primer juguete: una muñeca a la que debía cuidar como si fuese una bebé: darle de comer, cambiarle el pañal, pasearla en su coche y cargarla cuando lloraba. Era lo último en tecnología de muñecas y recuerdo cuando mi tía, no mi mamá, mi tía me dijo: Cuídala mucho, porque así será cuando seas grande.

Luego crecí y me seguían diciendo, tienes que estudiar y luego conocerás a un buen hombre del que te enamorarás, con el que te casarás y luego tendrás hijos; todo es un ciclo, esa es una de las principales funciones dadas por la naturaleza a las mujeres: tener hijos y cuidarlos.

Efectivamente entré a estudiar y me enamoré, luego me desenamoré y así sucedió muchas veces, más de las que podría haber deseado. Igual ocurrió con el estudio, me enamoraba y me desenamoraba. Luego volví a enamorarme y a estudiar, las dos cosas al tiempo, entré a estudiar Derecho y estaba enamorada, qué más podía pedirle a la vida: ¡era feliz! Luego, llegó la noticia: estaba embarazada, en ese momento mi pareja y yo tuvimos que obligarnos a tomar decisiones, difíciles por cierto, respecto de lo que íbamos a hacer: el tenerlo nunca estuvo en discusión a pesar de que no había sido planeado, pero sí evaluamos qué tipo de familia íbamos a formar, es decir, nos casábamos o conformábamos una unión marital de hecho, unión libre que llaman, si tendríamos otros hijos o no y sobre todo, debía afiliarme *ipso facto* a una EPS. Acordamos no casarnos, y lo de tener más hijos lo dejamos sobre la mesa, de momento nos preocuparíamos por

ese embarazo, que resultó ser de alto riesgo y nuevamente tuvimos que tomar decisiones: aplazar el semestre en la universidad y dedicarme a estar embarazada...infortunadamente las cosas no resultaron como queríamos, mi embarazo no llegó a término y nuestra hija falleció. En medio de la tristeza, mi compañero permanente y yo decidimos “en caliente”, pues fue el día que íbamos para el cementerio a cremar a Angélica Juliana, que intentaríamos, y esta vez con conocimiento de causa, lograr un nuevo embarazo, de eso han pasado tres años, tres meses y 27 días y aún no he vuelto a quedar en estado de gravidez.

A los tres meses de su fallecimiento, el ginecólogo ordenó una serie de exámenes médicos para determinar cuál había sido la razón por la cual mi embarazo no había llegado a término, es decir, cuál era la causa de mi infertilidad. Dentro de esos exámenes había unos que mi compañero debía realizarse, pero que su EPS (que no era la misma a la que yo me encontraba afiliada) le negó y todo se quedó así, es decir, no me realizaron los estudios médicos para determinar cuál era la posible causa de mi infertilidad. Esta fue la razón que me llevó a investigar sobre la infertilidad.

Cuando me reuní con Laura y le comenté sobre el tema y la invité a que trabajáramos juntas, no debo negar que la dos teníamos reservas, me explico: Ella y yo somos dos mujeres completamente diferentes, no solo físicamente, aunque afortunadamente en el ámbito intelectual no somos tan diferentes, pues las dos somos curiosas, inquisitivas, lectoras, conversadoras, y estudiamos Derecho porque estamos convencidas de su vital importancia para la sociedad y sobre todo porque nos gusta, no porque nos trajeron...Pero la razón principal para la reserva radicaba en el hecho de que yo era parte de la investigación misma en razón a la infertilidad que me aquejaba y a la falta de respuestas médicas de la cual había sido objeto, es decir, toda mi subjetividad estaba a flor de piel...

Resultó entonces, que este temor era la principal razón por la cual debíamos acompañarnos en esta travesía: porque ella tendría la objetividad de la que yo carecía, y podía encausarme cada vez que intentara desviarme.

Ya estábamos listas para trabajar, pero ella recordó algo: su mamá había tenido que acudir a un tratamiento para regular la prolactina, tomar estrógenos y progesterona ya que después de tres años de casada no lograba concebir. Sólo después de iniciado el tratamiento, que tuvo que costear de su peculio, nació Laura. Eso nos preocupó porque podría restar la objetividad que tanto necesitábamos, pero aun así decidimos arriesgarnos.

Al igual que yo, Laura había recibido muñecas a las que debía cuidar como si fuesen un hijo, es más, aún las conserva, y también recibió el consejo de formar una familia y ser madre. Igualmente se enamoró y desilusionó, y al parecer meditará más a fondo, y ahora mucho más gracias a este trabajo, esa decisión tan importante de ser madre o no y de conformar una familia o no.

Dicho esto, y volviendo a lo que cita el Génesis, para la mayoría de mujeres que tenemos creencias y principios religiosos, pensar en cumplir este mandato de Dios no debería constituirse en un problema: multiplicarse, que cosa más fácil, pero infortunadamente, para un buen número de mujeres colombianas, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana –Profamilia- en el 2010, el 6.6% de las mujeres en edad fértil, con pareja sexual estable y sin uso de anticonceptivos, eran infértiles.

Saber esto en principio no debería causarnos mayor preocupación, pues no estamos en el siglo XVI, y no pasaríamos por lo que paso María Tudor, hija de Enrique VIII y reina de Inglaterra:

en esa época la historia de las mujeres era muy dramática porque eran haga de cuenta dinastías reproductoras, entonces si no daban cría, si no se les podía sacar cría su vida no tenía sentido, mejor dicho la habían perdido era toda...pues María Tudor va a intentar tener un hijo y nada, y va a tener embarazos fantasmas y eso va a tener toda clase de delirios pensando que está embarazada porque la presión sobre ella es muy dura y resulta que no puede tener hijos, y no y nada y es estéril, y Felipe II se cansa de hacer el intento, entonces se va y ella se queda sola, amargada y sin heredero.¹

Por el contrario, dados los múltiples avances tecnológicos y científicos en el área de la salud, específicamente en lo concerniente a la reproducción, además de la garantía de vivir en una sociedad que en 1991 decidió que nuestra forma de Estado iba a ser la de un Estado Social de derecho fundado entre otros pilares, en la dignidad humana y en la solidaridad, deberíamos estar tranquilas, pero al parecer no es tan cierta esta situación, ya que ante el hecho de que yo no hubiese podido saber cuáles eran las causas de mi infertilidad y posteriormente saber a lo que se vio abocada la madre de Laura, tuvimos que preguntarnos si existían en nuestro ordenamiento jurídico soluciones legales o en su defecto jurisprudenciales frente a la enfermedad que aqueja al 6.6% de féminas colombianas y que para algunas, no nos atrevemos a decir que para la mayoría, se constituye en un óbice para alcanzar una de sus metas de realización personal: tener un hijo.

Ahora bien, cuando asumimos la investigación, encontramos que la infertilidad o bien, los tratamientos para combatirla, formaban parte de un tema eminentemente importante para nosotras como mujeres y como futuras abogadas: **los derechos reproductivos**. Estos derechos cuyo reconocimiento se ha venido gestando a través de diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos, fueron

¹ URIBE Diana. La historia de Inglaterra.
<http://www.mediafire.com/download/mgyin14nl2m/05++La+Guerra+de+las+dos+Rosas%2C+Casas+din%C3%A1sticos+de+Lancaster+y+York++Isabel+I%2C+Mar%C3%ADa+Estuardo+Reina+de+Escocia.mp3>, Colombia, 2009.

definidos (aunque su conceptualización aún se encuentra en construcción) por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo de 1995 así: *los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos, y a su vez reconocen, respetan y garantizan la **autodeterminación reproductiva** entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, cuándo con qué frecuencia y en ese sentido planear su propia familia; y **la atención de la salud reproductiva**, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos; tratamientos para la infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (inclusive la anticoncepción de emergencia o del día después); interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes y programas de prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino, como el cáncer de mama y el de próstata.*

En el acceso a la salud reproductiva se encuentra el *quid* de nuestro trabajo de investigación, porque si bien es cierto que es vital que todos y cada uno de los seres humanos tengamos el derecho básico a decidir si procreamos o no, con quién lo hacemos y cuándo (autodeterminación reproductiva), más lo es, que en el momento en que encontremos a la persona indicada para hacerlo (es el deber ser) podamos hacerlo y para que esta decisión no se quede en palabras es menester

que exista una tabla de salvación (acceso a la salud reproductiva) que nos lo posibilite en el evento en que se presenten talanqueras.

Una de esas talanqueras, puede ser la infertilidad, que natural o no, constituye un traspíe al goce de los derechos reproductivos que tenemos todas las mujeres, por el solo hecho de serlo. Cuando esta infertilidad es consecuencia de una falencia de nuestro aparato reproductor, léase miomas, síndromes adherenciales, etc., esperamos poder ejercer nuestros derechos reproductivos como un derecho fundamental que consagra nuestro Estado Social de derecho, y de no ser una dolencia de este tipo, es decir, en tratándose de una infertilidad secundaria, sino una infertilidad primaria, algunas mujeres consideran que es deber de nuestro Estado satisfacer tal incapacidad natural de procrear a través de las técnicas de reproducción medicamente asistidas (TRMA).

Estos dos aspectos son la razón de ser del presente trabajo, es decir, lo que pretendemos estudiar a lo largo del mismo, son las distintas posiciones que ha asumido la Corte Constitucional colombiana (2000-2014) y la ley frente a los tratamientos para la infertilidad, como expresión de los derechos reproductivos, entendidos estos como derechos humanos.

Ahora bien, los derechos reproductivos no se explican y muchos menos se entienden por separado, es menester recurrir a la relación y concatenación que guardan con derechos fundamentales tales como el derecho a la vida, a la dignidad humana, a la libertad, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a conformar una familia, etc. Lo anterior se explica en razón a que los derechos reproductivos abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales e instrumentos internacionales, y son una parte integral e indivisible de los derechos humanos porque permiten su vigencia en el terreno de la sexualidad y la reproducción.

En la Constitución Política de 1991, los derechos mencionados anteriormente adquieren el carácter de fundamentales (Título II, Capítulo 1) que, en atención a su prevalencia, encuentran en la acción de tutela la protección inmediata de su núcleo esencial cuando el mismo se ve vulnerado o amenazado. Mientras que en el capítulo II del mismo título se encuentran los derechos sociales, económicos y culturales, mejor conocidos como de II generación, que por su misma naturaleza no son susceptibles *prima facie* del amparo constitucional. Dentro de este acápite, se encuentran derechos tales como el derecho a conformar una familia, a la salud y a la seguridad social, que son de gran pertinencia para nuestro tema.

En punto del derecho a la salud, el artículo 49 constitucional, lo estableció con una doble connotación, es decir, es tanto un derecho como un servicio público, en ese sentido le compete al Estado organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Su garantía, dada su naturaleza prestacional, implica *per se* que el Estado debe racionalizar la inversión suficiente para que este pueda cobijar a todos los habitantes del territorio nacional sin el desmedro de la garantía de otros derechos.

El derecho a la salud, en razón a las necesidades de nuestra sociedad y por acción de la Corte Constitucional, mutó a derecho fundamental, pero esto no significó que perdiese su naturaleza prestacional. Este asunto es significativamente importante en nuestro estudio, toda vez que al no ser absoluto, admite salvedades, como las que se manifiestan en las exclusiones que se contemplan para el Plan Obligatorio de Salud (POS), al que tenemos derecho todos los ciudadanos.

Dentro de estas exclusiones podemos encontrar los Tratamientos para la infertilidad como una exclusión “específica” dado el alto costo que estos

procedimientos representan para el exiguo presupuesto que anualmente se destina al sector salud.

A partir de lo antecedido consideramos pertinente evaluar la real y efectiva protección de los derechos reproductivos, reconocidos por los instrumentos internacionales y por nuestro sistema jurídico, y que se encuentran en cabeza de las mujeres colombianas, teniendo en cuenta la exclusión que hace el POS de los tratamientos para la infertilidad.

1. MARCO CONCEPTUAL E ITINERARIO DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Establecen diversos doctrinantes del Derecho que los derechos viabilizan la materialización de principios, a su vez, que permiten reconocer, respetar y proteger las particularidades políticas, culturales, raciales y sexuales de las personas. En el mismo sentido se expresan los derechos subjetivos que se constituyen en los llamados derechos fundamentales, los cuales se encuentran plasmados en un sinnúmero de cartas fundamentales, incluida la nuestra, y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, teniendo en cuenta al hombre considerado en sí mismo, en relación con la familia, con las cosas y con el medio al cual pertenece. Ahora bien, los derechos humanos son los que se tienen por el simple hecho de ser humano. *Unidos por los Derechos Humanos*², organización internacional sin ánimo de lucro, dedicada a implementar la Declaración Universal de Derechos Humanos a nivel regional, nacional e internacional considera que estos *se basan en el principio de respeto por el individuo, su suposición fundamental es que cada persona es un ser moral y racional que merece que lo traten con dignidad. Se llaman derechos humanos porque son universales. Mientras que naciones y grupos especializados disfrutan de derechos específicos que aplican sólo a ellos, los derechos humanos son los derechos que cada persona posee (sin importar quién es o dónde vive) simplemente porque está vivo.*

En igual dirección, la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) señala que *los derechos humanos son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos. Sin ellos no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, nuestra inteligencia, talento y espiritualidad; son los atributos inherentes al ser, representan instrumentos que promueven el respeto a la*

² Qué son los Derechos Humanos? <http://es.humanrights.com/#/what-are-human-rights>, 2014

dignidad humana y responden a las necesidades de las personas, grupos y sociedades.

De igual forma, es de vital importancia significar que los derechos humanos no se entienden separados unos de los otros, son un entramado; conculcar uno conlleva el soslayo de los otros, y la materialización y ejecución de uno implica de contera la de los otros. Asimismo, es relevante explicar que los derechos humanos son universales e incluyentes, esto dado que los seres humanos somos únicos y diferentes y sería un absurdo ideológico tener que dejar de ser quienes somos, es decir, abandonar nuestra identidad para poder ejercerlos.

Tenemos que, dentro de los derechos humanos encontramos los llamados Derechos Reproductivos, y que son los que nos interesan para nuestro trabajo, dichos derechos fueron definidos por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, 1995 (en adelante CIPD) así:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

De igual forma, en el 2003 el Ministerio de la Protección Social implementó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la que incorporó una definición de salud reproductiva que tiene como base la definición de salud dada

por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y los aportes de la CIPD y de la V Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing1995 definiendo la salud reproductiva así:

Se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos. Un buen estado de salud reproductiva implica la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la reproducción, independientemente de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Debemos resaltar que dichas conceptualizaciones aún se encuentran en construcción y que su proceso no ha sido pacífico, en atención a la diversidad ideológica y la resistencia por parte de algunos países (sudeste asiático³), para quienes hablar de Derechos Reproductivos no forma parte de su agenda de gobierno. Con base en lo anterior, presentamos una reseña de cómo se han ido construyendo tales conceptualizaciones.

³Conceptos de Derechos Reproductivos en el Mundo <http://www.humanium.org/es/matrimonio-infantil/>, 2014.

1.1. EL INICIO O GESTACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Como esbozamos anteriormente, los derechos reproductivos por ser derechos humanos son inherentes al ser humano, pero su aceptación y reconocimiento por parte de los gobiernos no ha sido espontáneo y menos aún sosegado. Se ha dado en atención a los diferentes movimientos sociales, culturales y económicos y los diversos avances técnicos y científicos que se han venido gestando en nuestra sociedad, que ha sido menester incluir en el derrotero político internacional un tema de tratamiento harto álgido como lo es el de la reproducción. Estas discusiones han permitido que a través de las últimas décadas se haya comprendido que los asuntos relacionados, y que se desprenden de este tema no son otra cosa que verdaderos derechos humanos y es así como se ha venido fortaleciendo y evolucionando en tales definiciones.

Respecto sobre cuál institución o quién o cuándo se habló por primera vez sobre Derechos Reproductivos no hay consenso, algunos activistas e instituciones versados sobre la materia dicen que fue en una u otra conferencia.

1.2. LAS DECLARACIONES DE DERECHOS Y SUS CONTENIDOS

- Declaración de los Derechos Humanos, 1948: Escritores⁴ sobre el tema indican que el embrión de la discusión sobre los Derechos Reproductivos se dio aquí. Toda vez que además de reconocerse el derecho de todas las

⁴ *CALDERÓN María Cristina. Los Derechos y la salud sexual y reproductiva. Oficina Asesora Derechos sexuales y reproductivos PROFAMILIA. Ponencia. presentada en las jornadas de Formación de Funcionarias y Funcionarios de la Defensoría del Pueblo. Bogotá Marzo-Abril de 2006. Citada por Defensoría del Pueblo y otros. Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos. TORREBLANCA Agencia Grafica. 2007.

*PROFAMILIA. Sexualidad y Reproducción. ¿Qué derechos tienen las colombianas y los colombianos? Bogotá D.C.: 2005. Pag.11.

*Maza Alvear Lucía y otra. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf, 2011.

personas a la salud se habla por vez primera de salud materna cuando se señaló que: *la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

- Convenio relativo a la protección de la maternidad, OIT, 1952: La conceptualización de Salud Materna cobra mayor importancia.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. En su artículo 12 reza que: *Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
- Conferencia de Teherán, 1968: Se avanza en el tema, cuando se dijo que: *Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos.*
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest, 1974: Que aprobó el Plan de Acción Mundial para la Población, reafirmó el derecho a la decisión reproductiva y se amplió para incluir a las parejas y a los individuos. De esta manera se permitió que la decisión de tener hijos o no tenerlos fuera considerada como una prerrogativa personal y se acercara a los otros derechos humanos.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, Kazajistán, 1978: Se desarrolla aún más el concepto de salud reproductiva al introducir la planificación familiar como uno más de sus componentes.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979: Recoge nuevamente el derecho a acceder a información y asesoramiento sobre planificación familiar y en el artículo

16 se reconoce el derecho de la mujer y el hombre a decidir libremente sobre el número de sus hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos, es decir, se reconoce la autodeterminación reproductiva.

- Conferencia Internacional de Población de México, 1984: Se reiteró que la planificación familiar es el Derecho Humano básico de todas las parejas e individuos. De igual forma, se progresó en lo relativo al concepto de responsabilidad en dos aspectos. Por una parte, exhortando a los individuos y parejas a que ejerzan sus derechos reproductivos **teniendo en reparo su propia situación**, y los alcances que tienen sus decisiones para el desarrollo de sus hijos, de la comunidad, y de la sociedad en la que viven. De otra parte, se sustentó que aunque este derecho era objeto de una aceptación general, muchas parejas e individuos se hallaban en condiciones sociales, económicas o culturales que imposibilitaban su ejercicio porque carecían de información, educación y no tenían acceso a una variedad apropiada de métodos y servicios complementarios. Es ahí donde se involucra la responsabilidad de los Estados de garantizar el ejercicio de este derecho y de suministrar la información, educación y servicios necesarios para ello.
- Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Nairobi, Kenia, 1985: Los versados en el tema explican que en esta Conferencia se habló de la inclusión e integración de la planificación familiar dentro del campo de los derechos reproductivos.
- Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (ICPD), Cairo, Egipto, 1994: El concepto de salud reproductiva y sexual reemplazó los conceptos sobre control del crecimiento de la población y salud materna e infantil. El Programa de Acción resultante, aprobado por consenso, es el primer instrumento internacional que contiene

abiertamente los derechos reproductivos dentro de los derechos humanos a proteger y se afirmó que: *los derechos reproductivos son una categoría de derechos humanos que ya han sido reconocidos en tratados internacionales y que incluyen el derecho fundamental de todas las personas a decidir libremente el número y el espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.* Este programa estableció además, que *la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.* También se define que comprenden el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar y salud en ese campo a través de la prevención y la resolución de sus problemas, inclusive los tratamientos para la infertilidad. Igualmente exhortó a los países a que perseveren para que la salud reproductiva esté al alcance de todos *lo antes posible y a más tardar para el año 2015.*

- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, Beijing, 1995: Se reitera en los derechos de las mujeres y se perfila y refuerza el concepto de salud reproductiva. Se aprueban la Declaración y la Plataforma para la Acción reconoce que *la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos y que es un derecho humano de la mujer el control sobre las cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva y a decidir libremente sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia.*
- Cumbre del Milenio, ONU, 2000: Los derechos reproductivos se hicieron presentes cuando se planteó dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, exactamente en el número 5 *Mejorar la salud materna: reduciendo la mortalidad materna y logrando el acceso universal a la salud reproductiva.*

1.3. DECANTACIÓN Y CONTENIDOS DEL CONCEPTO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS

Lo que se desprende de las anteriores instrumentos internacionales, es que los derechos reproductivos, especialmente de las mujeres, son derechos humanos que deben formar parte de las políticas de los gobiernos por ser una cuestión de justicia social y que la materialización del derecho a la salud, como derecho fundamental solo puede darse si se propende por la defensa y protección de los derechos reproductivos, entendidos estos como derechos humanos.

Hasta la fecha, en estas conferencias donde se ha debatido el tema concerniente a los derechos reproductivos tal y como se mencionó previamente, su concepto viene logrando una aceptación mundial, obviamente condicionada al entorno cultural, social, político y económico de cada país, y en ellas se ha aceptado, evidentemente, que los derechos reproductivos de todos los individuos son una cuestión de justicia social que solo puede materializarse amparando y reconociendo a cabalidad todos y cada uno de los aspectos que los comprenden.

De igual forma, se debe entender que los derechos reproductivos no son una cuestión de género, pues su titularidad se encuentra tanto en la cabeza de los hombres como de las mujeres, pero no se puede desconocer, que su reconocimiento, aceptación, protección y materialidad cobra mayor importancia para las mujeres, toda vez que la determinación de procrear o inhibirse de ello afecta directamente su decisión de vida, pues son sus cuerpos los dadores de vida, y, *aunque no debería ser así, son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus*

*decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado*⁵. Teniendo en cuenta lo anterior, podemos afirmar que los derechos reproductivos permiten a los seres humanos decidir libremente y sin discriminaciones sobre la posibilidad o no de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. Al mismo tiempo involucran el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que permitan una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de padecimientos del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata, así como tratamientos para la infertilidad. De lo anterior, se colige que estos derechos **reconocen, respetan y garantizan**:

- a. **La autodeterminación reproductiva**, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, cuándo, con qué frecuencia y en ese sentido planear su propia familia; y
- b. **La atención de la salud reproductiva**, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos; tratamientos para la infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (inclusive la anticoncepción de emergencia o del día después); interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes y programas de prevención y tratamiento para las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino, como el cáncer de mama, útero y el de próstata.

De la misma manera, lo anteriormente expresado nos permite afirmar que los derechos reproductivos conllevan, entre otros, el derecho a:

- a. Decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo;

⁵CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-732-09, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

- b. Que hombres y mujeres decidan de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres;
- c. Decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar;
- d. Recibir métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces, inclusive la anticoncepción de emergencia o del día después;
- e. Que las mujeres no sean blanco de discriminaciones o tratos desiguales en razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia;
- f. Acceder a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y se brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos;
- g. Contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva;
- h. Tener acceso a los beneficios del progreso científico, para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.

1.4. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y FORTALECIMIENTO JURÍDICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

En atención a que el vigor y garantía de los derechos reproductivos no se da por generación espontánea, sino que comprende presunciones de libertad, que requieren del Estado abstenciones, pero también contienen exigencias de tipo prestacional, que demandan del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para establecer taxativamente las prestaciones exigibles es pertinente y necesario revisar la normatividad que los ampara y recapitular que ellos no se entienden por si solos, que se encuentran imbricados con otros derechos que, a su vez, los avalan y complementan. En efecto, si bien es cierto que, en principio fueron, y aún siguen

siendo, los diferentes tratados internacionales la base para el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos, especialmente de las mujeres, este reconocimiento no surge de la nada, ya que parte de la protección a otros derechos fundamentales como la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la integridad personal, el estar libre de violencia, y que a su vez se erigen en el núcleo esencial de los derechos reproductivos.

Es importante tener en cuenta, que tal y como lo manifiesta la historia y lo ratifica la Corte Constitucional en la sentencia C-355-06 M.P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, respecto de las mujeres frente a situaciones que la afectan sobre todo y de manera diferente, como son aquellas concernientes a su vida, y en particular aquellas que conciernen a sus derechos reproductivos, es por eso que la mayoría de ellos tiene una especial connotación en relación con las féminas. Hacemos esta aclaración en razón a que la generalidad de los derechos reproductivos se encuentra en cabeza de nosotras, las mujeres. Siendo entonces, la mujer un sujeto de especial protección constitucional, sus derechos y prerrogativas tienen un realce a la luz de nuestro ordenamiento jurídico. Situación que imprime a todo el Estado (incluidos el legislativo y el judicial) el respeto, garantía y efectividad de sus derechos.

Con base en lo anterior, en este apartado, revisaremos inicialmente cómo están protegidos constitucionalmente estos derechos y su relación con otros consignados en nuestra carta, así como cuáles de las Conferencias mencionadas previamente han sido ratificadas por el Estado colombiano y mediante qué Ley aprobatoria y finalmente qué dice nuestra legislación al respecto. Esto nos ayudará a entender, jurídicamente, cuál es el trato, la relevancia y, por supuesto, cuál es la naturaleza que le fue dada por nuestro Estado Social de Derecho a los Derechos Reproductivos.

1.4.1. La Perspectiva Constitucional y su Desarrollo Jurisprudencial

Los derechos reproductivos de las mujeres han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos⁶. De tal forma, si bien es cierto que el Estado colombiano considera que los derechos reproductivos son una parte fundamental de los Derechos Humanos, y deben ser una de las columnas de nuestro Estado Social de derecho estos no se encuentran explícitamente desarrollados en la Constitución Política, es decir, no hallaremos dentro de nuestra Carta Magna un artículo en específico que haga mención manifiesta de ellos; pero si se evidencian en estrecha relación con otros. A continuación se relacionan los principios y derechos que se relacionan con los distintos aspectos de los derechos reproductivos:

1.4.1.1. Dignidad humana: En el argot popular, hablar de dignidad permite referirnos a un especial derecho que se deriva de un estatus de superioridad; a una reivindicación que emana directamente de la especial condición del sujeto. En este sentido, el vocablo dignidad humana, consagrado en el artículo primero de la Carta Política, en su sentido natural y obvio se refiere a una forma de dignidad intrínseca que se tiene en virtud de ser humano. Esto es, que la dignidad humana debe entenderse como la confirmación de una valía propia del ser humano, que existe con independencia de la situación en que éste se encuentre y del valor de sus acciones. El reconocimiento de la dignidad humana implica, por tanto, el asentimiento de que el sólo hecho de ser humano confiere al individuo un estatus que lo ubica por sobre las otras cosas y le hace merecedor de un trato diferente de aquello que pertenece al mundo. *Significa que el individuo humano, sea cual sea su condición o circunstancia, es de suyo un ser merecedor de un trato adecuado a su especial estatus, y que en consecuencia es un ser exigente ante el derecho. Significa, además, que por su especial jerarquía y superioridad*

⁶CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-355-06. M.P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

*respecto de las demás cosas, no puede recibir el mismo trato que se da a estas, y que, en consecuencia, no puede hallarse bajo ningún otro dominio que aquel que él mismo ejerza sobre su propio ser*⁷. Por lo que jurídicamente, se entiende como el principio fundante del ordenamiento legal y constituye el presupuesto esencial de la consagración y efectividad de todo el sistema de derechos y garantías de la Constitución. En el mismo sentido, se considera que la dignidad humana se instituye como la base axiológica de nuestra Constitución, de la cual emanan derechos fundamentales de las personas, es fundamento y pilar ético del ordenamiento jurídico. También se pregona que ella ampara: *la autonomía o posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como se quiere); ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien) y; la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)*⁸.

La dignidad humana garantiza así, un espacio de autonomía y de integridad moral que debe ser respetada por todos: el Estado y la sociedad. En cuanto a la mujer, el ámbito de protección de su dignidad humana hace referencia a las determinaciones que contemple para su plan de vida, entre las que indubitablemente se encuentra su autonomía reproductiva.

- 1.4.1.2. Derecho a la igualdad y no discriminación: En lo concerniente con el derecho a la igualdad, nuestra Corte Constitucional, se ha pronunciado reiteradamente afirmando que este derecho no se circunscribe a una *igualdad mecánica y matemática* sino en otorgar un trato igual, acorde con la condiciones de vida de cada ser humano. Lo que esto significa,

⁷CORTE CONSTITUCIONAL, Salvamento de voto a la sentencia C-355-06.

⁸CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-881-02 M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

es que la aplicación efectiva de la igualdad solo es posible cuando no se desechan o ignoran las condiciones que afectan o caracterizan cada uno de los individuos. Sin embargo, no se puede ignorar que la eficacia del derecho permite que se dé un tratamiento diferente a sujetos puestos en la misma situación, cuando exista motivación razonable que lo permita. En el mismo sentido, la Convención de la Mujer pone de presente el derecho de las mujeres a disfrutar de los derechos humanos en condiciones de igualdad con los hombres, y la exclusión de las barreras que no permitan el goce real de sus derechos legal y legítimamente reconocidos. En relación, con los derechos reproductivos, la igualdad se conculca cuando se es discriminado o se imponen ciertos reparos por las decisiones que se hayan tomado frente a su posibilidad de procrear, al número de hijos, o su decisión de usar o no métodos anticonceptivos.

- 1.4.1.3. Derecho a la intimidad personal: Podemos definirlo como una esfera de la vida del hombre donde el Estado, incluso el legislador, u otras personas no pueden entrar y si lo hacen, están expuestos a ser, con toda razón, expulsados. Este derecho permite y sobre todo reconoce que es necesario que cada ser humano pueda manejar su vida y tomar las decisiones, sean buenas o malas, sin que “Juanito o Perencejo” estén entrometiéndose en su órbita personal. Es como dijo el Juez William Brennan (uno de los jueces más progresistas de la Corte Suprema de Estados Unidos en el siglo XX), en 1973, en el caso *Roe vs. Wade*: *Si el derecho a la privacidad significa algo, es el derecho del individuo, casado o soltero, a no sufrir intromisiones del gobierno en materias que afectan tan fundamentalmente a una persona como la decisión de engendrar o de tener un hijo*⁹. En el mismo sentido se

⁹DWORKIN, Ronald. El dominio de la vida. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. 1994, pág. 141.

expresa el M.P. Vladimiro Naranjo Mesa en la sentencia T-552-97: *El derecho a la intimidad implica la facultad de exigir de los demás el respeto de un ámbito exclusivo que incumbe solamente al individuo, que es resguardo de sus posesiones privadas, de sus propios gustos y de aquellas conductas o actitudes personalísimas que no está dispuesto a exhibir, y en el que no caben legítimamente las intromisiones externas.* Este derecho es tan caro para nuestra Corte Constitucional que en reiteradas ocasiones (Sentencias T-850-02, T-248-03, T-1019-06, T-560 A-07, T-063-12, etc.), en materia de derechos reproductivos, no ha permitido que se realice en mujeres discapacitadas mentalmente la anticoncepción quirúrgica definitiva, sino que por el contrario insta a las instituciones a protegerlas por encontrarse en circunstancia de debilidad manifiesta y a *incorporarlas en un programa de educación especial integral, de acuerdo con sus capacidades y necesidades, y en el cual se imparta la educación adecuada para las personas con sus condiciones mentales específicas, tendiente además a capacitarlas para ejercer su sexualidad y la maternidad de manera autónoma y responsable...preservar al máximo su vida y su salud, pero a la vez, (...) su capacidad para ejercer su derecho a la procreación y su interés individual en tener hijos y formar una familia en una etapa posterior de su vida.*¹⁰ La posición de la Corte frente a este derecho muestra la relevancia que se le da a la autodeterminación reproductiva, ya que de ninguna manera quiere permitir que el Estado se inmiscuya en algo tan íntimo para el ser humano como lo es la decisión de procrearse o no, casi sin importar que cuente o no con la capacidad mental para decidirlo, toda vez que lo consideran como una *conducta que, por lo demás, constituye un delito tanto en la normatividad interna, como en el sistema internacional de protección de los derechos humanos*¹¹.

¹⁰CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-850-02. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

¹¹Ibíd.

1.4.1.4. Derecho a la libertad: Constituye un presupuesto fundamental para la eficacia de los demás derechos y el instrumento primario del ser humano para vivir en sociedad. Es el soporte estructural de toda sociedad moderna que se jacte de tener un Estado Constitucional. Para ilustrar lo dicho, la libertad es la expectativa de poder hacer algo y hacerlo sin que el Estado haga uso del *ius puniendi*, en razón a esa actuación. Si el Estado me condena por lo que hice no tengo libertad. Dicho de otro modo, *la libertad radica en la posibilidad de escoger, el que no escoge no es libre, si se sanciona o penaliza a una persona con su escogencia estamos negando su libertad. Por consiguiente, en la libertad deben siempre existir como mínimo dos opciones, esto con el propósito que el individuo ejerza su libertad eligiendo por cual opta*¹². la Corte Constitucional ha reconocido la existencia de un principio general de libertad que autoriza a los particulares a llevar a cabo las actividades que la ley no prohíba o cuyo ejercicio no está subordinado a requisitos o condiciones determinadas y es el fundamento del derecho de toda persona a tomar decisiones que determinen el curso de su vida¹³. En lo concerniente a los derechos reproductivos se instituye en un cimiento esencial para desarrollarla, ya que significa que todas las personas son libres de decidir frente a su posibilidad de procrearse y regular su fecundidad, esto es inclinarse o no por ser padre o madre; resolver qué tipo de familia quiere conformar y cuándo y cuántos hijos tener o no tenerlos; decidir si utiliza métodos anticonceptivos o no y cuál de ellos. Respecto de las mujeres, la libertad se materializa cuando podemos decidir sin temor y/o coacción, que tipo de familia queremos tener, si queremos tener hijos o no y cuántos, si queremos planificar o no,

¹²CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-355-06 M.P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

¹³ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-879-11 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

cuando tenemos acceso a información, educación y a servicios de salud que coadyuven en la toma de esas decisiones y todo con el fin de que las decisiones tomadas nos permitan seguir realizándonos como seres humanos que contribuyan a la sociedad. Tal como lo expreso el político colombiano, Enrique Peñalosa en una entrevista a Caracol Radio: *...es necesario que las mujeres accedan a la educación para que puedan decidir sobre su cuerpo y su reproducción y así lograr que tengan su primer hijo después de los 25 años y que sus hijos sean deseados, es decir fruto de su derecho a la libertad...*

- 1.4.1.5. Derecho al libre desarrollo de la personalidad: *La primera y más importante de todas las consecuencias del derecho al libre desarrollo de la personalidad y autonomía, consiste en que los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen. Cuando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo que ha decidido, es constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre su propia vida, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia¹⁴. Por tanto, la plataforma de este derecho no es otra que Nadie puede obligarme a ser feliz a su manera (a la manera en que alguien concibe el bienestar de otros hombres) sino que cada cual puede buscar la felicidad por el camino que mejor le parezca, siempre y cuando no menoscabe la libertad de otro (esto es, su derecho) de perseguir un fin parecido que sea compatible con la libertad de cada cual según una posible ley general¹⁵. Asimismo, se refiere al albedrío con que cuenta cada ser humano para diseñar su plan de vida y ampara libertades tales como la*

¹⁴CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-355-06.

¹⁵Citado en la sentencia C-355-06: Benda, Maihofer, Vogel, Hesse, Heyde. Manual de Derecho Constitucional. Editorial Marcial Pons. Madrid, España.2001, pág. 280.

opción de maternidad o paternidad, de someterse a intervenciones quirúrgicas o procedimientos que incidan directamente sobre su salud reproductiva, entre otros. Es imprescindible señalar que este derecho se materializa cuando hay educación e información adecuada y acceso a los servicios de atención y prevención. La CEDAW ha establecido, que el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres es vulnerado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales ellas pueden ejercer el derecho a controlar su fecundidad. Por ello **constituyen graves infracciones a este derecho, la esterilización involuntaria y los métodos anticonceptivos impuestos sin consentimiento**, a contrario sensu el poder acceder a servicios de salud que le concedan métodos de planificación temporales o definitivos es un reconocimiento a los derechos reproductivos.

- 1.4.1.6. Derecho a la libertad de conciencia: La conciencia, como una expresión de la dignidad humana, es entendida como la propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta; como el conocimiento interior del bien y del mal o el conocimiento exacto o reflexivo de las cosas. Es la conciencia la que da sentido y valor a los actos de la persona; la que permite al individuo distinguir racionalmente la licitud o ilicitud de sus actuaciones, de conformidad con los parámetros que guían el obrar humano. En la sentencia T-332-04 el M.P. Jaime Córdoba Triviño establece que *el derecho a la libertad de conciencia consagrado constitucionalmente como un derecho fundamental de aplicación inmediata, es el que tiene toda persona para actuar en consideración a sus propios parámetros de conducta sin que pueda imponérsele actuaciones que estén en contra de su razón*. En ese sentido se entiende y explica como la capacidad de tener la concepción del mundo y convicción que se quiera, primordialmente en materia política y

religiosa. Es un hecho que no podemos ser importunados en razón a lo que creamos o pensemos, o menos aun a ser compelidos a comportarnos o realizar acciones sin que medie nuestra voluntad, o mucho menos actuar en contra de nuestra conciencia (aquellos que la tenemos). Igualmente, la libertad de conciencia involucra la posibilidad de expresarnos con y ante los demás sin temor a ser castigados o señalados por ello. Así pues, el ejercicio de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva no puede, ni debe estar limitado por orientaciones o ideologías políticas, religiosas, culturales o filosóficas, que no sean libremente compartidas por las personas. De igual forma se constituye, en un régimen democrático, pluralista y participativo, en una de las libertades básicas del hombre, puesto que ninguna democracia puede tenerse por auténtica y completa si en ella se desconoce o se menosprecia el derecho de todo ser humano a seguir su propio sentido ético: a no traicionar esa voz apremiante que le dicta, desde su interior, la regla del comportamiento, es por esto que en nuestro Estado Social de derecho, debe permitirse la existencia de un ámbito donde el ser humano pueda tomar decisiones fundamentales para su vida, y ni siquiera el Estado puede intervenir, tales decisiones son: si quiere o no ser soltero, casado o compañero permanente; si quiere creer o no en una instancia superior; si quiere tener o no hijos y cuántos, etc. Estas decisiones, por supuesto, que conllevan determinadas creencias y valores que solo pueden ser objeto de una decisión individual y no del Estado. Reiteramos que en materia de derechos reproductivos, la mayoría de las decisiones se encuentran en cabeza de las mujeres, y ellas deben poder poner en una balanza los pros y los contras de las actuaciones que quieran realizar de acuerdo a los elementos morales y convicciones que rijan su vida, sin temor a ser castigadas y obviamente sin la coacción por parte de terceros, porque jurídicamente deben estar

reservadas a la conciencia de la mujer y solo ella puede decidir las y no pueden ser, es el deber ser, decididas por los gobiernos.

- 1.4.1.7. Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos: El derecho a planear la propia familia ha sido definido como *“la posibilidad de todas las parejas de individuos a determinar en forma libre y responsable el número e intervalo de los hijos y a tener la información y los medios necesarios para ejercer esta prerrogativa”*¹⁶. Este derecho que se encuentra explicitado en el artículo 42 constitucional, conlleva una doble vía: la obligación estatal de adoptar medidas para ayudar no solo a las parejas, sino al ser humano en su ser individual a alcanzar sus objetivos de procreación y de suministrar información en materia de planificación familiar y salud reproductiva y por parte de las parejas y del ser individual de tomar decisiones que sean consecuentes con su capacidad social, cultural y sobre todo económica al momento de decidir si traen o no una nueva vida a esta sociedad.
- 1.4.1.8. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada: Evidente es, que la maternidad, como creadora y dadora de vida, es una condición física y mental de la mujer que merece una singular protección. Ella debe ser otorgada, no solo por la pareja, sino por la familia extensa, la sociedad y el Estado en procura de garantizar que la vida que se está gestando pueda desarrollarse plenamente bajo el amparo de su progenitora. *El artículo*

¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-355-06 M.P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

43 Superior, reconoció en favor de la mujer en estado de embarazo este deber de protección, confiriéndole el citado carácter especial y señalando que “durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.”¹⁷

- 1.4.1.9. Derecho a la Seguridad Social: De acuerdo a la doctrina constitucional de los derechos fundamentales, la cual toma como base el *proceso histórico de surgimiento de estas garantías como parámetro de consulta para establecer la naturaleza de tales derechos*, la seguridad social es un derecho que se inscribe en la categoría de los derechos de segunda generación –conocidos como derechos sociales o de contenido económico, social y cultural. En este sentido, la seguridad social se establece en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional a cuya observancia se obliga el Estado, de acuerdo a lo acordado en el artículo 48 superior, que reza: “*Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social*”. De lo anterior se colige, que es imprescindible que el Estado elabore una estructura básica que, en primera medida, conmine a que haya unas instituciones encargadas de la prestación del servicio y precise, igualmente, los procedimientos bajo los cuales éste debe prestarse. En segunda medida, debe definir de donde van salir (en la jerga económica provisiones) los recursos económicos que van a garantizar el buen funcionamiento, obviamente sin dejar de lado lo que hoy ha designado la Corte como principio de sostenibilidad fiscal. *En este punto cobra especial importancia la labor del Estado, el cual, por medio de asignaciones de sus recursos fiscales, tiene la obligación constitucional*

¹⁷CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-063-04 M.P.Álvaro Tafur Galvis.

*de brindar las condiciones necesarias para asegurar el goce del derecho irrenunciable a la seguridad social*¹⁸

- 1.4.1.10. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia: La Corte Constitucional en sentencia C-067-03, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, definió el concepto de Bloque de Constitucionalidad así: *es aquella unidad jurídica compuesta por...normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional strictu sensu.* En el mismo sentido, se manifiesta el Magistrado Eduardo Montealegre Lynett en el salvamento de voto a la sentencia C-512-03 así: *Específicamente, la Corte debe considerar los criterios con los cuales se interpretan tales obligaciones y que, conforme al artículo 93 de la Constitución, constituyen parámetro para la interpretación de los derechos constitucionales. En este orden de ideas, considero relevante tener presente la naturaleza de las obligaciones derivadas de tales tratados.* En punto del tema bajo estudio, Colombia ha ratificado las

¹⁸CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-623-04 M.P. Rodrigo Escobar Gil.

convenciones enunciadas anteriormente y en desarrollo de ellas y que, de acuerdo a la Corte Constitucional, forman parte del bloque de constitucionalidad, los Estados se han comprometido a tomar medidas, incluso de carácter legislativo, que erradiquen todo uso, practica, o leyes que garanticen los derechos reproductivos de la mujer. Al acoger estas convenciones se está buscando erradicar, prevenir y sancionar cualquier trato discriminatorio hacia la mujer, en quien como dijimos anteriormente, recaen la mayoría de derechos reproductivos.

- 1.4.1.11. Derecho a la Salud: Reza nuestro artículo 49 constitucional: *La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud.*

Nos permitimos transcribir todo el texto constitucional en atención a la importancia que presenta en nuestro trabajo, porque de acuerdo a lo anteriormente explicado, es comprensible que no se puede hablar de derechos reproductivos sino tenemos claro cómo se entiende y se materializa el derecho a la salud en nuestro país.

Podemos decir que el derecho a la salud en nuestro país ha pasado por tres etapas, que infortunadamente no son claramente diferenciables, en

razón a que su evolución, antes que legal ha sido jurisprudencial (por omisión o pereza legislativa que llaman), es decir, ha sido gracias al trabajo de la Corte Constitucional que este derecho ha evolucionado y a su vez ha permitido que de acuerdo a lo consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Colombia, que expresa que es derecho de todas las personas gozar del máximo nivel de salud física y mental, se esté concretando en cierta medida. No queremos decir con esto, que en nuestro país la materialización del derecho a la salud sea un dechado de virtudes, pero si es innegable que ofrece más y mejores servicios que en otros países con un PIB mucho más alto que el nuestro y más desarrollados, en teoría, como por ejemplo Estados Unidos de América.

El derecho a la salud, como derecho de II generación.

Cuando la sociedad colombiana decidió en 1991 que ya habíamos superado la etapa de ser Estado de derecho y podíamos nombrarnos como un Estado Social de derecho, se adquirió una obligación por parte de las instituciones de materializar los derechos de sus conciudadanos. Lo anterior permitió que en nuestra carta se incorporaran en el primer título los derechos fundamentales (primera generación o civiles y políticos) y en el título II los derechos económicos, sociales y culturales. Ahora bien, para poder materializar el derecho a la salud, como obligación adquirida con sus ciudadanos, el Congreso adoptó la Ley 100 de 1993, por la cual se creó, entre otros, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS), cuyos *objetivos eran regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención*, igualmente planteaba un régimen de beneficios conocido por todos, como el POS que *permitiría la protección integral de las familias a la*

maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan...los servicios incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

La norma estableció también, lo que se conoce como EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL POS, que son de dos clases: Exclusiones generales y Exclusiones específicas. Dentro de estas últimas se encuentran los TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD, esto quiere decir que el Estado y los particulares que participan del SGSSS y compañías aseguradoras no cubren los gastos que conllevan el diagnóstico, tratamiento y orientación psicoterapéutica de la infertilidad por no estar incluido en el POS.

Ahora bien, esta connotación de ser un derecho de II generación, se constituyó, según nuestro estudio, en la primera talanquera que tuvo que sortear el derecho a la salud en lo concerniente a su materialización, por dos razones: la primera, al no ser un derecho de los llamados fundamentales no era susceptible de amparo a través de la acción de tutela, y la Corte Constitucional manifestaba que le correspondía al legislador definir los procedimientos que deben surtir para su adscripción y, de otro lado, establecer los esquemas correlativos de protección judicial. Pero en la sentencia T-348-97 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz, reitero lo siguiente:

Por las razones anteriores, como lo ha manifestado esta Corporación, para que proceda la tutela de un derecho prestacional de aquellos que,

en sí mismos, no tienen carácter fundamental, como la salud, resulta necesario demostrar los siguientes requisitos concurrentes: (1) que la persona involucrada posee un derecho subjetivo a la prestación que solicita y, por lo tanto, que el ordenamiento jurídico le ha adscrito a alguna persona, pública o privada, la obligación correlativa, (2) que tal derecho, en el caso concreto, encuentra una conexidad directa con alguno de los derechos que el ordenamiento jurídico elevó a la categoría de fundamentales y (3) que no exista otro medio de defensa judicial o, que de existir, no resulta idóneo para evitar la consumación de un perjuicio irremediable respecto del derecho fundamental afectado o amenazado...

Y la segunda, al ser un derecho de carácter prestacional no era de aplicación inmediata, pues para su concreción era necesaria la participación del legislador, es decir, no se podía hacer al margen de la ley y éste, debía tener en cuenta las posibilidades financieras del Estado, tal y como lo manifestó la Corte Constitucional en la Sentencia SU-111-97 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz:

El derecho a la salud y el derecho a la seguridad social remiten a un contenido prestacional que no es ajeno a la conservación de la vida orgánica. No obstante, los mencionados derechos sociales, por esta razón, no se convierten en derechos fundamentales de aplicación inmediata...

Los derechos económicos, sociales y culturales, pese a su vinculación con la dignidad humana, la vida, la igualdad y la libertad, no son de aplicación inmediata, pues necesariamente requieren de la activa intervención del legislador con miras a la definición de las políticas públicas y de su adecuada instrumentación organizativa y presupuestal. Los derechos individuales de prestación, que surgen de la ejecución

legal del mandato de procura existencial que se deriva del Estado social, se concretan y estructuran en los términos de la ley.

El derecho a la salud como derecho de II generación, pero susceptible del amparo constitucional en conexidad con la vida y/o la dignidad humana:

En la Sentencia No. T-499-92 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz se estableció que:

El derecho a la salud, cuando su vulneración o amenaza compromete otros derechos fundamentales como la vida, la integridad o el trabajo, goza de carácter fundamental y es susceptible de ser protegido por vía de la acción de tutela. El nuevo orden constitucional antepone a las trabas, exigencias y requisitos desmesurados de la administración, la prestación de un servicio que se desarrolle con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, en razón a que El respeto de la dignidad humana debe inspirar todas las actuaciones del Estado.

Nuevamente en 1997, en la sentencia SU-480 M.P. Alejandro Martínez Caballero:

... en cuanto a la efectividad y la protección, se estableció que el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos prestacionales propiamente dichos que para su efectividad requieren normas presupuestales, procedimiento y organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del sistema. Son protegidos, se repite, como derechos fundamentales si está de por medio la vida de quien solicita la tutela.

Es así, como la Corte Constitucional reconoce, que si bien es cierto el derecho a la salud tiene un carácter eminentemente prestacional y para su concreción se requiere la actividad efectiva del legislador, no se puede negar la estrecha relación que guarda con otros derechos de carácter fundamental, tales como la dignidad humana y la vida, principalmente y en estos casos es susceptible del amparo constitucional.

El derecho a la salud como derecho fundamental:

*El derecho a la salud ha quedado constituido como un derecho fundamental, como una necesidad básica humana que supone “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”. El derecho a la salud es un derecho habilitante de otros derechos: en ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste. Las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad en que viva, o de la vivienda que habita, del acceso a alimentación adecuada, vestido y trabajo¹⁹. Si bien es cierto, que nuestro texto constitucional no señala qué se puede entender como derecho fundamental, permite reconocer como tales, derechos no positivizados, tal y como reza el artículo 94 superior *La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes, no debe entenderse como negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos, y es éste, precisamente el argumento al cual se acoge el M.P. Eduardo Montealegre Lynett en el salvamento de**

¹⁹EL DERECHO A LA SALUD en perspectiva de DERECHOS HUMANOS y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. PGN ISBN 978-958-8295-74-9 Primera edición: mayo 2008, Bogotá D.C., Colombia pág. 13

voto a la sentencia T-512-03, en el que manifiesta: *En punto al derecho a la salud, considero necesario que la Corte Constitucional aborde la necesaria integración entre el texto constitucional y los tratados humanos relevantes –Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo de San Salvador-, en razón a que la disposición constitucional únicamente regula lo relativo a la atención de la salud, pero no establece los componentes que responden a la categoría de derecho a la salud. Tales elementos están fijados en los tratados indicados, en las cuales se establecen obligaciones genéricas y mínimas a cargo de los Estados. Al proceder de tal manera, será posible tomar en serio los derechos humanos, como lo manda la propia Constitución y reconocer el grado de autonomía del Estado colombiano para desarrollar el sistema de atención de las necesidades de salud de los colombianos. Así, la Corte podrá sujetarse a lineamientos normativos más precisos para enfrentar los diversos problemas jurídico - constitucionales en materia de atención del derecho a la salud de los colombianos.*

Éste fue uno de los primeros argumentos esgrimidos por nuestra Corte para dar paso a la fundamentalidad del derecho a la salud, pero en razón a que fue un salvamento de voto se quedó tan solo en eso, es de resaltar que se estaba revisando una sentencia en materia de derechos reproductivos. Posteriormente en la sentencia T-859-03 el mismo magistrado señala que *en relación con la salud, en abstracto, no tiene naturaleza fundamental habida consideración del carácter asistencial o prestacional del mismo. De igual manera, ha precisado que el Estado tiene la obligación de garantizar unos contenidos mínimos en materia de salud y que el hecho de que el derecho a la salud, en tanto que un derecho asistencial, no es de aplicación inmediata, no significa que la progresividad del mismo permita al Estado retroceder en la prestación o*

atención de las necesidades de salud ya cubiertas por el sistema. Infortunadamente, los jueces no acogieron el precedente y no se protegió el derecho fundamental a la salud de manera autónoma, solo lo ampararon en conexidad con el derecho a la vida y/o a la dignidad humana.

En el 2008, a raíz de la avalancha de tutelas impetradas por los usuarios del SGSSS, por múltiples razones, tales como *Protección cuando el acceso al servicio ha sido obstaculizado mediante la exigencia previa de que se paguen sumas de dinero, si se carece de capacidad económica; Protección cuando el servicio requerido es un examen o prueba diagnóstica; Protección cuando el servicio se requiere para enfrentar enfermedades catastróficas y de alto costo; Acceso a los servicios de salud, incluidos y no incluidos dentro de los POS; etc.*, la Corte Constitucional entra a revisar estas y otras cuestiones en la sentencia T-760 y resuelve de plano que el derecho a la salud es un derecho fundamental y que lo ha venido protegiendo así: *La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.*

En esta sentencia, la Corte establece que si bien es cierto que es un derecho fundamental, también lo es que tiene límites razonables y justificados constitucionalmente y por ende el POS *no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles*. Dentro de estas limitaciones en el acceso a los servicios se encuentran los tratamientos para la infertilidad y la Corte, explica tal exclusión bajo los siguientes argumentos: *1. No procede la acción de tutela como mecanismo para lograr la extensión del POS a un servicio que se encuentra excluido de él; 2. Que el tratamiento para la infertilidad se encontraba excluido del POS y no era posible ordenarlo mediante tutela y señaló que no es obligación del Estado garantizar la procreación a través de los planes obligatorios de salud y; 3. Que no existe violación de derechos fundamentales por la negación del tratamiento para la infertilidad solicitado porque la exclusión que de dicho tratamiento se ha hecho de los servicios comprendidos dentro del POS constituye el legítimo desarrollo de la facultad de configuración legal, que es totalmente coherente con la necesidad de implementar un SGSSS que se atenga al principio de universalidad y a su garantía a todos los habitantes del territorio nacional*. Siendo así, nos encontramos actualmente respecto del servicio de salud con un Derecho Fundamental Autónomo, con límites razonables y justificados constitucionalmente, que se encuentran reflejados en las exclusiones del POS, dentro de las cuales se encuentran explícitamente los tratamientos para la infertilidad.

En este punto es vital dejar en claro algo: el derecho a la salud, si bien fue reconocido primero por la jurisprudencia y luego por el ministerio de

la ley, como derecho fundamental, no es un derecho absoluto y ante esto es imprescindible concertarlo con los otros derechos que se encuentran o no establecidos y protegidos por la Carta (artículo 94), a contrario sensu, el no poder relativizarlos haría que la coexistencia en la sociedad y la vida institucional no fuesen viables, ya que al decir que es absoluto, significaría asumir que tiene carácter ilimitado y obligatoriamente deberíamos aceptar que se trata de un derecho que no puede ser restringido y que, por lo tanto, prevalece sobre cualquiera otro en los eventuales conflictos que pudieren presentarse. Esto lo expresa magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz en la sentencia C-475-97 cuando explica: *Si el sistema constitucional estuviese compuesto por derechos ilimitados sería necesario admitir (1) que se trata de derechos que no se oponen entre sí, pues de otra manera sería imposible predicar que todos ellos gozan de jerarquía superior o de supremacía en relación con los otros; (2) que todos los poderes del Estado, deben garantizar el alcance pleno de cada uno de los derechos, en cuyo caso, lo único que podría hacer el poder legislativo, sería reproducir en una norma legal la disposición constitucional que consagra el derecho fundamental, para insertarlo de manera explícita en el sistema de derecho legislado. En efecto, de ser los derechos “absolutos”, el legislador no estaría autorizado para restringirlos o regularlos en nombre de otros bienes, derechos o intereses constitucionalmente protegidos. Para que esta última consecuencia pueda cumplirse se requeriría, necesariamente, que las disposiciones normativas que consagran los “derechos absolutos” tuviesen un alcance y significado claro y unívoco, de manera tal que constituyeran la premisa mayor del silogismo lógico deductivo que habría de formular el operador del derecho.*

En el mismo sentido se manifiesta el magistrado José Gregorio Hernández Galindo en la sentencia T-228-94 al decir: Los derechos

constitucionales fundamentales no son absolutos. Encuentran límites y restricciones en los derechos de los demás, en la prevalencia del interés general, en la primacía del orden jurídico y en los factores de seguridad, moralidad y salubridad públicos, que no pueden verse sacrificados en aras de un ejercicio arbitrario o abusivo de las prerrogativas individuales.

1.4.2. Desarrollo Normativo

La normatividad en materia de derechos reproductivos deviene obviamente, de la intención del Estado colombiano de materializar progresivamente los derechos humanos consagrados en los diferentes documentos derivados de las cumbres y conferencias que se mencionaron previamente. En razón a que sin lugar a dudas los derechos reproductivos no se entienden sin el derecho a la salud, debemos iniciar por la Ley 100 de 1993 que consagro el SGSSS, con el consiguiente POS y las exclusiones al mismo.

1.4.2.1. Ley 100 de 1993: Desarrolló el nuevo enfoque de la política pública en lo concerniente al derecho a la salud y creó el SGSSS, fundado en el aseguramiento y en la competencia regulada, y que permitió que los particulares, de acuerdo a lo expresado en la Constitución, pudiesen participar en la prestación de los servicios de salud, pero sometidos a la vigilancia y control estatal. Una de sus pretensiones, era corregir los problemas de los modelos anteriores, a más de universalizar el acceso a la salud y garantizar la satisfacción del derecho para todos los habitantes del territorio nacional. En principio se reconocían dos clases de regímenes de salud: El contributivo y el subsidiado, pero en el 2012, la Comisión de Regulación en Salud con el Acuerdo 032 de 17 de mayo de 2012, cumpliendo lo ordenado por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, da inició a la unificación de los POS de los

dos regímenes a nivel nacional a partir del 1 de julio del mismo año. En el 2013, por iniciativa del ejecutivo nacional, en cabeza del MinSalud Alejandro Gaviria Uribe, se tramitó sin éxito un proyecto de reforma a la salud y actualmente cursa uno nuevo. En punto de tratamientos para la infertilidad el SGSSS no hace mención.

- 1.4.2.2. Exclusiones del POS: El 27 de diciembre de 2013 con la Resolución 5521 el Ministerio de Salud definió, aclaró y actualizó el POS en acato a la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. En su título VII establece las exclusiones de cobertura del POS, tanto las generales como las específicas y que deben entenderse como aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC-. Dentro de las exclusiones específicas, en el numeral 4, se encuentran los tratamientos para la infertilidad. Este es la norma marco de nuestro trabajo, toda vez, que explícitamente, está negando un derecho reproductivo que se encuentra expresamente señalado dentro de los convenios ratificados por Colombia.
- 1.4.2.3. Decreto 4444 de diciembre 13 de 2006: Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva. En atención a la sentencia C-355 del 2006 que declaró que no se incurre en delito de aborto cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Cita el Ejecutivo que esta decisión se toma en

razón a que debe adoptar *decisiones respetuosas de los derechos constitucionales de las mujeres, como por ejemplo, aquellas encaminadas a regular su goce efectivo en condiciones de igualdad y de seguridad dentro del sistema de seguridad social en salud y, si lo considera conveniente, expida normas que fijen políticas públicas que permitan el goce de los derechos protegidos por la Sentencia, a que también es deber del Estado garantizar la provisión de servicios de salud seguros y definir los estándares de calidad que garanticen el acceso oportuno, en todo el territorio nacional y en todos los grados de complejidad.*

- 1.4.2.4. Resolución 004905 de 2006 del Ministerio de Protección Social: Por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En atención al deber establecido en la norma precitada, en la que se le ordenaba al MinSalud expedir las normas técnico administrativas para la atención integral de las gestantes que demandasen servicios de IVE.
- 1.4.2.5. Decreto 2968 de 6 de agosto de 2010 del Ministerio de Protección Social: Luego de la expedición de la Ley de Infancia y Adolescencia y la ley contra la violencia y discriminación contra las mujeres se creó la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos mediante la expedición del comisión integrada por los representantes del Ministerio de Salud, Educación y TIC, con el objetivo de armonizar las políticas orientadas a la formulación e implementación de planes programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, pero hasta la fecha no se tiene conocimiento de las actuaciones adelantadas por este organismo.

- 1.4.2.6. Ley 1412 de 19 de octubre de 2010: Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. En atención a que según nuestro texto constitucional la paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano *las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia. La progenitura responsable, se considera una actitud positiva frente a la sociedad, y como tal será reconocida, facilitada y estimulada por las autoridades.* En cuanto a los requisitos, es conveniente resaltar que la solicitud de la realización de las prácticas quirúrgicas debe hacerse por escrito y se debe recibir por parte del personal médico información de la naturaleza, implicaciones, beneficios y efectos sobre la salud de la práctica realizada, así como las alternativas de utilización de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos. En cuanto a los discapacitados mentales la solicitud y el consentimiento serán suscritos por el respectivo representante legal, previa autorización judicial y por último se encuentra expresa la prohibición de realizarse a menores de edad. Esta norma es una muestra más de la intención del Estado de contribuir al correcto ejercicio de los derechos reproductivos de los ciudadanos y ciudadanas al permitir el acceso de manera gratuita a la anticoncepción quirúrgica, que si fuese siquiera contemplada por nuestros congéneres no seríamos testigos de hechos lamentables como el abandono en potreros, cañadas, bolsas de basuras de niños y niñas recién nacidos o peor aún su homicidio por parte de los progenitores.
- 1.4.2.7. Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021: Es un plan que se encuentra dentro de las políticas de Salud Pública del MinSalud *que*

busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. Cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

Dentro de estas dimensiones se encuentra la de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos *que tiene como objetivo promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.* Tiene dos componentes: 1. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y 2. Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. A su vez cada componente tiene una definición, unos objetivos, unas metas y unas estrategias para materializarlos.

Dentro del primer componente se encuentran dos estrategias que consideramos se refieren indirectamente a los tratamientos para la infertilidad, en la primera se busca el *desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, **dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad** y a una maternidad segura con enfoque diferencial* y en la segunda se busca el

*fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población*²⁰(subrayado y negrita fuera del texto).

En lo relativo al segundo componente su primer objetivo se encamina a *garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial*. Este es para nosotros tal vez el único objetivo que tiene una relación indirecta con los tratamientos para infertilidad.

Ahora bien, es infortunado que este Plan no sea consecuente con la OMS que en sus estadísticas da cuenta del incremento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), entre las que se encuentra la infertilidad.

Por otra parte, respecto de los instrumentos internacionales de derechos humanos que consagran y determinan los derechos reproductivos y la salud reproductiva, nos permitiremos, a través, de la siguiente tabla mostrar cuáles de los instrumentos mencionados previamente han sido ratificados y el número de su Ley aprobatoria²¹

²⁰PLAN DECENAL <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

²¹TRATADOS RATIFICADOS POR COLOMBIA 2012
<http://www.derechoshumanos.gov.co/epu/Documents/130219-3-anexo3.pdf>

Tabla 1. Instrumentos ratificados

DOCUMENTO	LEY APROBATORIA
Declaración de los Derechos Humanos, 1948.	
Convenio relativo a la protección de la maternidad, OIT, 1952.	
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. Art.12	Ley 74 de 1968
Conferencia de Teherán, 1968.	
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Bucarest, 1974. Plan de Acción Mundial para la Población.	
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata, Kazajistán, 1978.	
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979. Protocolo Facultativo 1999.	Ley 51 de 1981 Decreto- Reglamentario 1398/90 Ley 984 de 2005
Conferencia Internacional de Población de México, 1984.	
Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Nairobi, Kenia, 1985.	Colombia es miembro de la ONU desde el 5 de noviembre de 1945
Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (ICPD), Cairo, Egipto, 1994.	Colombia es miembro de la ONU desde el 5 de noviembre de 1945
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, Beijing, 1995. Declaración y la Plataforma para la Acción.	Colombia es miembro de la ONU desde el 5 de noviembre de 1945
Cumbre del Milenio, ONU, 2000.	Colombia es miembro de la ONU desde el 5 de noviembre de 1945

En torno a los instrumentos emanados de la ONU, referenciaremos lo establecido por la Misión Permanente de Colombia ante las Naciones Unidas, específicamente en lo relacionado con la Política exterior de nuestro país en materia de derechos humanos: *La Constitución de*

Colombia prevé que los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Los principios generales para trabajar en el ámbito de la promoción, protección y realización de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario y que guían la acción del gobierno colombiano en este tema son:

- *Ratificación de todos los instrumentos internacionales básicos adoptados en el seno de las Organizaciones de los Estados Americanos y de las Naciones Unidas.*²²

1.4.3. Los Proyectos Normativos Inconclusos

- 1.4.3.1. En diciembre de 2010 el MinSalud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas–UNFPA elaboraron un documento de trabajo intitulado PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA - CONVENIO 620, pero se quedó en un borrador, o documento preliminar con circulación restringida al personal de las instituciones socias del Convenio 620-UNFPA-MPS y se prohibió su uso como referencia. En este documento se mencionaba el rol que debía cumplir la recién creada Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y pretendía servir de ruta para los actores institucionales durante la implementación de un modelo de intersectorialidad, que defina desde

²²http://www.colombiaun.org/Temas%20prioritarios/derechos_humanos.html

dónde y para dónde vamos en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

- 1.4.3.2. Proyecto de Ley 109 de 2013, “Ley Sara”. Cámara de Representantes. El 26 de Septiembre de 2013, el Representante a la Cámara, por el Partido Conservador, Laureano Augusto Acuña Díaz, radicó en la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley 109 de 2013, por medio del cual se pretende reconocer la infertilidad como enfermedad y se establecen criterios para su cobertura médico asistencial, su inclusión en el POS y se aplicará a todos los usuarios del SGSSS entre los 25 y los 40 años de edad. A 6 de noviembre de 2013 el proyecto de Ley se encontraba en la lista de pendientes de ponencia para el primer debate y la ponente seleccionada para su defensa en primer debate es la representante a la Cámara por el Polo Democrático ALBA LUZ PINILLA PEDRAZA. Este proyecto toma como base la recientemente aprobada Ley 26.862, Reproducción Medicamente Asistida de la República Argentina. Este proyecto de ha recibido oposición por parte de grupos católicos que expresan que estas técnicas violan la integridad de las personas así concebidas, además de abrir la puerta al mercado para “fabricar hijos” y que desde el punto de vista médico, ninguna de estas técnicas pueden considerarse tratamientos contra la infertilidad, dado que no la curan sino que la sustituyen.

De conformidad con lo expuesto en los párrafos precedentes se desprende que definitivamente los derechos reproductivos son derechos humanos, aceptados como tales por nuestra Corte Constitucional al expresar que dado su *status* de derechos humanos han pasado a formar parte de nuestra Carta Política (artículos 93 y 94) y en ese sentido se han dictado normas encaminadas a darle tal reconocimiento, propendiendo por su garantía, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos, sino todos, tienen su titularidad

en cabeza de las féminas. De igual forma, en lo concerniente a los tratamientos para la infertilidad encontramos que solo se hace mención de ellos en el numeral 4 de las exclusiones específicas del POS, lo que limita su desarrollo a lo que torno a ellos dictamine la Corte Constitucional.

2. PROBLEMÁTICA DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Luego de indagar sobre los conceptos, características y normatividad que definen los derechos reproductivos como derechos humanos y fundamentales así como su alcance, vamos a profundizar en el análisis sobre la principal problemática que afrontan estos derechos, las fallas del sistema de salud, la ausencia de una adecuada atención, prevención y tratamiento de enfermedades y alteraciones de fertilidad, y la exclusión del POS como objeto central del presente trabajo.

Es preciso profundizar en los conceptos y clases de tratamientos para la fertilidad, las soluciones médicas y las alternativas que ofrece el mercado, puesto que son los criterios abordados en las sentencias proferidas por la Corte Constitucional, en materia de derechos reproductivos, principalmente de las mujeres, y es precisamente el debate sobre el alcance de la definición de tratamientos para la fertilidad sobre el cual planteamos nuestra tesis.

2.1. Elementos de la Salud Reproductiva

El concepto de salud reproductiva en principio fue formulado de manera muy general y se podría resumir en la frase: "*padres saludables = hijos saludables*"²³; dicha noción recobra vigencia al ser presentada en 1990, con ocasión del Séptimo Congreso Mundial sobre Reproducción Humana. Tomando como base la definición que la OMS formuló sobre la salud en general.

²³Desde la antigüedad de la humanidad el concepto de salud reproductiva se asociaba a la premisa "padres saludables igual a hijos saludables" era entendida entonces como el bienestar de los seres procreados y sus progenitores, la descendencia sana, la cual evolucionó a la definición actual en la que convergen elementos tanto sociales, culturales, físicos y mentales de la familia de forma complementaria entre sí.

<http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Valencia%202010/Reyes%20Vela%20zquez%20Barbado.pdf>

La definición internacional planteada en la CIPD, constituyó un gran avance en materia de salud integral, pues se asociaron factores sociales, culturales, económicos y mentales, a las afecciones físicas de carácter sexual y reproductivo, criterios que hasta la fecha no habían sido tenidos en cuenta para la solución, ya que permiten mejorar el desarrollo programas correctivos y preventivos, así como tratamientos más asequibles.

Para la OMS, la salud reproductiva consiste en un estado integral de bienestar físico, psicológico, social y cultural, en relación con los temas propios de la sexualidad y la reproducción durante todas las etapas de la vida. La salud reproductiva no solo se trata de que la persona no padezca enfermedades o dolencias físicas en sus órganos reproductores. Está incluye que tanto hombres como mujeres tengan una vida sexual sana, segura y satisfactoria, la posibilidad de reproducirse y constituir una familia, con la libertad para decidir el momento y la cantidad de hijos (derechos reproductivos)²⁴.

Para complementar esta concepción se ha reconocido internacionalmente que tanto la pareja, como el individuo tiene la opción de estar informado, conocer y acceder a métodos de planificación familiar confiables y económicos, así como la posibilidad de un tratamiento integro de salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional para las diversas enfermedades reproductivas y atención a la mujer embarazada para obtener partos seguros y se garantice el nacimiento de hijos sanos.

Frente a la Salud Reproductiva en detalle, la socióloga chilena especializada en demografía, Ivonne Szasz, afirma que usualmente se ha usado las expresiones "planificación familiar" y "salud materno-infantil", para señalar las enfermedades y muertes relativas a los procesos reproductivos y las complicaciones del embarazo y del parto, desde un punto de vista clínico. Estas definiciones no solo limitan la comprensión del derecho a la salud reproductiva, sino que además pretenden de

²⁴SALUD REPRODUCTIVA http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/, 2012

forma indirecta controlar el crecimiento poblacional (control de natalidad). Sin embargo, con la evolución del término "Salud Reproductiva" que se diferencia de las anteriores definiciones, se enfatiza en "los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres", es decir, el acceso de hombres y mujeres al propio cuerpo, a la satisfacción personal y a la toma de decisiones sobre cuándo, cómo y con quién tener una familia²⁵.

La concepción moderna sobre la salud reproductiva abarca la información actualizada y detallada, la libertad a autodeterminar la familia que se quiere tener, el acceso a métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como a la posibilidad de interrumpir un embarazo sin poner en riesgo la salud de la madre. También implica el derecho de ambos géneros a los espacios de atención en salud en condiciones dignas. Para las mujeres en particular consiste en la posibilidad de reconocer su derecho a tener deseos, a pensar más en ellas mismas, a buscar su propio bienestar, a decidir si quieren reproducirse o no y de qué forma.

El objetivo principal de la salud reproductiva es no solamente evitar que la madre y el feto o el recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre y que permita la obtención de un recién nacido saludable. A pesar de que existe consenso sobre este concepto, no se han unificado los criterios sobre las acciones en materia de salud para obtener hijos saludables y en condiciones favorables para su crecimiento y desarrollo²⁶.

²⁵ <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>

²⁶ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS

2.2. Atención en Salud Reproductiva

En consonancia con la más reciente noción de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, para prevenir y resolver los problemas relacionados con el bienestar de los órganos reproductores, incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo integral y equilibrado de las relaciones personales además del asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar en todos los escenarios de la vida humana y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Las herramientas que se han planteado para una óptima atención tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

La atención integral en salud reproductiva debe permitir que las personas sean comprendidas a partir de varios ámbitos: biológico (su cuerpo), psicológico (sus pensamientos, sentimientos, valores) y social (familia, amigos y condiciones sociales en las que se desarrolla). En ese sentido, la salud sexual y reproductiva es concebida no sólo como la ausencia de enfermedades y dolencias biológicas, sino que además persigue el bienestar social, emocional y mental de todas las personas.

Para la población implica que la sexualidad está presente a lo largo de toda la vida de una persona y se manifiesta de diversas formas en las distintas etapas de su ciclo vital: en la niñez, en la adolescencia, en la juventud, en la adultez y en la vejez, sin importar sus condiciones sociales, económicas, étnicas y culturales.

La atención en salud reproductiva debe ir de la mano con la educación, pues su disfrute está supeditado a la cultura, a las normas y valores de una determinada sociedad, en un momento determinado, y es aquí donde el análisis desde una perspectiva de género tiene lugar. Los hombres y las mujeres viven su sexualidad y reproducción de una manera distinta, no sólo por las características biológicas (sexo), sino por los modelos de masculinidad y feminidad que propone la cultura para la vivencia de la sexualidad y reproducción (género). De ahí que la salud sexual y reproductiva tenga como uno de sus objetivos introducir las variables de sexo y género, para analizar con más detalle lo que implica la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres.

Las instituciones deben procurar siempre divulgar la salud sexual y reproductiva como un tema importante no solo para la salud sino también que es un aspecto fundamental del desarrollo y de los derechos humanos.

Los servicios de salud reproductiva y planificación familiar deben tener como objetivo satisfacer la demanda de las personas, respetando la libre decisión individual y de pareja. En los casos en que se debe ofrecer un servicio de salud, este debe incorporar información adecuada, asegurándose la comprensión de la misma por parte de la persona o de la pareja.

La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana –PROFAMILIA, es una corporación privada, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo principal es ofrecer programas especializados en salud sexual y reproductiva, planificación familiar; es la institución pionera en nuestro país en el desarrollo de estudios y acciones para la búsqueda de soluciones, mediante la prestación de servicios médicos, educación y venta de productos, facilitando así el desarrollo de la atención en salud sexual y reproductiva. Muestra de ello, es que Profamilia a partir de 1990 y cada cinco años realiza la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS, su última versión es del año 2010 y en ella se evalúan temas tan importantes para los

derechos reproductivos como las características generales de la población, la situación de las mujeres en edad fértil, fecundidad, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, preferencias sobre fecundidad y demanda de la planificación familiar, la salud materna, la detección temprana del cáncer de cuello uterino y mama y por supuesto la afiliación, percepción y uso del servicio del SGSSS, que reflejan el conocimiento o desconocimiento que las mujeres colombianas tienen sobre su derecho a ejercer sus derechos.

Como primera medida frente a los resultados arrojados en la encuesta inicial, Colombia, estableció dentro del Plan Nacional de Salud Pública una política pública de Salud Sexual y Reproductiva que incluye temas de magna importancia como son la maternidad segura y prevención del aborto inseguro, violencia de género, prevención del SIDA y ETS, prevención del embarazo adolescente y prevención de cáncer de cuello uterino, sin embargo no se establecieron acciones o pautas sobre aspectos como enfermedades y tratamientos para la fertilidad. De igual manera ocurre en las exclusiones del POS²⁷, ya que estos tratamientos se encuentran expresamente clasificados como una exclusión específica del plan obligatorio.

Desde el 2003 Profamilia ha desarrollado el programa “PROFAMILIA FÉRTIL” que consiste en un plan de asistencia en biorreproducción humana diseñado y orientado a la mujer y a la pareja para ayudar a resolver los problemas relacionados con la fertilidad y el deseo de tener hijos. Con el soporte de un equipo de trabajo multidisciplinario en las diversas competencias necesarias, la Unidad de Fertilidad con sede en Bogotá, ha trabajado continuamente para ayudar a más de 10.000 parejas de todo el país. Esta Unidad ofrece servicios que van desde la consulta y asesoría en fertilidad femenina y masculina, estudios genéticos, cirugías, microcirugías, exámenes de laboratorio, banco de semen,

²⁷ Plan Obligatorio de Salud – POS establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud según Resolución 5521 de 2013.

<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/default.aspx>

histerosinografía, hasta procedimientos complejos y costosos como lo son las técnicas de reproducción medicamente asistida (TRMA).

2.3. La Fertilidad

Al repasar la historia de la humanidad, en las más grandes civilizaciones, se puede evidenciar como la mujer fue considerada siempre el símbolo de fertilidad, por ejemplo de la prehistoria se tiene evidencia de que realizaron múltiples grabados y figuras de tipo rupestre de siluetas femeninas redondeadas, evocando y representando quizás a la fecundidad, que sería más tarde Venus, diosa de la fertilidad y la prosperidad²⁸.

Sin embargo, la infertilidad ha sido uno de los mayores problemas sociales y médicos y el peso de esta carga lo ha asumido la mujer, señalada como la única responsable. La infertilidad representa una amenaza para la supervivencia de la especie, el monopolio del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales, por lo que, el reproche social para una mujer infértil era bastante fuerte.

Durante casi toda la historia de la humanidad, el hombre tuvo un desconocimiento de cómo era el proceso de reproducción natural, incluso ignoraba la incidencia de la participación masculina en la concepción, debido principalmente a que entre la relación sexual y el nacimiento pasaban hasta 9 meses, en ese lapso de tiempo, podían suceder distintos eventos responsables del embarazo como cambios meteorológicos, comportamientos y ubicaciones diferentes del clan, y dado que todos los fenómenos eran atribuidos a causas mitológicas, no imaginaban el papel que jugaba la pareja en la fecundación y gestación. Debido a la responsabilidad en el embarazo se consideró a la mujer como la encargada de la reproducción y el hombre se mantuvo al margen expectante.

²⁸<http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Ferti-En-Feb05-Trabajo1.pdf>

En la monarquía un sin número de mujeres de la nobleza padecieron burlas, tratos degradantes, torturas y hasta la muerte, cuando no pudieron quedar embarazadas de sus esposos, pues la imposibilidad de dar un heredero hacia inútil a la fémina, y en ningún caso se consideró la posibilidad de que la infertilidad fuera masculina. También representaba un problema dar a luz solo hijas y no varones, pues en algunas monarquías (Ley Sálica en Francia) las mujeres no podían heredar la corona. Esta situación le era imposible de controlar a las mujeres, incluso a los médicos de la época, que no daban explicaciones contundentes y asociaban estos problemas con asuntos demoniacos o amenazas a la corona, por lo cual algunas recurrían a remedios caseros, hechizos, promesas e incluso intentaban embarazarse de otro hombre, con tal de cumplir su cometido como esposa.

2.4. Los problemas de Infertilidad

Dentro de las principales afecciones que aquejan la salud reproductiva de las personas, se encuentran la Infertilidad y la Esterilidad que afectan tanto a hombres como mujeres; estas enfermedades se encuentran asociadas a diversos padecimientos del aparato reproductor, problemas hormonales y dificultades para el desempeño sexual.

En términos clínicos la esterilidad es la incapacidad para concebir y la infertilidad la imposibilidad para finalizar la gestación con el nacimiento de un niño sano. Se considera que existe un problema de esterilidad o de infertilidad cuando no se ha podido tener un hijo vivo, después de un año de relaciones sexuales con la finalidad de procrear²⁹.

²⁹ http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadDerechoCienciasPolitic/BibliotecaDiseno/Archivos/01_Documentos/aspectosTecReproduccion.pdf

Para la OMS “la infertilidad es una enfermedad, pues esta situación conlleva una gran cantidad de efectos tanto en la salud física como mental, emocional, psicológica, social y hasta religiosa en las parejas que la sufren. Es una causa muy importante de depresión, tanto que las consecuencias sociales, psicológicas y culturales de la infertilidad han sido catalogadas en 6 niveles de gravedad, que van desde el sentimiento de culpa, miedo y depresión, hasta la pérdida de dignidad y muerte por violencia y suicidio”.

De acuerdo a la estadísticas internacionales para 2012 se destaca que la incidencia de esta enfermedad es de aproximadamente un 10% de las parejas en edad reproductiva, esto equivale a decir aproximadamente 80 millones de mujeres en el mundo, aproximadamente 13.840.000 mujeres en América Latina y 112.700 mujeres en Costa Rica³⁰.

Se conocen hasta el momento tres (3) tipos de infertilidad: primaria, secundaria y terciaria. La primera de estas se refiere al caso cuando la pareja es incapaz de concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección alguna y no hay antecedentes de embarazos anteriores.

La segunda es cuando no pueden tener hijos, luego de un año de relaciones íntimas sin protección, las mujeres que han estado en proceso de gestación por lo menos una vez independientemente de que terminado en forma exitosa o no.

La terciaria y menos frecuente sucede cuando uno de los miembros de la pareja ha tenido hijos con otras personas, pero entre ellos no pueden lograr la fecundación.

Infertilidad Primaria:

Este tipo de infertilidad se puede diagnosticar luego de un año de actividad sexual entre la pareja sin protección alguna, debe establecerse si su origen es femenino,

³⁰<http://infertilidadcr.com/publicaciones/infertilidad-publi.html>

masculino o de ambos. Puede estar vinculada con problemas de salud como malformaciones genéticas, alteraciones en el equilibrio hormonal, miomas o pólipos en el útero o el cuello uterino, cáncer de útero, ovario o cuello uterino, tratamientos oncológicos, obesidad y hasta diabetes. Existen también enfermedades del aparato reproductor que aunque no impiden a la mujer quedar en embarazo, si dificultan la gestación.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados que arroje el diagnóstico, se podrá determinar el tratamiento pertinente. En algunos casos se puede tratar la afección o enfermedad que causa la situación de infertilidad, también se puede recurrir a tratamientos y terapias no invasivas, sin embargo frente a otras situaciones más complejas será necesario recurrir a las técnicas de reproducción medicamente asistida.

Infertilidad Secundaria:

La infertilidad secundaria es la dificultad para fecundar después de haber concebido y tenido un embarazo normal después de dos años de intentarlo. Existen algunas condiciones médicas degenerativas que afectan a los miembros de la pareja luego de haber tenido hijos, algunas causas son producto de la edad y el estrés, versus la necesidad de proveer un hermano para el primer hijo.

Generalmente las causas de la infertilidad secundaria corresponden a las mismas de la primaria *“en el 65% de los casos se debe a causas femeninas, como lo son problemas tubáricos, desajustes hormonales y como consecuencia problemas ováricos y de ovulación, endometriosis, problemas fisiológicos vaginales y uterinos y enfermedades genéticas, otro 25% de los casos se debe a causas masculinas: descenso de la calidad espermática, aparición de varicocele, etc. El 10% de los*

*casos de infertilidad secundaria se considera como esterilidad de origen desconocido*³¹.

A lo anterior se suma la edad de la madre, enfermedades de transmisión sexual y alguna alteración de salud tras la primera concepción, cambios en los fluidos cervicales, fibromas uterinos y posibles enfermedades que se desarrollaron tras el primer parto, tales como diabetes, problemas con la tiroides. Es claro que la infertilidad secundaria no existe si hay un cambio de pareja.

En la exposición de motivos del proyecto de la previamente mencionada “Ley Sara” se indica que conforme a “... estudios demográficos y cifras actuales destacan que tanto el problema de la infertilidad en hombres y mujeres como la población en edad reproductiva va en aumento, aproximadamente entre un 20% y 24 % de las parejas están aquejadas por infertilidad, y un 80% de esos casos de infertilidad son previsibles, por lo tanto se debe estar pensado en orientar las políticas de salud reproductiva hacia la prevención. Afortunadamente casi nunca se requieren tratamientos extremos pero desafortunadamente esa es la tendencia. La experta en temas de fertilidad, la doctora Jiménez viene sosteniendo que un buen tratamiento simple es suficiente si se hace el diagnóstico oportuno. Ocasionalmente se requiere alguna intervención simple y muy rara vez están indicadas medidas extremas como Fertilización in Vitro, Inseminación artificial, ICSI, etc...”³²

De lo anterior se colige que la promoción de cuidados, hábitos para la prevención de enfermedades puede incidir fundamentalmente en la disminución de problemas de fertilidad, también se puede asegurar que luego de un diagnóstico completo y

³¹http://www.proyecto-bebe.es/infertilidad_secundaria.htm

³²Proyecto de Ley 109 de 2013 por medio de la cual se reconoce la infertilidad como enfermedad y se establecen criterios para su cobertura médico asistencial por parte del sistema de salud del Estado.
http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=109&p_consec=37709#_ftn3

oportuno y el agotar los procedimientos médicos o quirúrgicos recomendados por el médico especialista, existen altas probabilidades de lograr la fecundación, esto evita la necesidad de acudir a las técnicas de reproducción medicamente asistida que son más complejas y costosas.

2.5. Los Tratamientos para la infertilidad

La medicina ha evolucionado en el desarrollo de técnicas y procedimientos para menguar el efecto de las enfermedades del aparato reproductor, los antecedentes de estos tratamientos son principalmente empíricos y la experimentación sobre el tema, fue limitada por aspectos políticos, económicos y religiosos principalmente, pues aunque la ciencia, no busca suplir la idea de Dios, se ha interpretado así, al buscar lograr vida por medios artificiales.

La primera asistencia médica a la procreación, el primer “embarazo con ayuda” del que se tiene registro, ocurrió en 1776 en la ciudad de Londres, cuando el cirujano John Hunter uso una jeringa para depositar el semen en la vagina de la esposa de un hombre con hipospadia (deformación del pene que hace que al momento de la eyaculación el semen caiga fuera de la vagina) y logró obtener un embarazo.

A partir de ese momento la medicina trabajó en la búsqueda de nuevas alternativas para estos padecimientos. Tres años después en 1779, el científico italiano Lázaro Spallanzani, hizo la primera inseminación artificial exitosa en mamíferos.

En 1866, el ginecólogo estadounidense James Marion Sims (1813-1883) publicó su libro sobre esterilidad, donde incluyó un capítulo sobre la fecundación artificial. Allí describe la supervivencia de los espermatozoides en el moco cervical y vaginal y algunas técnicas muy primitivas para mejorar la acción del semen como fecundante.

Para 1890, Walter Heape de la Universidad de Cambridge transfirió exitosamente embriones de conejo: recuperó dos embriones al lavar las trompas de una coneja de raza belga fecundada horas antes y luego los transfirió a las trompas de una coneja mestiza. De estos embriones nacieron seis conejos absolutamente normales de raza belga. La experiencia de Heape despertó mucho interés en científicos de todo el mundo, y para 1893 hubo casos exitosos de Fertilización in Vitro en animales en Rusia, a través de estudios liderados por el Dr. Onanoff.

Sin embargo, solo fue hasta hace 30 años cuando la ciencia de la fertilidad asistida avanzó pasos gigantes en esta materia y en 1978, Patrick Steptoe, ginecólogo inglés y Robert G. Edwards, luego de numerosos estudios y fracasos dieron a conocer el nacimiento de la primera niña nacida a través de la medicina reproductiva. Fue Louise Brown, quién hoy es mundialmente reconocida como la primera bebé de probeta de la historia de la humanidad y en la actualidad es madre y lo logró de forma natural. Su nacimiento fue el puntapié inicial para innumerables mejoras en las técnicas utilizadas originariamente, lo que mejoró las tasas de éxito de cada intento.

Diez años más tarde, Lanzendorf dio a conocer el sistema ICSI (La inyección intracitoplasmática de espermatozoides por sus siglas en inglés), mediante esta técnica aumentaron las esperanzas para muchos hombres cuyo daño espermático era grave y sólo podían acudir a la donación de esperma, para que su esposa quedara embarazada. Hasta entonces, todos los métodos que ayudaban a conseguir un embarazo estaban dedicados al tratamiento sobre la mujer. Pero para 1988 se comenzó a ensayar con otras alternativas y sistemas.

Las diferentes técnicas que se fueron sucediendo en el tiempo trajeron consigo ilusiones y fracasos, por ejemplo la Fertilización In Vitro de Edwards y Steptoe es, básicamente, una de las más usadas en la actualidad. Muchos avances, como la consolidación del laboratorio de reproducción y los medios de cultivo embrionario, que lograron, fueron para mejorar cada tratamiento.

Aunque existen diversas técnicas y procedimientos para contrarrestar la infertilidad, que inician con el suministro de medicamentos, en algunos casos debe acudir a intervenciones quirúrgicas para los casos de mayor complejidad o ante la ineficiencia de las soluciones médicas básicas, se puede acudir a técnicas como por ejemplo la tuboplastia o la incubación asistida. Cabe resaltar que no todos los tratamientos para la fertilidad tienen fines exclusivos de lograr la fecundación, existen algunos procedimientos, exámenes e intervenciones que se han desarrollado para obtener un embarazo pero que también tienen efectos positivos en la cura de problemas de salud relacionados indirectamente con las enfermedades reproductivas y que permiten mejorar las condiciones de vida. Es decir, que algunos tratamientos para la infertilidad pueden ser usados para tratar ciertas afecciones con el fin de mejorar las condiciones de salud, calidad de vida digna y no necesariamente lograr la procreación.

En la siguiente tabla resumen, se presenta a grandes rasgos las clase de tratamientos para mejorar la fertilidad que más se utilizan para el caso de las mujeres. Posteriormente se describe con más detalle algunas características de estas alternativas, y se mencionan algunas soluciones que ayudan a tratar problemas de reproducción en los hombres.

Tabla 2. Principales tratamientos para la fertilidad

PRINCIPALES SOLUCIONES		Advertencias
MÉDICAS	Consisten en el consumo de medicamentos en su mayoría compuestos por hormonas con el fin de estimular el aparato reproductor. Algunos suplen la falta de producción natural de hormonas y otros, afectan el ritmo ovulatorio en la mujer.	El uso de cualquier hormona debe contar con prescripción y supervisión médica adecuada, luego de diagnóstico definitivo, se recomienda utilizar un calendario para llevar registro de la cantidad y frecuencia del consumo y los cambios de este.
QUIRURGICAS	Las cirugías para corregir falencias en	Estos tratamientos no solo buscan la

aparato reproductor femenino en su mayoría se puede realizar por vía endoscópica bien sea por laparotomía o por histerectomía, mediante incisiones muy pequeñas. Procedimientos ambulatorios bajo anestesia general con una recuperación corta de 5 a 10 días.	Endometriosis Miomas Adherencias Pólipos endometriales Hidrosalpinx Anomalías uterinas Reversión de cirugía esterilizante	fertilidad, también ayudan a mejorar la salud y condiciones de vida, algunos procedimientos van acompañados de medicamentos para estimular la producción de óvulos y deben darse los cuidados necesarios para que la intervención obtenga resultados positivos y se logre el embarazo.
--	---	--

Soluciones Médicas

Existen distintas técnicas médicas que tiene como fin menguar los efectos de los problemas de infertilidad. Por ejemplo, para ciertos trastornos, se han recetado medicamentos u hormonas para mejorar la fertilidad, las cuales ayudan a mejorar la ovulación e incrementan la producción de ciertas hormonas. “El Clomifeno, las gonadotropinas y la Bromocriptina son las drogas desarrolladas para mejorar la fertilidad más utilizadas en todo el mundo”³³. También se utilizan técnicas de terapias, medicación, tratamientos homeopáticos, entre otros, para tratar los padecimientos que causan la infertilidad en las personas, dado que como lo mencionamos anteriormente si se tratan las enfermedades asociadas o no con los órganos reproductores, se puede lograr disminuir el efecto que estas tienen en la posibilidad de ser fértil.³⁴

Soluciones Quirúrgicas

Para algunas situaciones como la endometriosis, la cirugía es una excelente opción, por otra parte cuando las mujeres tienen sus Trompas de Falopio “atadas

³³ Sitio web Doctor Díaz <http://www.drgdiaz.com/eco/infertilidad.shtml>

³⁴ http://foro.enfemenino.com/forum/matern4/_f77699_matern4-Informacion-medicamentos-para-la-fertilidad.html

o unidas” también deberían someterse a un procedimiento quirúrgico a fin de revertir la ligadura de trompas. No obstante, existen casos en los que la cirugía es suficiente o debe complementarse con otros procedimientos, medicamentos y/o tratamientos.

A pesar de que la mayor parte de los tratamientos desarrollados para mejorar la fertilidad se centran en las mujeres, existen varios tratamientos exitosos disponibles para los hombres. Una gran cantidad de hombres han decidido someterse a una cirugía de reversión de la vasectomía para poder recuperar su fertilidad. Otros han preferido someterse a diferentes alternativas para revertir una vasectomía. Por otro lado, aquellos hombres que presentaran un bajo conteo espermático o que no producen espermatozoides para sus eyaculaciones deben someterse a diferentes técnicas especialmente diseñadas para la recuperación quirúrgica de espermatozoides, mientras que los que no pueden eyacular por sí mismos seguramente preferirán recurrir a la electro-eyaculación rectal, que los ayudaría a producir diversas muestras de espermatozoides.

Laparoscopia Operatoria: Permite la corrección quirúrgica de las anomalías observadas durante la laparoscopia diagnóstica. Esta intervención realizada a través de pequeñas incisiones en el abdomen y en la cual se utiliza instrumental quirúrgico especializado, puede corregir problemas como algunas obstrucciones de las trompas, extirpar quistes ováricos o miomas, liberar adherencias y tratamiento de endometriosis. Este procedimiento ambulatorio ha tenido efectos positivos tanto para lograr la fecundación natural, como para mejorar la salud reproductiva general de las mujeres.

Histeroscopia Operatoria: Permite el tratamiento de las anomalías observadas en la histeroscopia diagnóstica, como son la resección de miomas y pólipos del endometrio, sección de sinequias (adherencias) y corrección de anomalías uterinas. Se realiza en el mismo acto quirúrgico de la laparoscopia o histeroscopia diagnóstica, con una duración de entre 30 a 60 minutos y es

ambulatoria. Los resultados de esta intervención son benéficos tanto para mujeres fértiles, infértiles como estériles.

Biopsia Testicular o Aspiración del epidídimo: Son procedimientos quirúrgicos para los hombres con azoospermia (ausencia de espermatozoides), busca espermatozoides directamente en el testículo o en el epidídimo, disecando o disgregando pequeños cortes de testículo, permitiendo buscar espermatozoides que se puedan congelar, para realizar posteriormente la técnica de reproducción asistida denominada ICSI. Se realiza bajo anestesia local o general, según indicación médica, es de forma ambulatoria y con bajas complicaciones.

Varicocelectomía: El varicocele es la dilatación de las venas que rodean al conducto deferente las cuales reciben la sangre que viene del testículo, lo que provoca un aumento de la temperatura local y en algunos casos llega a interferir con la calidad de los espermatozoides. Esta situación se puede corregir con la Varicocelectomía, que consiste en ligar o extirpar dichas venas varicosas. Los resultados de la cirugía en términos de fertilidad, son diversos a nivel mundial. El tiempo máximo de espera para presentar mejoras del espermograma es hasta de un año después de la cirugía, en caso de no presentar cambios, ni presentarse el embarazo espontáneamente, se podrá acudir a una TRMA.

Vasovasostomía: En algunos pacientes, los espermatozoides no salen en el eyaculado, sea por una obstrucción del conducto deferente o de la unión del mismo con el epidídimo (reservorio de espermatozoides anexo al testículo). Esta obstrucción puede ser espontánea o adquirida por la vasectomía. El procedimiento reconstructivo consiste en restablecer esta comunicación, para permitir la salida de los espermatozoides. Es una técnica con bajo riesgo, con efectividad del 50 % en reaparición de espermatozoides en el semen y debe ser realizada por un urólogo con amplia experiencia en técnicas de microcirugía.

2.6. Técnicas de Reproducción Medicamente Asistida

También conocidas como TRMA, son procedimientos donde se manipula ginecológicamente las células sexuales femeninas y/o masculinas, con el fin de corregir o sustituir procesos que presentan fallas en el organismo reproductor, consisten en una serie de alternativas que permiten ser madres o padres a aquellas personas que por diversos motivos no pueden concretarlo de forma natural o con ayuda de las soluciones médicas y quirúrgicas mencionadas en el numeral anterior.

Las TRMA comprenden todos los tratamientos o procedimientos para lograr un embarazo efectivo. Las técnicas de baja complejidad son aquellas que tienen como objetivo la unión del óvulo con el espermatozoide dentro del aparato de reproducción femenino, por ejemplo la estimulación ovárica y la inseminación intrauterina. Las técnicas de alta complejidad son aquellas que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro, y sus diferentes variaciones entre otras técnicas, en la mayoría de las técnicas se comienza por hacer una estimulación de los ovarios y capacitación del líquido seminal, mediante el uso de hormonas y medicamentos, que contribuyen al óptimo desarrollo del procedimiento.

Existen aproximadamente, unas trece TRMA para las parejas con esterilidad, que desean tener hijos. Las más usadas, son principalmente la Inseminación Artificial y la Fecundación in Vitro, sobre las cuales haremos énfasis. Otras técnicas menos usadas son: la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides(ICSI), la transferencia de embriones congelados, el alquiler de vientre mejor conocido como maternidad subrogada y la donación de ovocitos.³⁵

³⁵ <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/antes-de-quede-embarazada/terapias-y-tratamientos-para-la-infertilidad>

A continuación mostraremos una tabla resumen donde se ilustran las técnicas más comunes y sus principales características, posteriormente se expondrán algunas técnicas con mayor detalle.

Tabla 3. Resumen de TRMA

TÉCNICA	CLASE O TIPO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL – IA	Homóloga o Conyugal Heteróloga o de Donante	Introducción de espermatozoides sanos con la ayuda de un catéter al aparato reproductor femenino, bien sea de la pareja o de un donante.	Es utilizada en caso de infertilidad masculina, también por madres solteras o mujeres homosexuales. Existen riesgos psicológicos para el padre y el hijo cuando hay un donante y se conoce q el hijo no es biológico.
FECUNDACIÓN IN VITRO -FIV	con óvulos propios y semen de la pareja (FIV propia) con óvulos de donante y semen de la pareja con óvulos propios y semen de donante con óvulos de donante y semen de donante	La fecundación del óvulo y espermatozoide se realiza fuera del útero, es decir en un laboratorio y luego se implanta el embrión en el vientre para la gestación. Puede darse la gestación en el vientre de la futura madre o en el de una mujer que alquila su vientre (maternidad subrogada). cuando se práctica con muestras de células favorables, descartando cualquier anomalía o alteración , se trata de la inyección intracitoplasmática esperma morfológicamente seleccionados, en inglés-IMSI	La fecundación puede realizarse una vez se han seleccionado los óvulos y esperma de los futuros padres o de donantes en óptimas condiciones. Se debe tener gran cuidado con el uso de las muestras y la selección de gametos, para evitar alguna alteración genética que pueda darse durante la fecundación.
FECUNDACIÓN CON MICRO INYECCIÓN - ICSI	Es una variación de la FIV	El uso de la ICSI (en inglés) es la inyección intracitoplasmática, permite insertar un espermatozoide en el ovulo para lograr la fecundación directa.	Para esta técnica solo se requiere un ovulo y un espermatozoide en buenas condiciones,

Inseminación Artificial

Se trata de imitar la reproducción natural, dentro del útero, facilitando a los espermatozoides la llegada al lugar adecuado en el momento de la ovulación. Se

acude a la inseminación artificial cuando los espermatozoides tienen dificultades para llegar hasta el útero, ya sea por un obstáculo o por falta de cantidad o calidad del esperma, la inseminación puede darse en el vientre de la madre o en el de una sustituta que lo alquila únicamente para tal fin. Cuando la inseminación artificial se hace con el semen de la pareja, se llama Inseminación Artificial Conyugal o IAC. En el caso de que no se puede recuperar suficientes espermatozoides de la pareja, o no hay pareja masculina, se busca un donante anónimo, es lo que se llama Inseminación Artificial de Donante o IAD. Esta técnica es básica y muy sencilla, ofrece muy buenos resultados. Pero hay casos donde la técnica no da resultados positivos y se debe recurrir a la Fecundación in vitro.³⁶ Luego de múltiples procedimientos, los médicos han identificado y sintetizado las principales dificultades que presenta esta técnica, en cuantos a factores éticos, psicológicos y clínicos.³⁷

Para el caso de la Inseminación Artificial Conyugal

“Su eficacia es cuestionable, sobre todo en casos de infertilidad masculina de causa no bien definida.

La preocupación que la manipulación del semen pueda ser utilizada para la selección del sexo, separando los espermatozoides portadores del cromosoma X o Y, lo cual no se considera seguro ni ético.

El riesgo de la "tecnificación" de la reproducción, al separar la procreación de su expresión sexual”.

Frente a la Inseminación Artificial de Donante

“La posibilidad de crear problemas psicológicos en el esposo, la mujer receptora y/o el donante, si este último es identificado o conocido.

³⁶ <http://www.fecundar.com/index.php/es/tratamientos/inseminacion-artificial>

³⁷ http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/16.htm

El riesgo de transmisión de afecciones genéticas graves o enfermedades infecciosas por el uso de semen donado. El esposo también puede verse afectado.

La posibilidad de consanguinidad por el uso excesivo de mismo donante.

Los efectos psicológicos en el nido. Este incluye la afectación de las relaciones interpersonales por la necesidad de querer mantener el secreto sobre el origen del niño. Puede haber afectación del bebé, sí en forma accidental llegar a conocer su origen”.

Fecundación in Vitro

La fecundación in vitro permite fecundar óvulos con espermatozoides fuera del útero, en el laboratorio (bebé probeta). Si los óvulos de la mujer están en buen estado se extraen y se ponen en contacto con los espermatozoides para fecundarlos. Una vez fecundado, el óvulo se convierte en pre embrión y se coloca en el útero para que siga su desarrollo. Cuando hay sospecha que puede haber alteraciones en los espermatozoides, se puede seleccionar sólo los morfológicamente sanos, es lo que se conoce como Inyección intracitoplasmática de espermatozoides morfológicamente seleccionados o IMSI, en inglés (Intracytoplasmicmorphologically-selectedsperminjection). Al igual que en la inseminación artificial, en la fecundación in vitro el semen puede ser de la pareja o de un donante, que en la mayoría de los casos es anónimo.

Es posible que una mujer no produzca óvulos o que estos no estén en óptimas condiciones. En ese caso, una donante anónima aporta sus óvulos y se insemina con un espermatozoide, de la pareja o de un donante, luego se coloca en el útero para que siga su desarrollo. Con este procedimiento, 6 de cada 10 mujeres cumplen su sueño de ser madre.

En esta técnica se aplica como tratamiento cuando hay diagnósticos donde existe una obstrucción permanente en las trompas de Falopio, se han extirpado, o hay presencia de endometriosis, así mismo, en casos donde la concepción natural tiene bajas probabilidades. La posibilidad de embarazos exitosos con este tratamiento es del 40% en el caso de mujeres menores de 35 años. Sólo en el 1% de los casos presenta riesgos que requieren observación médica.

Hasta el momento se han desarrollado diversos tipos de Fecundaciones in vitro, para atender las clases de infertilidad de acuerdo al miembro de la pareja que padezca la infertilidad, y dependiendo de el origen de los gametos femeninos o masculinos (óvulos y espermatozoides).

Fecundación in Vitro con microinyección intracitoplasmática (ICSI)

Esta técnica consiste en fecundar el óvulo mediante la micro-inyección de un espermatozoide en su interior. Los pasos previos y posteriores del procedimiento son exactamente iguales al de una fecundación in vitro clásica, sólo cambia la forma como se insemina. Para realizar la ICSI se trabaja sólo con un espermatozoide por óvulo, mientras que en una fecundación in vitro convencional sin ICSI, son necesarios entre 50.000 y 100.000 células sexuales.

La ICSI se desarrolló a partir de 1992 para tratar principalmente casos de esterilidad masculina o anomalías en el espermatozoide: azoospermia (ausencia de espermatozoides), oligozoospermia (baja concentración de espermatozoides), astenozoospermia (baja movilidad) o la teratozoospermia (pocos espermatozoides con la morfología adecuada).

2.7. Acceso a los procedimientos.

Dentro de los principales problemas que se presenta con las TRMA se encuentran el difícil acceso a los tratamientos por el factor económico pues el manejo de la infertilidad, implica grandes cantidades de dinero para su experimentación e implementación.

En Colombia actualmente los costos de estos procedimientos oscilan entre los 3 y 25 millones de pesos, dado que la mayoría requieren la realización de varios procesos para un mismo tratamiento. Las TRMA son complejas y relativas para cada organismo, por lo que el número de intentos y cantidad de medicación puede variar, lo cual incrementa el precio total. Así mismo, no existe una regulación sobre los precios de los insumos, bienes y servicios relacionados con estas prácticas.

Tabla 4. Costos aproximados de un tratamiento por infertilidad

FIV	9,100,000
ICSI (incluye FIV)	10,500,000
Semen de donante para ICSI	640,000
Medicación FIV-ICSI aprox.	3,500,000
Ovo donación	14,000,000
4 ciclos de FIV o ICSI (multiciclo)	23,000,000
Inseminación Intrauterina	1,100,000
Inseminación intrauterina con semen donado	2,100,000
Medicación de Inseminación aprox.	1,000,000
Crio preservación de ovocitos	6,900,000
Almacenamiento 1 año	1,100,000
Medicación crio preservación ovocitaria	3,500,000
Crio preservación de Semen (5 muestras)	1,180,000
Almacenamiento anual	900,000
Vitrificación de embriones	400,000

Almacenamiento 1 año	1,100,00
----------------------	----------

Fuente. Tomado del Proyecto de Ley 109 de 2013

Otra dificultad radica en el número de instituciones que pueden ofrecer los mencionados tratamientos, para el caso de las TRMA, solo existen en Colombia 11 centros médicos especializados, debidamente registrados que brindan tratamientos de baja y alta complejidad para lograr una concepción de forma artificial, de acuerdo a los registros de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida–REDLARA³⁸.

Nuestro país no cuenta con un registro único de entidades y centros especializados en fertilidad donde las parejas puedan consultar las instituciones a las que pueden confiar su salud reproductiva, hasta ahora, la alternativa más próxima es consultar si el centro cuenta con el certificado de calidad de procesos de Icontec ISO 9000 o buscar la garantía de la REDLARA, al consultar el registro de centros avalados, disponible en su sitio web: redlara.com.

Tabla 5. Centros de Fertilidad en Colombia

Centros acreditados y afiliados en Colombia	
1.	CONCEPTUM - Unidad de Fertilidad del Country Ltda.
2.	FECUNDAR
3.	InSer - Instituto de Fertilidad Humana sede Medellín
4.	InSer - Instituto de Fertilidad Humana sede Pereira
5.	InSer - Instituto de Fertilidad Humana sede Bogotá
6.	Instituto de Reproducción Humana PROCREAR Ltda.
7.	MEDIFERTIL Programa de Medicina Reproductiva
8.	Procreación Médicamente Asistida Ltda.

³⁸http://www.redlara.com/aa_espanhol/quem_centros.asp

9. PROFAMILIA
10. Unidad de Medicina Reproductiva - Centro Médico IMBANACO
11. Asociados en Fertilidad y Reproducción Humana

Esta evidencia nos lleva a pensar, que los pocos centros médicos que brindan estos servicios y la escasa formación especializada sobre la materia, hace que los costos sean elevados, limitan el acceso y el derecho principalmente a las clases privilegiadas, quienes con seguridad pueden acceder a estos tratamientos.

Existe también un riesgo latente sobre la práctica y manipulación de personal no calificado para estos tratamientos, lo que hace necesario que, con carácter urgente, se establezcan controles que regulen el actuar tanto de quienes realizan la práctica, como de quienes son beneficiarios.

Toda la práctica médica, clínica y psicológica está sujeta a una legislación integral en materia de salud o a códigos de conducta deontológica. Aquellos centros o profesionales que practiquen las técnicas de la concepción asistida están sujetos a regulaciones específicas, y provistos de la acreditación adecuada.

3. LÍNEA JURISPRUDENCIAL DE LA CORTE CONSTITUCIONAL SOBRE TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD (2000 – 2014)

Desde el año 2000, la Corte Constitucional se ha venido pronunciando respecto a los tratamientos para la infertilidad y su protección excepcional vía acción de tutela. A la fecha tiene una línea jurisprudencial, a nuestro parecer, medianamente definida y el avance, porque lo podemos llamar así, ha tenido todo que ver, con la evolución del derecho a la salud, desde ser solo un derecho de segunda generación de no aplicación *prima facie*, hasta su actual categorización *ius* fundamental, y con el reconocimiento de que los derechos reproductivos, son verdaderos derechos humanos que se encuentran principalmente en cabeza de las mujeres,

3.1. Problema Jurídico

¿Se vulneran los derechos reproductivos de la mujer cuando se le niegan exámenes diagnósticos, medicamentos o procedimientos quirúrgicos para combatir una enfermedad en su aparato reproductivo que produce por sí misma una afección de su salud y que de manera derivada puede ser la causa de la infertilidad, argumentando que son tratamientos para la infertilidad, por la falta de especificidad en las exclusiones del POS?

3.2. Nicho citacional:

1. Corte Constitucional, sentencia T-009-14. M.P. Nilson Pinilla Pinilla, cita: T-857-09, T-760-08, T-752-07, T-946-02, T-1104-00.

2. Corte Constitucional, sentencia T-525-11. M.P. Mauricio González Cuervo
cita: T-550-10, T-226-10, T-870-08, T-760-08, T-946-07, T-752-07, T-636-07, T-605-07, T-901-04, T-242-04, T-946-02, T-572-02, T-1104-00.
3. Corte Constitucional, sentencia T-644-10. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva
cita: T-890-09, T-424-09, T-870-08, T-760-08, T-752-07, T-605-07, T-242-04, T-512-03, T-946-02, T-689-01, T-1104-00.
4. Corte Constitucional, sentencia T-550-10. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, cita: T-870-08, T-946-07, T-752-07, T-1104-00.
5. Corte Constitucional, sentencia T-249-10. M.P. Nilson Pinilla Pinilla, cita: T-760-08, T-946-07, T-636-07, T-605-07, T-242-04, T-512-03.
6. Corte Constitucional, sentencia T-226-10. M.P. Mauricio González Cuervo,
cita: T-870-08, T-946-07, T-752-07, T-636-07, T-605-07, T-901-04, T-572-02, T-1104-00.
7. Corte Constitucional, sentencia T-890-09. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva,
cita: T-424-09, T-870-08, T-760-08, T-946-07, T-752-07, T-636-07, T-605-07, T-901-04, T-242-04, T-512-03, T-572-02, T-689-01, T-1104-00.
8. Corte Constitucional, sentencia T-857-09. M.P. Nilson Pinilla Pinilla, cita: T-760-08, T-752-07, T-946-02, T-1104-00.
9. Corte Constitucional, sentencia T-424-09. M.P. Jorge Ignacio PreteltChajub,
cita: T-760-08, T-946-07, T-752-07, T-605-07, T-901-04, T-242-04, T-512-03, T-946-02, T-572-02, T-1104-00.

10. Corte Constitucional, sentencia T-870-08. M.P. Manuel José Cepeda Espinoza, cita: T-760-08, T-946-07, T-752-07, T-636-07, T-901-04, T-572-02, T-1104-00.
11. Corte Constitucional, sentencia T-760-08. M.P. Manuel José Cepeda Espinoza, cita: T-752-07, T-946-02, T-689-01.
12. Corte Constitucional, sentencia T-946-07. M.P. Jaime Córdoba Triviño, cita: T-636-07, T-605-07, T-901-04, T-572-02.
13. Corte Constitucional, sentencia T-752-07. M.P. Clara Inés Vargas Hernández, cita: T-512-03, T-946-02, T-572-02, T-689-01, T-1104-00.
14. Corte Constitucional, sentencia T-636-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, cita: T-901-04, T-242-04, T-512-03, T-572-02, T-689-01, T-1104-00.
15. Corte Constitucional, sentencia T-605-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, cita: T-901-04, T-242-04, T-512-03, T-572-02, T-689-01, T-457-01, T-1104-00.
16. Corte Constitucional, sentencia T-901-04. M.P. Clara Inés Vargas Hernández, cita: T-242-04, T-512-03, T-572-02, T-946-02, T-689-01.
17. Corte Constitucional, sentencia T-242-04. M.P. Jaime Córdoba Triviño, cita: T-512-03, T-946-02, T-572-02, T-689-01, T-1104-00.
18. Corte Constitucional, sentencia T-512-03. M.P. Eduardo Montealegre Lynett, cita: T-946-02, T-572-02, T-689-01, T-1104-00.

19. Corte Constitucional, sentencia T-946-02. M.P. Clara Inés Vargas Hernández, cita: T-572-02, T-689-01, T-1104-00.

20. Corte Constitucional, sentencia T-572-02. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, cita: T-689-01, T-457-01, T-1104-00.

21. Corte Constitucional, sentencia T-689-01. M.P. Jaime Córdoba Triviño, cita: T-1104-00.

3.3. Aplicación de la ingeniería de reversa

1. Corte Constitucional, sentencia T-009-14. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.
2. Corte Constitucional, sentencia T-525-11. M.P. Mauricio González Cuervo.
3. Corte Constitucional, sentencia T-644-10. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
4. Corte Constitucional, sentencia T-550-10. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.
5. Corte Constitucional, sentencia T-249-10. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.
6. Corte Constitucional, sentencia T-226-10. M.P. Mauricio González Cuervo.
7. Corte Constitucional, sentencia T-890-09. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
8. Corte Constitucional, sentencia T-857-09. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.
9. Corte Constitucional, sentencia T-424-09. M.P. Jorge Ignacio PreteltChajub.
10. Corte Constitucional, sentencia T-870-08. M.P. Manuel José Cepeda Espinoza.
11. Corte Constitucional, sentencia T-760-08. M.P. Manuel José Cepeda Espinoza.
12. Corte Constitucional, sentencia T-946-07. M.P. Jaime Córdoba Triviño.
13. Corte Constitucional, sentencia T-752-07. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

14. Corte Constitucional, sentencia T-636-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.
15. Corte Constitucional, sentencia T-605-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.
16. Corte Constitucional, sentencia T-901 de 2004. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.
17. Corte Constitucional, sentencia T-242-04. M.P. Jaime Córdoba Triviño.
18. Corte Constitucional, sentencia T-512-03. M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
19. Corte Constitucional, sentencia T-946-02. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.
20. Corte Constitucional, sentencia T-572-02. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
21. Corte Constitucional, sentencia T-689-01. M.P. Jaime Córdoba Triviño.
22. Corte Constitucional, sentencia T-457-01. M.P. Jaime Córdoba Triviño.
23. Corte Constitucional, sentencia T-1104-00. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

3.4. Sentencia fundadora de línea

Si bien es cierto que la Corte Constitucional hace una mención somera de los Derechos Reproductivos en la sentencia T-689-01, es en la **T-605-07** donde hace un amplio e importante recuento de cómo se han venido gestando, reconociendo, promoviendo y protegiendo los derechos reproductivos en virtud de los diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos, a la vez que señala la definición, aún en construcción, dada por la CIPD y el deber adquirido por los Estados Parte en la CEDAW, de garantizar la salud reproductiva y la auto determinación reproductiva. En atención a lo anterior, señala que los derechos reproductivos, dado su carácter de derechos humanos, han pasado a ser parte de nuestra Constitución. Asimismo, establece que la Corte tiene una línea

jurisprudencial en punto de la procedencia excepcional de la acción de tutela para ordenar lo que ellos llaman tratamientos para la infertilidad en dos eventos:

1. Cuando se presente afectación del principio de la continuidad en la prestación del servicio y 2. Cuando la infertilidad sea producida por otras patologías que configuren la afectación de derechos fundamentales como la salud, la integridad personal o la vida en condiciones dignas. Además, establece que la accionante debe cumplir con los requisitos establecidos por la jurisprudencia constitucional para inaplicar el POS (4 requisitos).

3.5. Sentencia confirmadora de línea

Es en la sentencia T-636-07, que el M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, hace un análisis mucho más extenso de los derechos reproductivos, su categorización como derechos humanos en los diversos instrumentos internacionales, ICPD, CEDAW entre otros, y la constitucionalización de los mismos en nuestro país en razón a su aprobación por parte del Congreso y en atención al artículo 93 constitucional que obliga a complementar y actualizar la normatividad interna con dichos instrumentos. Igualmente reitera la jurisprudencia de la Corte sobre la procedencia de la acción de tutela para reconocer derechos reproductivos excluidos del POS: aquí ya establece las tres circunstancias excepcionales que en adelante se tendrán para que proceda la acción de tutela: 1. Cuando se presente afectación del principio de la continuidad en la prestación del servicio; 2. Cuando la infertilidad sea producida por otras patologías que configuren la afectación de derechos fundamentales como la salud, la integridad personal o la vida en condiciones dignas y; 3. cuando se requiere la práctica de exámenes diagnósticos para precisar una condición de salud de una mujer asociada a la infertilidad. Reitera que la deprecante debe cumplir con los requisitos establecidos por la jurisprudencia constitucional para inaplicar el POS: 1. la falta del servicio de salud

vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; 2. el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio, o que pudiendo ser sustituido, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando tal nivel sea necesario para proteger la vida y la integridad personal del paciente; 3. el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y 4. el servicio de salud ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.

3.6. Sentencia Arquimédica o punto de apoyo

La sentencia T-890-09 del M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, muestra ya la posición dominante y reiterada de la Corte en relación con la acción de tutela y los tratamientos para la infertilidad como parte de los derechos reproductivos, insistiendo en que si bien esta es improcedente, encuentra su excepción en los tres casos mencionados en la sentencia T-636-07 y se permite hacer un estudio especial sobre la infertilidad primaria y secundaria. Asimismo, insiste que a más de encontrarse en alguno de los tres eventos debe cumplir las cuatro subreglas de interpretación que ha establecido la jurisprudencia constitucional para inaplicar el POS, que también fueron señaladas en la sentencia T-636-07. También señala la Corte que el deseo de conformar una familia que manifiestan las deprecantes puede ser suplido a través del proceso de adopción que establece la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, hecho este que no se presenta en las sentencias fundadora y confirmadora de línea.

3.7. Sentencias desestimatorias de los derechos reproductivos.

Las razones para desestimar la protección de los derechos reproductivos en estos once fallos mantienen una estrecha relación con la evolución jurisprudencial del derecho a la salud y la procedencia de su amparo a través de acción de tutela. Las razones para desestimar el amparo de los derechos reproductivos son las siguientes:

- I. Porque el deber del Estado con sus asociados no puede encaminarse a facilitarle mediante una acción positiva el derecho a la maternidad de una mujer cuya función procreadora no puede ejercerse normalmente por causa no imputable al ente estatal.
- II. Porque los tratamientos de infertilidad están excluidos del POS en razón al legítimo desarrollo de una facultad de configuración legal sino que además es totalmente coherente con la necesidad de implementar un SGSSS que se atenga al principio de universalidad y a su garantía a todos los habitantes del territorio colombiano y no existe violación de derechos humanos.
- III. Porque solamente cuando el Estado sea capaz de garantizar el goce de derechos esenciales al ser humano, puede pensarse en desarrollar políticas tendientes al aseguramiento de los derechos de desarrollo progresivo (II generación), ya que el alto costo de este tipo de tratamientos supone una disminución en el cubrimiento de otras prestaciones prioritarias.
- IV. Porque el derecho a la salud no es absoluto y, por lo tanto, el POS no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles.
- V. Porque los derechos prestacionales como la salud, solo pueden ser protegidos mediante tutela cuando por conexidad se viola uno fundamental.
- VI. Porque existe otro mecanismo que la propia Constitución y la ley ofrece: La Adopción, por lo tanto, se puede concluir que ante otra opción para la

conformación del núcleo familiar, no es obligación del Estado garantizar la procreación.

1. T-1104-00. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

Luz Aida Sánchez Hernández. Cotizante.

Derechos vulnerados: La vida e integridad personal, la salud y la seguridad social.

Solicita: Laparoscopia operatoria para recanalizar trompa de Falopio izquierda por síndrome adherencial.

I instancia: CONCEDE.

II instancia: REVOCA Y NIEGA.

Corte Constitucional: NIEGA por la causal I, a más de declarar que ya había HECHO SUPERADO y reitera que puede acudir a la adopción (VI).

2. T-689-01. M.P. Jaime Cordoba Triviño.

Nayibi Rendón Rivera. Cotizante

Derechos vulnerados: La vida y la salud reproductiva.

Solicita: Laparoscopia operatoria por hidrosalpinx (alteración en la que una o las dos trompas de Falopio de la mujer se encuentran bloqueadas y dilatadas debido a una acumulación de líquido en su interior, generalmente como consecuencia de una infección previa) en su trompa de Falopio derecha.

I instancia: NIEGA

Corte Constitucional: NIEGA por doble vía, es decir, por la causal I y II.

3. T-946-02. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Lurdes Sinisterra Quintana. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud, la seguridad social y su derecho a la maternidad.

Solicita: Segunda etapa de inseminación y fertilización in vitro.

I instancia: NIEGA.

II instancia: REVOCA Y CONCEDE.

Corte Constitucional: NIEGA por doble vía, esto es por la causal I y III y además le dice que puede acudir a la adopción (IV).

4. T-512-03. Eduardo Montealegre Lynett.

Erlinda Mogollón Vargas. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud y al desarrollo de todas las facultades inherentes al ser humano, en especial su condición de mujer.

Solicita: Salpingoplastia para liberar trompa de Falopio derecha que se encuentra obstruida.

I instancia: NIEGA

II instancia: NIEGA

Corte Constitucional: NIEGA por las causales I, III y V.

Salvamento de voto: Como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles e interdependientes, igual atención y urgente consideración debe brindarse a la implementación, promoción y protección de los derechos civiles y políticos, así como de los derechos económicos, sociales y culturales. Los derechos humanos, imponen tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir.

5. T-242-04. Jaime Córdoba Triviño.

Rosario Salinas Valenzuela. Cotizante.

Derechos vulnerados: La igualdad, la integridad física, la vida digna, la dignidad humana y la confianza legítima por la omisión de la EPS, consistente en no continuarle el tratamiento de fertilidad que requiere, a pesar de haberlo solicitado.

Solicita: Que le continúen pagando el tratamiento de fertilización in vitro que ella inicio con su peculio, porque en la EPS le dieron esperanzas sobre poder concebir.

I instancia: NIEGA.

II instancia: REVOCA Y CONCEDE.

Corte Constitucional: NIEGA por doble vía, es decir, las causales II y V, igualmente porque no puede exigírsele a la EPS una continuidad en la prestación del servicio público de salud toda vez que la accionante principió el tratamiento por su cuenta, con especialistas extraños a aquélla, y el hecho de que un médico adscrito a la entidad le haya dado esperanzas sobre la posibilidad de procrear, no le genera a la EPS responsabilidad alguna. Además existía un HECHO SUPERADO por cuanto la peticionaria había cancelado de su peculio el tratamiento para infertilidad. Razón adicional para denegar el amparo.

6. T-752-07. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Denis Lucila Flores Calderón REGIMEN SUBSIDIADO.

Derechos vulnerados: La vida, la salud y la familia.

Solicita: Fertilización in vitro.

I instancia: NIEGA

II instancia: NIEGA

Corte Constitucional: NIEGA con base en las causales I, II y V y que puede acudir a la adopción (VI).

7. T-857-09. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

Darlyn Parra Caicedo. Cotizante.

Derechos vulnerados: A la familia.

Solicita: Fertilización in vitro por no tener trompas de Falopio.

I instancia: CONCEDE.

II instancia: LA EPS NO IMPUGNÓ.

Corte Constitucional: NIEGA en razón a las causales I, II y III. Como la EPS **no impugnó el fallo el cual pudo haberse cumplido no se podrá retrotraer lo actuado y se le dará la debida continuidad hasta superar toda la situación posibilitada con la fecundación asistida.** Asimismo, establece que para eso está la adopción (VI). Por esto hay salvamento de voto, el magistrado considera que la accionante debería pagarlo de su peculio para que no se desestabilice el SGSSS. En igual

8. T-226-10. M.P. Mauricio González Cuervo.

La Corte Constitucional acumula cuatro tutelas por lo siguiente:

Misma EPS demandada: Coomeva.

Mismos derechos vulnerados: La salud, la vida, y a la familia, así como también los derechos sexuales y reproductivos.

Misma solicitud: Fertilización in vitro.

I instancia: CONCEDE en tres de los cuatro casos y en el cuarto caso la accionante apeló.

II instancia: LA EPS NO IMPUGNÓ los tres casos y en el cuarto caso REVOCA Y CONCEDE. Es decir, que a las cuatro accionantes los jueces de instancia les concedieron la fertilización in vitro.

Corte Constitucional: NIEGA las cuatro tutelas, por las causales I, II y IV.

Asimismo establece que *La protección excepcional que se ha otorgado en la realización de **un tratamiento de fertilidad, tiene como objeto sanear***

o curar la causa que produce la infertilidad o al menos intentar hacerlo; por cuanto lo que se ataca es la enfermedad que afecta la salud, la vida o la

integridad física de la mujer; eventos estos en los cuales se ha concedido el amparo (subrayado y negrita fuera del texto). *Por el contrario, el antecedente jurisprudencial indica que cuando lo que se pretende es producir la fertilidad de*

manera externa la protección solicitada ha sido negada. Las cuatro tutelas son del 2009 y la Corte las revisa en el 2010, y no indaga si los tratamientos ya se

realizaron o en qué estado se encuentran las cosas, tampoco establece si hay o no hecho superado.

9. T-249-10. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

Adiela Tamayo Bedoya. RÉGIMEN SUBSIDIADO SISBEN Nivel 1.

Derechos vulnerados: La vida, la salud y la seguridad social.

Solicita: Práctica de examen de progesterona y citología cervico uterina, debido a que se encuentra sometida a un tratamiento para la infertilidad.

I instancia: NIEGA porque ya habían autorizado el examen y la citología.

II instancia: NO FUE IMPUGNADA.

Corte Constitucional: NIEGA por HECHO SUPERADO. Pero reitera que los tratamientos para la infertilidad se encuentran excluidos del POS por la causal II y, de las pruebas allegadas se concluyó que no era cierto que se hubiese iniciado tratamiento para la infertilidad alguno.

10. T-550-2010. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Maritza Orozco Caicedo. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud, la vida y la familia.

Solicita: Fertilización in vitro.

I instancia: NIEGA.

II instancia: REVOCA Y CONCEDE.

Corte Constitucional: NIEGA por estar excluido del POS ya que existen razones tanto normativas como desarrolladas por la jurisprudencia que justifican tal negativa: I, II y IV. De igual forma, de las pruebas allegadas a la Corte, se informó que el tratamiento se había iniciado y que la accionante contaba con más de 18 semanas de gestación por lo que no se pueden retrotraer las cosas.

Adicionalmente, **exhorta al juez de II instancia a que observe minuciosamente la línea jurisprudencial de la Corte en torno a este tema**, ya que no tuvo en cuenta que para que proceda de manera excepcional por vía constitucional la autorización de dicho tratamiento se debió verificar tres supuestos desarrollados por ésta Corporación así: 1. cuando el tratamiento una vez iniciado es suspendido si mediar razón alguna; 2. cuando media el derecho de diagnóstico y no se tiene certeza sobre la enfermedad que padece la paciente; y 3. cuando la patología de infertilidad es una enfermedad secundaria, esto quiere decir que es un síntoma o una consecuencia de otra enfermedad.

11. T-009-14. M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

Jennifer Gómez Orrego. Cotizante

Derechos vulnerados: La salud y la integridad personal en conexidad con la vida y en la impugnación esgrime que no se debe olvidar que la Corte ha señalado que el pleno goce de **la salud sexual** hace parte del ejercicio de derechos fundamentales, como el de formar libremente una familia y el de la pareja para decidir sobre su procreación, así como los de la salud, vida digna, el libre desarrollo de la personalidad.

Solicita: Fertilización in vitro, ya que por haber tenido tres embarazos ectópicos, le fueron extraídas las trompas de Falopio.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NIEGA.

Corte Constitucional: NIEGA porque ya hay parámetros por los cuales no se ampara el acceso a la fertilización in vitro: I, II, IV y VI

3.8. Sentencias estimatorias de los derechos reproductivos.

Al igual que las desestimatorias el amparo de los derechos reproductivos en estas sentencias tiene todo que ver con la evolución jurisprudencial del derecho a la salud y con el reconocimiento de que *tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad*³⁹. En otras palabras, si los derechos reproductivos son derechos humanos, será deber del legislador y de la administración respetarlos y *determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarlas y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional*⁴⁰. Ahora bien, en atención a que los derechos

³⁹ Sentencia T-739-02 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, pág.10.

⁴⁰Idem.

reproductivos reconocen, protegen y amparan la autodeterminación reproductiva y el acceso a la salud reproductiva, también será deber del legislador y de la administración respetarlos, protegerlos y por supuesto hacerlos cumplir.

Tal y como dijimos, el amparo de los derechos reproductivos se da con base en el reconocimiento al derecho a la salud, pero sin olvidar que la exclusión de los tratamientos para la infertilidad tiene razón de ser en: *1. Su alto costo que supone una disminución en el cubrimiento de otras prestaciones prioritarias; 2. Que el derecho a la maternidad en la constitución implica un deber de abstención del estado de intervenir en la decisiones relativas a la procreación y unas obligaciones positivas, como la protección de la mujer embarazada o la estabilidad laboral reforzada, que no incluyen el deber de suministrar tratamientos que permitan la procreación; y 3. Que su exclusión del POS es un ejercicio legítimo de la libertad de configuración normativa.*

Ahora bien, las razones para proteger los derechos reproductivos en estas diez sentencias objeto de revisión son:

- I. Porque si bien es cierto que la salud es un derecho prestacional, es susceptible del amparo constitucional en conexidad con otros derechos fundamentales cuando: 1. La persona involucrada debe poseer un derecho subjetivo a la prestación que solicita y por tanto, la posición jurídica que detenta le permite exigirle a otra el cumplimiento de la obligación; 2. El derecho que se reclama debe estar en conexión directa con un derecho reconocido como fundamental y 3. que no exista otro medio de defensa judicial o, que de existir, no resulta idóneo para evitar la consumación de un perjuicio irremediable.
- II. Porque con la acción de tutela se puede conseguir la extensión del POS en eventos relacionados con el suministro por parte de las EPS de medicamentos y procedimientos médicos para el tratamiento de la infertilidad en VIRTUD DE LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO: cuando la EPS, o el médico tratante dan inicio al tratamiento, pero

posteriormente deciden suspenderlo, sin que exista una justificación científica para tal decisión.

- III. Porque con la acción de tutela se puede conseguir la extensión del POS en eventos relacionados con el suministro por parte de las EPS de medicamentos y procedimientos médicos para el tratamiento de la INFERTILIDAD SECUNDARIA: originada por otro tipo de afecciones físicas que implican un deterioro a las condiciones de vida digna.
- IV. Porque la acción de tutela resulta procedente para solicitar un tratamiento para la infertilidad en atención al DERECHO AL DIAGNÓSTICO Y LA FALTA DE CERTEZA SOBRE LA ENFERMEDAD: pues se impide determinar el tratamiento a seguir, a la vez que se puede agravar la enfermedad y tornarse en irreversible.

CONDICIÓN: Es menester enfatizar que además de que la accionante debe encontrarse dentro de uno de los presupuestos II, III y IV debe reunir todos y cada uno de los cuatro requisitos para autorización de procedimientos, medicamentos o tratamientos excluidos del POS que la Corte ha establecido en su jurisprudencia, que se presentan cuando: *1. que la falta del medicamento o tratamiento excluido, vulnere o amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del sujeto; 2. que el medicamento, tratamiento o procedimiento médico no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el POS o que pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido, siempre y cuando el nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente; 3. que el paciente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, así como que el enfermo no pueda acceder a ellos por ningún otro sistema o plan de salud; y 4. que el medicamento o tratamiento haya sido formulado o dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente.*

1. T-457-01. M.P. Jaime Cordoba Triviño.

Liliana María García Watstein. Beneficiaria

Derechos vulnerados: la vida digna, la igualdad, la salud y la seguridad social.

Solciita: Practica de exámenes de ANTICUERPOS, ANTILOS FOPIELES, ANTI DNA, ANTICUAGULANTES, FD y TSH, requeridos para conocer las razones por las cuales ha presentado dos abortos.

I instancia: NIEGA

II instancia: NO FUE IMPUGNADA

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE en atención a la razon I y a que *La conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida digna y a la integridad física en el caso examinado, no se deriva de la urgencia, pero sí de la negligencia en la prestación del servicio de salud.*

2. T-572-02. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Ely Esther López Chinchilla. Cotizante

Derechos vulnerados: Libre desarrollo como mujer y a lograr la maternidad.

Solicita: Tratamiento de infertilidad, incluyendo las drogas o si es del caso inseminación artificial o bebé probeta.

I instancia: NIEGA.

II instancia: REVOCA Y CONCEDE ENTREGA DE MEDICAMENTO PERGONAL PARA ESTIMULAR LA OVULACIÓN.

Corte Constitucional: CONFIRMA. Inicialmente no fue seleccionada pero el Magistrado Jaime Araujo Rentería ejercitó el derecho a la insistencia porque es *necesario que la Corte se pronuncie sobre el alcance del derecho de la pareja y, de manera particular, de la mujer, a concebir un hijo mediante asistencia científica.*

Confirma en atención a la razón II y es importante resaltar que en el caso examinado no es la EPS quien entrega el medicamento sino el médico *motu proprio* entrega unas muestras gratis que él tenía en su consultorio.

3. T-901-04. M.P. Clara Inés Vargas Hernández

Nasly Milena Daza Cujia. Cotizante

Derechos vulnerados: La vida, la seguridad social y la familia.

Solicita: Medicamento llamado Acetato de Leuprolide para reducir el tamaño de miomas uterinos para no comprometer su útero.

I instancia: NIEGA

II instancia: NIEGA

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE NO SOLO EL MEDICAMENTO (S), SINO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS NECESARIOS PARA TRATAR SU DOLENCIA (MIOMASTOSIS UTERINA), porque en principio, *la exclusión de los tratamientos para infertilidad del POS 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*, esto en virtud de la configuración del legislador para excluirlos por costosos. La razón para confirmar el amparo es la III porque lo que *se busca con el tratamiento indicado es disminuir el tamaño de los miomas para facilitar la cirugía y poderle asegurarle (sic) un mejor futuro con respecto a su fertilidad* y además cumple con LA CONDICION.

4. T-605-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto

Marta Cecilia de las Salas Pérez. Cotizante

Derechos vulnerados: la salud, al libre desarrollo de la personalidad y a tener una familia.

Solicita: Cirugía des obstructiva de las trompas de Falopio y retiro de adherencias del ovario izquierdo.

I instancia: NIEGA

II instancia: NO FUE IMPUGNADA.

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA DESOBSTRUCTIVA DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y EL RETIRO DE ADHERENCIAS DEL OVARIO IZQUIERDO en atención a las razones I y III a más

de que cumple con la CONDICION. Cita la Corte el CIPD de 1994 para establecer la definición de salud reproductiva: *un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia y también comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar y salud en ese campo a través de la prevención y la resolución de sus problemas...y los **tratamientos para la infertilidad.***

5. T-636-07. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Blanca Isabel Posada Castañeda. Beneficiaria.

Derechos vulnerados: La vida, la salud, la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad.

Solicita: Realizar exámenes de cariotipo materno y paterno para establecer cuáles son las causas de sus abortos.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NIEGA.

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE LA PRÁCTICA DE LOS EXÁMENES DE CARIOTIPO MATERNO Y PATERNO en atención a las razones I y III y a que cumple la CONDICION. Asimismo, señaló que los *derechos reproductivos son derechos humanos esencialmente amparados en el ámbito internacional y que en atención a los artículos 93 y 94 superiores han adquirido la categoría de derechos constitucionales fundamentales y que la salud reproductiva debe proteger el sistema reproductivo en todos sus aspectos, funciones y procesos.*

6. T-946-07. M.P. Jaime Córdoba Triviño

Diana Rocío Carvajal García. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud, la vida digna y a la maternidad.

Solicita: Laparoscopia operatoria por endometriosis.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NO FUE IMPUGNADO.

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE LAPAROSCOPIA OPERATORIA en atención a las razones I, III y a que cumple la CONDICIÓN. **No puede sostenerse que la endometriosis sea una enfermedad exclusivamente relacionada con la infertilidad, sino que la infertilidad puede ser una consecuencia de la endometriosis, pero no la única.**(Subrayado y negrita fuera del texto).

7. T-870-08. M.P. Manuel José Cepeda Espinoza

Marlen Cecilia Amézquita Lozano. REGIMEN SUBSIDIADO.

Derechos vulnerados: La vida, un nivel de vida adecuado, la salud, la asistencia médica, el bienestar y la igualdad.

Solicita: El medicamento Acetato de Leuprolide para el tratamiento de la miomatosis uterina y adicionalmente que en adelante le sean suministrados todos los medicamentos y tratamientos necesarios oportunamente y hasta que se elimine toda posibilidad de riesgo para su vida y se haga realidad el nacimiento de un hijo.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NO FUE IMPUGNADA

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE EL MEDICAMENTO ACETATO DE LEUPROLIDE Y LOS DEMÁS SERVICIOS QUE EL MÉDICO TRATANTE DETERMINE QUE SON NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, para esto solicitó información sobre la enfermedad que padece la accionante, sus síntomas y si esta es causante de la infertilidad o viceversa, de lo que concluye que se genera una afectación de la salud y la integridad, así como que omitir el tratamiento puede, con el paso del tiempo, causar un deterioro severo del bienestar, que el medicamento no es de uso exclusivo para tratar la infertilidad. Reiteró las razones por las cuales los tratamientos para la infertilidad están excluidos del POS. No obstante acoge las

razones II y III a más de verificar que la accionante cumple la CONDICIÓN. Pero no se concederá la petición de hacer realidad el nacimiento de un hijo porque el deseo de conformar una familia puede ser suplido **a través del proceso de adopción.**

8. T-890-09. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Sandra Patricia Mayorga Osorio. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud en conexidad con la vida y la dignidad humana.

Solicita: Video laparoscopia operatoria para contrarrestarla endometriosis severa y miomatosis uterina que la aquejan y **el tratamiento de fertilización in vitro ICSI.**

I instancia: NIEGA.

II instancia: NIEGA.

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE VIDEO LAPAROSCOPIA OPERATORIA PERO NO LA FERTILIZACION IN VITRO, previa reiteración de que la exclusión de los tratamientos para infertilidad del POS no vulnera los derechos fundamentales de las mujeres que no pueden procrear. Recurre a la razón I, II y III a más de verificar que cumple la CONDICIÓN. Hace un recuento de la infertilidad como enfermedad y los dos tipos de infertilidad y establece que hay una línea jurisprudencial en relación con la acción de tutela y los tratamientos para la infertilidad y le recuerda a la accionante que **el deseo de conformar una familia puede ser suplido a través del proceso de adopción.** (Subrayado y negrita fuera del texto).

9. T-644-10. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Martha Yannet Manrique Sierra. Cotizante.

Derechos vulnerados: La salud en conexidad con la vida digna, a la familia y a sus derechos sexuales y reproductivos.

Solicita: Se restablezca la continuidad en la prestación del servicio tendiente a desarrollar el programa de RMA asistida con óvulo donado, para lo cual solicitó que se incluyan, en caso de requerirlo, las autorizaciones de medicamentos, de

ayudas diagnósticas y de intervenciones quirúrgicas poco invasivas. Así mismo, pidió que el procedimiento continúe en cabeza del ginecobstetra que la viene tratando.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NIEGA.

Corte Constitucional: REVOCA Y CONCEDE LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO CON ÓVULO DONADO QUE FUE INICIADO, INCLUYENDO LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y MEDICAMENTOS QUE CONSIDERE NECESARIOS EL MÉDICO PARA LOGRAR LA CORRECTA IMPLANTACIÓN DEL EMBRIÓN EN EL ÚTERO DE LA ACTORA. PERO PROCEDERÁ POR UNA SOLA VEZ Y NO SE AUTORIZA RECOBRO AL FOSYGA. Toma esta decisión con base en las razones I, II a más de verificar que cumple con la CONDICIÓN. En el caso bajo estudio la IPS, autorizó *motu proprio* el inicio de la fertilización in vitro con ovulo donado y luego la suspendió desconociendo así el principio de integralidad que rige la prestación de los servicios de salud y violando el principio de continuidad en la prestación del servicio.

10. T-525-11. M.P. Mauricio González Cuervo.

Diana Patricia Sanabria González. Cotizante.

Derechos vulnerados: La dignidad humana, la vida, la salud, la seguridad social, el libre desarrollo de la personalidad y la familia.

Solicita: Reanastomosistubarica/terminoterminal por microcirugía y suministrar los medicamentos y/o procedimientos requeridos dentro del tratamiento, los gastos de traslado y la exoneración de copagos y cuotas moderadoras.

I instancia: NIEGA.

II instancia: NO FUE IMPUGNADA.

Corte Constitucional: CONCEDERREALIZAR LA MICROCIURUGÍA TUBÁRICA, ORDENADA POR EL MÉDICO Y SUMINISTRE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS HASTA LA RECUPERACIÓN DE LA CIRUGÍA. Establece la Corte

la evolución jurisprudencial que ha sufrido el derecho a la salud: derecho social, sujeto a un desarrollo progresivo; luego la teoría de la conexidad, pues se consideraba por sí solo no podía ser protegido a través de la tutela, sino que era necesario demostrar la afectación a un derecho fundamental; luego que sin importar su carácter prestacional ostenta la condición de fundamental, debido a que se relaciona de manera directa con la vida y la dignidad de las personas, lo que permite que se use la acción de tutela como mecanismo de protección. Reitera las razones por las cuales los tratamientos para la infertilidad se encuentran excluidos del POS, pero esto no es un criterio absoluto y se puede conceder el amparo, amparo que en este caso es concedido con base en la razón II y III, verificando que cumple la CONDICIÓN, **pero en caso de que una vez realizada la cirugía la accionante no pueda quedar embarazada de manera natural y que para tal fin necesite de un tratamiento de fertilidad, se entenderá que el Estado ya hizo todo lo posible para garantizarle sus derechos fundamentales, y por ende no estará en la obligación de suministrar tratamientos excluidos del POS.**(Subrayado y negrita fuera del texto).

La Corte no se pronuncia por haber un HECHO SUPERADO

1. T-424-09. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chajub

Beatriz del Carmen Moreno Trujillo. Cotizante. 48 años.

Derechos vulnerados: La vida, la salud y la integridad personal.

Solicita: Se le brinde atención inmediata en la clínica, con médicos especialistas en fertilización, la realización de exámenes, el suministro de medicamentos, seguimiento y el acompañamiento en el proceso de procreación desde el inicio y hasta que su bebe nazca.

I instancia: CONCEDE.

II instancia: LA EPS NO IMPUGNA.

Corte Constitucional: DECLARA LA EXISTENCIA DE UN HECHO SUPERADO, pues la EPS no impugno y cumplió la orden del juez de instancia y cuando la Corte revisó la tutela la accionante ya presentaba **EMBARAZO MÚLTIPLE, con 4 embriones, pero según ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL OBSTÉTRICA, con ALTERACIONES DE SONOLUCENCIA NUCAL (trisomía 21 o síndrome de Down) en dos de ellos, con riesgo del 80% de probabilidad de MALFORMACIÓN CONGÉNITA (Acalacia esofágica, Atresia duodenal, Deformaciones encefálicas, Divertículo de Meckel, Espina bífida, Estenosis esofágica, Fisura palatina, Labio leporino, Mielomeningocele, Quiste broncogénico, Quiste del colédoco, Síndrome de la Sirena o sirenomelia, Testículo ectópico).** Presenta un **EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO OBSTÉTRICO por su edad, primigestante añosa** (subrayado y negrita fuera del texto). La Corte hace un recuento de la evolución jurisprudencial del derecho a la salud; las excepciones para la inaplicación del POS en materia de tratamientos para la infertilidad estableciendo una línea jurisprudencial; los requisitos para inaplicar el POS en relación con la entrega de medicamentos y tratamientos médicos. Llega a la conclusión que en el caso examinado *era incuestionable que no era procedente conceder el amparo de la acción de tutela como mecanismo para obtener la extensión del Plan Obligatorio de Salud a un servicio que se encuentra excluido de él. **No entiende la Sala como el juzgador pasó por alto no sólo las observaciones médicas sino además no verificó la naturaleza de la prestación reclamada y las condiciones exigidas por el precedente jurisprudencial de la Corte, para inaplicar las normas del POS, que evidentemente en este caso no se cumplen, toda vez que se tornaba más riesgoso conceder el amparo pues de acuerdo con el concepto médico, reiterado en varias consultas médicas realizadas por la accionante, nunca consideraron viable el tratamiento enfatizando su edad y el altísimo riesgo gestacional. No es por demás, llamar la atención al juez de instancia sobre la improcedencia de los tratamientos de fertilidad, reiterando que el deber que vincula constitucionalmente al Estado con sus asociados no encuentra***

justificación razonable alguna cuando está dirigido a posibilitar, mediante una acción positiva, el derecho a la maternidad, que bien podría subsanarse a través de la adopción.(Subrayado y negrita fuera del texto).

Tabla 6. Esquema de la Línea Jurisprudencial.

SI	¿Se vulneran los derechos reproductivos de la mujer cuando se le niegan exámenes diagnósticos, medicamentos o procedimientos quirúrgicos para combatir una enfermedad en su aparato reproductivo que produce por sí misma una afección de su salud y que de manera derivada puede ser la causa de la infertilidad, argumentando que son tratamientos para la infertilidad, por la falta de especificidad en las exclusiones del POS?	NO
		T-1104-00
T-457-01		T-689-01
T-572-02		T-946-02
		T-512-03
		T-242-04
T-901-04		
T-605-07		
T-636-07		T-752-07
T-946-07		
T-870-08		
T-424-09		
T-857-09		
T-890-09		
T-226-10		
T-249-10		
T-550-10		
T-644-10		
T-525-11		
T-009-14		

El estado actual de cosas, teniendo como base la última sentencia de tutela revisada por la Corte, T-009-14, en punto de los derechos reproductivos y que ellos han considerado denominar línea jurisprudencial de tratamientos para la infertilidad es que:

1. A través de la acción de tutela se puede conseguir la extensión del POS en eventos relacionados con el suministro por parte de las EPS de medicamentos y procedimientos médicos para el tratamiento de la infertilidad cuando la accionante se encuentra dentro de uno de los siguientes eventos o supuestos fácticos:
 - a. EN VIRTUD DE LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO: cuando la EPS, o el médico tratante dan inicio al tratamiento, pero posteriormente deciden suspenderlo, sin que exista una justificación científica para tal decisión.
 - b. INFERTILIDAD SECUNDARIA: originada por otro tipo de afecciones físicas que implican un deterioro a las condiciones de vida digna.
 - c. DERECHO AL DIAGNÓSTICO Y LA FALTA DE CERTEZA SOBRE LA ENFERMEDAD: pues se impide determinar el tratamiento a seguir, a la vez que se puede agravar la enfermedad y tornarse en irreversible.

2. A más de encontrarse dentro de uno de estas tres hipótesis fácticas, la accionante debe cumplir con los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Constitucional para inaplicar el POS que son:
 - a. Que la falta del medicamento o tratamiento excluido, vulnere o amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del sujeto.
 - b. Que el medicamento, tratamiento o procedimiento médico no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el POS o que pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido, siempre y cuando el nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente.

- c. Que el paciente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, así como que el enfermo no pueda acceder a ellos por ningún otro sistema o plan de salud.
- d. Que el medicamento o tratamiento haya sido formulado o dispuesto por un médico adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente.

3. Por último establece la Corte que si las pretensiones de la deprecante tienen como última finalidad la procreación y la conformación de una familia puede acudir al proceso de adopción establecido en la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, hecho este que demuestra que ante otra opción para la conformación de un núcleo familiar no es obligación del Estado garantizar la procreación a través del POS, pero no se otorgan TRMA bajo ningún concepto.

4. ALTERNATIVAS JURÍDICAS PARA LA INFERTILIDAD Y EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LATINOAMÉRICA

4.1. Adopción en Colombia

Como ya vimos en la línea jurisprudencial, en ocho sentencias, la Corte sugiere algunas alternativas que pueden tener en cuenta las personas y parejas que quieren conformar una familia y de forma natural no han logrado procrear. La opción que los honorables magistrados plantean en subsidio, es la posibilidad de recurrir a la adopción, procedimiento contemplado en la constitución y reglamentado expresamente en nuestra legislación, ya que consideran que sí "... existe también otro mecanismo, como el procedimiento de adopción y por lo tanto, se puede concluir que ante otra opción para la conformación del núcleo familiar, no es obligación del Estado garantizar la procreación a través del POS..."

Ante esta afirmación nos preguntamos entonces a qué se enfrentan las personas que contemplan esta posibilidad. ¿Es una alternativa equiparable al efecto de las TRMA o demás tratamientos? ¿Qué implicaciones representa para los futuros padres?

La adopción en Colombia se encuentra definida en el artículo 61 de la Ley 1098 de 2006 en principio "como una medida de protección a través de la cual, bajo la suprema vigilancia del Estado, se establece de manera irrevocable la relación paterno filial entre personas que no la tienen por naturaleza"⁴¹.

De acuerdo a este concepto el objetivo principal de la adopción es "el establecimiento de una verdadera familia como la que existe entre los unidos por

⁴¹La regulación de la adopción de menores en Colombia es desarrollada a detalle en la Ley 1098 de 2006: código de infancia y adolescencia, norma que recoge las disposiciones nacionales e internacionales sobre la materia.

lazos de sangre, con todos los derechos y deberes que ello conlleve", en virtud de lo anterior el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar –ICBF, máxima autoridad en materia de adopción, ha establecido en sus políticas, los mecanismos y acciones para la protección del derecho de los menores a tener una familia y, por ello, toda la institución está estructurada en torno al interés superior del niño.

Además del ICBF, en Colombia existen ocho entidades, mejor conocidas como IAPAS (Instituciones Autorizadas para desarrollar el Programa de Adopción) de forma nacional e internacional, la principal diferencia entre el proceso de adopción entre las instituciones particulares y la estatal, son los costos, ya que en el ICBF el trámite es totalmente gratuito, mientras que en las mencionadas instituciones los costos administrativos, tramites y seguimientos al proceso, para 2012 oscilaban entre los 5 y 8 millones de pesos, unos \$4.600 dólares en la época⁴², este dinero se reinvierte en el funcionamiento y gastos de la propia institución, ya que de acuerdo al artículo 74 del Código de Infancia y Adolescencia, ninguna institución privada o pública podrá cobrar o exigir directa o indirectamente retribución alguna por la entrega de un niño, niña o adolescente para su adopción, tampoco deberá incitar a los padres biológicos a dar su hijo (a) en adopción a cambio de cualquier tipo de prebenda.

Sin embargo, el ICBF tarda más tiempo en adelantar este proceso, debido a la gran cantidad de solicitudes de nacionales y extranjeros que recurren a la adopción sin costo como alternativa para conformar una familia, por el contrario en los centros privados las ventajas en termino de tiempo y privilegios a la hora de escoger al adoptable son el atractivo de esta posibilidad ofrecida por particulares.

⁴² Costos proceso de adopción en Colombia a julio de 2012
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/CostosInstitucionesAutorizadasal6deJulio12de2012.pdf>

4.1.2. El Proceso de Adopción

Dado que la adopción tiene efectos irrevocables, constituye una gran responsabilidad para las instituciones que la lideran y supervisan el trámite, por disposición expresa de ley, en la asignación de familias se da principal prioridad a las solicitudes de parejas y solteros nacionales, así como de los menores con necesidades y características especiales (niños con discapacidades físicas, mentales o sensoriales, grupos de más de dos hermanos, los niños indígenas que gozan de jurisdicción especial y para los mayores de 7 años), una acción afirmativa⁴³ para brindar garantías a toda la población infantil, logrando que la adopción sea incluyente.

Los requisitos mínimos que exige la ley para solicitar una adopción son:

- Tener cumplidos 25 años de edad.
- Tener al menos 15 años más que el adoptable.
- Garantizar idoneidad física, mental, moral y social suficiente para suministrar una familia adecuada y estable al niño, niña o adolescente.

Para la selección de adoptantes se han definido un lineamiento técnico como mecanismo por medio del cual, cada institución tiene la posibilidad de asignar adoptables a las familias que garanticen un hogar estable y seguro para el desarrollo armónico del niño⁴⁴, durante todo el proceso se evalúa la idoneidad moral de quien pretende adoptar, pero dicha evaluación no puede hacerse desde la perspectiva de sus convicciones personales sean éticas o religiosas, sino desde

⁴³ La acción afirmativa o discriminación positiva, es una medida de desarrollo constitucional, que busca asegurar la igualdad de oportunidades, a través de un trato preferencial a cierto sector de la población, Sentencia C-293-10. M.P. Nilson Pinilla Pinilla

⁴⁴ Lineamientos técnicos del ICBF
http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_3748_2010.htm

aquellas otras que conforman la noción de moral pública o social, de acuerdo a la definición dada por la Corte Constitucional sobre el particular en la Sentencia C-710-12.

De acuerdo con el código de Infancia y Adolescencia pueden adoptar:

1. Las personas solteras.
2. Los cónyuges conjuntamente.
3. Conjuntamente los compañeros permanentes, que demuestren una convivencia ininterrumpida de por lo menos dos (2) años.
4. El guardador al pupilo o ex pupilo una vez aprobadas las cuentas de su administración.
5. El cónyuge o compañero permanente, al hijo del cónyuge o compañero, que demuestre una convivencia ininterrumpida de por lo menos dos (2) años.

Para conocer el inicio del proceso de adopción, consultamos el formulario de solicitud del ICBF, donde se puede apreciar que los datos se solicitan de forma individual y general. Ver anexo 1.

La adopción entonces, bien sea liderada por el ICBF o cualquiera de las IAPA consta de dos (2) fases:

La primera, es de carácter administrativa e inicia con la solicitud formal individual o conyugal y se surte directamente ante el ICBF o ante una IAPA. Lo que se busca en esta etapa declarar el estado de adoptabilidad del niño y la idoneidad del adoptante (s).

La segunda, es de orden judicial, pues la adopción se materializa con la sentencia de un juez de familia, y una vez ejecutoriada, se establece la relación paterno – filial, pero lo cual se requiere de un apoderado que represente a los adoptantes en el proceso de jurisdicción voluntaria, cabe reiterar el deber que tienen tanto los

funcionarios públicos como los particulares de proteger los derechos del menor por encima de los demás.

A la adopción pueden acceder colombianos y extranjeros residentes en Colombia o en el exterior, estos últimos pueden iniciar el trámite ante una embajada o consulado, en caso que no haya oficina o representante del ICBF, IAPA o Agencia Internacional Autorizada en el lugar de residencia y deben acogerse además a lo señalado en el Convenio de Adopción y Protección de Menores N° 33 de la Haya.⁴⁵

En cualquiera de las instituciones (estatal o privada) el procedimiento es bastante similar, la principal diferencia radica en que los particulares deben reportar todas sus actuaciones al ICBF para efectos de registro y control en el Sistema de Información del Grupo de adopciones, quien a su vez reporta a otras entidades para efectos de estadísticas y formulación de políticas públicas. Ver anexo 2.

4.1.3. Estadísticas de Adopción

De acuerdo con el informe del 2012 publicado por el ICBF, en Colombia existen 9.700 niños y adolescentes declarados en situación de adoptabilidad donde muchos corresponden a grupos de hermanos.

Esta institución tiene cargo 44.290 menores de edad, que están bajo su total protección, bien sea porque fueron separados de los padres biológicos, a falta de los cuidados necesarios o por abandono definitivo.

⁴⁵Instructivo del proceso de adopción en Colombia
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Programas/ProgramaAdopciones/GuiaAdopcion-ESP.pdf>

Ahora bien, en lo que va corrido del año hasta marzo 21, han sido dados en adopción 219 infantes, lo cual indica que posiblemente serán adoptados alrededor de 819 niños al finalizar el 2014, además al analizar la estadística del año anterior, se tiene que para 2013 fueron adoptados 1.125 menores, una cifra inferior en más del 50 % con relación al promedio total del histórico del que se tiene registro (1997-2014), dado que para 2011 el total fue de 2.713 y para el año 2007 fue de 3.007 menores⁴⁶.

Paradójicamente, desde el año 2006 se encuentran en lista de espera 3.758 familias que desean adoptar, de estas el 94.25% lo han solicitado directamente al Bienestar Familiar, y del total de familias 90,39 % corresponde a residentes en el exterior.

4.1.4. Problemática del Proceso

Esta alternativa presenta una serie de dificultades para los adoptantes que no cuentan con los recursos suficientes para acceder a una IAPA, pues desde el inicio del trámite, se les informa que la expectativa de duración del proceso ante el ICBF es de mínimo tres años.

Esta situación tiene como posible causa, además de la cantidad de solicitudes en curso, lo dispuesto en la Sentencia T-844 de 2011 de la Corte Constitucional, donde se estableció que, “antes de declarar un niño adoptable, el ICBF debe tratar de localizar a su familia hasta el sexto grado de consanguinidad para ver si alguno de sus parientes quiere adoptarlo”, lo cual implica que el proceso sea más largo, dispendioso e incluso costoso, de igual manera se vulnera indirectamente la incuestionable decisión que han tomado los padres biológicos de no revelar su

⁴⁶ Programa de Adopciones en Colombia ICBF
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Programas/ProgramaAdopciones/ESTADISTICAS%20P.%20ADOPCIONES%20AL%2021-03-2014.pdf>

identidad, bien sea porque abandonaron al menor, fue un embarazo no deseado o su actuar fue irresponsable, paralelamente a esto, existe una familia ávida por tener un nuevo integrante en la familia que crezca en su núcleo, en vez de criarse en un hogar sustituto y con el pasar del tiempo se va haciendo un menor con menos posibilidades de adopción.

Al respecto la columnista Carmen Elena Villa B. del diario El Colombiano hace un año comentó: "...mientras tanto las parejas que han tomado la decisión de adoptar entran a formar parte de una penosa lista de espera. Muchos se preguntan, si la madre no optó en dejar a su hijo con un pariente, ¿por qué el ICBF tiene que buscarlo y hasta el sexto grado de consanguinidad?"

Y es que al comparar las cifras antes mencionadas, resulta evidente poder afirmar que las listas de espera de adoptantes nativos y foráneos en su mayoría han incrementado, precisamente por la dificultad y demora del proceso de adopción, tanto en su parte administrativa por la gran demanda de solicitudes que tiene el ICBF, como la congestión de los juzgados de familia frente al procedimiento judicial de filiación. Lo anterior, sin desconocer el control, inspección y vigilancia que hace el Ministerio Público⁴⁷; sin embargo, resulta muy preocupante que la estadística de adopción disminuya casi a la mitad del promedio, cuando existen desde 2006 a la fecha, más de tres mil parejas entre nacionales y extranjeras en espera de una oportunidad para ser padres, en su mayoría por primera vez.

También se debe reconocer que aunque el procedimiento de adopción adelantado por el ICBF no tiene un valor económico, si representa algunos gastos para los interesados, el factor económico en este caso, puede ser limitante, como en el caso de la reproducción asistida, para quienes desean tener prole, y es que desde los costos del desplazamiento, papeleo, viáticos entre otros, especialmente para las familias residentes en otros países, de lo cual se deduce que es una alternativa

⁴⁷ PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, INFORME DE VIGILANCIA SOBRE EL PROGRAMA DE ADOPCIÓN, 2012
http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal_doc_interes/96_INFORME%20VISITA%20ICBF%20ADOPCIONES%2003%20de%20diciembre.pdf

viable para aquellos que tienen solvencia económica y pueden destinar sin mayor problema un presupuesto considerable para lograr la adopción, incluso acudir a una IAPA para obtenerla con todas las ventajas que esta vía representa.

La estabilidad emocional, económica y social que tienen las personas solteras o no, al momento de solicitar la adopción, puede que no sea la misma para el inicio de la convivencia y el trato con el adoptivo. Estas circunstancias pueden cambiar en los 3 o 4 años que puede llegar a tardar todo el procedimiento, lo cual puede llegar a influir negativamente en el desarrollo del menor.

Sobre el asunto de la idoneidad moral de los futuros padres, como requisito indispensable para lograr ser adoptante, se ha suscitado un intenso debate, entorno a qué se considera aceptable desde el punto de vista ético-moral, que es tan subjetivo y más a la hora de involucrarlo en temas de Derecho. Pese a que la Corte Constitucional ha llegado a un consenso sobre lo que denominó “moral social” o “moral pública”, para no hablar de “moral cristiana”, es claro que este concepto debe ampliarse y evolucionar con el trasegar de la sociedad, muestra de ello es que ahora se permita la adopción por parte de personas solteras y compañeros permanentes, rompiendo con el esquema de la familia tradicional, fundada bajo el matrimonio. Por lo anterior, la entrevista, evaluación y seguimiento de los posibles adoptantes debe ser integral, estar a tono con las condiciones y circunstancias actuales del país.

Adicionalmente, no sobra decir que se ha conocido por los medios de comunicación, como el noticiero del canal RCN, “Las crónicas de Pirry” y el especial sobre adopción del programa “Séptimo Día” en 2012, irregularidades alrededor de los diversos problemas de corrupción e inadecuada administración de los programas a cargo del ICBF, a raíz de múltiples denuncias de padres biológicos que exigían explicaciones de por qué sus hijos fueron dados en adopción sin su consentimiento, o aún más grave sin haber sido declarados en estado de adoptabilidad en debida forma tal como lo señala la ley, entre tanto,

desde 2013 se han iniciado varias investigaciones disciplinarias a los funcionarios y servidores involucrados en las presuntas irregularidades. En respuesta a esto el ICBF ha endurecido los controles y protocolos de los lineamientos técnicos establecidos para la adopción, lo que resulta paradójico es que al ser más rigurosos en el manejo de cada trámite, para el proceso implica más trabas, lo que lo hace lento y complejo, de acuerdo a las declaraciones de algunas parejas que se encuentran en lista de espera.

4.2 Regulación de las Técnicas de Reproducción Medicamente Asistidas- TRMA- en Hispanoamérica.

A continuación presentamos una breve reseña de las situación que actualmente afrontan algunos países del continente y el caso de España, sobre la regulación de la reproducción asistida, que hoy día, son referentes importantes para los demás Estados en desarrollo, por su avance en términos de inclusión y equidad de género y evolución socio cultural en este tema de gran sensibilidad.

Argentina las incluye en el Plan de Salud Pública.

En junio de 2013 el Congreso en Argentina aprobó la ley 26.862 (ver anexo 3) que busca garantizar el acceso sin costo alguno, a las TRMA a todo aquel mayor de edad, que cumpla con unos requisitos mínimos y quiera ser padre o madre usando estos procedimientos como alternativa a la imposibilidad de concebir por medios naturales.

Los costosos tratamientos, que en principio debían ser asumidos por ciudadanos, a partir de la fecha fueron incluidos de forma gratuita en las obras sociales, los

seguros médicos privados y en el sistema de salud pública, para lo cual se han expedido los respectivos decretos reglamentarios y directrices institucionales.

El principal antecedente de esta disposición es la ley 14.208, que en 2010 convirtió a la provincia de Buenos Aires en la primera de América Latina, en brindar este servicio a través del sistema público, al reconocer la infertilidad como una enfermedad humana de interés estatal, y se logró implementar en todo el territorio nacional.

Hasta el momento son 48 las entidades de salud de todo el país, que han sido registradas y cuentan con el aval requerido para realizar las prácticas de fertilización contempladas en la mencionada ley, cuyo *objetivo principal es garantizar el real e integral acceso a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida, reglamentada a través del Decreto 956/2013*⁴⁸, frente a lo cual algunos aseguran que se abrió la posibilidad a que los ciudadanos accedan a un nuevo tipo de derecho: el de “la fertilidad”, que beneficiaría a la gran población Argentina que para 2012 contaba con unas 600.000 parejas infértiles.

Las principales condiciones que impone esta ley, es que los pacientes que se sometan a los tratamientos estén entre los 25 y 40 años de edad, hayan agotado todas las soluciones médicas o quirúrgicas posibles en los últimos 5 años y pueden ser financiados hasta 4 intentos de embarazo.

Uruguay en busca de una legislación sobre el tema.

Para fomentar la fertilidad en Uruguay, la Cámara de Diputados aprobó en octubre de 2012 un proyecto de ley similar a la legislación de Buenos Aires que aún debe ser votado por el Senado para ser sancionado. La dificultad que ha tenido esta iniciativa radica en el factor económico, pues es claro que no cuentan con los recursos necesarios para subsidiar los costos de estos tratamientos, tienen otras

⁴⁸http://www.clarin.com/salud/Quedo-reglamentada-fertilizacion-asistidagratis_0_961103934.html

prioridades que atender y la crisis económica que golpea la región afecta las condiciones y expectativas de vida de las familias de clase media.

En esta región se tienen registros de que al menos unas 4.000 parejas en situación de infertilidad, tienen dificultades no solo para concebir, sino para cubrir los precios que oscilan entre US\$600 y US\$12.000, dependiendo de si se trata de técnicas de baja o de alta complejidad.

Brasil y sus políticas incluyentes

Aunque no se encuentran cubiertas todas las técnicas de reproducción asistida, la República de Brasil aprobó con la Ley, nº 7608, del 11 de abril de 2011, una norma que permite desde entonces a las parejas homosexuales beneficiarse con técnicas de fertilización asistida mediante la donación de semen u óvulos. También dio a las personas solteras el derecho a realizarse estos tratamientos, aunque en ambos casos debe respetarse el derecho de objeción de conciencia de cualquier médico, pero no de las instituciones⁴⁹.

Chile entre la sostenibilidad y los bajos índices de natalidad.

A diferencia de los anteriores Estados, Chile es el primer país de Sudamérica cuya tasa de natalidad se encuentra por debajo del nivel promedio para relevar las generaciones adultas, tras lo cual el gobierno del presidente Rafael Piñera propuso duplicar el número de tratamientos de reproducción asistida que se ofrecen en las instalaciones de salud pública, esta iniciativa también fue apoyada por la recién electa presidenta Michel Bachelet.

⁴⁹<http://www.invitrotv.com/noticia/1564/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida-seran-accesibles-para-las-parejas-homosexuales-en-br>

“El año 2009 en Chile se prestaban 250 tratamientos contra la infertilidad; el año 2012 se habían duplicado a 500; para 2013 se pronosticaron 1.500, aunque la meta es llegar a 2.000 y, si es necesario, seguir incrementando esa cifra”, aseguró el mandatario de turno tras anunciar una serie de políticas de Estado para fomentar la natalidad⁵⁰.

Sin embargo, esta cifra es considerablemente baja, para un país en el que se estima que alrededor de 350.000 parejas tienen problemas de fertilidad o esterilidad. Diversas ONG exigen que se materialice la salud reproductiva, como “un derecho y no un privilegio”, al que solo unos cuantos adinerados pueden acceder.

Pese a todo, existen grandes detractores de estas medidas, que consideran que un tratamiento tan costoso como las técnicas de reproducción asistida, no debería ser garantizado de manera gratuita a toda la población. A manera de ejemplo se tiene conocimiento que de acuerdo a una encuesta de 2012 en la Universidad Católica de Chile, demostró que el 56% de los consultados no creía que el Estado debía financiar todos los tratamientos, mientras que el 48% apoyaba el financiamiento público para las personas que no podían acarrear estos costos.

México entre la crisis y la necesidad.

Es un Estado que todavía carece de una normativa en reproducción asistida, a pesar de que desde 1984 se tiene previsto impulsar un proyecto de ley. Aunque es el país con mayor cantidad de clínicas de fertilidad, desde los años 80 y a la fecha se han creado alrededor de 60 centros, de los cuales sólo 25 cuentan con la certificación de la Red Lara.

En el país azteca el 17% de las parejas en edad fértil, tienen dificultades para lograr un embarazo natural, cifra similar a la de otros países latinoamericanos, lo que se considera un problema de salud pública y se encuentra en mora de reglamentar las

⁵⁰<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>

acciones para garantizar el acceso a tratamientos y brindar un diagnóstico serio y oportuno.

Por ejemplo, México, es el tercer país líder en número de tratamientos de reproducción, con 4.449, el primer lugar lo ocupa Brasil, con 17.674, y el segundo Argentina, con 8.348, de acuerdo los registros del año 2010. México también está en los primeros lugares de embarazos múltiples artificiales, pero carece de una reglamentación unificada y contundente sobre la materia.

Lo anterior, no es motivo de grandeza, pues para la Asociación Nacional de Embarazos Múltiples de México, presentar informes con cifras elevadas de embarazos múltiples, no garantiza mejores condiciones en términos de calidad y eficacia, según lo afirma Pedro Alfonso Ochoa Ledezma, director de la Asociación quien asegura que *“es de gran urgencia y muy relevante legislar sobre las clínicas que se dedican a la tratar la infertilidad para que sean supervisadas, y no se realicen tan deliberadamente como hasta al momento, pues esto eleva las posibilidades de corrupción en el procedimiento y tráfico de personas”*.

España es un caso excepcional

Aunque este país es Europeo, vale la pena resaltar el desarrollo legislativo que ha tenido el tema de la procreación artificial, pues desde la Ley 35/1988, se ha buscado la regulación de los tratamientos, técnicas y procedimientos de fertilidad y esterilidad. Es la nación pionera en proferir reglamentación sobre el particular y aunque no ha incluido estos procedimientos como obligatorios en el plan de salud pública, es uno de los estados con mejores políticas en promoción y prevención en derechos sexuales y reproductivos, así como la paternidad responsable y la educación sexual integral⁵¹.

⁵¹http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-2006.html#cpa1

Con normas como la Ley 45/2003 y la Ley 14/2006 de mayo 26, sobre técnicas de reproducción humana asistida, ha sido ejemplo en la búsqueda del control y supervisión del Estado, sobre esta situación de salud pública, el registro de los centros y entidades que brindan servicios en pro de la fertilidad están a la vanguardia de las últimas tecnologías y avances científicos.

CONCLUSIONES

1. Los derechos reproductivos han sido reconocidos como derechos humanos en los diversos instrumentos internacionales, así como en las conferencias mundiales convocadas por la ONU y en razón a su caracterización como derechos humanos han pasado a formar parte de nuestra Carta Política.
2. Con los derechos reproductivos se pretende respetar y garantizar la autodeterminación reproductiva y el acceso a la salud reproductiva.
3. La materialización de los derechos reproductivos tiene una estrecha relación con otros derechos de carácter fundamental como la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad, la igualdad, entre otros, pero guarda una especial relación con el derecho a la salud, por ello el amparo de los derechos reproductivos en nuestro país ha evolucionado de la mano con la evolución y reconocimiento del derecho a la salud, como derecho fundamental, pero sin olvidar que los derechos fundamentales no son absolutos.
4. Los tratamientos para la infertilidad como derechos reproductivos se encuentran excluidos del POS en razón a: la libertad de configuración legislativa; los altos costos que suponen la disminución del cubrimiento de otras prestaciones consideradas prioritarias; y, también, porque se ha indicado que la concepción constitucional del derecho a la maternidad no genera, en principio, una obligación estatal en materia de maternidad.
5. Si el contenido del POS fuera ilimitado no habría la más remota posibilidad de garantizarlo a todos los habitantes, ni siquiera en las limitadas condiciones en que hoy se lo hace, pues el imperativo de prestar atención integral conllevaría el

agotamiento de los recursos estatales con la sola garantía de ese derecho a mínimos sectores poblacionales.

6. La situación financiera de un país como Colombia implica una clara determinación de prioridades en materia de gasto público y social, elemento indispensable para la efectividad de los derechos. Así, únicamente cuando el Estado sea capaz de garantizar el goce de derechos esenciales al ser humano, puede pensarse en desarrollar políticas tendientes al aseguramiento de los derechos de desarrollo progresivo: Racionalización de los recursos.

7. Si bien es cierto que dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se establece la dimensión denominada Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos como Política de Salud Pública del Minsalud, también lo es que no incluye a la Infertilidad y mucho menos la reconoce como una enfermedad, a pesar del incremento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).

8. De la información recaudada sobre tratamientos para combatir la infertilidad se puede inferir que exámenes como histeroscopia y laparoscopia diagnóstica, al igual que algunas de las soluciones quirúrgicas, como lo son las intervenciones ambulatorias histerectomía y laparotomía, pueden adelantarse por personal calificado en ginecología, con un equipo quirúrgico básico, lo cual no implica costos exuberantes para la prestación de un diagnóstico y tratamiento de calidad

9. La expresión TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD que se encuentra en el numeral 4 de las exclusiones específicas del POS, corresponde realmente una generalidad o conglomerado de técnicas, procedimientos, exámenes, intervenciones y terapias que permiten a la persona lograr superar las afecciones físicas del aparato reproductor. Como alternativa estarían las técnicas de reproducción medicamente asistida (TRMA), las cuales deben ser el último

recurso a agotar, en caso de no lograr el embarazo por los mecanismos menos complejos.

10. De acuerdo al análisis realizado a la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se encontró que las EPS, en especial Coomeva, desconocen el precedente y vulneran los derechos reproductivos de las mujeres colombianas (en especial las del Valle) al no conceder los medicamentos, exámenes y procedimientos médicos para diagnosticar y combatir enfermedades propias del aparato reproductor femenino y, además, no impugnan los fallos de 1a. instancia cuando los jueces prevaricando, no aplican la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte, conceden la realización de Fertilizaciones in vitro (TRMA).

11. En atención a la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional en relación con los tratamientos para la infertilidad se puede y se debe acotar la exclusión “específica” del POS vigente, identificada con el numeral 4 y denominada TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD al termino específico de TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDAS (TRMA). Lo anterior, toda vez que en estudio de la línea se evidenció que la Corte en sede revisión lo que niega son las TRMA y no los medicamentos, exámenes y procedimientos médicos para diagnosticar y combatir enfermedades propias del aparato reproductor femenino.

12. La adopción no se puede equiparar como una alternativa al problema de infertilidad, pues presenta varios inconvenientes que implican un desgaste para los adoptantes y puede contrariar algunos principios culturales, religiosos incluso sexuales, ya que según la norma algunas personas no pueden adoptar.

13. Colombia en relación con los países vecinos tiene un gran camino por recorrer en materia de reglamentación sobre reproducción asistida y maternidad

subrogada, pero también comparte una gran dificultad en materia económica para financiar y subsidiar servicios médicos en materia de salud reproductiva.

14. Como conclusión principal podemos afirmar que, así se acotó la expresión TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD por TECNICAS DE REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA en las exclusiones del POS, se seguirán vulnerando los derechos reproductivos de las mujeres colombianas en atención a que los instrumentos internacionales establecen claramente que éstos, los tratamientos para la infertilidad, forman parte de la atención en salud reproductiva, pero se debe entender que en atención a las conclusiones anteriormente mencionadas no es posible que se incluyan en nuestro POS, eso sería querer un Estado paternalista hasta el extremo. Pero, de todas formas, ello permitirá mitigar, en cierta medida, dicha vulneración, toda vez que no obligaría a las féminas colombianas a acudir a la acción de tutela para que les sea concedida la entrega de medicamentos, la realización de exámenes y procedimientos médicos para diagnosticar y combatir enfermedades propias de su aparato reproductor.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS, ARTÍCULOS, NORMAS.

Acuerdo 032 de 17 de mayo de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud.

ALEXY, Robert. Teoría de los Derechos Fundamentales. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. 2002.

Decreto 4444 de diciembre 13 de 2006, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva.

Decreto 2968 de 2010 del Ministerio de Protección Social.

Defensoría del Pueblo y otros. Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos. TORREBLANCA Agencia Grafica. 2007.

DWORKIN, Ronald. El dominio de la vida. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. 1994, pág. 141

EL DERECHO A LA SALUD en perspectiva de DERECHOS HUMANOS y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. PGN ISBN 978-958-8295-74-9 Primera edición: mayo 2008 Bogotá D.C., Colombia pág. 13

Ley 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social Integral.

Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia.

Ley 1412 de 19 de octubre de 2010, Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable.

Ley 26.862 de 2013, Ley de Reproducción Medicamente Asistida, Argentina.

LOPEZ VILLEGAS, Eduardo. DERECHO Y ARGUMENTACIÓN. Grupo Editorial Ibáñez. 2011.

Plan Decenal de Salud Publica 2012 -2021 del MinSalud.

Proyecto de Ley 109 de 2013, “Ley Sara”. Cámara de Representantes. Laureano Augusto Acuña Díaz.

Resolución 004905 de 2006 del Ministerio de Protección Social.

Resolución 5521 del 2013 del Ministerio de Salud, por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan obligatorio de Salud (POS).

JURISPRUDENCIA

- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-499 de 1992. M.P. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-228 de 1994. M.P. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia SU-111 de 1997. M.P. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia SU-480 de 1997. M.P. ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia C-475 de 1997. M.P. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-348 de 1997. M.P. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-552 de 1997. M.P. VLADIMIRO NARANJO MESA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-1104 de 2000. M.P. VLADIMIRO NARANJO MESA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-457 de 2001. M.P. JAIME CORDOBA TRIVIÑO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-689 de 2001. M.P. JAIME CORDOBA TRIVIÑO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-572 de 2002. M.P. MARCO GERARDO MONROY CABRA.

- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-850 de 2002. M.P. RODRIGO ESCOBAR GIL.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-881 de 2002. M.P. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-946 de 2002. M.P. CLARA INES VARGAS HERNANDEZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia C-067 de 2003. M.P. MARCO GERARDO MONROY CABRA
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-512 de 2003. M.P. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-859 de 2003. M.P. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-063 de 2004. M.P. ÁLVARO TAFUR GALVIS.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-242 de 2004. M.P. JAIME CORDOBA TRIVIÑO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-332 de 2004 M.P. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-901 de 2004. M.P. CLARA INES VARGAS HERNANDEZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia C-623 de 2004. M.P. RODRIGO ESCOBAR GIL.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia C-355 de 2006. M. P. JAIME ARAUJO RENTERÍA Y CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-605 de 2007. M.P. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-636 de 2007. M.P. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-752 de 2007. M.P. CLARA INES VARGAS HERNANDEZ.



- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-946 de 2007. M.P.JAIME CORDOBA TRIVIÑO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-870 de 2008. M.P.MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOZA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-424 de 2009. M.P.JORGE IGNACIO PRETELT CHAJUB.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-732 de 2009. M.P. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-857 de 2009. M.P.NILSON PINILLA PINILLA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-890 de 2009. M.P.LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-226 de 2010. M.P.MAURICIO GONZALEZ CUERVO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-249 de 2010. M.P.NILSON PINILLA PINILLA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-550 de 2010. M.P.HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-644 de 2010. M.P.LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-525 de 2011. M.P.MAURICIO GONZALEZ CUERVO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia C-879 de 2011. M.P. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.
- ✚ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-009 de 2014. M.P. NILSON PINILLA PINILLA.

PAGINAS WEB

- [✚ http://es.humanrights.com/#/what-are-human-rights.](http://es.humanrights.com/#/what-are-human-rights)
- [✚ http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf.](http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf)
- [✚ http://www.derechoshumanos.gov.co/epu/Documents/130219-3-anexo3.pdf.](http://www.derechoshumanos.gov.co/epu/Documents/130219-3-anexo3.pdf)
- [✚ http://www.colombiaun.org/Temas%20prioritarios/derechos_humanos.html.](http://www.colombiaun.org/Temas%20prioritarios/derechos_humanos.html)
- [✚ http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Valencia%202010/Reyes%20Velazquez%20Barbado.pdf.](http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Paramedical/Valencia%202010/Reyes%20Velazquez%20Barbado.pdf)
- [✚ http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
- [✚ http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml](http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml)
- [✚ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer \(CCMM\), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo \(CIPD\) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.](#)
- [✚ http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Ferti-En-Feb05-Trabajo1.pdf.](http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Ferti-En-Feb05-Trabajo1.pdf)
- [✚ http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadDerechoCienciasPoliticasyBibliotecaDiseno/Archivos/01_Documentos/aspectosTecReproduccion.pdf.](http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadDerechoCienciasPoliticasyBibliotecaDiseno/Archivos/01_Documentos/aspectosTecReproduccion.pdf)
- [✚ http://www.redlara.com/aa_espanhol/quem_centros.asp](http://www.redlara.com/aa_espanhol/quem_centros.asp)
- [✚ www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- [✚ La historia del Mundo: Historia de Inglaterra Diana Uribe, <http://www.mediafire.com/download/mgyin14nl2m/05+La+Guerra+de+las+dos+Rosas%2C+Casas+din%C3%A1sticas+de+Lancaster+y+York+Isabel+I%2C+Mar%C3%ADa+Estuardo+Reina+de+Escocia.mp3>.](http://www.mediafire.com/download/mgyin14nl2m/05+La+Guerra+de+las+dos+Rosas%2C+Casas+din%C3%A1sticas+de+Lancaster+y+York+Isabel+I%2C+Mar%C3%ADa+Estuardo+Reina+de+Escocia.mp3)
- [✚ http://profamilia.com](http://profamilia.com)
- [✚ http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/CostosInstitucionesAutorizadasal6deJulio12de2012.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/CostosInstitucionesAutorizadasal6deJulio12de2012.pdf)
- [✚ http://www.invitrotv.com/noticia/1564/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida-seran-accesibles-para-las-parejas-homosexuales-en-br](http://www.invitrotv.com/noticia/1564/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida-seran-accesibles-para-las-parejas-homosexuales-en-br)

ANEXOS

A. FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADOPCIÓN DEL ICBF. (Tomado del sitio web icbf.gov.co)

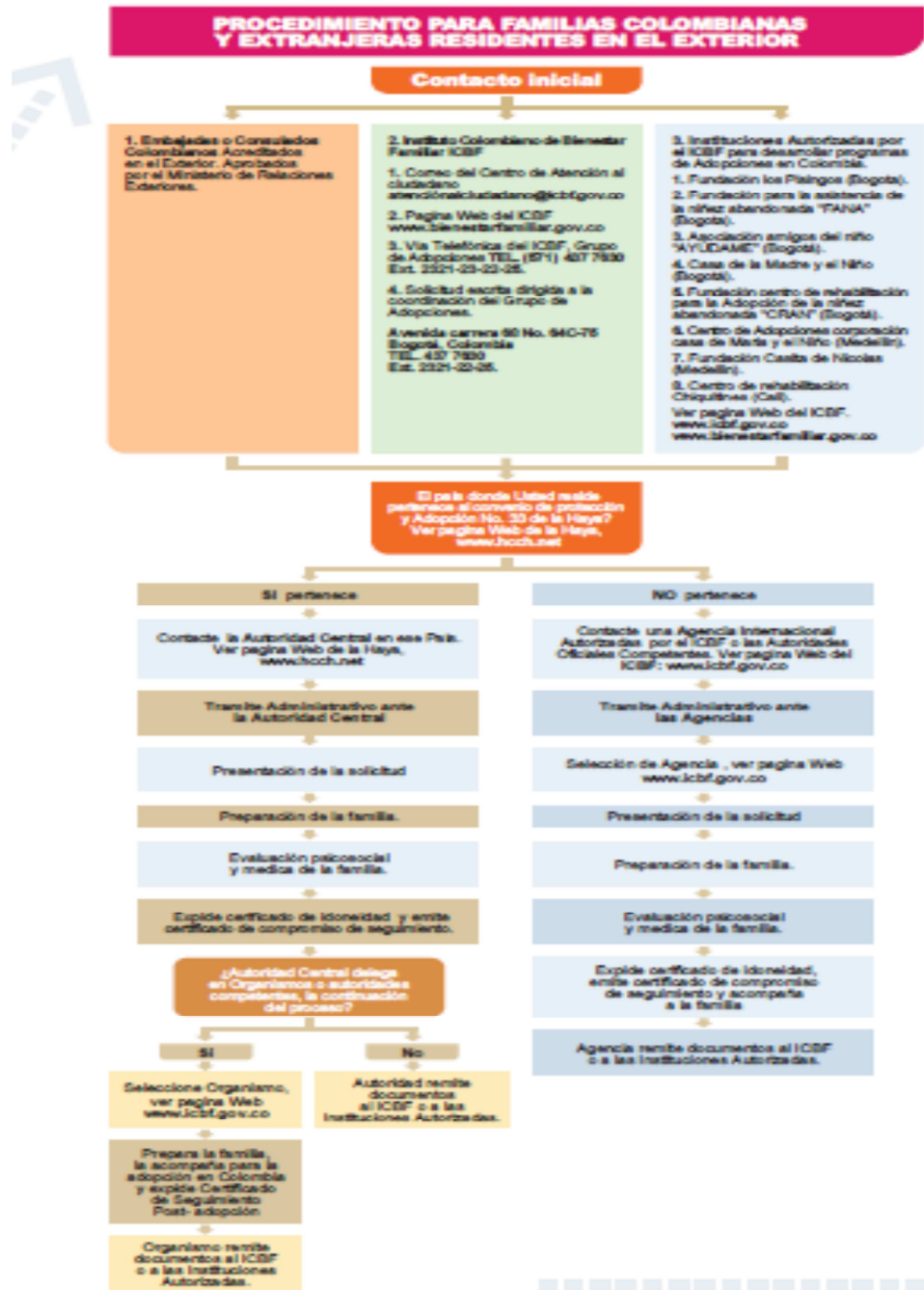
 República de Colombia Departamento Administrativo para la Prosperidad Social Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras Dirección de Protección Subdirección de adopciones FORMULARIO SOLICITUD DE ADOPCIÓN COLOMBIA		
DATOS DEL SOLICITANTE		
Primer Apellido	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
Segundo Apellido		
Nombres		
Fecha de Nacimiento (dd-mm-aaaa)		
Lugar de Nacimiento		
Nacionalidad (es)		
Documento de Identidad		
Cédula de Ciudadanía <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro ¿Cuál? <input type="text"/>	Número	Lugar de Expedición
Estado Civil Actual		
Soltero <input type="radio"/> Unión marital de hecho <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>		Fecha de Matrimonio (dd-mm-aaaa)
Estados Civiles anteriores:		
Divorçado <input type="radio"/> Fecha de Divorcio (dd-mm-aaaa)		Fecha de Divorcio (dd-mm-aaaa)
Nivel Educativo Alcanzado		
Básico <input type="radio"/>	Años de estudio	Título Obtenido
Técnico <input type="radio"/>	Años de estudio	Título Obtenido
Universitario <input type="radio"/>	Años de estudio	Título Obtenido
Post-Universitario <input type="radio"/>	Años de estudio	Título Obtenido
Otro <input type="radio"/>	Años de estudio	Título Obtenido
Información Laboral		
Tipo de Empleo: Independiente <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Actividad u Oficio
Nombre de la Empresa:		Salario Anual (Bruto)
Dirección de la Empresa		Teléfono
DATOS DE LA SOLICITANTE		
Primer Apellido	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
Segundo Apellido		
Nombres		
Fecha de Nacimiento (dd-mm-aaaa)		
Lugar de Nacimiento		
Nacionalidad (es)		
Documento de Identidad		

Cédula de Ciudadanía <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Otro ¿Cuál? <input type="radio"/>	Número <input type="text"/>	Lugar de Expedición <input type="text"/>
Estado Civil Actual				
Soltero <input type="radio"/>		Unión marital de hecho <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>
				Fecha de Matrimonio (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>
Estados Civiles anteriores:				
Divorciado <input type="radio"/>		Fecha de Divorcio (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>		Fecha de Divorcio (dd-mm-aaaa) <input type="text"/>
Nivel Educativo Alcanzado				
Básico <input type="radio"/>	Años de estudio <input type="text"/>	Título Obtenido <input type="text"/>		
Técnico <input type="radio"/>	Años de estudio <input type="text"/>	Título Obtenido <input type="text"/>		
Universitario <input type="radio"/>	Años de estudio <input type="text"/>	Título Obtenido <input type="text"/>		
Post-Universitario <input type="radio"/>	Años de estudio <input type="text"/>	Título Obtenido <input type="text"/>		
Otro <input type="radio"/>	Años de estudio <input type="text"/>	Título Obtenido <input type="text"/>		
Información Laboral				
Tipo de Empleo: Independiente <input type="radio"/>		Empleado <input type="radio"/>		Jubilado <input type="radio"/>
		Otro <input type="radio"/>		Actividad u Oficio <input type="text"/>
Nombre de la Empresa: <input type="text"/>		Antigüedad en la empresa <input type="text"/>		Salario Anual (Bruto) <input type="text"/>
Dirección de la Empresa <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>	
DATOS DE CONTACTO DE LOS SOLICITANTES				
País de Residencia <input type="text"/>		Dept./Provincia/Estado <input type="text"/>		Ciudad / Municipio <input type="text"/>
Dirección de Residencia <input type="text"/>				
Teléfono <input type="text"/>			Fax <input type="text"/>	
Correo (s) Electrónico (s) <input type="text"/>				
Dirección para envío de correspondencia <input type="text"/>				
DATOS SOBRE LOS HIJOS DE LOS SOLICITANTES				
Nombre	Fecha de Nacimiento	Biológico o Adoptado	En el caso de hijo Adoptado	
			Fecha de sentencia y País de origen	Fecha Nacionalización
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS SOBRE OTRAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA MISMA VIVIENDA				
Nombre	Sexo	Edad	Parentesco	Ocupación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

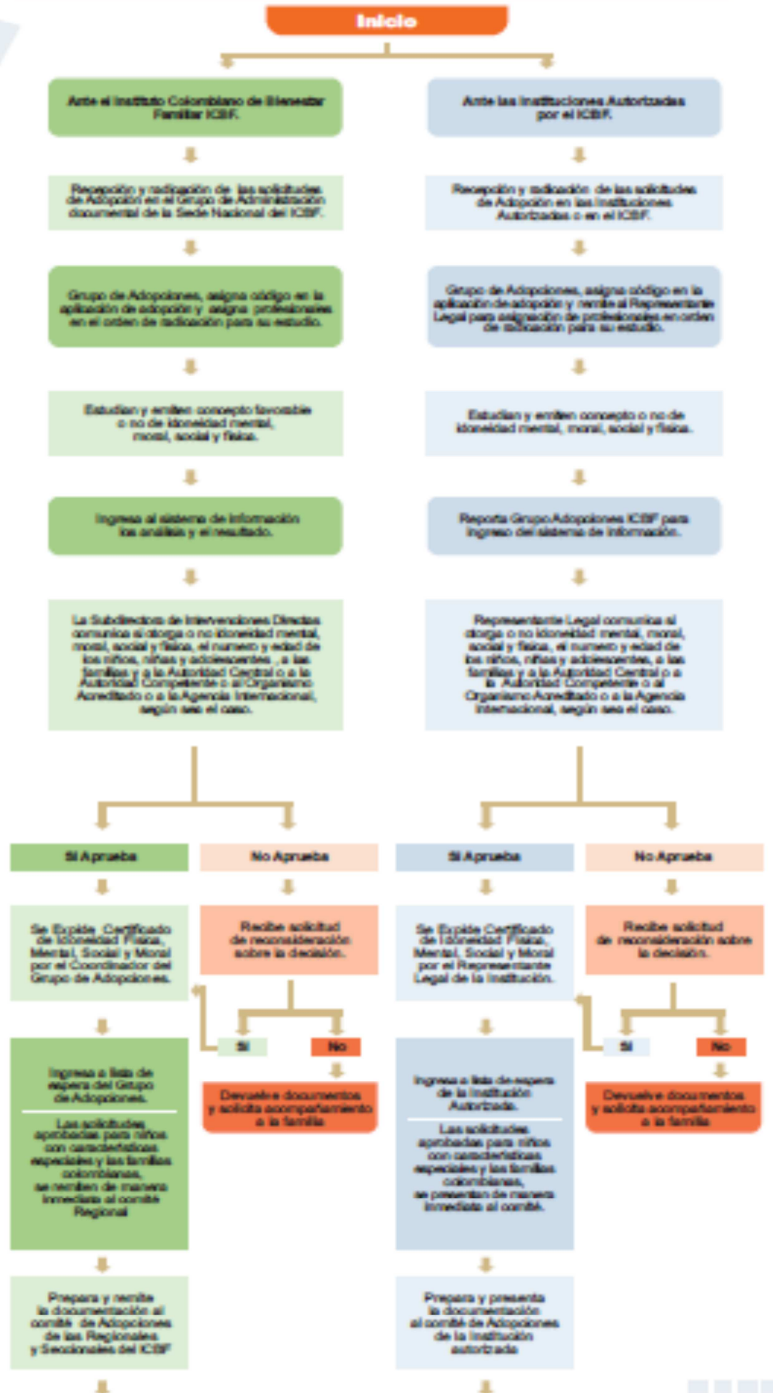
INFORMACIÓN ECONÓMICA		
Moneda: Pesos Col <input type="radio"/> USD <input type="radio"/> Euros <input type="radio"/>	Tipo de Vivienda Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Seguro de Vida Valor
Promedio de Ingresos Mensuales Netos	Tenencia de Vivienda Propia <input type="radio"/> Renta <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Riesgos Cubiertos
Promedio de Egresos Mensuales	Ahorros e inversiones	Total fondos de retiro / jubilación
Valor Total del Patrimonio		
INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES QUE DESEA(N) ADOPTAR		
Número de niños, niñas y/o adolescentes	Rango de Edad	
Sexo: Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/>		
Tono de piel: Indiferente <input type="radio"/> Trigueña <input type="radio"/> Morena <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/>		
Características Adicionales		
Motivación para la Adopción		
¿Desea que su documentación se traslade a una Regional, Seccional ó Institución Autorizada específica? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál?		
CONTACTO EN COLOMBIA		
Nombres y Apellidos	Teléfono	Ciudad
Dirección	Correo Electrónico	
Tipo de Contacto Familiar <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Representante de Organismo <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
FIRMAS DE LOS SOLICITANTES		
Firma Padre Adoptante	Firma Madre Adoptante	
_____	_____	

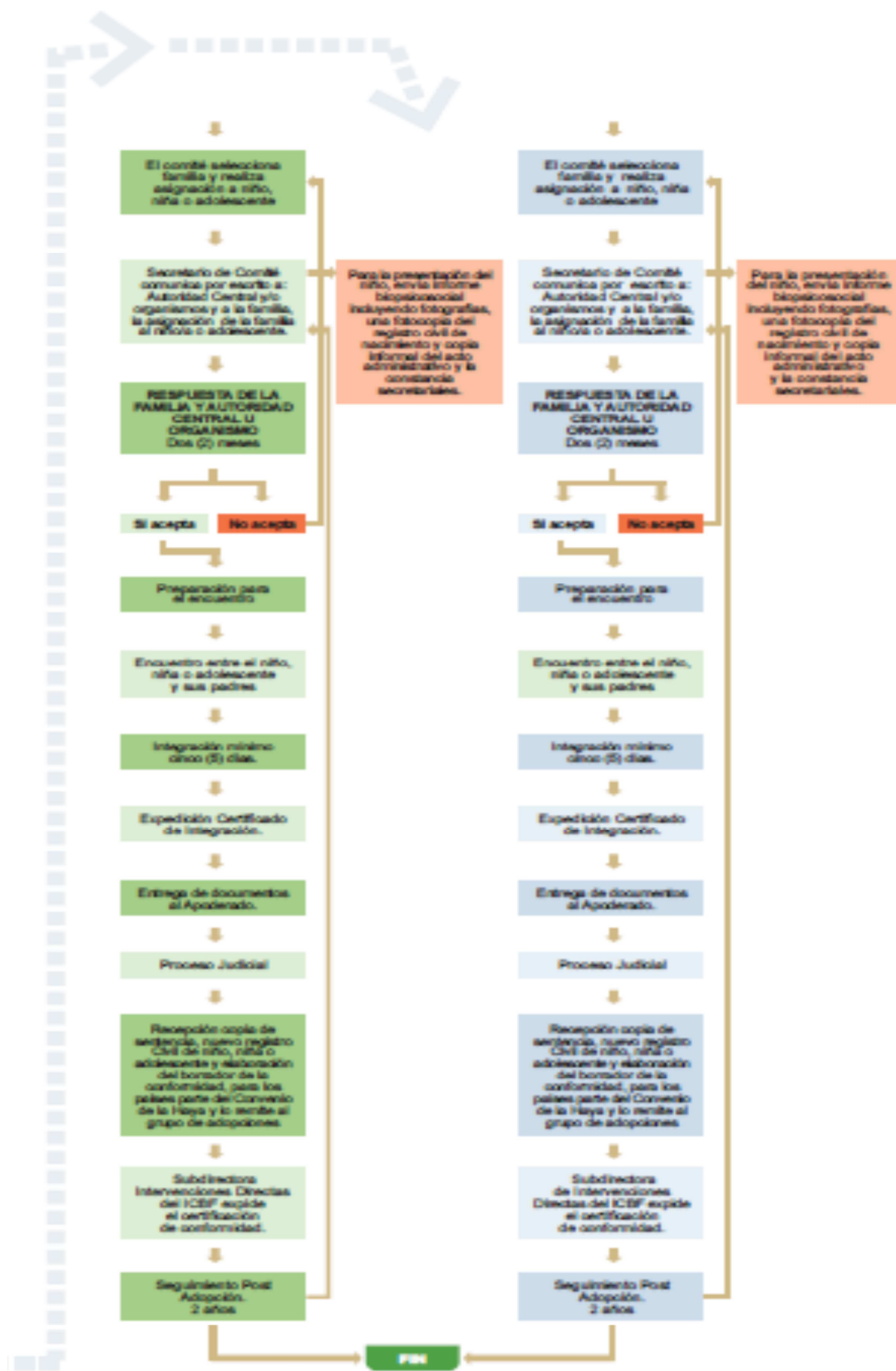
Anexo B. GUÍA DEL PROCEDIMIENTO DE ADOPCIÓN EN COLOMBIA

(Tomado del sitio web icbf.gov.co)



TRAMITE ADMINISTRATIVO EN COLOMBIA





Anexo C. BOLETÍN OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE ARGENTINA
(Tomado de la Gaceta Oficial Número 32.667, junio de 2013)

<h1 style="margin: 0;">BOLETIN OFICIAL</h1> <h2 style="margin: 0;">DE LA REPUBLICA ARGENTINA</h2>	<p>Buenos Aires, miércoles 26 de junio de 2013</p> <p>Año CXXI Número 32.667</p> <p>Precio \$ 3,00</p>
<p>Primera Sección Legislación y Avisos Oficiales</p>	<p>Los documentos que aparecen en el BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA serán tenidos por auténticos y obligatorios por el efecto de esta publicación y por consultados y auténticamente simulados dentro de todo el territorio nacional (Decreto N° 659/1947)</p>

<h2>Sumario</h2>	
LEYES	Pg.
REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA Ley 26.992 Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico- asistenciales de reproducción médicamente asistida.	1
DECRETOS	
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS Decreto 756/2013 Cese por prorrogada designación en la Dirección Nacional de Evaluación Presupuestaria de la Subsecretaría del Presupuesto Nacional de la Secretaría de Evaluación Presupuestaria.	2
Decreto 761/2013 Cese por designado de la Directora de Planificación de la Comunicación Pública de la Dirección General de Gestión de Comunicación Pública de la Subsecretaría de Comunicación Pública.	2
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS Decreto 763/2013 Cese por asignadas funciones en la Subsecretaría de Administración y Normalización Patrimonial de la Secretaría Legal y Administrativa.	3
MINISTERIO DE EDUCACION Decreto 759/2013 Cese por prorrogada designación de la Directora Nacional de Presupuesto e Información Universitaria de la Dirección Nacional de Gestión y Coordinación de Políticas Universitarias de la Secretaría de Políticas Universitarias.	3
MINISTERIO DE INDUSTRIA Decreto 764/2013 Cese por designado de la Gerente de Asuntos Legales de la Gerencia General del Consejo Directivo del Instituto Nacional de Tecnología Industrial.	3
Decreto 768/2013 Agrupación estructural organizativa del Instituto Nacional de la Propiedad Industrial.	4
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS Decreto 762/2013 Cese por prorrogada designación de la Directora de Asesoramiento Especializado de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Subsecretaría de Coordinación.	7
Decreto 746/2013 Cese por prorrogada designación en la Dirección Nacional de los Registros Nacionales de la Propiedad del Autor y de Obras Prerrogadas de la Subsecretaría de Coordinación y Control de Gestión Registral de la Secretaría de Asuntos Registrales.	7
Decreto 757/2013 Cese por prorrogada designación de la Directora del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa" de la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos.	7
Decreto 758/2013 Cese por prorrogada designaciones en la Inspección General de Justicia de la Subsecretaría de Coordinación y Control de Gestión Registral de la Secretaría de Asuntos Registrales.	8
<i>Continúa en página 2</i>	

<div style="text-align: center;">LEYES</div> <div style="text-align: center;"></div> <p>REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA</p> <p>Ley 26.992</p> <p>Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico- asistenciales de reproducción médicamente asistida.</p> <p>Sancionada: Junio 8 de 2013 Promulgada de Hecho: Junio 25 de 2013</p> <p style="text-align: center;">El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:</p> <p>ARTICULO 1° — Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico- asistenciales de reproducción médicamente asistida.</p> <p>ARTICULO 2° — Definición. A los efectos de la presente ley, se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizadas con asistencia médica para la concepción de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyen o no la donación de gametos y/o embriones.</p> <p>Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrolladas mediante avances científico- científicos, cuando sean autorizadas por la autoridad de aplicación.</p> <p>ARTICULO 3° — Autoridad de aplicación. Será la autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación.</p> <p>ARTICULO 4° — Registro. Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, un registro único en el que deben estar inscriptos todos aquellos establecimientos sanitarios habilitados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida. Quedan incluidos los establecimientos médicos donde funcionan bancos receptores de gametos y/o embriones.</p> <p>ARTICULO 5° — Requisitos. Los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida sólo pueden realizarse en los</p>	<p>establecimientos sanitarios habilitados que cumplen con los requisitos que determine la autoridad de aplicación.</p> <p>ARTICULO 6° — Funciones. El Ministerio de Salud de la Nación, sin perjuicio de sus funciones como autoridad de aplicación y para llevar a cabo el objeto de la presente, deberá:</p> <p>a) Arbitrar las medidas necesarias para asegurar el derecho al acceso equitativo de todos los beneficiarios a las prácticas normadas por la presente;</p> <p>b) Publicar la lista de centros de referencia pública y privados habilitados, distribuidos en todo el territorio nacional con mira a facilitar el acceso de la población a los mismos;</p> <p>c) Difundir campañas de información a fin de promover los cuidados de la fertilidad en mujeres y varones.</p> <p>d) Promover la formación y capacitación continua de recursos humanos especializados en los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.</p> <p>ARTICULO 7° — Beneficiarios. Tiene derecho a acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida, toda persona mayor de edad que, de plena conciencia con lo previsto en la ley 26.524, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, haya replicado su consentimiento informado. El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer.</p> <p>ARTICULO 8° — Cobertura. El sector público de salud, los otros sectores emparentados en las leyes 20.650 y 20.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brindan atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agencias que brindan servicios médico- asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a) la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TVA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con pe-</p>
--	--

<p>PRESIDENCIA DE LA NACION</p> <p>SECRETARIA LEGAL Y TECNICA DR. CARLOS ALBERTO ZANNINI Secretario</p> <p>DIRECCION NACIONAL DEL SEGURO OFICIAL DR. JORGE EDUARDO FELJOO Director Nacional</p>	<p>www.boletinoficial.gob.ar</p> <p>e-mail: dro@boletinoficial.gob.ar</p> <p>Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 4.985.241</p> <p>DOMICILIO LEGAL Suipacha 757-C1008AAC Ciudad Autónoma de Buenos Aires Tel. y Fax 5218-6400 y líneas móviles</p>
--	--

DECISIONES ADMINISTRATIVAS

MINISTERIO DE AGRIICULTURA, GANADERIA Y PESCA
Decisión Administrativa 325/2012
Contribución en el Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo Pesquero... 9
Decisión Administrativa 329/2012
Contribución en la Subsecretaría de Agricultura Familiar de la Secretaría de Desarrollo Rural y Agricultura Familiar... 9
Decisión Administrativa 330/2012
Contribución en la Dirección de Informática de la Subsecretaría de Coordinación Técnica y Administrativa... 10
Decisión Administrativa 331/2012
Contribución en la Subsecretaría de Coordinación Técnica y Administrativa... 10
Decisión Administrativa 332/2012
Contribución en la Subsecretaría de Pesca y Acuicultura de la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca... 11
MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
Autorización contribución en la Dirección Nacional del Servicio Federal de Empleo de la Secretaría de Empleo... 12
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE
Contribuciones en la Agencia Nacional de Seguridad Vial... 12

RESOLUCIONES

RECOMPENSAS
Resolución 1073/2012-MDSH
Prorrogase recompensas. Resolución N° 802/2012. Rectificación... 13
SANTIDAD ANIMAL
Resolución 2550/2012-SENASA
Resolución N° 725/2005. Modificación... 13
SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA
Resolución 2750/2012-SENASA
Crédito al Programa Nacional de Sanidad Apícola... 15

AVISOS OFICIALES

Nuevas... 19
Anteriores... 29

CONVENIONES COLECTIVAS DE TRABAJO

miembros del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación. Quedan excluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) estos procedimientos, así como los de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo, con los criterios y modalidades de cobertura que establece la autoridad de aplicación, la cual no podrá introducir requisitos o limitaciones que impliquen la exclusión debido a la orientación sexual o al estado civil de los destinatarios.

También quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gemelos o hijos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para mujeres menores de dieciocho (18) años que, aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro.

ARTICULO 9° - Presupuesto. A los fines de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación

deberá proveer anualmente la correspondiente asignación presupuestaria.

ARTICULO 10. - Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República. Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de sus respectivas competencias, las normas correspondientes.

ARTICULO 11. - La presente ley será reglamentada dentro de los noventa (90) días de su publicación.

ARTICULO 12. - Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CINCO DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL TRECE.

- REGISTRADO BAJO EL N° 26.062 -

AMADO BOLDUO. - JULIAN A. DOMINGUEZ. - Gerónimo Szozansky. - Juan H. Estrada.

DECRETOS



Por ello, LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Decreto 756/2012

Dase por prorrogada designación en la Dirección Nacional de Evaluación Presupuestaria de la Subsecretaría de Evaluación del Presupuesto Nacional de la Secretaría de Evaluación Presupuestaria.

De. As., 13/6/2012

VISTO el Expediente CUDAP: EXP-JGM N° 000015/2012 del Registro de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, la Ley N° 26.794, los Decretos Nros. 401 del 12 de marzo de 2012, 2034 del 30 de diciembre de 2010 y 1435 del 14 de agosto de 2012, y lo solicitado por la SUBSECRETARIA DE EVALUACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL de la SECRETARIA DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley N° 26.794 se aprobó el Presupuesto de la Administración Nacional para el Ejercicio del año 2012.

Que mediante el Decreto N° 401/12 se estableció, entre otros aspectos, que toda designación de personal, en el ámbito de la Administración Pública, centralizada y descentralizada, en cargos de planta permanente y no permanente, será efectuada por el PODER EJECUTIVO NACIONAL a propuesta de la jurisdicción correspondiente.

Que por el Decreto N° 2034/10 se designó transitoriamente por el término de CIENTO OCHENTA (80) días hábiles, a Ds. Elizabeth Noemi PEREGRINO como Asistente Administrativa de la DIRECCION NACIONAL DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la SUBSECRETARIA DE EVALUACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL de la entonces SECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA Y EVALUACION PRESUPUESTARIA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, en un cargo Nivel D - Grado 0, y cuya última prórroga se efectuó mediante el Decreto N° 1435/12 por el mismo término.

Que resulta necesario efectuar una nueva prórroga de la designación citada precedentemente, por el término de CIENTO OCHENTA (80) días hábiles.

Que el cargo aludido no constituye asignación de nuevo establecimiento alguno.

Que el Decreto N° 401/12, en su artículo 6°, establece que los proyectos de decreto que proponen designaciones, contrataciones que no impliquen renovación o prórroga, y reincorporación de personal en el ámbito de la Administración Pública Nacional, deberán ser acompañados por la documentación debida en la Circular de la SECRETARIA LEGAL Y TECNICA de la PRESIDENCIA DE LA NACION N° 410.

Que la agente involucrada en la presente medida se encuentra exceptuada de lo establecido en el referido artículo 6° del Decreto N° 401/12, por haber dado cumplimiento oportunamente a tales disposiciones.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS de la SECRETARIA LEGAL Y TECNICA de la PRESIDENCIA DE LA NACION ha tomado la intervención correspondiente.

Que la presente medida se dicta en virtud de las atribuciones emergentes del artículo 141, inciso 1 de la CONSTITUCION NACIONAL, y a tenor de lo dispuesto por el artículo 1° del Decreto N° 401/12.

Artículo 1° - Dase por prorrogada, por el término de CIENTO OCHENTA (80) días hábiles a partir del 11 de enero de 2012, la designación transitoria efectuada en los términos del Decreto N° 2034/10 y cuya última prórroga operó por el Decreto N° 1435/12, de Ds. Elizabeth Noemi PEREGRINO (D.N.I. N° 26.294.214) en un cargo Nivel D - Grado 0 del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (SNEP), para cumplir funciones de Asistente Administrativa en la DIRECCION NACIONAL DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la SUBSECRETARIA DE EVALUACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL de la SECRETARIA DE EVALUACION PRESUPUESTARIA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS. La prórroga de designación se efectúa con autorización excepcional por no reunir los requisitos mínimos establecidos en el artículo 14 del Convenio citado precedentemente.

Art. 2° - El cargo involucrado deberá ser cubierto conforme los requisitos y sistemas de selección vigentes según lo establecido, respectivamente, en los Títulos II, Capítulos III y IV, y IV del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (SNEP) homologado por el Decreto 2066/04, dentro del plazo de CIENTO OCHENTA (80) días hábiles contados a partir del 11 de enero de 2012.

Art. 3° - El gasto que demande el cumplimiento de lo dispuesto precedentemente se imputará con cargo a los créditos de las partidas específicas del presupuesto vigente de la Jurisdicción 22 - JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Art. 4° - Comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. - ESTEBANECZ DE KRICHNER. - Juan M. Abel Medina.

JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Decreto 791/2012

Dase por designada la Directora de Planificación de la Comunicación Pública de la Dirección General de Gestión de Comunicación Pública de la Subsecretaría de Comunicación Pública.

De. As., 13/6/2012

VISTO el Expediente CUDAP: EXP-JGM: 000012/2012 del Registro de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, la Ley N° 26.794, los Decretos N° 401 de fecha 12 de marzo de 2012 y N° 22 de fecha 10 de diciembre de 2011, la Decisión Administrativa N° 19 de fecha 2 de febrero de 2012 y la Resolución N° 21 de la SECRETARIA DE GABINETE Y COORDINACION ADMINISTRATIVA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS de fecha 6 de marzo de 2012, y lo solicitado por la SECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, y

CONSIDERANDO:

Que por la Ley N° 26.794 se aprobó el Presupuesto de la Administración Nacional para el Ejercicio del año 2012.

Que el artículo 7° de la mencionada ley establece que las Autoridades y Entidades de la Administración Pública Nacional no podrán cubrir los cargos vacantes y franquiciados existentes a la fecha de sanción de la presente ley ni los que se produzcan con posterioridad, salvo decisión fundada del Jefe de Gabinete de Ministros.

Que por el artículo 10 de la referida ley se dispuso que las facultades otorgadas al señor Jefe de Gabinete de Ministros, podrán ser asumidas por el PODER EJECUTIVO

NACIONAL, en su carácter de responsable político de la Administración General del país y en función de lo dispuesto por el inciso 10 del artículo 91 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Que por el Decreto N° 20 de fecha 10 de diciembre de 2011 se aprobó el organigrama de aplicación de la Administración Pública Nacional centralizada hasta nivel de Subsecretaría, entre ellas el referido a la SECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Que por el artículo 1° de la Decisión Administrativa N° 19 de fecha 3 de febrero de 2012 se aprobó la estructura organizativa de la SECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Que mediante la Resolución N° 31 de la SECRETARIA DE GABINETE Y COORDINACION ADMINISTRATIVA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS de fecha 10 de marzo de 2012 se realizaron, homologación y derogación en el Nomenclador de Funciones Ejecutivas diversos cargos pertenecientes a la mencionada Secretaría, entre ellos se ratificó el correspondiente a la unidad organizativa Dirección de Planificación de la Comunicación Pública asignándole el Nivel III, dependiente de la DIRECCION GENERAL DE GESTION DE COMUNICACION PUBLICA de la SUBSECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Que en el ámbito de la SECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS se encuentra vacante y fraccionado el cargo del titular de la unidad organizativa Dirección de Planificación de la Comunicación Pública, Nivel III Grado 0, con Función Ejecutiva Nivel III del Sistema Nacional de Empleo Público (SINEP) aprobado por el Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial homologado por el Decreto N° 2068/09, que por la particular naturaleza de las acciones asignadas a la misma, resulta necesario proceder a su cobertura transitoria con cierta inmediatez.

Que el cargo aludido no constituye asignación de nuevo extraordinario alguno.

Que mediante el Decreto N° 491 de fecha 12 de marzo de 2005 se estableció, entre otros aspectos, que toda designación de personal, en el ámbito de la Administración Pública, centralizada y descentralizada, en cargos de planta permanente y no permanente será efectuada por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, a propuesta de la Jurisdicción correspondiente.

Que se ha dado cumplimiento a lo establecido por el Circular N° 4 de fecha 15 de marzo de 2002 de la PRESIDENCIA DE LA NACION.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS de la SECRETARIA LEGAL Y TECNICA de la PRESIDENCIA DE LA NACION ha tomado la intervención correspondiente.

Que la presente medida se dicta en virtud de las atribuciones emergentes del artículo 91, inciso 1 de la CONSTITUCION NACIONAL, y a tenor de lo dispuesto por el artículo 1° del Decreto N° 461/02 y los artículos 7° y 10 de la Ley N° 26.794.

Por ello,

LA PRESIDENCIA DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1° — Dese por designada a partir del 1° de enero de 2013, con carácter transitorio, y por el término de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles, en un cargo Nivel III Grado 0, como Directora de Planificación de la Comunicación Pública de la DIRECCION GENERAL DE GESTION DE COMUNICACION PUBLICA de la SUBSECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la SECRETARIA DE COMUNICACION PUBLICA de la JEFATURA DE GABINETE DE

MINISTROS, a la Doctora Dr. María Paula GALLISTY (D.N.I. N° 25.596.044), autorizando el correspondiente pago de la Función Ejecutiva Nivel III del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (SINEP), aprobado por el Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial homologado por el Decreto N° 2068 de fecha 3 de diciembre de 2009, con autorización excepcional por no reunir los requisitos mínimos establecidos en el artículo 14 del convenio citado precedentemente, y con carácter de excepción a lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley N° 26.794.

Art. 2° — El cargo involucrado deberá ser cubierto conforme los requisitos y sistemas de selección vigentes según lo establecido, respectivamente, en los Títulos II, Capítulos III, IV y VII, y IV del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del Sistema Nacional de Empleo Público homologado por el Decreto N° 2068/09, dentro del plazo de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles contados a partir de la fecha indicada en el artículo 1° de la presente medida.

Art. 3° — El gasto que demande el cumplimiento de lo dispuesto por la presente medida será atendido con cargo a las partidas específicas correspondientes al Programa 10 — Prensa y Difusión de Actos de Gobierno — de la Jurisdicción 20 - JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abel Medina.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS

Decreto 789/2013

Dese por asignadas funciones en la Subsecretaría de Administración y Normalización Patrimonial de la Secretaría Legal y Administrativa.

Dr. As., 13/6/2013

VISTO el Expediente N° 501.01804522012 del Registro del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, las Leyes Nros. 26.720 y 26.794, el Decreto N° 2.068 de fecha 3 de diciembre de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que por las Leyes Nros. 26.720 y 26.794 se aprobó el Presupuesto General de la Administración Nacional para el Ejercicio 2012 y 2013, respectivamente.

Que la Doctora Doña María Zulema Nona KIHAN (M.I. N° 3.565.034), se encuentra haciendo uso de licencia sin goce de haberes a tenor de lo previsto en el Artículo 10 del Anexo I del Régimen de Licencias, Jubilaciones y Frucciones aprobado por el Decreto N° 3.410 de fecha 26 de diciembre de 1979 y sus modificatorios, en el cargo de Coordinador Área Información Legislativa y Documental del Centro de Documentación e Información de la SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y NORMALIZACION PATRIMONIAL de la SECRETARIA LEGAL Y ADMINISTRATIVA del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS.

Que atento a la particular naturaleza de las tareas asignadas a la mencionada Unidad Organizativa y con el objeto de asegurar el normal desenvolvimiento de la jurisdicción, resulta necesario proceder a la asignación de funciones, con carácter transitorio, hasta tanto se reintegre el titular de la misma, en los términos del Título X del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (S.I.N.E.P.), homologado por el Decreto N° 2.068 de fecha 3 de diciembre de 2009.

Que el profesional propuesta posee condiciones de experiencia e idoneidad para cubrir dicho cargo.

Que el cargo aludido no constituye asignación de nuevo extraordinario alguno para el ESTADO NACIONAL.

Que se encuentran reunidos los requisitos exigidos en el Circular N° 4 de fecha 15 de marzo de 2002 de la SECRETARIA LEGAL Y TECNICA de la PRESIDENCIA DE LA NACION.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en virtud de las facultades conferidas por el Artículo 91, inciso 1 de la CONSTITUCION NACIONAL, y el Artículo 1° del Decreto N° 461 de fecha 12 de marzo de 2002.

Por ello,

LA PRESIDENCIA DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1° — Dese por asignadas las funciones, con carácter transitorio, de Coordinador Área Información Legislativa y Documental, Nivel Función Ejecutiva Nivel IV del Centro de Documentación e Información de la SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION Y NORMALIZACION PATRIMONIAL de la SECRETARIA LEGAL Y ADMINISTRATIVA del MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, a la agente Doctora Doña María Zulema KIHAN (M.I. N° 3.565.034) Nivel C, Grado II, a partir del 23 de marzo de 2012 y hasta tanto se reintegre su titular, en los términos del Título X del Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial del Personal del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (S.I.N.E.P.), homologado por el Decreto N° 2.068 de fecha 3 de diciembre de 2009, autorizándose el pertinente pago de la Función Ejecutiva correspondiente, de conformidad con lo establecido en el referido Sistema.

Art. 2° — El gasto que demande el cumplimiento de la presente medida será atendido con cargo a las partidas específicas de la Jurisdicción 20 - MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS.

Art. 3° — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abel Medina. — Hernán G. Lorenzini.

MINISTERIO DE EDUCACION

Decreto 790/2013

Dese por prorrogada designación de la Directora Nacional de Presupuesto e Información Universitaria de la Subsecretaría de Gestión y Coordinación de Políticas Universitarias de la Secretaría de Políticas Universitarias.

Dr. As., 12/6/2013

VISTO el Expediente N° 6.674/13 del Registro del MINISTERIO DE EDUCACION y los Decretos Nros. 491 del 12 de marzo de 2002 y 2.445 del 13 de diciembre de 2012 y lo solicitado por el citado Ministerio, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto N° 491 del 12 de marzo de 2002 dispuso que toda designación de personal en el ámbito de la Administración Pública Nacional, centralizada y descentralizada, en cargos de planta permanente y no permanente será efectuada por el PODER EJECUTIVO NACIONAL a propuesta de la jurisdicción correspondiente.

Que por el Decreto N° 2.445 del 13 de diciembre de 2012 se cubrió en el MINISTERIO DE EDUCACION el cargo de Directora Nacional de Presupuesto e Información Universitaria dependiente de la SUBSECRETARIA DE GESTION Y COORDINACION DE POLITICAS UNIVERSITARIAS de la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS de la ciudad Carlos Merello.

Que en el artículo 2° del citado decreto se estableció que el cargo involucrado debía ser cubierto mediante los requisitos y sistemas de selección vigentes según lo establecido, respectivamente, en los Títulos

II, Capítulos III, IV y VII, y IV del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (SINEP), aprobado por el Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial homologado por el Decreto N° 2.068/09, dentro del plazo de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles contados a partir del 11 de julio de 2012.

Que por razones operativas no ha sido posible cumplirse la cobertura del cargo en el plazo establecido.

Que por ello se considera indispensable prorrogar en el MINISTERIO DE EDUCACION el término fijado en el artículo 1° del mencionado Decreto N° 2.445 del 13 de diciembre de 2012.

Que el cargo citado no constituye asignación de nuevo extraordinario alguno.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE EDUCACION ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 91, inciso 1, de la CONSTITUCION NACIONAL, y 1° del Decreto N° 461 del 12 de marzo de 2002.

Por ello,

LA PRESIDENCIA DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1° — Dese por prorrogada a partir del 11 de abril de 2013, hasta su vencimiento y por el plazo de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles, la designación transitoria efectuada en los términos del Decreto N° 2.445/12, de la Administración de Gubernamental Contratación Pública Nacional María Inés MARTINEZ (D.N.E. 14.555.046), Clase A - Grado 1 en el cargo de Directora Nacional de Presupuesto e Información Universitaria - Nivel A (Grado 0), con Función Ejecutiva II, dependiente de la SUBSECRETARIA DE GESTION Y COORDINACION DE POLITICAS UNIVERSITARIAS de la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS del MINISTERIO DE EDUCACION.

Art. 2° — El cargo involucrado deberá ser cubierto conforme los requisitos y sistemas de selección vigentes según lo establecido, respectivamente, en los Títulos II, Capítulos III, IV y VII, y IV del SISTEMA NACIONAL DE EMPLEO PUBLICO (SINEP), aprobado por el Convenio Colectivo de Trabajo Sectorial homologado por el Decreto N° 2.068/09, dentro del plazo de CIENTO OCHENTA (180) días hábiles contados a partir del 11 de abril de 2013.

Art. 3° — Dese establecer que la medida no cobrará efecto en el presupuesto del MINISTERIO DE EDUCACION.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCION NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abel Medina. — Alberto E. Sáenz.

MINISTERIO DE INDUSTRIA

Decreto 794/2013

Dese por designada la Gerente de Asuntos Legales de la Gerencia General del Consejo Directivo del Instituto Nacional de Tecnología Industrial.

Dr. As., 13/6/2013

VISTO el Expediente N° 800.558/2012 del Registro del INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA INDUSTRIAL (INTI), organismo descentralizado en el ámbito del MINISTERIO DE INDUSTRIA, y

CONSIDERANDO:

Que por el Artículo 7° de las Leyes Nros. 26.720 y 26.794 de Presupuesto General de la Administración Nacional para los Ejercicios 2012 y 2013 respectivamente, se dispuso el cumplimiento de los cargos vacantes fraccionados existentes a la fecha de la sanción de las mismas, en las Jurisdicciones

Anexo D. CARTA ENVIADA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Bucaramanga, 19 de mayo de 2014

Doctor
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera. 13 No. 32-76
Bogotá D.C.



REF.: MODIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN ESPECÍFICA NO. 4 DEL POS,
RESOLUCIÓN 5521 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2013.

Respetado doctor Gaviria Uribe,

Como estudiantes de Derecho de la Universidad Industrial de Santander –UIS- y luego de realizar nuestro trabajo de grado para optar al título de Abogado que se intituló LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS –TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD- EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (2000-2014), nos permitimos presentar la siguiente proposición:

MODIFICAR LA EXCLUSIÓN ESPECÍFICA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS- QUE SE ENCUENTRA SEÑALADA EN EL NUMERAL 4 CON LA EXPRESIÓN “TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD”, POR LA EXPRESIÓN “TECNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDAS TRMA”.

Lo anterior, con base en los siguientes argumentos jurídicos:

1. Los derechos reproductivos comprenden y protegen derechos humanos que ya han sido reconocidos como tales en instrumentos internacionales, en documentos aprobados por consenso y en leyes nacionales.
2. Los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la autodeterminación reproductiva y el acceso a la salud reproductiva entendida la primera como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, cuándo con qué frecuencia y en ese sentido planear su propia familia y ésta última comoun *estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos.*
3. El vigor y garantía de los derechos reproductivos requiere por parte del Estado abstenciones y exigencias de carácter prestacional, que deben ser desarrolladas por el legislador y la administración para establecer taxativamente las prestaciones exigibles, como por ejemplo el POS, las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a ofrecerlas y su forma de subvención (presupuesto para la salud).

Ciudad Universitaria, Carrera 27 - Calle 9
Apartado Aéreo 678 PBX: (7) 6344000
Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co





4. Los derechos reproductivos no son una cuestión de género, pero es innegable que la mayoría de ellos se encuentran en cabeza de las mujeres. Así como tampoco es discutible que dado su carácter de derechos humanos no se entienden aislados sino avalados y complementados por otros derechos tales como: a la dignidad humana, a la intimidad personal, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia y a la salud, entre otros.
5. En lo concerniente al derecho a la salud como la puerta de entrada a la salud reproductiva, podemos decir que si bien es cierto que desde 2008 con la sentencia T-760 la Corte Constitucional le dio el carácter de *ius* fundamental, también es que no posee un carácter absoluto, pues de ser así no se podría garantizar, entre otras cosas, su universalidad, tal y como lo establece nuestro Carta Política.
6. El derecho a la salud posee límites razonables y justificados constitucionalmente y por ende el POS no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles. Es por esta razón que existen las exclusiones del POS, entre las que se encuentran en el numeral 4 de las exclusiones específicas LOS TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD.
7. Si bien es cierto que los instrumentos internacionales han establecido que los tratamientos para la infertilidad son parte de los derechos reproductivos, su exclusión del POS tiene su fundamento jurídico en razón a: la libertad de configuración legislativa; los altos costos que suponen la disminución del cubrimiento de otras prestaciones consideradas prioritarias; y, también, porque se ha indicado que la concepción constitucional del derecho a la maternidad no genera, en principio, una obligación estatal en materia de maternidad. Además La situación financiera de un país como Colombia implica una clara determinación de prioridades en materia de gasto público y social, elemento indispensable para la efectividad de los derechos. Así, únicamente cuando el Estado sea capaz de garantizar el goce de derechos esenciales al ser humano, puede pensarse en desarrollar políticas tendientes al aseguramiento de los derechos de desarrollo progresivo: Racionalización de los recursos.
8. La expresión TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD que se encuentra en el numeral 4 de las exclusiones específicas del POS, corresponde realmente una generalidad o conglomerado de técnicas, procedimientos, exámenes, intervenciones y terapias que permiten a la persona lograr superar las afecciones físicas del aparato reproductor. Como alternativa estarían las técnicas de reproducción medicamente asistida (TRMA), las cuales deben ser el último recurso a agotar, en caso de no lograr el embarazo por los mecanismos menos complejos.





9. De acuerdo al análisis realizado a la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se encontró que las EPS, en especial Coomeva, desconocen el precedente y vulneran los derechos reproductivos de las mujeres colombianas (en especial las del Valle) al no conceder los medicamentos, exámenes y procedimientos médicos para diagnosticar y combatir enfermedades propias del aparato reproductor femenino y, además, no impugnan los fallos de 1a. instancia cuando los jueces prevaricando, no aplican la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte, conceden la realización de Fertilizaciones in vitro (TRMA).
10. En atención a la línea jurisprudencial desarrollada por la Corte Constitucional en relación con los tratamientos para la infertilidad se puede y se debe acotar la exclusión “específica” del POS vigente, identificada con el numeral 4 y denominada TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD al termino específico de TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDAS (TRMA). Lo anterior, toda vez que en el estudio de la línea se evidenció que la Corte en sede revisión lo que niega son las TRMA y no los medicamentos, exámenes y procedimientos médicos para diagnosticar y combatir enfermedades propias del aparato reproductor femenino y de contera, se ayudará a disminuir la congestión en los despachos judiciales al evitar la presentación de tutelas ante la nueva especificidad de la norma.

Por lo anterior invitamos, respetuosamente, se estudie la posibilidad de incluir nuestra solicitud dentro del proyecto de ley de reforma a la salud que se debate actualmente en el Congreso de la Republica.

Atentamente

Laura P. Gómez A.

LAURA PATRICIA GÓMEZ ANGARITA
Código UIS 2082660

Karem Piña

KAREM PIÑA
Código UIS 2081401

Anexo: Copia en CD del trabajo de grado titulado LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS - TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD- EN LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (2000-2014).

Ciudad Universitaria, Carrera 27 - Calle 9
Apartado Aéreo 678 PBX: (7) 6344000
Bucaramanga, Colombia. www.uis.edu.co

