

**ANÁLISIS SOBRE EL CONFLICTO JURÍDICO ENTRE EL DERECHO DEL
MÉDICO A ACTUAR SEGÚN SU CONCIENCIA Y EL DERECHO DEL
PACIENTE A TENER ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**

OLGA MYRIAM HENRIQUEZ HIDALGO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE DERECHO
PROGRAMA DE DERECHO
SAN JUAN DE PASTO
2011**

**ANÁLISIS SOBRE EL CONFLICTO JURÍDICO ENTRE EL DERECHO DEL
MÉDICO A ACTUAR SEGÚN SU CONCIENCIA Y EL DERECHO DEL
PACIENTE A TENER ACCESO A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**

OLGA MYRIAM HENRIQUEZ HIDALGO

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Abogado**

**Director:
Dr. LIBARDO ORLANDO RIASCOS GOMEZ
Doctor en Derecho Público**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE DERECHO
PROGRAMA DE DERECHO
SAN JUAN DE PASTO
2011**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1^{ro} del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Firma del Presidente de tesis

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, Noviembre de 2011

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

DEDICATORIA

A mi familia.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJECION DE CONCIENCIA	16
1.1. INTRODUCCIÓN	16
1.2. CONCEPTO.....	17
1.3 IMPORTANCIA	18
1.4 UBICACIÓN JURÍDICA INTERNACIONAL.....	21
1.4.1 En Estados unidos.	21
1.4.2 En España.....	22
1.4.3. En argentina.....	24
1.4.4 En México.	25
1.5 UBICACIÓN JURÍDICA NACIONAL	26
1.6 OBJECIÓN DE CONCIENCIA MÉDICA.....	30
2. TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA	37
2.1 INTRODUCCIÓN	37
2.2 CONCEPTO.....	38
2.3 IMPORTANCIA	39
2.4 TIPOS	42
2.4.1 Inseminación artificial.....	42
2.4.2 Fecundación in Vitro.....	44
2.4.3 Fenómeno biológico de madres portadoras y “maternidad subrogada”.....	46
2.5 CASO COLOMBIANO.....	49

2.5.1	Situación legislativa en Colombia:.....	50
2.5.1.1.	Proyectos de Ley archivados:	50
2.5.1.2.	Proyectos de ley estudiados recientemente:.....	52
2.5.2.	Importancia en Colombia.	54
2.6	RIESGOS.....	56
2.7	CASOS DE APLICACIÓN	60
2.7.1	Paciente con síndrome de Swyer con hipertensión preexistente.	60
2.7.2.	Paciente con epilepsia.	62
2.7.3	Paciente con síndrome de Klinefelter.....	63
2.7.4.	Trastornos mentales.....	64
2.7.4.1.	Trastorno obsesivo-compulsivo.....	65
2.7.4.2.	Esquizofrenia.	65
2.7.4.3.	Trastornos alimentarios.....	66
2.7.4.4.	Trastorno bipolar.	66
2.7.5.	Pacientes que ya han usado técnicas de Reproducción Asistida.	67
3.1.	RELACIÓN ENTRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA MÉDICA Y LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.....	69
3.1.	INTRODUCCIÓN	69
3.2.	PUNTOS DE CONVERGENCIA Y DIVERGENCIA	70
3.3	PROPUESTA JURÍDICAS: ACTIVIDAD PERICIAL MÉDICA	72
3.3.1.	Regulación legal.....	73
3.3.2.	Regulación profesional.....	74
3.3.2.1.	Pedagógica.	74
3.3.2.2.	Sancionadora.....	75

3.3.3.	Regulación ética.....	75
3.3.4.	Otros sistemas de regulación.....	76
3.3.4.1.	Código de conducta del perito.....	76
4.	CONCLUSIONES	79
5.	RECOMENDACIONES	81
	BIBLIOGRAFÍA	82
	NETGRAFIA.....	83

GLOSARIO

BIODERECHO: Rama del derecho que se encarga del estudio de las situaciones en las que confluyen asuntos de carácter biológico y médico con asuntos de tipo jurídico. Se trata del estudio desde el punto de vista de la Abogacía de las situaciones y hechos e implicaciones médicas.

DEONTOLOGÍA: ciencia relacionada con el estudio de los deberes.

ECTÓPICO: embarazo fuera de la cavidad uterina

ESTERILIDAD: imposibilidad de concebir un hijo a través de la práctica de relaciones sexuales en un periodo de dos años sin el uso de anticonceptivos.

OBJECCIÓN: razón que se presenta en oposición a un designio o mandato para impugnarlo.

RIESGO: estado de salud determinado que puede derivarse en una situación de peligro para la vida del paciente, con la práctica de un tratamiento o intervención médico.

SINDROME: conjunto de síntomas que caracterizan una situación de salud determinada.

T.R.A: Técnicas de Reproducción Asistida, son aquellos procedimientos por los cuales se interviene en una o varias etapas de la gestación, cuando ésta no ha podido darse naturalmente.

RESUMEN

El tema sobre la objeción de conciencia y las técnicas de reproducción asistida se encuentra situado a nivel internacional en una plataforma de normas jurídicas recurrentes sobre los mismos puntos, por ejemplo, cuales son las técnicas de reproducción asistida, cuales son los métodos para practicarla, quienes están autorizados para hacerlo, etc., los anteriores son niveles de acuerdo internacional y constituyen a su vez un fenómeno interesante por el cual, si bien la legislación al respecto es de corta data, se ha reproducido rápidamente y ha tenido acogida en numerosos países, incluyendo Colombia.

ABSTRACT

The issue of conscientious objection and the techniques of assisted reproduction is located at the international level on a platform of recurring legal standards on the same points, for example, what are the techniques of assisted reproduction, which are methods of practice, who are authorized to do so, and so on., the above are levels of international agreement and are in turn an interesting phenomenon whereby, if the law is short about data, is reproduced rapidly and has been well received in many countries, including Colombia.

INTRODUCCIÓN

A medida que las sociedades van evolucionando y con ellas, el desarrollo tecnológico y científico se hace más complejo, entra el derecho a la par de los fenómenos sociales, para dirigir y encauzar las situaciones de hecho en unas de derecho. En este sentido se ha podido observar el nacimiento del llamado “bioderecho” como respuesta a la demanda jurídica que se ha incrementado en el área en la que confluye la medicina, y otras ciencias biológicas con las jurídicas. En razón de que las causas que abarca esta ciencia son ya extremadamente extensas se formula la presente tesis para contribuir con la solución de uno de los debates que se proyecta como un tema de discusión inminente en la implementación en Colombia de las denominadas técnicas de reproducción asistida y las implicaciones que esta rama de la biología tiene en el comportamiento humano de quienes se relacionan directamente con él, como lo hacen los doctores de medicina que se enfrentan a un universo científico y técnico con el sinsabor de la ausencia de direccionamiento. Así pues, la necesidad del desarrollo de este trabajo viene a ubicarse como norte en el panorama desolador de la moderación de derechos humanos, tanto para quienes hacen uso del servicio de la reproducción asistida como para quienes la practican.

Desde una perspectiva general, es oportuno decir que hoy se detecta una especie de big-bang de las objeciones de conciencia en todo el mundo. Así, por ejemplo, de la inicial negativa a un servicio militar armado se ha pasado al rechazo de la prestación social sustitutoria. Y, desde ésta, se ha reclamado la objeción de conciencia a la cuota impositiva dedicada a gastos de defensa. De la objeción de conciencia del personal facultativo a la realización de abortos se ha desgajado la negativa del personal no sanitario a colaborar en la práctica del aborto, la de algunos farmacéuticos a dispensar medicamentos abortivos, la reticencia de la clase judicial italiana a completar con su voluntad la de la menor que desea abortar contra el consentimiento de sus padres, o la resistencia de algunos contribuyentes en áreas jurídicas diversas a pagar impuestos dirigidos a políticas sanitarias que financian el aborto¹.

Así pues, a nivel nacional se ha logrado introducir una serie de disposiciones legales que consagran algunos de los acuerdos básicos que se han realizado y plasmado en normas de otras latitudes, sin embargo el problema sigue siendo el mismo que se describió el inicio de este texto: La legislación nacional y la internacional no dan abasto a la regulación de hipótesis de hecho y peligros que han aparecido naturalmente con mayor rapidez que las fronteras de control jurídico.

Esta investigación pretende ilustrar a los lectores acerca de los retos que la nueva generación de técnicas de reproducción humana representa para la legislación

¹ Disponible en Internet: <http://www.uninet.edu/bioetica/1/andoc.html>.

internacional y nacional, haciendo lo mismo con la objeción médica de conciencia. Para efectos de lo anterior, el autor del presente texto se referirá a una serie de citas bibliográficas en principio acerca de la legislación más importante a nivel internacional y nacional en concepción asistida como Ley 14 de 26 de Mayo de 2006 de España, lo anterior se acompañará con estudios de revistas científicas especializadas en bioderecho y bioética, que han logrado poner de manifiesto las limitaciones de las normas jurídicas citadas y que orientan el camino de hecho que debe transformar el derecho como la *Revista Selecciones de Bioética* y la *Revista Semestral de Humanidades y Educación*. De la misma forma se incluirán libros que desarrollan los debates morales y éticos más importantes del momento y que permitirán reafirmar los argumentos de quien pretende elaborar esta tesis como son El embarazo más deseado del El Instituto Valenciano de Infertilidad; La reproducción asistida humana sin consentimiento. Aspectos penales de Paz Mercedes de la Cuesta Aguado; y Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. Florencia Luna; y Jornadas de Bioética 'Retos de la Reproducción Asistida (ART): Aspectos médicos, éticos y jurídicos'. De la Universidad de la Rioja en España.

Este país es de gran relevancia bibliográfica pues además de lo dicho, ha marcado la pauta más considerable en el desarrollo de los temas de objeción de conciencia planteando asuntos como la necesidad de constatar que la actitud del sujeto que invoca la objeción de conciencia sea sincera, agregando que la primera condición inexcusable es que la conducta que busca amparo en la objeción de conciencia no lesione el orden público, limite infranqueable. Asuntos que se desarrollarán a lo largo de este trabajo, así como interesantes opiniones por ejemplo la que señala que al invocar la objeción de conciencia debe hacerse un juicio de proporcionalidad. El ámbito sanitario, en especial en sus aspectos bioéticos, se ha convertido hoy en un terreno "elegido" para la objeción de conciencia: ya sea por la rápida evolución de los conocimientos científicos y de los métodos terapéuticos, ya por la pluralidad de valoraciones y de posturas éticas respecto a los problemas suscitados. la procreación asistida, en particular, la fecundación in Vitro en sus diversas formas; la eutanasia; la manipulación genética; la clonación; la experimentación y tratamiento con los embriones, con la cuestión relacionada del estatuto jurídico del embrión. Todas estas cuestiones representan otros tantos sectores en los que adquiere gran relevancia la misma necesidad de apelar a la objeción de conciencia y que han surgido sin obtener respuesta aún por parte del derecho².

De la misma forma, se pueden encontrar como citas complementaria referencias derivadas de las páginas de internet y sitios web usados por quienes realizan las prácticas de técnicas de reproducción asistidas como son organizaciones internacionales como The European Society of Human Reproduction and Embryology y El Centro Colombiano de Fertilidad y Esterilidad "CECOLFES LTDA".

² Ob.ut supra cit.

Finalmente, se espera que con este documento se contribuya al crecimiento y perfeccionamiento de la investigación en el derecho colombiano desde el punto de vista de cómo la ciencia y el derecho deben ir concatenados, pero sobre todo hasta qué punto nuestra legislación configura o permite un avance desde el punto de vista jurisprudencial, científico y doctrinal a la vez, tomando como base posiciones y planteamientos de diversos autores dedicados al tema de la reproducción humana asistida tanto desde la órbita biológica, bioética, axiológica, jurídica y legal³.

³ SUAREZ PARADA, Ana Lucia. Reproducción humana Asistida y Filiación en el Derecho Constitucional Colombiano. Colombia. Año Desconocido.

1. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

1.1. INTRODUCCIÓN

Rafael Navarro-Valls señala que la objeción de conciencia es un ejercicio de salud y madurez democrática. En este sentido, se hace preciso señalar que su práctica es perfectamente asumible en el marco del Estado de Derecho, toda vez que la misma puede y es incorporada al ordenamiento jurídico como manifestación concreta y legítimas de la libertad ideológica. Tal es el caso de nuestro derecho positivo.

Ahora bien, considerando que la medicina es una profesión que pretende mantener o recuperar la salud del hombre y velar por la prevención de las enfermedades, y como lo ha dicho la Federación Médica Colombiana, propender por el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad sin distinción de orden económico, social, racial, político o religioso, es necesario comprender que estos lineamientos filantrópicos han hecho de la ciencia médica una rama del ejercicio profesional sensible, arriesgada y que debe ser protegida y garantizada pues es un elemento de su esencia el respeto por la vida y los fueros de la personas, es decir que tiene un talante eminentemente humanístico.

Habiendo señalado esto, quienes practican la medicina han estudiado al hombre como una unidad física y psíquica integrada y sometida a muchas influencias, por lo cual es labor del médico considerar y estudiar a cada paciente primero en su individualidad y luego en relación con su entorno para adoptar las medidas no solo que generalmente le sean aplicables sino que encada caso particular resulten pertinentes. Pero es aquí, en la sencilla práctica diaria del ejercicio médico donde se encuentra una obligación que también es una protección para el Medico consistente en ajustarse a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad. Lo anterior implica un compromiso responsable, leal y auténtico tanto del médico con el paciente como consigo mismo. En suma, como lo ha señalado la federación Médica colombiana: **El médico, por función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.**

Lo anterior implica, para el trabajo que nos interesa, que así como el médico puede acceder a realizar las intervenciones científicas y biológicas que le correspondan, también puede rechazar la práctica de algunos procedimientos cuando estos atenten contra el mismo paciente o contra su propia conciencia, decisión que hace parte del derecho del profesional. Los lineamientos de este último, en relación con los del paciente son el tema del presente análisis.

En las próximas líneas corresponde ampliar este aspecto como la conceptualización de la objeción de conciencia, resaltar la importancia de la existencia y consagración de la misma como derecho, su historia y ubicación jurídica internacional en países como estados Unidos, España, Argentina y México; su ubicación jurídica en el Derecho Nacional Colombiano, y por último se estudiará particularmente la Objeción de Conciencia Médica, para abordar el segundo gran tema de este estudio que son las Técnicas de Reproducción Asistida y por último enlazar los dos anteriores y profundizar en este análisis. Se analizará también la naturaleza jurídica de la objeción de conciencia así como su relación y diferencias con algunas formas de desobediencia civil e incluso con el considerado de antaño superior derecho de resistencia a la opresión, el relacionado derecho de libertad de opinión y de libertad religiosa.

1.2. CONCEPTO

El concepto de **objeción de conciencia** se entiende como la negativa o el rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas u órdenes por considerarse éstas contrarias a las creencias éticas o religiosas que hacen parte del fuero interno de una persona. En principio es oportuno mencionar que se ha predicado históricamente sobre la prestación del servicio militar, sin embargo en la actualidad se ha expandido a muchos otros ámbitos de la vida cotidiana de las personas como lo son las relacionadas con normas médicas u obligaciones tributarias.

Así pues, la objeción se presenta al encontrarse un choque entre la norma legal que impone un “hacer” y la norma ética o moral que se opone a esa actuación. En este caso, quien se denomina el objetor de Conciencia, prefiere abstenerse del cumplimiento de la disposición jurídica, atendiendo a lo que considera un deber de conciencia. Es desde este punto de vista un derecho subjetivo a resistir los mandatos de la autoridad cuando contradicen los propios principios morales.

En palabras de Juan G. Navarro Floria, Abogado y Profesor Superior en Ciencias Jurídicas para la Pontificia Universidad Católica Argentina, “la objeción de conciencia implica una forma de *desobediencia jurídica*: supuesta la necesidad de obedecer a la ley, es decir, la obediencia a la ley como conducta debida y esperada, el objetor la desobedece en virtud de un imperativo ético (religioso o no) que le impone una conducta, o una abstención, contraria a lo que la ley manda. Esta desobediencia tiene dos características: no es activa, como en el caso de la rebelión o revolución, sino pasiva; y no es colectiva, sino individual”⁴.

Por su parte, para Blas Jesús Muñoz Priego por objeción de conciencia se entiende la actitud de quien se niega a obedecer una orden de la autoridad o

⁴ Disponible en Internet: <http://www.libertadreligiosa.net/articulos/OBJECION%20DE%20CONCIENCIA.pdf>

un mandato legal invocando la existencia, en su fuero interno, de una contradicción entre el deber moral y el deber jurídico, a causa de una norma que le impide asumir el comportamiento prescrito. Puede basarse la objeción en particulares convicciones filosóficas, religiosas, morales, humanitarias o políticas y venir referida a conductas de muy variada naturaleza: la guerra, la violencia, el juramento, el servicio militar, el pago de determinados impuestos, el cumplimiento del ideario de un centro de enseñanza, la colaboración en prácticas abortivas legales, la venta de anticonceptivos, la propia asistencia sanitaria o, incluso, la sanción de determinadas leyes por quien ostenta la Jefatura del Estado⁵.

Por último resulta de gran importancia decir que en Colombia, como lo ha mencionado La Corte Constitucional, siguiendo en ello la doctrina jurídica comúnmente aceptada, la objeción de conciencia es aquella figura que permite al individuo negar o rehusarse a cumplir una obligación jurídica, cuando la actividad correspondiente signifique la realización de conductas que pugnan con sus convicciones íntimas. Es decir, normalmente no es posible rehusar el cumplimiento de las leyes o de los deberes impuestos por el orden jurídico, pero cuando quien incumple un deber jurídico lo hace por razones de conciencia, es considerado como un objetor de conciencia⁶. Sobre este particular se ampliará más adelante al efectuar el estudio correspondiente a la ubicación jurídica nacional de la objeción de conciencia.

1.3 IMPORTANCIA

Como lo ha mencionado Juan Navarro Floria, miembro del consejo de redacción de *Criterio*, asociado a una rama del Derecho que ha comenzado a ser reconocido en Argentina con autonomía, el Derecho Eclesiástico del Estado, que es diferente del Canónico, menciona que la Biblia nos trae el ejemplo de los Macabeos y, ya en la era cristiana, el apóstrofe de Pedro: Es preferible obedecer a Dios antes que a los hombres. Las autoridades romanas sufrieron (parece paradójico decirlo así) al verse obligadas a reprimir a los cristianos a quienes su fe impedía honrar al César con inciensos que ellos sólo reservaban a Dios. Hoy en día, la incidencia de la legislación en ámbitos que afectan la conciencia moral y religiosa, hace que la objeción de conciencia deje de ser problema de minorías y pase a ser un asunto que concierne también a personas pertenecientes a las confesiones mayoritarias,⁷ e incluso se ha extendido al amparo de quienes no tienen ni pegan ninguna

⁵ Disponible en Internet:

http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/objecionConciencia/La_Objecion_de_Conciencia.pdf

⁶ Disponible en Internet:

[https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-7474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d\\$\\$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionm](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-7474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d$$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionm)

⁷ Disponible en Internet: <http://www.revistacriterio.com.ar/cultura/el-derecho-a-la-objecion-de-conciencia/>

confesión en particular sin embargo sus convicciones personales no les permiten actuar de forma consecuente con el mandato legal como se verá más adelante en la denominada Objeción de Conciencia Médica.

María Angélica Gelli, distinguida Constitucionalista Argentina señala que “la objeción de conciencia constituye una de las cuestiones problemáticas más interesantes que se plantean a los ordenamientos jurídicos construidos en torno a los principios del liberalismo personalista y del Estado social de derecho”. No puede sino coincidirse con ella en que estamos frente a una “relevante investigación” que está plenamente a la altura del desafío que el tema de su aplicación en la vanguardia de la bioética y el bioderecho se demanda⁸.

En una reflexión muy profunda, sobre la relevancia del tema que se está considerando, es oportuno decir que la objeción de conciencia es el último reducto de defensa de la conciencia del profesional cuando, a pesar de las objeciones meramente técnicas, y de su posible sustitución por un colega, es presionado para hacer algo que, en conciencia, no puede admitir como bueno. El objetor siente hacia los actos que rechaza en conciencia una repugnancia moral profunda, hasta el punto de que someterse a lo que se le pide equivaldría a traicionar su propia identidad. La objeción de conciencia médica se entiende como la negativa del profesional sanitario a realizar, por motivos éticos y religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad; tal postura es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales, como queda plasmado en el artículo 18 de la Guía de Ética Médica Europea, y el Código de Ética y Deontología Médica Español. La objeción de conciencia, que se refiere al rechazo de ciertas acciones, nada tiene que ver con el rechazo de las personas. “El médico objetor, aún absteniéndose de practicar el acto objetado, está, sin embargo, obligado, en especial en caso de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, antecedente o subsiguiente, a la persona que se somete a la intervención objetada”⁹.

Como se puede deducir de lo expuesto, la objeción de conciencia ha sufrido un proceso evolutivo bastante notable, a causa de los diversos cambios legislativos que han propiciado la contraposición de convicciones personales de carácter moral, ético... ante determinadas normas legales que se oponen a las de determinados profesionales de ámbitos como el médico, farmacéutico o educativo, por ejemplo. Parece claro que la falta de una legislación más amplia en el tema de objeciones de conciencia ha provocado que haya que recurrir a la jurisprudencia y la doctrina mundiales que en ocasiones también ha resultado contradictoria. Menciona el Dr. Blass Muñoz Prieto que aún esto, no es óbice para no reconocer

⁸ Disponible en Internet: <http://www.revistacriterio.com.ar/cultura/el-derecho-a-la-objecion-de-conciencia/>

⁹ Disponible en Internet: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/ /La_Objecion_de_Conciencia.pdf

el ejercicio de la objeción de conciencia como un derecho fundamental, íntimamente ligado a otras libertades (religiosa e ideológica), dignas de especial protección, como la que nos ocupa. “Es necesario y positivo otorgar un mayor afianzamiento aun al ejercicio de este derecho en una regulación que no dejara lugar a dudas ante la sociedad, así como, y principalmente, ante los propios profesionales que decidan libremente ejercerlo”¹⁰.

Resulta oportuno entonces, decir que como toda “objeción”, la estudiada en estas páginas implica un cuestionamiento que no es otra cosa que la réplica formulada contra las propuestas de otros. Es decir, la manifestación contraria válida de uno dentro del ámbito de la libertad. Y es así, puesto que sólo en libertad puede contradecirse. Dentro de ese contexto, se debe decir también que es esta libertad, que emana de la misma existencia de la objeción la que va a motivar a que el hombre elija el camino que su conciencia le dicta¹¹, la libertad de cada persona para escoger una determinada actitud filosófica o religiosa ante la vida, que incluye, además, el derecho a adecuar el comportamiento personal a las propias convicciones, en tanto en cuanto no se lesione ningún bien socialmente protegido¹².

Por último tiene pertinencia traer también a estas páginas la participación de “Jean Rivero quien ha definido la libertad de conciencia como *“la posibilidad que tiene el hombre de escoger o de elaborar autónomamente las respuestas que considere acertadas a los interrogantes de su vida personal y social, de adaptar a las mismas su comportamiento y de comunicar a los demás lo que estime verdadero”*. No obstante, esta definición que sustenta un respeto irrestricto a las decisiones personales guiadas por el pensamiento individual deben pretenderse en armonía con los demás. Es decir, deben contribuir al mantenimiento del orden socio-jurídico y la paz social”¹³.

“De lo que se trata por tanto, es de ver en qué medida el Estado debe ser respetuoso con la conciencia individual como norma de dirección para hacer posible la convivencia entre convicciones y conductas, sin limitar su propia actuación que tiene como finalidad primordial preservar el orden social. Caso contrario, estaríamos atendiendo la idea absoluta de que la conciencia es la norma suprema que guía el comportamiento de cada persona, aceptándola como única para disponer nuestros destinos, desatendiendo el Estado de Derecho por el que todas las sociedades se rigen. Es, por tanto, imprescindible la armonización de la

¹⁰ Ob.ut supra cit.

¹¹ Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos75/derecho-objecion-conciencia-espana/derecho-objecion-conciencia-espana.shtml>

¹² Ob.ut supra cit.

¹³ Ibid.

libertad de conciencia de cada uno con la de los demás; puesto que es de esa conjunción de donde se demarcará la libertad de la conciencia individual"¹⁴.

1.4 UBICACIÓN JURÍDICA INTERNACIONAL

1.4.1 En Estados unidos. La objeción de conciencia se encuentra amparada por la Primera enmienda de la Constitución de 1787 ratificada el 15 de Diciembre de 1971 según el tenor literal que se expone a continuación: "El Congreso no hará ley alguna por la que adopte una religión como oficial del Estado o se prohíba practicarla libremente, o que coarte la libertad de palabra o de imprenta, o el derecho del pueblo para reunirse pacíficamente y para pedir al gobierno la reparación de agravios"¹⁵.

El texto anterior protege los derechos a la libertad de religión y a la libertad de expresión sin interferencia del gobierno. Sobre los anteriores es oportuno mencionar que dos cláusulas de la primera enmienda garantizan la libertad de religión. La cláusula de establecimiento (*Establishment Clause*) prohíbe que el gobierno apruebe leyes que establezcan una religión oficial o muestren preferencia por una religión sobre otra. La Corte Estadounidense, sin embargo, declaró constitucionales algunas actividades del gobierno relacionadas con la religión, como por ejemplo, brindar transporte en autobuses para estudiantes de escuelas parroquiales y permitir la aplicación de las "leyes de descanso dominical"; y la cláusula del libre ejercicio prohíbe que el gobierno, en la mayoría de los casos, intervenga en la práctica religiosa de las personas"¹⁶.

En términos generales, la libertad de expresión incluye los derechos a la libertad de palabra, de prensa, de reunión y de petición (que es el derecho que permite a los ciudadanos reclamar ante el gobierno una compensación por agravios). También incluye los derechos implícitos a la libertad de asociación y creencia. La Corte Suprema de los Estados Unidos consideró que el alcance de estos derechos se aplica al gobierno federal, aunque sólo se menciona expresamente al Congreso¹⁷.

Lo anterior se relaciona con la objeción de conciencia de forma directa en razón del caso de Billy y Lilian Gobitas que aconteció en 1935 y se trataba de dos niños testigos de Jehová, quienes fueron expulsados de su escuela en Minersville (Pennsylvania) debido a negarse a saludar a la bandera de su país, ya que de

¹⁴ Ibíd.

¹⁵ Disponible en Internet: <http://www.archives.gov/espanol/constitucion.html>

¹⁶ Disponible en Internet: http://www.law.cornell.edu/wex/espanol/la_primera_enmienda

¹⁷ Ob.ut supra cit.

acuerdo a sus creencias aquello constituía un acto de idolatría (Éxodo 20:3-5), como consta en el testimonio de Billy "I do not salute the flag because I have promised to do the will of God," escrito en el Minersville (Pennsylvania) School District en 1935. Este mandamiento se complementa con la aceptación de que como se dijo anteriormente, "the ceremonial saluting of a national flag was a form of idolatry, a violation of the commandment in Exodus 20:4-6 that "thou shalt not make unto thee any graven image, nor bow down to them" and forbidden as well by John 5:21 and Matthew 22:21 His refusal, and that of his sister Lillian (age twelve)"¹⁸, este tema tocó la tensión entre la autoridad del estado para hacer respetar sus símbolos de unión nacional y el derecho de los individuos a la libertad de cultos.

Después de una serie de juicios, en los cuales se falló a favor y luego en contra, finalmente la Suprema Corte de los Estados Unidos reconsideró que dichos estudiantes estaban en su derecho de ejercer su libre expresión y libertad de culto amparados por la Primera Enmienda de la Constitución de su país al expresar sus convicciones religiosas, las cuales incluirían el negarse a cualquier forma de veneración a algún símbolo de unidad nacional.

1.4.2 En España. El derecho a la objeción de conciencia se encuentra consagrado en la Constitución Española de 1978, en su artículo 30, (Capítulo II: derechos y libertades. Sección II. De los derechos y deberes de los ciudadanos), aunque en referencia exclusiva al servicio militar, como se expone a continuación: "La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria"¹⁹.

Resulta importante decir que en su momento se consideraba entonces como la negativa a cumplir el deber jurídico del servicio militar, alegando que existe en el fuero interno un imperativo superior, religioso o filosófico-moral, que impide dicho cumplimiento²⁰. Y que Si bien en sus inicios se planteó el Derecho a la Objeción de Conciencia de forma exclusiva para el servicio militar, a partir de los años 80, se expandieron de modo masivo los conflictos *conciencia contra ley*²¹. Como se puede observar en la misma Ley 48/1984, de 26 de diciembre, Reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria que no hacía referencia a cuestiones ajenas al cumplimiento del servicio militar, pero que

¹⁸ Disponible en Internet: <http://www.loc.gov/exhibits/treasures/trr006.html>

¹⁹ COLOMBIA. Artículo 30. Constitución Española de 1978

²⁰ Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos75/derecho-objecion-conciencia-espana/derecho-objecion-conciencia-espana.shtml>

²¹ Ob. ut supra cit.

indirectamente en el punto segundo aborda otro campo de aplicación al vincular esta actividad a las convicciones de orden religioso, ético, moral: “Los españoles sujetos a obligaciones militares que, por motivos de conciencia en razón de una convicción de orden religioso, ético, moral, humanitario, filosófico u otros de la misma naturaleza, sean reconocidos como objetores de conciencia, quedarán exentos del Servicio militar, debiendo realizar en su lugar una prestación social sustitutoria”.²²

De la misma forma, la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, implica un gran avance en relación con la consolidación de la aplicación de la objeción de conciencia en otros campos pues en un obiter dicta, admite la existencia de un derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario sin que sea necesaria la interpositio legislatoris. Así, en su fundamento jurídico decimocuarto, declaró que “cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”.²³

Debe mencionarse, sin embargo que en un segundo momento, el máximo órgano constitucional pasó a considerar la objeción como un derecho autónomo, asociado tanto a la libertad religiosa como a la ideológica (Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre, FJ3). Por otra parte, consideró que en el ordenamiento jurídico no se produce un reconocimiento de la objeción de conciencia con carácter general (Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre, FJ3).

Consecuencia lógica de esta afirmación es que no cabe admitir más objeciones que las expresamente reconocidas en la Constitución o en una ley ordinaria (Sentencias del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre, FJ3; 321/1994, de 28 de noviembre, FJ4). Por último, en razón de toda esta argumentación, el Tribunal Constitucional Español ha calificado a la objeción de conciencia como un derecho constitucional, no fundamental, debido a su naturaleza excepcional (Sentencia del Tribunal Constitucional 160/1987, de 27 de octubre, FJ3).²⁴

²² Disponible en Internet:
http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/objecionConciencia/La_Objecion_de_Conciencia.pdf

²³ *Ibíd.*

²⁴ *Ibíd.*

1.4.3. En argentina. “La Objeción de Conciencia se encuentra relacionada con la libertad de culto, y se predica sobre las acciones que no perjudiquen a terceros según los artículos 14, 19 y concordantes de la Constitución Nacional como se expone a continuación, Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: de trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender. (Art. 14) y Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe (art. 19)”²⁵.

Este derecho suele ejercerse en diversos ámbitos. En Argentina, los alcances de la objeción de conciencia fueron debatidos con cierta extensión en el plano del servicio militar cuando era obligatorio y, más recientemente, se ha avanzado en su legislación y reglamentación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La objeción de conciencia no estaba expresamente prevista en relación con el servicio militar obligatorio hasta que la Corte Suprema, luego de ciertas vacilaciones durante la última dictadura militar, afirmó este derecho en el caso “Portillo” de 1989: Gabriel Portillo se había negado a prestar el servicio militar obligatorio, por lo que había sido condenado, en sede penal, a cumplir con el tiempo original del servicio, más un año adicional. La Corte reconoció en este fallo el valor particular de la libertad religiosa, y yendo más allá, extendió la protección de la libertad de conciencia a quienes “*establezcan una determinada jerarquía entre sus valores éticos, adjudicando especial primacía al de no poner en riesgo la vida de un semejante*”. Aclaró que en este caso no existía “contradicción entre derechos propiamente dichos”, “sino entre un derecho y una obligación legal”, por lo cual, dado que el incumplimiento no conllevaba un peligro grave o inminente a los intereses protegidos por el Estado, era posible hallar alternativas que conciliaran los deberes del objetor con el respeto a sus convicciones. La Corte estableció, también, que la objeción debía basarse en creencias sinceras que se encontraran en serio conflicto con la obligación impugnada. En definitiva, reconoció el derecho de Portillo a prestar un servicio “sin el empleo de armas”. En este caso, la Corte sentó los siguientes criterios jurisprudenciales respecto del alcance del derecho a la objeción de conciencia”²⁶.

- ✓ El derecho a la libertad de conciencia no puede subordinarse a meras consideraciones de conveniencia o utilidad pública.

²⁵ Disponible en Internet: <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/capitulo1.php>

²⁶ Disponible en Internet: http://www.palermo.edu/Archivos_content/derecho/pdf/objecion-paper.pdf

- ✓ El derecho a la libertad de conciencia excede el derecho a la libertad de cultos, y comprende las convicciones éticas.
- ✓ La objeción debe ser sincera.
- ✓ Este derecho merece tutela más allá de que su titular sostenga una creencia minoritaria.
- ✓ Deben distinguirse los casos en los que la objeción de conciencia no contradice otro derecho, de aquellos en los que sí hay colisión de derechos.
- ✓ En los casos en que sea posible, debe buscarse conciliar el cumplimiento de los deberes legales con el respeto a las convicciones del objetor.

“Los criterios establecidos por la Corte Suprema en el caso Portillo fueron recogidos en la ley 24.429, que en 1994 reguló la objeción de conciencia para el nuevo servicio militar voluntario creado por esa ley”²⁷.

A partir de la segunda mitad de la década del noventa, los debates y las regulaciones de la objeción de conciencia cobraron importancia en un ámbito en el que estaban en juego derechos fundamentales: el de las leyes y reglamentaciones nacionales y provinciales sobre salud sexual y reproductiva. Estas normas ordenaron, por ejemplo, la creación de programas de salud sexual y reproductiva, el acceso a la anticoncepción quirúrgica, la Provisión de anticoncepción de emergencia o el acceso al aborto no punible y la inducción del parto en casos de diagnósticos de patologías incompatibles con la vida extrauterina. En estas normas, cláusulas específicas regularon con distinto alcance el derecho de los profesionales de la salud y otros actores a ejercer la objeción de conciencia²⁸.

1.4.4 En México. En México la objeción de conciencia ha sido regulada sin embargo únicamente en dos entidades: el Distrito Federal y Jalisco. En la primera entidad citada la Ley de Salud señala en su artículo 59²⁹ el derecho del personal médico a negarse a practicar un aborto siempre que sus creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a dicho procedimiento, teniendo la obligación el médico de referir a la mujer con otro médico que no sea objetor también. Por su parte, en la entidad Jalisciense el artículo 18³⁰ en un sentido más amplio otorga a todos los servidores públicos participantes del sistema estatal de

²⁷ Ob.ut supra cit.

²⁸ Ibíd.

²⁹ Disponible en Internet: <http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/leg/10/343/60.htm?s=>

³⁰ Ob.ut supra cit.

salud el derecho a no participar en cualquier clase de procedimiento médico que contravenga su libertad de conciencia, lo que puede incluir implantación de órganos o, inclusive, transfusión sanguínea³¹.

En abril de 2007, el jefe del gobierno del Distrito Federal, Marcelo Ebrard hizo declaraciones respecto a que los trabajadores del sistema de salud de la entidad dependientes de su gobierno deberían acatar las disposiciones en cuestión del aborto voluntario (bajo pena de perder su empleo) y que no podían acogerse al argumento de objeción de conciencia para no realizarlo ya que no se aplicaba en esos caso pues los médicos como servidores públicos estaban "obligados a acatar las disposiciones" ya que "el aborto es un derecho". "De igual forma, Leticia Bonifaz, consejera jurídica del Distrito Federal, dijo que los médicos deben justificar su postura ya que en México la objeción de conciencia está poco desarrollada. Aunque estas declaraciones son ciertas, debe estarse a la regulación jurídica que se señala al inicio de esta nota"³².

En febrero de 2009, la Norma Oficial Mexicana 046 estableció que "en caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deberán, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un plazo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada" lo cual implica la realización obligatoria del aborto inducido por lo que el personal médico no podría acogerse a la libertad de conciencia, de lo contrario se atenderían a sanciones de tipo administrativo. No es muy preciso que la anticoncepción de emergencia sea un aborto, para que lo fuera se necesitaría saber, por lo menos, que ya hubo concepción. En cuanto a lo último, al menos en el D.F. y Jalisco es necesario observar que deben obedecerse las normas jurídicas citadas al inicio de esta nota"³³.

1.5 UBICACIÓN JURÍDICA NACIONAL

Como lo ha mencionado la Doctora Cristina Pardo Schlesinger Magistrada Auxiliar de la Corte Constitucional de Colombia en 2006 a través de su artículo *La Objeción de Conciencia en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana*, el estudio de las providencias que ha expedido en esta materia la mencionada Corporación, permite extraer algunas conclusiones pertinentes para este trabajo, desde la evolución jurisprudencial del más alto órgano Constitucional. Así pues, se procede a hacer una ubicación nacional del tema de la objeción de

³¹ Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Objeci%C3%B3n_de_conciencia

³² Ob.ut supra cit.

³³ Ibid.

conciencia a través de una exposición del conjunto de sentencias que ha proferido la Corte Constitucional Colombiana hasta la fecha.

“Como lo ha mencionado la referida autora, en este estudio también se puede apreciar la estrecha relación que existe entre la libertad de conciencia y la libertad religiosa, que, como se verá, ha sido la razón determinante de todos los casos de objeción examinados por ese tribunal”³⁴.

En cuanto al marco teórico general que emana de estas sentencias, según la Doctora Cristina Pardo puede decirse que se resume en las siguientes conclusiones: A) La libertad de pensamiento es la facultad de adherir o de profesar determinada ideología, filosofía o cosmovisión. B) La libertad religiosa comporta no solo una creencia o acto de fe, sino, básicamente, una relación personal del hombre con Dios, con la divinidad o con un ser superior, que se traduce en el seguimiento de un sistema moral. C). La libertad de conciencia es la facultad de discernir entre lo que resulta ser el bien o el mal moral, en relación con lo que concretamente, en determinada situación, debemos hacer o no hacer. Es la regla subjetiva de moralidad. D). La relación que existe entre las libertades de conciencia, pensamiento y religión consiste en que la primera es una consecuencia de las segundas. E). Tanto la libertad de pensamiento como la libertad religiosa implican la posibilidad para el sujeto de lograr una coherencia entre su vida personal y los dogmas y creencias de su religión, o los postulados de su filosofía, ideología o cosmovisión. F). Las libertades de pensamiento y de religión no se confunden con la libertad de conciencia, pues no hace falta estar inscrito en una filosofía o religión para emitir juicios prácticos en torno de lo que es correcto o incorrecto en una situación concreta. G). La objeción de conciencia es aquella figura que permite al individuo negar o rehusarse a cumplir una obligación jurídica, cuando la actividad correspondiente signifique la realización de conductas que pugnan con sus convicciones íntimas³⁵.

Resulta oportuno decir que para la Magistrada citada, el marco conceptual sentado por la jurisprudencia en lo relativo a la definición de la objeción de conciencia como un ejercicio de la libertad de conciencia, y a la relación entre este derecho y las libertades de pensamiento y religión, es claro. “No así la aplicación de este marco conceptual teórico a la solución de casos particulares, en donde, la jurisprudencia parece ser muy restrictiva en algunos casos y contradictoria en otros, aunque en líneas generales ha evolucionado hacia una defensa más amplia de la libertad religiosa y la utilización de la objeción de conciencia”³⁶.

³⁴ Disponible en Internet:

[https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d\\$\\$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d$$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15)

³⁵ Ob.ut supra cit.

³⁶ *Ibid.*

Como lo ha notado la Doctora Cristina Pardo en diversas ocasiones la Corte ha tenido oportunidad de referirse a la libertad de conciencia como derecho fundamental, y su diferencia con derechos cercanos, como la libertad de pensamiento y la libertad religiosa, distinguiendo claramente el objeto propio de cada uno de estos derechos fundamentales, pero poniendo de relieve la relación que existe entre ellos. De manera especial, en la Sentencia C-616 de 1997 la Corte definió los anteriores asuntos. En cuanto a la libertad de pensamiento, explicó que ella comportaba para su titular la facultad de adherir o de profesar determinada ideología, filosofía o cosmovisión, implicando para el individuo el atributo de estar conforme con un determinado sistema ideológico en torno del mismo hombre, del mundo y de los valores. La libertad de pensamiento conllevaba, dijo, la libertad de expresión, por lo cual el artículo 20 de la Carta afirma que *Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento*. “En cuanto a la libertad religiosa, la sentencia sostuvo que ella comportaba no solo el derecho de profesar una creencia o de hacer un acto de fe, sino básicamente la posibilidad de una relación personal del hombre con Dios, que se traducía en el seguimiento de un sistema moral y en la práctica de culto”³⁷.

Por lo tanto señala la Autora, si bien se relacionaba con la libertad de pensamiento, por cuanto la religión llevaba a adoptar una determinada cosmovisión, la libertad religiosa contenía un elemento propio que la diferenciaba claramente de aquella, que era, precisamente, la relación con Dios que resultaba ser protegida como derecho. Finalmente, refiriéndose a la libertad de conciencia, la Corte en esta sentencia expresó que en su sentido jurídico y ético por *conciencia* se entendía el propio discernimiento sobre lo que estaba bien y lo que estaba mal. Es decir, se trataba de la conciencia *moral*³⁸.

Distinguiendo esta libertad con las anteriores, dijo la Corte que consistía en “la facultad del entendimiento de formular juicios prácticos en relación con lo que resulta ser una acción correcta frente a una situación concreta que se presenta de facto. En otras palabras, es la facultad de discernir entre lo que resulta ser el bien o el mal moral, pero en relación con lo que concretamente, en determinada situación, debemos hacer o no hacer. Por eso se dice que es un conocimiento práctico”³⁹.

Por consiguiente, cita la Doctora Pardo, “a diferencia de la libertad de opinión o de la libertad religiosa, la de conciencia se ejerce siempre de modo individual. En cuanto prerrogativa personal, la conciencia a la que se refiere la libertad constitucionalmente protegida, es la conciencia subjetiva, o mejor, la regla

³⁷ *Ibíd.*

³⁸ *Ibíd.*

³⁹ *Ibíd.*

subjetiva de moralidad. No se trata pues de la protección abstracta de un sistema moral determinado, o de una regla objetiva de moralidad. En este mismo pronunciamiento, la Corte explicó así la relación que se da entre las libertades de conciencia, religión y pensamiento: la libertad de conciencia, dijo, es una consecuencia de las libertades de religión y de pensamiento; ... por su parte, las libertades de religión y de pensamiento son distintas y paralelas entre sí⁴⁰.

Así mismo destaca la autora que explicando la relación entre la libertad de conciencia, la libertad de pensamiento y la libertad religiosa, la Corte dijo que aunque la ideología adoptada por una persona, o su religión, podían determinar su conciencia, es decir, su personal manera de emitir juicios morales prácticos, no por ello la libertad de conciencia se confundía con las otras dos. Más bien, podía decirse que era un complemento de las mismas. Pues de hecho, no hacía falta estar inscrito en una religión determinada, ni en un sistema filosófico, humanístico o político, para emitir juicios prácticos en torno de lo que era correcto o incorrecto, pues las personas ateas, o las agnósticas, igualmente lo hacían⁴¹.

Entrando a analizar el alcance de estos derechos fundamentales, continúa la Magistrada diciendo que la Corte recordó también, en esta ocasión, que las libertades de pensamiento, religión y de conciencia abarcaban una doble significación: *“de una parte implican la autonomía jurídica del individuo en lo referente al objeto jurídico que amparan, y de otro, conllevan la inmunidad de coacción con respecto al mismo objeto. Es decir, se reconoce la facultad de autodeterminarse que compete a cada individuo en estos aspectos y también se impide el que el individuo sea forzado o presionado en torno a ellos”*⁴².

Otras sentencias como se menciona en el artículo estudiado expresan la misma línea anterior; en efecto, de manera uniforme la libertad de conciencia ha sido entendida por la jurisprudencia como una facultad para autodeterminar la propia conducta en situaciones concretas, en atención a las propias convicciones; en este sentido pueden consultarse las sentencias T-332 de 2004 y T-409 de 1992. Y en cuanto a la relación existente entre la libertad de conciencia y la libertad religiosa, en la Sentencia T-026 de 2005 la Corte explicó que la libertad de religión no se detenía en la asunción de un determinado credo, sino que se extendía a los actos externos en los que este se manifestaba. Lo anterior, por cuanto *para el creyente la coherencia de su vida personal con los dogmas y creencias de su religión reviste una importancia medular, en tanto muchas veces ella determina los proyectos de vida personal*. “Si esto era así, prosiguió el fallo, sería incongruente que el ordenamiento, de una parte, garantizara la libertad religiosa, y de otra, se

⁴⁰ Ibíd.

⁴¹ Ibíd.

⁴² Ibíd.

negara a proteger las manifestaciones más valiosas de la experiencia espiritual, como la relativa a la aspiración de coherencia entre lo que profesaba el creyente y lo que practicaba. Este elemento, que podía pertenecer al núcleo esencial de la libertad religiosa, definía igualmente una facultad que era central a la libertad de conciencia”⁴³.

1.6 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA MÉDICA

En este aparte, se pretende hacer una profundización sobre la objeción de conciencia que hasta el momento se ha expuesto en términos generales para pasar al campo específico de la objeción de conciencia en el área de la medicina. Se hará alguna mención pertinente al campo de la salud reproductiva sin embargo la relación entre el primer tema y este último se dilucidará más adelante puesto que es una conjetura que no se encuentra de forma muy explícita en la doctrina y la jurisprudencia nacional y foránea.

En este sentido se procede a citar a un importante sector de la doctrina argentina sobre la objeción de conciencia a realizar prácticas médicas y posteriormente se hace mención del caso Colombiano retomando la Jurisprudencia de la Corte Constitucional en el estudio de sus providencias relacionadas específicamente con la objeción de conciencia en salud y medicina.

Así pues, en el artículo *El Derecho a la Objeción de Conciencia* escrito por Juan G. Navarro Floria⁴⁴, el autor comenta particularmente sobre la Objeción de Conciencia Médica en el escenario Argentino lo siguiente: En Argentina el aborto directo es delito criminal, salvo casos muy excepcionales, por lo que no se han presentado supuestos de objeción de conciencia al aborto en sí. Pero sí hay previsiones legales y casos judiciales de objeción a otras prácticas, vinculadas con la salud sexual o reproductiva. “Es necesario advertir al respecto que, por la organización federal de la Argentina, en materia de salud y de ejercicio profesional cada provincia puede dictar su propia legislación, por lo que se halla un mosaico variopinto en esta materia”⁴⁵.

Así, dice el autor, en algunas provincias (no en todas) se reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia a los profesionales del arte de curar, o a algunos de ellos, de manera genérica. Así ocurre con los enfermeros y enfermeras en la provincia de Buenos Aires, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en la provincia de Salta; y con los técnicos de la salud en la ciudad de Buenos Aires. En la provincia

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ Disponible en Internet: <http://www.libertadreligiosa.net/articulos/OBJECCION%20DE%20CONCIENCIA.pdf>

⁴⁵ *Ob.ut supra cit.*

de Río Negro, la ley provincial contempla el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de todos los profesionales de la salud⁴⁶.

Precisa el Doctor Navarro que en relación concretamente a la aplicación de planes de salud reproductiva (que incluyen el suministro de anticonceptivos), la legislación no es uniforme. La ley nacional 25.673, que organiza el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, prevé una extraña excepción que se ha dado en llamar “objeción de conciencia institucional”, según la cual Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse de lo dispuesto en el artículo 6, inciso b), de la presente ley. “El artículo 6 literal b es el que ordena el suministro de anticonceptivos. Hablar de “objeción de conciencia institucional” para el autor, es una deformación y abuso de los términos, porque la objeción de conciencia no puede ser sino individual y personal, dado que la conciencia es personal. Las instituciones no tienen “conciencia”, ni “convicciones” como dicen las normas recién transcritas”⁴⁷.

En cambio, continúa el jurista, la ley 25.673 ha omitido prever específicamente el supuesto de objeción de conciencia, que pueden plantear a título personal los agentes sanitarios, no sólo en instituciones confesionales, sino en establecimientos sanitarios no confesionales (estatales o privados), o incluso en instituciones de gestión privada, confesionales o no, que no hayan usado el derecho de eximirse “institucionalmente” de aplicar el programa.

Ese vacío ha sido querido ser salvado por la reglamentación, que yendo más allá de lo que la ley prevé, sí admite ese derecho, aunque de modo algo confuso. El derecho a la objeción de conciencia de los médicos en esta materia específica es garantizado por leyes de la provincia de San Luis y de Salta; y por normas reglamentarias en la Provincia de Santa Fe. Otras provincias han legislado en materia de salud reproductiva, pero guardando silencio sobre la posible objeción de conciencia de los agentes de salud: Buenos Aires, Tierra del Fuego, Chaco, Córdoba y Entre Ríos⁴⁸.

Dice el Dr. Navarro que dos supuestos específicos, han sido objeto también de legislación en algunas provincias, y de pronunciamientos judiciales: la posibilidad de practicar intervenciones quirúrgicas esterilizantes (vasectomía o ligadura de trompas), y la posibilidad de inducir y adelantar el parto, con el resultado cierto de la muerte de la persona por nacer, en casos de bebés anencefálicos. En los casos de anencefalia comprobada, la cuestión fue tratada por la Corte Suprema in re “T.S. c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/amparo”³⁰ de enero de 2001,

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ *Ibíd.*

⁴⁸ *Ibíd.*

que confirmó una sentencia del Superior Tribunal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quien a su vez había ordenado realizar la operación de adelantamiento del parto a los médicos, que en primera instancia y espontáneamente se habían negado a hacerla, pero disponiendo que “si existiera alguna objeción de conciencia, la demandada (el Hospital) procederá a efectuar los reemplazos o sustituciones que correspondan”. “La Corte confirmó esta sentencia, incluso en ese punto. Poco después la Corte resolvió un caso análogo, dejando también firme una decisión anterior que contemplaba la objeción de conciencia de los médicos”⁴⁹.

En el mismo sentido, comenta el autor citado que hubo una buena cantidad de fallos de la justicia local de la Ciudad de Buenos Aires, que en varios casos ordenó respetar la objeción de conciencia que pudieran formular los médicos, aunque ordenando al Gobierno disponer los reemplazos necesarios para que las intervenciones se pudieran realizar de todos modos. “Pero al mismo tiempo existen otros precedentes, donde nada se ha dicho al respecto”⁵⁰.

“Como consecuencia de esos casos concluye el jurista diciendo que en la Ciudad de Buenos Aires, el tema ha sido resuelto con carácter general por la Ley 1044 de junio de 2003, que expresamente ordena respetar el ejercicio de la objeción de conciencia de médicos ginecólogos u obstetras, llamados a practicar este tipo de intervenciones, que son autorizadas por la ley”⁵¹

Por su parte, en el caso Colombiano es indispensable hacer referencia a las providencias proferidas por la cabeza de la rama Constitucional, la Corte Constitucional quien se ha encargado de mencionar, como se expondrá a continuación, la aplicación general de la Objeción de conciencia en materia de Salud y medicina, sin tener el alcance de la normatividad argentina cuya regulación sobre la objeción de conciencia médica resulta bastante avanzada, sin decir que se encuentra completa como se vio anteriormente, pero que representa un progreso agigantado en seguridad jurídica y protección de los derechos del profesional de la medicina.

Así pues es oportuno traer a estas páginas la **Sentencia T-411 de 1994** del tribunal Constitucional, pues como menciona la Doctora Cristina Pardo, en esta ocasión, el médico tratante de una menor interpuso acción de tutela en contra de los padres, con el fin de que se le amparara el derecho a la vida, consagrado en los artículos 11 y 44 de la Constitución Política. “La madre había llevado a su consultorio a la niña, a quien le diagnosticó bronconeumonía, desnutrición y

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

deshidratación, razón por la cual advirtió que debía ser hospitalizada inmediatamente. La madre afirmó que eran evangélicos y que su culto religioso no le dejaba llevar la niña al hospital. La Corte consideró que no podía excluirse de la protección del Estado y de la sociedad a una menor, so pretexto de respetar las creencias religiosas de sus padres, por más acendradas que estas se manifestaran”⁵².

La misma autora citada presenta también la **Sentencia T-744 de 1996**, ocasión en la cual el padre de un menor interpuso acción de tutela, con el objeto de proteger los derechos fundamentales a la vida, honra, y salud de su menor hijo, los cuales consideraba amenazados con la actuación de los demandados, jerarcas de la Iglesia de los Testigos de Jehová. A su hijo, quien para esa época contaba con 16 años de edad, le diagnosticaron cáncer en una rodilla, lo que motivó que los médicos concluyeran que lo más conveniente era amputar la pierna derecha del paciente, y procedieron a solicitar la respectiva autorización, la cual fue otorgada tanto por el paciente, menor de edad, como por su padre. No obstante, en la fecha en la cual se realizó la cirugía, el menor manifestó a los médicos, por escrito, que bajo ninguna circunstancia aceptaría recibir sangre vía endovenosa, debido a que la religión que profesaba, pues era Testigo de Jehová, le prohibía hacerlo. La Corte consideró que la difusión y divulgación de los principios y fundamentos de un determinado credo religioso constituían una conducta legítima de los predicadores. Admitió también que la Ley le reconocía al menor adulto suficiente capacidad para ejercer sus derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; por lo anterior, la tutela no era procedente respecto de los jerarcas de la Iglesia de los Testigos de Jehová. Sin embargo, admitió como procedente la acción contra el Instituto de los Seguros Sociales, por cuanto esta institución debió haber atendido las directrices y la autorización del padre, titular de la patria potestad, dando en todo caso prevalencia al derecho a la vida del menor. “Lo anterior por cuanto el ejercicio de la patria potestad le permitía a los padres orientar y participar en las decisiones de sus hijos menores adultos, y exigir que se diera prevalencia a las que ellos adoptaran, en caso de enfrentamiento o contradicción que pusiera en peligro el derecho fundamental a la vida de sus hijos. La Corte concedió la tutela, ordenando al Instituto de los Seguros Sociales que prosiguiera con el tratamiento conforme a la autorización de los padres”⁵³.

En un sentido similar la Magistrada Auxiliar menciona también la **Sentencia T-659 de 2002**. Se interpuso la tutela con el fin de lograr que a una señora se le realizara una transfusión de sangre que, según lo manifestó su esposo, requería para tratar de salvarle la vida, habida cuenta de que en razón del culto religioso que aquella profesaba, se negaba a que se le practicara tal procedimiento. La señora, para la

⁵² Disponible en Internet:

[https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d\\$\\$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d$$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15)

⁵³ Ob.ut supra cit.

fecha de la sentencia, ya había muerto, por lo cual la Corte negó la tutela por carencia actual de objeto. Empero, dentro de las consideraciones que expuso, afirmó que “La señora era titular de los derechos fundamentales a la libertad de conciencia, al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de cultos y, según la fe que profesaba, debía rehusarse a que se le practicaran transfusiones de sangre, de modo que, siendo plenamente capaz, no era dable que a través de una orden impartida por el juez constitucional de tutela se contrariara su voluntad, manifestada por demás en forma consciente y reiterada y habiendo optado por la opción de que se le aplicara un tratamiento médico alternativo que a su juicio no contrariaba su fe”⁵⁴.

Particularmente relacionada con el objeto de nuestro estudio, la objeción de conciencia por parte del médico, la Doctora Pardo menciona **la Sentencia T-823 de 2002**. En esta oportunidad, una señora interpuso la acción de tutela por estimar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad física, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de cultos, como consecuencia de la actuación de la entidad demandada, quien en acatamiento de su deber profesional de conocimiento médico o ‘*lex artis*’, se abstuvo de proceder a la práctica de una cirugía necesaria para corregir la presencia de un cuadro médico de pancreatitis y cálculos en la vesícula, dada la negativa de la accionante de recibir transfusiones sanguíneas, como postura de su vocación religiosa (Testigos de Jehová). La entidad demandada se defendió alegando que *el médico podía rehusarse a realizar el procedimiento debido a la violación del principio de ética médica “lex artis” o principio de conocimiento médico*. La Corte Constitucional consideró que existía una relación entre la libertad de conciencia y la libertad religiosa; no obstante lo anterior, la libertad religiosa no era un derecho absoluto, y uno de los límites impuestos al ejercicio de tal libertad lo constituía el deber específico de no abusar de los derechos propios. Así, dado que la Constitución Política le otorgaba a la vida el carácter de derecho fundamental “inviolable” y le imponía a todas las personas “el deber de procurar el cuidado integral de su salud” (C. P., arts. 11 y 49), aunque el ejercicio de la libertad religiosa era esencial para asegurar la realización de un proyecto de vida, este, sin la garantía de existencia vital, no podría llevarse a cabo. Por tal razón, no era admisible que, so pretexto de aplicar una determinada doctrina, ciertos grupos religiosos pretendieran limitar el acceso de sus fieles a las intervenciones quirúrgicas o a los tratamientos terapéuticos indispensables para proteger sus derechos fundamentales. De acuerdo con los presupuestos anteriormente fijados, la Sala concluyó que en caso de existir contradicción entre las decisiones que una persona adoptara en virtud de su culto o religión y el derecho fundamental a la vida, debía prevalecer este último como derecho prioritario e inviolable. La Corte se preguntó si, en virtud del mandato constitucional de inviolabilidad de la vida, podía un médico adoptar libremente determinaciones clínicas en favor del paciente sin su pleno

⁵⁴ Ibid.

consentimiento, o si este debe subordinarse a la voluntad del enfermo. “Al respecto, encontró que la efectividad del principio de autonomía estaba ligada al reconocimiento y a la exigibilidad del consentimiento idóneo”⁵⁵.

Ahora bien, junto al principio del consentimiento informado estaba también el de *capacidad técnica*. Este implicaba la competencia exclusiva del médico para apreciar, analizar, diagnosticar y remediar la enfermedad del paciente, en aras de lograr su completo bienestar físico y psíquico. Uno de los elementos del principio de capacidad técnica era el conocido en la ética médica como la regla de la *lex artis* o ley del arte. “Por virtud de la cual, se presume que el acto ejecutado o recomendado por un médico se ajusta a las normas de excelencia del momento, es decir, que teniendo en cuenta el estado de la ciencia, las condiciones del paciente y la disponibilidad de recursos, sus recomendaciones pretenden hacer efectiva la protección a la vida y a la salud de los pacientes”. Por ello, la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) facultaba a los médicos para **rehusarse** a prestar un tratamiento clínico cuando “...existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión...”. Una de cuyas circunstancias es: “(...) Que el enfermo rehúse a cumplir las indicaciones prescritas...”. Sostuvo entonces la sentencia que “La doctrina médico-jurídica ha reconocido que esta potestad legal corresponde al ejercicio de una modalidad de objeción de conciencia conocida como: ‘la objeción médica u objeción sanitaria’ ”. Bajo estas consideraciones, la sentencia estimó que “por regla general, resulta que no puede ni obligarse al paciente a seguir la prescripción propuesta por el médico en contra de su voluntad y, por ende, desconociendo su consentimiento idóneo, ni ordenarse al médico a actuar clínicamente en contra de los postulados de su profesión. Por lo cual, si irremediablemente el médico y la junta estiman improcedente practicar un tratamiento en las condiciones expuestas por el paciente, este debe buscar los servicios de quien, según su buen criterio, pueda prestarle la asistencia médica y quirúrgica necesaria conforme a los parámetros de su voluntad”⁵⁶. Este caso es de vital importancia para nuestra materia pues resulta ser el único pronunciamiento jurisprudencial sobre la objeción de conciencia médica y es un antecedente importante en Colombia para el avance de su aplicación todos los procedimientos de intervención médica incluyendo la salud reproductiva.

Por último, la autora trae a colación la **Sentencia T-471 de 2005**, caso en el cual la acción de tutela se interpuso con el fin de que fueran protegidos los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida de una persona, vulnerados por la EPS al negar el suministro de los medicamentos ordenados por su médico tratante en reemplazo de la transfusión de sangre, como parte del tratamiento de la anemia que padecía, y que el paciente se negaba a aceptar por motivos religiosos, en tanto que él y su familia eran *Testigos de Jehová*. “La Corte

⁵⁵ *Ibíd.*

⁵⁶ *Ibíd.*

consideró que la decisión de no aceptar la transfusión de sangre constituía un acto razonado y legítimo del accionante, en tanto que era voluntario, realizado en ejercicio de la autonomía, en acatamiento de su creencia religiosa y en el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales a la libertad de conciencia, libre desarrollo de la personalidad y libertad de cultos⁵⁷.

⁵⁷ Ibid.

2. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

2.1 INTRODUCCIÓN

La situación del mundo actual en el campo de la salud reproductiva se describe a continuación en palabras del biólogo de la reproducción Francisco Rocha Cárdenas, a través de un artículo publicado en junio de 2008, quien como director del laboratorio de Diagnóstico Genético Preimplantacional del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) conoce que por un lado, hoy son cada vez más las mujeres y hombres que desean postergar la paternidad en busca de mejores condiciones económicas y mayor desarrollo profesional, sobre todo aquellos con carreras universitarias y postgrados; y por el otro, se ha incrementado en el mundo la generación de la infertilidad, el mismo autor cita algunas referencias mexicanas que se pueden promediar de forma similar para otros países del mundo y son: hace 20 años la infertilidad afectaba a 1 de cada 15 parejas, hoy afecta a 1 de cada 6 parejas, haciendo que en el mundo 3 de cada 10 parejas sean infértiles. Sin embargo, los recientes avances en estudios genéticos, reproducción asistida y biología molecular permiten que actualmente el 90% de los casos se solucionen⁵⁸.

En general, se puede observar en el caso Colombiano que según lo ha dispuesto la Resolución **13437** de 1991 del Ministerio de Salud de Colombia, los pacientes que requieran atención médica, incluso aquellos que deseen tener acceso a la salud reproductiva, tienen derecho de forma general a elegir libremente al médico y a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que les presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

Así también, tienen derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que les permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padecen, así como a los procedimientos y tratamientos que se les vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

De igual forma a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre; y tienen derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

La misma disposición reconoce de igual forma el derecho del paciente a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica

⁵⁸ CHÁVEZ, Mariana. Membrilla, Raquel. Lo último en reproducción Asistida. junio de 2008.

disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

Así mismo, tiene derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

También está consagrado su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa; y de la misma forma se reconoce su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

En las últimas disposiciones la Resolución referida consagra también el derecho a que se le respete la voluntad del paciente de aceptar o rechazar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos; y en el mismo sentido su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Ahora bien, como se verá en las próximas líneas, la necesidad particular y las condiciones de quienes pretenden acceder a las técnicas de reproducción asistida, hace que estos derechos deban ser perfectamente encuadrados dentro de los derechos de quienes como especialistas, van a practicar o adelantar los tratamientos médicos necesarios sobre aquellos. Para lo anterior, se procede a estudiar el concepto de las técnicas de reproducción asistida, los tipos y clases en los que se presenta, y los riesgos que implican las mismas, para dar paso a empatar los casos en los cuales en razón de la peligrosidad que implican para el paciente, las condiciones del médico y otros factores, haya lugar al debate sobre la prevalencia del derecho de objeción de conciencia médico o el acceso a las técnicas de reproducción asistida.

2.2 CONCEPTO

“El concepto de la reproducción asistida se entiende de una forma muy sencilla como la necesidad de recurrir a la ciencia para intervenir en una o varias etapas de la fecundación porque esta no puede darse naturalmente. Este concepto, en su significado amplio engloba todas las técnicas encaminadas a la unión de los gametos masculino y femenino”⁵⁹.

⁵⁹ Disponible en Internet: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere2/Tesis02.pdf>

Los procedimientos más utilizados para dicho fin son la fecundación in-vitro, la inseminación artificial homóloga y heteróloga, la transferencia intra-tubaria de cigotos (ZIFT) y transferencia intra-tubaria de gametos (GIFT), sin embargo la ciencia avanza cada vez más en el desarrollo de técnicas alternativas que presenten mejores y más eficaces soluciones a los diferentes problemas de infertilidad⁶⁰.

Por su parte la Doctora Ana Lucia Suarez ha señalado en su artículo *reproducción Humana Asistida y filiación en el derecho Constitucional Colombiano* que la reproducción humana asistida es la denominación genérica de diversas técnicas desarrolladas en las últimas décadas, para el tratamiento de la esterilidad, las cuales se caracterizan por la manipulación de los gametos de la pareja, sin que para tal fin sea necesaria la presencia de relaciones sexuales⁶¹.

“A su vez, el profesor Rafael Junquera de Estéfani, citado en el mismo artículo referido en líneas anteriores, define la reproducción humana asistida, como el conjunto de técnicas que convergen en facilitar la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, a través de una actuación de índole biomédico”⁶².

“En este orden de ideas, como lo señaló la Dra. Suarez, debe anotarse que la reproducción humana asistida comprende todo un conjunto de procedimientos técnicos-médicos que actúan como coadyuvantes en el proceso de la fecundación, pero desde una perspectiva y manejo científico y tecnológico, cuando para las parejas, de manera natural, es imposible procrear”⁶³.

2.3 IMPORTANCIA

La misma autora se refiere al tema de la importancia de las técnicas de reproducción asistida para decir que este fenómeno, centra su naturaleza en esa gran dificultad biológica de la que se hace alusión, la procreación; bien en cuanto a que son necesarias como terapias para la población que presenta esterilidad, entendida ésta como las dificultades de la pareja para concebir y dar a luz seres humanos, como se contemplará más adelante; bien porque son importantes en la prevención de determinadas patologías genéticas de transmisión hereditaria, de las que son portadores y posibles transmisores los padres, incluso aunque ninguno de los componentes de la pareja sea estéril⁶⁴.

⁶⁰ Ob.ut supra cit.

⁶¹ SUAREZ PARADA, Op. cit.

⁶² Ob.ut supra cit.

⁶³ Ibíd.

⁶⁴ Ibíd.

Haciendo una breve referencia a la esterilidad, la Jurista cita el Diccionario de Medicina de Barcelona, para comentar que ésta es la incapacidad de una persona, o de una pareja, para concebir hijos con la práctica de relaciones sexuales normales; A su vez, éste señala que se considera que una pareja es estéril cuando no ha podido lograr un embarazo después de mantener relaciones sexuales regulares durante cierto tiempo, habitualmente establecido en uno o dos años; ante lo cual debe agregarse que, siempre y cuando no hayan sido utilizados métodos anticonceptivos⁶⁵.

La esterilidad, precisa la autora citada, puede ser primaria, cuando nunca ha habido embarazos, o secundaria, cuando ha habido embarazos previos y después sufre la imposibilidad de nuevas gestaciones⁶⁶.

Enfatizando la importancia del tema tratado la Doctora Suárez añade que, la esterilidad implica una carga en la calidad de vida de las parejas que la viven, afectando no solo su estado físico, sino emocional, social, ocupacional e incluso intelectual, a lo cual debe agregarse que múltiples factores de índole tanto físico como emocional son los que en últimas conllevan al fenómeno imposibilitante de procreación⁶⁷.

En este mismo sentido es oportuno comentar que según el mismo estudio citado, es importante tener en cuenta que estas técnicas, dada su naturaleza, pueden ser empleadas simplemente con el ánimo de obtener embriones o cigotos para la investigación lo cual es muy diferente a la finalidad de remediar la esterilidad y la de obtener material para la investigación o estudios puramente científicos⁶⁸.

Corroborando lo anterior, complementa la Jurista que en cuanto a las finalidades que pretende la actuación médica de la reproducción asistida, las técnicas de reproducción asistida pueden ser empleadas con una finalidad investigativa o experimental. Con respecto a ello, debe mencionarse, que mediante la Fecundación In Vitro, por ejemplo, se pueden obtener cigotos/embriones en el laboratorio y realizar todo tipo de investigaciones sobre los mismos, en aras a estudiar el origen de la vida humana, las primeras fases constitutivas del embrión humano, su genética, estudio y obtención de células troncales, etc⁶⁹.

⁶⁵ *Ibíd.*

⁶⁶ *Ibíd.*

⁶⁷ *Ibíd.*

⁶⁸ *Ibíd.*

⁶⁹ *Ibíd.*

Para efectos de hacer más fehaciente la experiencia relacionada con la importancia de la aplicación de técnicas de procreación humana asistida se complementa lo dicho anteriormente con el estudio mexicano consagrado en la revista de Derecho de la Universidad Autónoma de México UNAM, en el cual se precisa en palabras de la doctora Helena López Dabat, sobre la consideración de las parejas estériles que se debe estudiar al ser humano en su totalidad, en las situaciones concretas y en sus vínculos interpersonales presentes y pasados, en definitiva indagar el mundo interno del sujeto que de alguna manera está condicionando respuestas en su interacción con el mundo externo. A partir de la conducta manifiesta explorar y llegar a comprender lo latente, las fantasías inconscientes que subyacen⁷⁰.

El especialista mexicano Efraín Pérez Peña por su parte, muestra de manera más sistemática las reacciones psicológicas que surgen ante la esterilidad o la infertilidad en una pareja que la presenta. Estas reacciones se presentan en un orden progresivo de sorpresa, negación, aislamiento, enojo y agresión, culpa y auto devaluación, regateo, depresión, sufrimiento, duelo y aceptación o resolución, por lo cual a *grosso modo* se comentará cada una de estas reacciones⁷¹.

Se presenta la *sorpresa*, pues las personas generalmente no están preparadas para una imposibilidad reproductiva. Después de la sorpresa, se da paso a la *negación*, lo cual es un mecanismo de defensa inicial que permite a la pareja adaptarse a esta realidad, que resulta intolerable⁷².

El *aislamiento* se genera por todas las presiones sociales que surgen ante el conocimiento del problema por el submundo familiar que gira en torno a la pareja que tiene alguna disminución en su capacidad reproductiva.

“En este orden de acontecimientos, una vez que se han experimentado las anteriores reacciones, se presenta el *enojo* y la *agresión* contra sí mismo, la sociedad, amigos, familiares y médicos en una manifestación fehaciente de pérdida de control sobre las emociones, pensamientos y cuerpo, así como de las posibilidades de elegir: reacción irracional y desproporcionada que refleja angustia, depresión, frustración y desesperación”⁷³.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid.

Los sentimientos de *culpa* en la pareja aparecen como una forma de explicar o justificar lo que está sucediendo, entonces se remontan a sucesos pasados, se habla de errores, pecados o malas acciones⁷⁴.

Cuando una pareja de este tipo decide acudir a un médico en busca de alternativas de solución, suele ocurrir el fenómeno del *regateo*, al tratar de obtener más de lo que el médico está planteando como alternativa de solución, incluso se plantea que si se acepta someterse a tal o cual tratamiento, lo será bajo la garantía de resultados satisfactorios, cosa a la que cualquier médico con una adecuada ética profesional, de ninguna manera puede comprometerse⁷⁵.

Ante esfuerzos infructuosos y la presión sociocultural del entorno, los implicados suelen experimentar *depresión*, que puede centrarse en el individuo y/o en la pareja, lo que genera de nueva cuenta el aislamiento o hábitos peligrosos como el alcoholismo o la *fármaco dependencia*⁷⁶.

Puede considerarse una pareja exitosa, aquella que logra *reconocer* la pérdida, sentir aflicción y pena por la misma, vivir un proceso de duelo y recuperarse del mismo, mediante la aceptación o *planteamiento de alternativas de solución congruentes*⁷⁷.

Para concluir este ítem, es oportuno decir que dada la orientación de este estudio, es menester enfatizar en la naturaleza de la reproducción humana asistida, bajo un ángulo esencialmente procreativo, el cual converge en la tendencia a sustituir mecanismos biológicos o etapas de un complejo proceso funcional, considerándose que realizan una función sustitutiva de la condición procreativa mediante el acto sexual; todo ello para el estudio jurídico de la acción de los pacientes que pretendan el acceso a las técnicas de reproducción asistida y que sean rechazados por parte del médico en razón de una objeción de conciencia.

2.4 TIPOS

2.4.1 Inseminación artificial. La inseminación artificial es un procedimiento utilizado en los programas de Reproducción Asistida como primera alternativa en el manejo de las parejas estériles con cuando menos una trompa uterina

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ *Ibíd.*

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ *Ibíd.*

permeable que no hayan logrado un embarazo tras la aplicación de tratamientos convencionales tendientes a la corrección de los factores causales de esterilidad⁷⁸.

La inseminación artificial se realiza en aquellas parejas que no se han podido embarazar debido a que: a) la mujer tiene algún problema a nivel del cuello del útero como : alteración en el moco cervical, presencia de anticuerpos antiesperma, estenosis (estrechez), secuelas de conización, tratamiento con láser o criocirugía, etc.; b) el hombre muestra alteraciones en el semen como son disminución del número de espermatozoides y/o de su movilidad, disminución en el volumen del eyaculado, aumento excesivo en el número de espermatozoides, malformaciones anatómicas de su aparato reproductor o alteraciones funcionales de la eyaculación. c) la pareja presenta una esterilidad inexplicable (aquella en que todos los estudios demuestran normalidad pero no se logra la fecundación)⁷⁹.

La inseminación artificial puede ser *homóloga* o *heteróloga*. La inseminación artificial homóloga es aquella donde se utiliza el semen de la pareja y la inseminación artificial heteróloga es cuando se utiliza semen de un donador (semen congelado de banco), y se indica cuando el varón no tiene espermatozoides o cuando es portador de alguna enfermedad hereditaria⁸⁰.

Dependiendo del sitio donde se deposite el semen la inseminación artificial puede ser intravaginal, intracervical, intrauterina, intraperitoneal o intratubaria. Con la inseminación intrauterina se obtiene la mejor tasa de embarazo, entre el 20-25% de probabilidades de embarazo por intento. Se recomiendan 5 ciclos consecutivos de inseminación artificial para agotar las probabilidades de éxito. Una vez lograda la fecundación, el desarrollo del embarazo es normal; *el riesgo* de presentar un aborto, parto prematuro o un bebé con una malformación congénita *es el mismo que en un embarazo obtenido por coito vaginal*.

Para incrementar el porcentaje de éxito se recomienda aumentar la cantidad de óvulos en el tracto genital femenino estimulando los ovarios con medicamentos que inducen ovulación múltiple (**estimulación ovárica**). El **seguimiento folicular** indicará el momento de la ovulación y el día óptimo para la inseminación⁸¹.

En la inseminación homóloga, la muestra de semen se obtiene por masturbación el mismo día en que se va a realizar la inseminación. Se recomienda a la pareja

⁷⁸ Disponible en Internet: <http://www.reproduccion.com.mx/insem.html>

⁷⁹ Ob.ut supra cit.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid.

una abstinencia sexual en los 3 días previos con el objeto de maximizar la calidad de la muestra seminal en número y calidad de los espermatozoides⁸².

La técnica de capacitación espermática se selecciona según la calidad de la muestra de semen. Tiene una duración hasta de 2 horas y debe iniciarse a los 30 minutos después de obtenida la muestra. Cuando la muestra está lista para la inseminación se deposita en un catéter especial conectado a una jeringa; la paciente se coloca en posición ginecológica, se aplica un espejo vaginal estéril para localizar el cervix (igual que en una exploración vaginal de rutina) y por su orificio se introduce el catéter hacia el interior del útero y se deposita el semen capacitado (inseminación intrauterina). Si el caso lo amerita, se puede depositar también semen capacitado en el interior del cervix (inseminación intracervical)⁸³.

El catéter se retira lentamente y se deja a la paciente en reposo 20 minutos, concluyendo así el procedimiento. Se indica reposo relativo al día siguiente y coito vaginal. Se recomienda administrar algún medicamento progestágeno para ayudar a la implantación del pre-embrión⁸⁴.

En cuanto a las complicaciones, es oportuno decir que la inseminación artificial presenta un índice muy bajo, y éstas pueden ser: dolor cólico, sangrado escaso que sucede espontáneamente horas después de la inseminación, náuseas y vómitos, infección pélvica cuando hay antecedentes de hidrosalpinx o cuando hay infección cérvico-vaginal activa; y sobre las contraindicaciones para realizar una inseminación artificial homóloga son: incompatibilidad a Rh, ser portador de un enfermedad hereditaria, ser portador del virus del SIDA, tener una enfermedad crónica degenerativa (diabetes, hipertensión severa, etc.) descontrolada, presentar cáncer o estar bajo tratamiento con radioterapia, quimioterapia o citostáticos, cursar con una infección genital activa, tener contraindicación para un embarazo por razones médicas o psiquiátricas⁸⁵.

2.4.2 Fecundación in Vitro. EL Doctor Jorge Chofre Sirvent, Profesor titular de Derecho Constitucional de la Universidad de Alicante, en su artículo *Reproducción asistida y Constitución*, menciona que la fecundación in Vitro consiste en la fecundación extra corpórea de los gametos masculino y femenino en un ambiente creado en el laboratorio que reproduce el de las trompas de Falopio.

⁸² Ibid.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

Posteriormente se realiza la transferencia del embrión al útero de la mujer. Y si no surgen complicaciones la gestación continuará normalmente⁸⁶.

Por su parte, estudiantes de Derecho de la universidad Javeriana de Colombia explicaron en su tesis de grado que básicamente lo que se hace mediante este método es unir extra corporalmente los gametos (espermatozoides y ovocito). Si se produce la fertilización, esto es, si el ovocito es penetrado por un espermatozoide, el embrión resultante será transferido al útero en donde tendrá lugar la anidación⁸⁷.

En general, comentan los mismos autores que los pasos que se siguen en este procedimiento son los siguientes:

a) Fase Previa: Se comprueba la normalidad de la cavidad uterina, se hacen evaluaciones prequirúrgicas y se inhiben estímulos endógenos (es decir del cuerpo, internos), que puedan provocar una ovulación extemporánea. b) Estimulación de la Ovulación: Mediante el empleo de medicamentos, se estimulan los ovarios para que produzcan varios ovocitos, en lugar de 1 solo que es la cantidad producida en un ciclo normal. Ello es así, por cuanto el uso de más de un ovocito por ciclo de tratamiento, aumentará las probabilidades de tener éxito en el mismo. Entre los medicamentos que emplean los diversos Institutos, está el Citrato de Clomifén, el FSH recombinante, Gonadotropina Menopáusica Humana, FSH ultra pura y la Progesterona. c) Aspiración Folicular y Tratamiento de los Ovocitos: Mediante procedimientos quirúrgicos, se aspiran los folículos con miras a extraer los ovocitos maduros. Se puede hacer mediante laparoscopia, que consiste en hacer una incisión en el ombligo; posteriormente, se ubica un laparoscopio que es un tubo por el cual se puede observar y dirigir la aguja hacia los folículos ováricos, de los cuales son aspirados los ovocitos. Un adecuado tratamiento de los ovocitos, comienza desde los mismos instrumentos con que se realizará la aspiración: La temperatura de estos debe estar debidamente controlada, los niveles de succión a emplear también deben ser monitoreados y los materiales empleados deben ser óptimos. Una vez extraídos los ovocitos, se deben ubicar en un medio de transición adecuado, hasta que se produzca la fertilización. d) Obtención y preparación del esperma: Se puede obtener empleando métodos como la masturbación, coitus interruptus, uso de condones no tóxicos, vibroeyaculación, o, directamente del aparato genital masculino, mediante procedimientos como la aspiración epididimaria, biopsia del testículo o incluso mediante cirugía abierta. Estos últimos métodos se emplean principalmente cuando se seguirá un procedimiento de micromanipulación de

⁸⁶ CHOFRE SRIVENT, José. Reproducción Asistida y Constitución. España: Documento Electrónico PDF: Año desconocido.

⁸⁷ Disponible en Internet: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere4/Tesis-63.pdf>

gametos, por tratarse de un caso de infertilidad con factor masculino severo; mejor dicho, cuando el esperma con el que se trabajará no presenta condiciones óptimas de cantidad y movilidad de espermatozoides, se recurre a estos últimos métodos. Una vez obtenido el semen o el esperma, se recurre a procedimientos como “swim up” o “coloidal silica density gradient centrifugation”, que mediante una serie de pasos técnicos pretenden separar los espermatozoides de mayor movilidad de todos los demás componentes del semen o esperma que no son necesarios en el proceso de fertilización. e) Fecundación de los ovocitos extraídos y desarrollo de el(los) embrión(es): Los espermatozoides móviles se ubican junto a los ovocitos en placas que contienen medios de cultivo y se incuban a una temperatura de aprox. 37° C (igual a la del cuerpo humano). Si se produce la fertilización, horas después, se verificará la primera división celular del cigoto. f) Transferencia embrionaria: Los embriones obtenidos son transportados hasta la cavidad uterina, en donde ellos realizarán la anidación. Es frecuente que se transfieran 2, 3 o incluso 4 embriones, para que las posibilidades de embarazo aumenten⁸⁸.

2.4.3 Fenómeno biológico de madres portadoras y “maternidad subrogada”.

Es oportuno mencionar en este punto la opinión de algunos expertos que precisan sobre este ítem lo siguiente. En palabras de la Doctora Dina Rodríguez López, dentro de las llamadas técnicas de reproducción humana asistida, se encuentra la erróneamente denominada "maternidad subrogada", que tiene la peculiaridad de agrupar para su realización a varias técnicas de reproducción asistida a la vez, dependiendo de la modalidad de que se trate, de esta manera se puede encontrar el uso de la inseminación artificial, la fecundación *in vitro*, la implantación de embrión en el útero, e incluso la manipulación embrionaria para corregir errores congénitos o para simplemente seleccionar el sexo del nuevo ser⁸⁹.

Continúa la misma autora diciendo que precisamente es esta técnica reproductiva denominada "maternidad subrogada", en virtud de considerarla muy interesante, no sólo por el hecho de implicar el uso de varias técnicas reproductivas a la vez, sino porque para su realización, en ella no sólo interviene la ciencia sino que tiene que ver con el acto de la voluntad de una mujer que se prestará a la gestación de un embrión, que en ningún momento debe considerar como un hijo, el cual debe entregar a la pareja solicitante después del nacimiento de ese bebé, de esta manera y al estar supeditado este acto a la voluntad de las personas que intervienen en él, pero en particular a la voluntad de la madre sustituta, la aplicación de esta técnica tiene un desenlace incierto⁹⁰.

⁸⁸ Ob.ut supra cit.

⁸⁹ Ibíd.

⁹⁰ Ibíd.

Las llamadas portadoras sustitutas, comenta la doctora Rodríguez no son propiamente una técnica de reproducción asistida en sí, sino que son la combinación de varias de ellas para que pueda lograrse el fin perseguido; sin embargo, se le considera como una técnica más y es conocida con una diversidad de nombres. Se le puede identificar como madres sustitutas, madres de alquiler, gestación contratada, gestación por cuenta ajena, alquiler de útero, alquiler de vientre, entre otros⁹¹.

Médicamente, explica la misma autora, esta técnica se ha desarrollado para mujeres estériles sin útero y con ovarios, de tal manera que se han creado programas en donde mujeres que reúnen ciertos requisitos de edad y características psicológicas y médicas, entre otras, establecen un contrato en el que se comprometen a llevar en su útero el producto de la concepción de oocitos y espermatozoides de una pareja estéril, para regresarlo a la pareja inmediatamente después del parto vaginal o cesárea. La paciente estéril sin útero se somete a una hiperestimulación ovárica para producir oocitos en sincronía con el ciclo natural de la portadora subrogada y se realiza después el procedimiento de reproducción asistida que se haya decidido, especificándose en un contrato, como lo es en el caso de Estados Unidos de América e Inglaterra, las especificaciones pertinentes⁹².

Se llama *maternidad subrogada, gestación de sustitución o alquiler de útero* al acto productor que genera el nacimiento de un niño gestado por una mujer sujeta a un pacto o compromiso mediante el cual debe ceder todos los derechos sobre el recién nacido a favor de otra mujer que figurará como madre de éste. “Así, las llamadas *madres sustitutas o madres de alquiler* son mujeres fértiles que aceptan, mediante precio o no, llevar a término un embarazo que, normalmente, se ha generado mediante el esperma del varón que aparecerá como padre y un óvulo de la mujer que aparecerá como madre, y que producido el parto entregará el hijo a las personas que lo encargaron, las cuales asumieron el pago de la cantidad fijada o los gastos ocasionados por el embarazo y el parto”⁹³.

Ahora bien, precisa la Doctora Dina, para la realización de esta técnica existen varias combinaciones de personas que podrían contribuir a la concepción y al nacimiento, donde es frecuente que la gestadora sea al mismo tiempo madre genética inseminada con semen proveniente del marido de la contratante, también es frecuente que se utilice la fecundación *in vitro*, en donde el óvulo como el espermatozoide pertenecen a la pareja contratante y el embrión es luego implantado a la gestadora, mediando generalmente para esta práctica un pago cierto y determinado que los contratantes hacen a la madre gestadora. De lo

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

anterior podemos inferir que la maternidad de sustitución admite las siguientes modalidades⁹⁴:

1) *Subrogación total*. Implica que la mujer contratada sea inseminada aportando sus propios óvulos, y que después de la gestación y el parto entregue el hijo al padre biológico, renuncie a todos sus derechos que la maternidad le genera y admita la adopción de la pareja del padre biológico en relación con la maternidad del menor, técnicamente se debe reconocer que esta hipótesis corresponde más que nada a una inseminación artificial heteróloga, toda vez que en realidad la madre del bebé lo es de manera genética y obstétrica, y por lo tanto no existe sustitución alguna del vientre, es decir no se da la hipótesis de que una mujer se preste a gestar un embrión que genéticamente es de otra mujer, y por ende se habla de que en realidad existe una maternidad compartida⁹⁵.

2) *Subrogación parcial*. Esta se da cuando la gestadora es contratada exclusivamente para portar en su vientre un embrión fecundado *in vitro* que le ha sido transplantado, pero que proviene de la unión de espermatozoide y óvulo de la pareja contratante⁹⁶.

3) *Subrogación comercial*. Se da cuando una mujer acepta embarazarse por otra, tal y como si se tratase de un servicio, por el cual se paga una cantidad cierta y determinada, además de los gastos de la gestación⁹⁷.

4) *Subrogación altruista*. Se da cuando una mujer acepta gestar un hijo por cuenta de otra de manera gratuita, generalmente por mediar entre ella y la pareja implicada un lazo de amor, amistad o parentesco⁹⁸.

Estas clases de maternidad subrogada son utilizadas dependiendo de las deficiencias y padecimientos de la pareja solicitante, por lo que corresponde a la institución especializada en este método determinar cuál será la maternidad subrogada a la que se hará referencia en cada caso en particular⁹⁹.

En virtud de lo anterior, concluye la autora que se llamará *madre sustituta o madre subrogada* a la mujer fértil que se ofrece a gestar a un hijo por cuenta ajena, acordando mediante un "contrato" permitir el implante de un embrión humano en su útero o bien ser inseminada artificialmente con el semen de un hombre casado,

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

que no es su esposo, y procrear un hijo para que al momento que éste nazca, renuncie a sus derechos maternos filiales sobre el hijo, para que la esposa del padre pueda adoptarlo¹⁰⁰.

2.5 CASO COLOMBIANO

La doctora Ana Lucia Suárez Parada, Docente egresada de la Universidad Santo Tomás de Bogotá, comenta en su artículo *reproducción humana asistida y filiación en el derecho de familia Colombiano* que bien sea por razones ético-filosóficas, de doctrina, y limitaciones prácticas, se reconoce que en nuestro país no existe una regulación legislativa sobre los temas relacionados con las nuevas tecnologías sobre la vida, lo cual implica que al no estar consagradas legislativamente las técnicas de reproducción humana asistida, éste tema quedó bajo interpretación Constitucional sobre el “nasciturus” como protección de la “vida humana embrionaria” en Colombia¹⁰¹.

Conforme a ello, sostiene la jurista, actualmente se presentan múltiples cuestionamientos en el horizonte del papel que desempeña la Ley frente al desarrollo científico-tecnológico y en el de los límites de los avances científicos frente al derecho, como en el caso de la reproducción humana asistida y su íntima relación con el aspecto ético-jurídico¹⁰².

Consecuentemente, en Colombia, como en muchos países de Latinoamérica, la legislación sobre protección de la vida humana embrionaria y la reproducción humana asistida, no se ha desarrollado tanto como en Europa o los Estados Unidos, y está a la zaga del propio desarrollo de la investigación y aplicación científico-tecnológica que presentan pioneros colombianos¹⁰³.

Comenta la autora que la legislación sobre protección de la vida humana embrionaria y la reproducción humana asistida, aún no se ha desarrollado de modo eficiente en Colombia, no obstante los avances científicos que sobre la materia existen en nuestro país. Tal deficiencia corresponde a la minoritaria generalización de la reproducción humana asistida, en condiciones de la expansión demográfica del país, ligada a una situación creciente de pobreza poblacional que impide estructuralmente que parejas que lo requieran accedan a

¹⁰⁰ *Ibíd.*

¹⁰¹ SUAREZ PARADA, Op. cit.

¹⁰² Ob. ut supra cit.

¹⁰³ *Ibíd.*

un servicio de salud ya que el tratamiento es muy costoso en relación con los ingresos de la mayoría de la población colombiana¹⁰⁴.

Se requiere armonizar el desarrollo científico tecnológico con los conceptos y formas de lo jurídico; en particular articularlo con la fuerza específica de la conformación de normas legítimas en las condiciones culturales de la sociedad donde se dicten, y en consonancia con los desarrollos internacionales de los organismos multinacionales que guían las instituciones médicas y jurídicas¹⁰⁵.

En consecuencia, es de gran conveniencia humana-social y cultural, regular los propósitos de la ciencia en un marco no exclusivamente prohibitivo, por el contrario, facilitándole ajustarse a los principios expresados en el conjunto de los derechos que se le reconocen en el globo a la dignidad humana.

Concluye la autora que el acceso a las técnicas médicas de reproducción asistida debe preservar la intimidad de la pareja y de los hijos procreados mediante esta técnica, a través de un registro privado de solicitudes controlado por la autoridad administrativa respectiva.

2.5.1 Situación legislativa en Colombia:

2.5.1.1. Proyectos de Ley archivados:

- **191 de 1996 Cámara. Representante María Paulina Espinoza.** Por medio del cual se establecen normas en materia de bioética, se establecen normas en materia de manipulación humana asistida y se dictan otras disposiciones. Fue uno de los primeros proyectos de ley que pretendía legislar sobre el tema de reproducción humana asistida, en cuanto a inseminación artificial post mortem, donación y crioconservación de gametos, congelación y donación de óvulos. Además trataba de crear algunas prohibiciones en cuanto a experimentación embrionaria, manipulación genética y desviaciones en el uso de las técnicas de reproducción humana asistida. De la misma menara penalizaba aquellas personas y entidades que establezcan practicas manipuladoras de embriones¹⁰⁶.

- **045 de 2000 Senado. Senador Miguel Pinedo Vidal.** Por el cual se dictan normas referentes a la aplicación de los métodos de procreación humana asistida, sobre el genoma humano de nuestra diversidad étnica, se modifican algunos

¹⁰⁴ Ibíd.

¹⁰⁵ Ibíd.

¹⁰⁶ Ibíd.

artículos del Código Civil y se dictan otras disposiciones. Este proyecto pretendía esencialmente legislar sobre procreación humana asistida abarcando específicamente aspectos como la ética, la manipulación genética de embriones, del genoma humano y la diversidad étnica. Así mismo pretendía regular el tema del genoma humano de grupos étnicos, el cual prohibía sacar de Colombia, patentar, constituir, comercializar, apropiar, explotar o transferir derechos de propiedad intelectual sobre el genoma humano o productos de manipulación genética de los grupos que conforman nuestra diversidad étnica hasta tanto exista una reglamentación ética y jurídica que garantice los derechos fundamentales de los mismos, teniendo en cuenta los beneficios que recibirá el país, la sociedad y especialmente las comunidades que fueron objeto de investigaciones genéticas¹⁰⁷.

- **151 de 2001. Senado.** Por el cual se modifican los códigos Civil y Penal en lo referente a la aplicación de los métodos de procreación humana asistida, manipulación genética, se dictan normas sobre nuestra diversidad étnica y otras disposiciones. Este proyecto de ley reproduce fielmente el texto del proyecto numero 045 de 2011, consagrado anteriormente¹⁰⁸.

- **058 de 2001. Senado. Senadora Piedad Córdoba.** Por el cual se dicán normas sobre salud sexual y reproductiva. Este proyecto de ley responde a los compromisos asumidos por el estado en tratados convenios y conferencias internacionales sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta que cualquier regulación debe obedecer en primer lugar al reconocimiento de la persona humana como fin en sí mismo¹⁰⁹.

- **200 de 2003. Cámara. Representante Alonso Acosta Osio.** Por el cual se modifica el ordenamiento civil Colombiano regulando lo referente a procedimientos y técnicas científicas de procreación humana asistida y se dictan otras disposiciones. Este proyecto de Ley es un intento por recopilar las iniciativas anteriormente citadas y tratar de modernizar al país, y crear una legislación acorde a los avances científicos y tecnológicos que vive el mundo moderno. El citado proyecto de Ley sometió a consideración lo que nuevamente retomó el proyecto 029 de 2003¹¹⁰.

¹⁰⁷ *Ibíd.*

¹⁰⁸ *Ibíd.*

¹⁰⁹ *Ibíd.*

¹¹⁰ *Ibíd.*

2.5.1.2. Proyectos de ley estudiados recientemente:

- Proyecto 029 de 2003. Cámara. Representantes Alonso Acosta Osio. Omar Flores. Jesus Enrique Duval. Senador Humberto Builes. Por el cual se modifica el ordenamiento Civil Colombiano regulando lo referente a técnicas científicas de procreación humana asistida y se dictan otras disposiciones. En virtud del interés científico que despierta en el derecho moderno el estudio de la genética como ciencia de la medicina y auxiliar del derecho, el legislador de 1991, incluyó dentro del capítulo de los derechos sociales, económicos y culturales, el artículo 42, donde se expresa que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y se constituye por vínculos naturales o jurídicos, estableciendo que los hijos habidos en matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes¹¹¹.

El objetivo del presente proyecto de ley es el de desarrollar esa norma constitucional, señalando las directrices para que las técnicas médico científicas de procreación humana asistida tengan su fundamento en la ley. En tal virtud, lo que se pretende con esta iniciativa es legislar estableciendo los parámetros que los métodos científicos de procreación humana asistida deben, tener y por tanto estar incorporados en el ordenamiento jurídico para que se pueda establecer los lineamientos que deben tener en cuenta los científicos y las parejas heterosexuales, lo mismo que la mujer soltera que se encuentra en incapacidad comprobada de concebir por los métodos naturales y así determinar la conceptualización jurídica que modificaría el contexto actual de lo que se contempla en nuestra legislación civil como lo es la consanguinidad, parentesco, existencia biológica, existencia legal, legitimidad y todas las connotaciones jurídicas que hay que reformar para ajustar estos avances en nuestras disposiciones jurídicas, lo mismo que el señalamiento de los límites que estos adelantos médico-científicos puedan tener, para proteger a la familia que se conforma esencialmente dentro de una relación de pareja, así como lo establece la ley, de la misma manera las prohibiciones, con ocasión de la aplicación de esas técnicas¹¹².

- Proyecto de Ley 100 de 2003. Cámara. Representantes Omar Flores Vélez, Jesus Enrique Doval Urango, Senador Umberto Builes Correa. Por el cual se reglamenta la Inseminación Artificial en Colombia y se dictan otras disposiciones. Se propone como un análisis jurídico de los elementos y los efectos legales de esta práctica comúnmente realizada en nuestro país¹¹³.

El estudio acumulado de los dos proyectos anteriores encontró su base

¹¹¹ Disponible en Internet: http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.nivel_3

¹¹² Ob.ut supra cit.

¹¹³ Disponible en Internet: http://derecho.udea.edu.co/descargas/Flia2/proyectoDeLey_23_de_2003.pdf

constitucional en los artículos 42 y 44 de la Constitución Política de Colombia, según lo argumentaron los proponentes ante la comisión séptima constitucional permanente para surtir el primer debate. Argumentaron en ese orden de ideas que el constituyente del 91 incluyó dentro del capítulo de los derechos sociales, económicos y culturales, el artículo 42, según el cual la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y se constituye por vínculos naturales o jurídicos, estableciendo que los hijos nacidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen igual derechos y deberes. Comentan los representantes que nuestra Constitución establece un marco de referencia claro y propicio para el debate de las respectivas ponencias. Con respecto al artículo 44 mencionan los autores que el texto constitucional estable que “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, *el tener una familia y no ser separados de ella*, entre otros”¹¹⁴.

- **Proyecto de ley 046 de 2003. Senado. Senadora Leonor Serrano de Camargo. Por el cual se regula el contrato de técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.** Por este, se regulan las técnicas de reproducción asistida de baja y alta complejidad médica, científica y clínicamente indicadas que se realicen en centros médicos autorizados por el Ministerio de la Protección Social. Se aplica a todas las técnicas de reproducción humana asistida, como a las relaciones entre los centros autorizados para realizar dichas técnicas y las personas que acudan a estos. Incluye como delitos penales, el delito de alteración de la especie humana y el delito de revelación de identidad.¹¹⁵

Sobre este último es oportuno mencionar que La Cámara de Representantes de Colombia rechazó un proyecto de ley que normaba **técnicas de reproducción asistida pues** implica la muerte de la mayoría de los embriones fecundados. Según informó Vida Humana Internacional, el rechazo por parte del órgano legislativo se logró con el trabajo a pulso de su afiliada, la **Fundación Cultura de la Vida Humana**. El polémico proyecto de ley arriesgaba la **integridad genética de los embriones** y “deshumaniza el acto procreador de los esposos”¹¹⁶.

La Fundación desplegó estrategias para informar a los parlamentarios sobre los alcances de la ley. Además, recogieron firmas, enviaron cartas y difundió por la prensa las **consecuencias de este proyecto de ley** para la vida, la familia y la cultura; y según VHI, fueron claves las participaciones del ex senador Carlos Corsi; Luis Rueda Gómez, abogado de familia; José Galat, Rector de la

¹¹⁴ Ob. Ut supra cit.

¹¹⁵ Disponible en Internet: http://derecho.udea.edu.co/descargas/Flia2/proyectoDeLey_46_de_2004.pdf

¹¹⁶ Disponible en Internet: <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=4806>

Universidad Gran Colombia; y Jesús Magaña, director de la organización Vida y Verdad (VIVE)¹¹⁷.

2.5.2. Importancia en Colombia. Como se menciona en el artículo Tutelas para lograr ser Padres, del periódico El Tiempo de Colombia en su publicación electrónica del 15 de Abril de 2009, Los tratamientos de infertilidad en Colombia siguen siendo un reto no solo médico sino económico, pues son pocas las personas que pueden acceder a un procedimiento de reproducción asistida por sus elevados costos¹¹⁸.

Menciona el cronista que éste no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). De hecho, muchas parejas han interpuesto tutelas para exigir cirugías, exámenes o medicamentos para tratar sus problemas de fertilidad porque el sistema no los cubre. Según el grupo de análisis y auditoría de recobros y reclamaciones del Ministerio de la Protección Social, el Fosyga ha pagado 3.347'763.461 pesos por tratamientos de fertilidad; entre ellos, fertilización in vitro (este cuesta entre 10 y 12 millones de pesos), inseminación intrauterina, fertilización in vitro e Icsi (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) y exámenes hormonales para la pareja¹¹⁹.

Hoy en día, afirma Jorge Ramírez, presidente de la Fundación Colombiana de Parejas Infértiles, los centros de reproducción asistida se están enfrentando a casos cada vez más complejos, pues los pacientes consultan a edades avanzadas y con dificultades a veces difíciles de resolver: más del 60 por ciento de las parejas que piden ayuda superan los 40 años¹²⁰.

Al ver la problemática de las parejas infértiles en Colombia y analizar la situación en otros países, comenta el autor, vemos que los derechos reproductivos son derechos fundamentales... por eso, a finales del año pasado, comenzamos a contactar a una serie de parejas con el objetivo de interponer acciones de tutela que convenzan a los jueces de este derecho fundamental”, afirma Wilson Lopera, director del Departamento Jurídico del Grupo Internacional Derecho y Justicia.

El objetivo de esta iniciativa no es que un juez falle para que la EPS cubra medicamentos que traten los miomas –indica el abogado–, sino que se le tutele a la mujer el derecho a la reproducción como un derecho fundamental¹²¹.

¹¹⁷ Ob.ut supra cit.

¹¹⁸ Disponible en Internet: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3399409>

¹¹⁹ Ob.ut supra Cit.

¹²⁰ Ibíd.

¹²¹ Ibíd.

La idea según el artículo, es interponer, inicialmente, 10 o 20 tutelas... Si algunas de estas son rechazadas en primera instancia, se busca que lleguen a la Corte Constitucional para que el alto tribunal, al revisar varias de ellas, sienta un precedente judicial”, agrega Lopera. En el 2002, por ejemplo, se dio un giro en el tema: un juez falló a favor de la abogada Ely Esther López y obligó a su EPS a cubrir los medicamentos para tratar su infertilidad, que superaban los dos millones de pesos mensuales¹²².

Este tratamiento lo continuó por dos años pero sin resultados exitosos (logró un embarazo pero perdió al bebé; finalmente, decidió adoptar). Desde entonces, Ely se dedicó a asesorar a diferentes parejas en la redacción y presentación de tutelas para cubrir los medicamentos que trataran su infertilidad. “Gané varias de ellas. En el 2006 fue la última, afirma esta abogada¹²³.

La jurisprudencia La Corte Constitucional ha insistido en que la acción de tutela no procede para solicitar tratamientos de fertilidad, pues están excluidos del POS. En una sentencia del año pasado (2008), el alto tribunal reiteró que solo en tres casos se conceden estos tratamientos: cuando el procedimiento, una vez iniciado, es suspendido sin que medien razones científicas (se ordena continuar el tratamiento); cuando se requiere la práctica de exámenes diagnósticos para precisar una condición de salud de una mujer asociada a la infertilidad (se ordena el examen, no el tratamiento) y cuando la infertilidad es un síntoma o una consecuencia de otra enfermedad que afecta la salud, la vida o la integridad física de la mujer¹²⁴.

Es el caso de Carmen Piñeros: hace tres años interpuso una tutela para que su EPS le cubriera una laparoscopia con el fin de determinar por qué no quedaba en embarazo. El juez ordenó que se le practicara este examen y que se le realizara todo lo necesario para tratar su infertilidad. 70 por ciento de los tratamientos de reproducción asistida en mujeres mayores de 40 años requiere óvulo donado, dice el doctor Jorge Ramírez¹²⁵.

Datos sobre la infertilidad en Colombia: El cigarrillo, el alcohol, el ejercicio en exceso, las dietas restrictivas, los trastornos alimentarios y la promiscuidad están afectando la capacidad reproductiva de mujeres y hombres, afirma Fidel Cano Franco, ginecólogo especialista en medicina reproductiva de Inser (Antioquia); La infertilidad ya se acerca al 30 por ciento (entre dos y tres millones de colombianos), cuando antes se hablaba de un 15 a 20 por ciento, dice el

¹²² Ibíd.

¹²³ Ibíd.

¹²⁴ Ibíd.

¹²⁵ Ibíd.

ginecólogo Jorge Ramírez; Se estima que en el país se hacen 2.000 ciclos con técnicas de reproducción asistida por año; El ovario poliquístico, las alteraciones de la anatomía pélvica como obstrucción de las trompas de Falopio y adherencias –cicatrización de las trompas por infecciones– y endometriosis son las causas más comunes de infertilidad femenina¹²⁶.

En la publicación electrónica del 3 de Agosto de 2004 el mismo medio de comunicación expone que en Colombia se realizan aproximadamente 1.400 ciclos de reproducción asistida por problemas de fertilidad. El problema afecta tanto a hombres como a mujeres en proporciones iguales, dice Ivonne Díaz, de la Unidad de Fertilidad, Procreación de la Clínica de Marly. En cuanto a las parejas en Colombia, el 20 por ciento sufre de infertilidad, cinco puntos por encima del porcentaje mundial¹²⁷.

2.6 RIESGOS

A continuación se exponen de manera científica los peligros que hasta el momento son considerados de forma general y especial para los pacientes que quieran someterse a alguna técnica de reproducción asistida, empezando por aquellos que resulten o se concreten sobre los bebés, producto de la aplicación de las mismas; terminando con los que se prediquen de los padres y madres, durante el proceso¹²⁸.

En este sentido se puede decir en términos generales que con respecto a los bebés, actualmente se ha encontrado que el 6. 2% de los niños concebidos por FIV habían tenido notorios defectos, comparados con el 4.4% de los niños que fueron concebidos naturalmente. Defectos de nacimiento de índole cardiovascular, musculares y óseo para el recién nacido, lo cual, es importante porque estos nacimientos defectuosos están incrementados en múltiples gestaciones, que finalmente desembocan en el ámbito de la maternidad¹²⁹. A lo anterior se suman los riesgos fetales como son la mortalidad dentro de las primeras semanas de vida embrionaria, los llamados embriones sobrantes, las malformaciones producto de la manipulación a las que se ven sometidos para lograr la fecundación producto de la congelación de los embriones¹³⁰.

¹²⁶ Ibíd.

¹²⁷ Disponible en Internet: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1524848>

¹²⁸ SUAREZ PARADA, Op. cit.

¹²⁹ Ob.ut supra cit.

¹³⁰ Ibíd.

Por el lado de la madre y el padre, es oportuno mencionar también que en estos se presentan riesgos sujetos a las prácticas médicas que sobre estos se adelanten, como son en el caso de la inseminación artificial: obtención de óvulos, implantación, estimulación ovárica, etc.; los derivados de la edad, ya que en caso de haberse iniciado el proceso a una edad tardía, el riesgo es mucho mayor; los derivados de la manipulación de espermatozoides, como los fracasos y las malformaciones; los derivados de la congelación, ya que ésta perjudica de manera relativa el espermatozoide; y los derivados de donación entre otros. Estos riesgos, que son aquellos que le corresponde evaluar al médico al momento de decidir sobre la práctica o no de la solicitud de un paciente, son los que resultan pertinentes para el estudio que se está adelantando en estas páginas¹³¹.

Ahora bien, por otra parte, según el centro de Reproducción Asistida FECUNMED, Los tratamientos de reproducción asistida son en general procedimientos de bajo riesgo. Algunas de las complicaciones pueden ser controlables si se modula la intensidad de la estimulación ovárica efectuada o si se reduce el número de embriones a transferir (en una FIV). Otras, como el embarazo ectópico y el aborto, dependen de factores muy poco controlables¹³².

Las complicaciones y riesgos más comúnmente observados son:

- Síndrome de hiperestimulación ovárica
- El embarazo ectópico
- El aborto espontáneo
- El embarazo múltiple
- Riesgos en la mujer de edad avanzada
- Riesgo de transmisión de anomalías cromosómicas a la descendencia
- Riesgos psicológicos
- Otros riesgos

Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO)

Consiste en una respuesta exagerada de los ovarios a los tratamientos de estimulación ovárica. Se caracteriza por un **aumento de la medida de los ovarios** junto con un desarrollo de numerosos cuerpos luteales (folículos ovulados) y por la **acumulación de líquido** en el abdomen y zona pleural en los casos más graves. Requiere asistencia médica y un seguimiento clínico estricto. La incidencia del SHO varía en diferentes publicaciones: entre un 0,6-14% de los

¹³¹ Ibíd.

¹³² Disponible en Internet: <http://www.fecunmed.com/pdf/Para-saber-mas-Tratamientos-RIESGOS-Y-COMPLICACIONES-DE-LAS-T.pdf>

ciclos de FIV con transferencia embrionaria (FIV-TE), y la frecuencia de su estadio más grave se estima entre un 0,2-5%, según los criterios de identificación empleados. En las hiperestimulaciones más leves puede ser suficiente un control y tratamiento ambulatorio, pero en los casos de hiperestimulación grave las cantidades de líquido acumuladas pueden ser muy notables y pueden aparecer trastornos vasculares, de la función renal y hepática. Estos últimos casos requieren hospitalización. Aunque a veces se producen hiperestimulaciones de forma imprevisible, los casos con mayor riesgo de sufrir una hiperestimulación **podrán ser detectados** por la observación ecográfica de un crecimiento folicular muy numeroso junto con niveles de estradiol muy elevados **durante los controles** de la estimulación ovárica. Ocasionalmente, pues, las estimulaciones ováricas tienen que ser canceladas para prevenir una probable hiperestimulación. En otros ocasiones se puede llegar a concluir la estimulación y a realizar la FIV pero se **criopreservan todos los embriones** para minimizar los efectos de una posible hiperestimulación, puesto que el logro de un embarazo agrava el síndrome¹³³.

El embarazo ectópico

Se trata de la ubicación de una **gestación fuera de la cavidad uterina**, habitualmente en la trompa de Falopio. Su frecuencia cuando se utiliza la FIV es superior al existente en los embarazos espontáneos (alrededor de un 5%), y es debido a la posible migración del embrión desde la cavidad uterina hacia la trompa. Este fenómeno se observa con mayor incidencia en mujeres con trompas lesionadas¹³⁴.

El aborto espontáneo

Se sitúa alrededor de un 15-20% de las gestaciones conseguidas después de la aplicación de T.R.A., siendo similar a la incidencia de aborto existente en los embarazos en la población general. Es notorio que el riesgo de aborto aumenta con la edad de la mujer y en parejas portadoras de desórdenes genéticos somáticos o en sus gametos¹³⁵.

El embarazo múltiple

La estimulación ovárica en las inseminaciones y la transferencia de varios embriones en el curso de una FIV provoca que la incidencia de embarazo múltiple después de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida (las estadísticas globales de los centros de reproducción la sitúan alrededor de un 20-25% de los embarazos) sea superior a la incidencia existente en la población general. Los

¹³³ Ob.ut supra cit.

¹³⁴ Ibíd.

¹³⁵ Ibíd.

embarazos múltiples, especialmente aquellos de más de 2 fetos, son una complicación grave que supone riesgos físicos para la madre y los fetos, por lo cual **hay que evitarlos al máximo**¹³⁶.

Riesgos específicos existentes en las mujeres de edad avanzada

En las mujeres de edad avanzada se incrementan de forma notable las complicaciones durante el embarazo (gestosis, insuficiencia renal, diabetes, parto prematuro, aborto y malformaciones), que pueden repercutir en la salud de la madre y la futura descendencia¹³⁷.

Riesgo de transmisión de anomalías cromosómicas a la descendencia

Especialmente en algunos casos de esterilidad masculina grave, se observa un leve incremento de la proporción de anomalías cromosómicas en la descendencia debido a anomalías que presentan los progenitores. En estas circunstancias sería incluso posible transmitir la esterilidad a la descendencia al conseguir un embarazo mediante la aplicación de técnicas de reproducción asistida. “El pequeño incremento de incidencia de malformaciones en las gestaciones procedentes de reproducción asistida no es debido a las manipulaciones recibidas en el proceso, sino a la mayor incidencia de desórdenes genéticos que presenta la población con problemas de esterilidad”¹³⁸.

Riesgos psicológicos

Los síntomas de ansiedad y depresión no son infrecuentes durante la aplicación de los tratamientos, y especialmente pueden manifestarse cuando existe un fracaso de estas técnicas. Es posible que surjan también dificultades en la relación de pareja (sexuales y emocionales). Por esto, contamos en nuestro centro con el apoyo de una psicóloga especializada en reproducción, que os podrá ayudar en estos momentos¹³⁹.

Otros riesgos que se pueden producir excepcionalmente

- ✓ infección genital
- ✓ hemorragias o lesiones viscerales en el curso de la punción folicular
- ✓ torsión o rotura de los ovarios
- ✓ riesgos derivados de la anestesia

¹³⁶ Ibíd.

¹³⁷ Ibíd.

¹³⁸ Ibíd.

¹³⁹ Ibíd.

2.7 CASOS DE APLICACIÓN

A continuación se presentan los casos más novedosos en aplicación de técnicas de reproducción asistida y que presentan verdaderos retos para quienes como médicos deben tomar la decisión de practicarlos o no, pues están relacionados con riesgos que eventualmente se pueden consolidar en los pacientes de adelantar el proceso de reproducción que el paciente solicita tales como los relacionados con las actividades de estimulación ovárica, el embarazo, malformaciones fetales, y transmisión de enfermedades entre otros.

2.7.1 Paciente con síndrome de Swyer con hipertensión preexistente. Este caso se presentó recientemente por la escritora Teresa Rubio Asensio en agosto de 2011 en la revista científica *Fertility and Sterility*, vol. 96, n.º. 2, pp. e83-e85, 2011 y se refiere a la descripción de un embarazo exitoso en una paciente de 35 años con disgenesia gonadal pura XY (Síndrome de Swyer) y con hipertensión idiopática crónica que se somete a fecundación in vitro y transferencia embrionaria¹⁴⁰.

Se realiza cariotipo debido a la amenorrea primaria, se confirma diagnóstico y posteriormente, se hace una gonadectomía, se administra terapia hormonal sustitutiva y se investiga la hipertensión. La paciente consigue embarazo mediante un tratamiento de donación de ovocitos y un recién nacido vivo mediante cesárea¹⁴¹.

El Síndrome de Swyer, conocido también con el nombre de disgenesia gonadal XY, se describió por primera vez en 1955 por Swyer. Consiste en pacientes altas con genitales externos femeninos con una vagina normal, trompas de Falopio, útero hipoplásico pero que no tienen desarrollados los caracteres secundarios y poseen unas gónadas rudimentarias. Esta alteración genética se asocia con una mutación para el gen SRY (región determinante del sexo del cromosoma Y), que inhibe la función determinante del cromosoma Y que haría que las gónadas embrionarias se diferenciaron en testículos.¹⁴²

Particularmente este caso se trata de una mujer nacida en 1975 que se investiga por una amenorrea primaria a la edad de 17 años. Cariotipo realizado en leucocitos aporta un diagnóstico de 46 XY con una estructura del cromosoma Y normal. Los resultados obtenidos junto con otras pruebas clínicas (FSH, LH, estradiol, prolactina, testosterona, testosterona libre, hormona sexual transportadora de globulina) revelan un diagnóstico de Síndrome de Swyer. Se

¹⁴⁰ FERTILITY AND STERILITY, Vol. 96, N.º. 2, PP. E83-E85, 2011. <http://www.reproduccionasistida.org/>

¹⁴¹ Ob.ut supra cit.

¹⁴² Ibíd.

extirpan las gónadas para evitar que degeneren en un tumor maligno o gonadoblastoma, recibe terapia hormonal sustitutiva y termina por desarrollar los caracteres secundarios y una menstruación regular. Pocos años después, la paciente comienza con un cuadro de presión arterial alta, concretamente la diastólica, y se comienzan a realizar pruebas de orina, sangre, lípidos, glucosa, grasas, creatinina, potasio, calcio, ácido úrico, etc, los resultados obtenidos no se relacionaron con hipertensión. Se trató a la paciente con bloqueadores de calcio durante cortos períodos y una dieta sin sal.¹⁴³

La paciente durante 5 años expresa su deseo de ser madre mediante donación de ovocitos. Se sometió previamente a 4 tratamientos de Fecundación in Vitro con transferencia embrionaria sin éxito, en el quinto intento se transfirieron 2 embriones y quedó embarazada. En la semana siete de gestación se confirmó el embarazo mediante un saco gestacional con latido normal. Posteriormente, se realizaron los controles normales y necesarios en las semanas de gestación correspondientes, en la semana 12 se observa ecográficamente un feto sin anomalías anatómicas. Antes de acabar el primer trimestre, se detecta una presión arterial alta y se administra metildopa. La ecografía del segundo trimestre mostró un crecimiento del feto y un volumen de líquido amniótico normales. En el tercer trimestre, se incrementó la dosis de metildopa, en la semana 32 se realizó una ecografía donde todos los parámetros fueron normales. En la semana 38 de gestación después de notar menor movimiento fetal, se realizó una cesárea para evitar el sufrimiento fetal intrauterino. La paciente dio a luz a un niño de 2,9 kg en buenas condiciones¹⁴⁴.

La discusión que se presenta en este caso y que es en la cual se puede objetar por parte del Médico tratante la realización se observa después de repasar la literatura sobre la materia en la que se encuentran 12 artículos donde 15 mujeres con Síndrome de Swyer consiguen embarazo, cuatro de ellas presentan complicaciones como hipertensión o preeclampsia pero ninguna con hipertensión preexistente. Es decir que el caso observado es el primero en el cual una paciente con síndrome de swyer e hipertensión existente queda embarazada usando técnicas de reproducción asistida¹⁴⁵.

De los casos estudiados sólo uno de ellos dio a luz de forma natural, el resto lo hicieron mediante cesárea. Aunque gracias a la terapia hormonal el útero alcanza unas dimensiones normales, todavía no están documentadas sus propiedades anatómicas y su función normal de dilatación¹⁴⁶.

¹⁴³ Ibíd.

¹⁴⁴ Ibíd.

¹⁴⁵ Ibíd.

¹⁴⁶ Ibíd.

2.7.2. Paciente con epilepsia. Este caso se ha presentado por parte del escritor Víctor Masedo García el 26 de Agosto de 11 en un escrito titulado “Antiepilépticos y riesgo para el embarazo”¹⁴⁷.

Según, un equipo de la Universidad de Bergen, Noruega, las mujeres epilépticas tienen mayor probabilidad de tener riesgos en el embarazo. Éstos están relacionados, además de su dolencia, con los medicamentos que toman para la epilepsia durante la gestación. La epilepsia es un trastorno por el que la persona que la padece puede tener convulsiones o movimientos incontrolados de forma repetida, provocado por el aumento de la actividad eléctrica en las neuronas (células nerviosas) Aquellas mujeres que padecen la enfermedad pueden presentar complicaciones en el embarazo como la preeclampsia, afección en la cual se presenta hipertensión y proteína en la orina. El equipo de la Universidad de Bergen, observó que las mujeres con epilepsia eran 2 veces más propensas que el grupo de control a tener preeclampsia. También, el riesgo a sufrir sangrado era evidente (3,8 veces más que el grupo control), así como de tener un parto adelantado (casi 6 veces más), **necesidad de cesárea o parto inducido** (1,8 veces más) y tener bebé con malformaciones (6,5 veces más).¹⁴⁸

Se analizaron riesgos de grupo de mujeres embarazadas con epilepsia que estaban tomando antiepilépticos y grupo que no estaban tomando tales medicaciones. En aquellas que tomaban la medicación se mantenía el riesgo a tener las complicaciones ya mencionadas. Las que tomaban los fármacos tenían mayor porcentaje de tener preeclampsia grave, mayor riesgo de tener parto inducido y una cesárea urgente¹⁴⁹.

La autora del estudio, la doctora Ingrid Borthen, citada por el señor Víctor Masedo, señala que éste no prueba que los medicamentos causen complicaciones y que haya que dejar de tomarlos. Y por su parte, Autumn Klein, neuróloga de Brigham and Women’s Hospital, Boston, que no participó en el estudio indica que las mujeres epilépticas embarazadas deben tratarse de su dolencia, ya que las convulsiones pueden ser peligrosas para la madre y su bebé. En general, los expertos recomiendan visitar con frecuencia al ginecólogo y neurólogo durante el embarazo para reducir el riesgo, ya que las convulsiones durante el mismo pueden producir lesión física, retraso en el desarrollo e incluso la muerte¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Disponible en Internet: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/cuerpo-humano/embarazada/antiepilepticos-riesgo-embarazo/>

¹⁴⁸ *Ibíd.*

¹⁴⁹ *Ibíd.*

¹⁵⁰ *Ibíd.*

2.7.3 Paciente con síndrome de Klinefelter. Este caso se ha presentado por parte de la escritora Mireia Poveda García el 1 de Mayo de 2011 en un artículo titulado “*posibilidad de embarazo en pacientes con síndrome de klinefelter*”¹⁵¹.

En este estudio se intenta observar la eficacia de la obtención microquirúrgica de espermatozoides de testículo y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en varones que presentan Síndrome de Klinefelter. Para ello, **se** han estudiado dos grupos, un grupo de parejas sometidas a tratamientos de fertilidad donde el varón presentaba Síndrome de Klinefelter y otro formado por parejas en las que el varón presentaba azoospermia (es el semen sin espermatozoides o la incapacidad para producirlos, problema conocido médicamente como azoospermia)¹⁵². no obstructiva pero un cariotipo normal. En ambos grupos se analizaron las tasas de fertilización, embarazo y aborto, observando sólo diferencias significativas en la tasa de fertilización, la cual era menor en el grupo con varones con Síndrome de Klinefelter.

Por tanto, se concluye que la recuperación de esperma con micro-TESE es tan efectivo en pacientes con Síndrome de Klinefelter como en pacientes azoospermicos con cariotipo normal, siendo la probabilidad de niños nacidos vivos libres de la enfermedad bastante elevada.¹⁵³

Profundizando en este caso es oportuno decir que el Síndrome de Klinefelter **es** una anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo o trastorno testicular. Se ha visto que el síndrome de Klinefelter (KS) se encuentra en el 10% en los hombres con azoospermia pero, aunque la mayoría de los hombres con este síndrome son azoospermicos, se han observado casos en los que en el eyaculado se presentan espermatozoides. En el caso de pacientes con azoospermia no obstructiva, la recuperación de espermatozoides a partir de tejido testicular ha abierto un campo importante ya que estos espermatozoides pueden ser utilizados para realizar ICSI y con ello, estos pacientes puedan conseguir un hijo genéticamente propio. Sin embargo, si el varón presenta Síndrome de Klinefelter la situación se complica ya que, al ser una anomalía genética, preocupa la potencial transmisión de estas anomalías a la descendencia. A pesar de ello, hay estudios que reportan embarazos de niños sanos de hombres con el síndrome tras haber recuperado espermatozoides testiculares¹⁵⁴.

¹⁵¹ Disponible en Internet: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/cuerpo-humano/embarazada/sindrome-klinefelter-embarazo/>

¹⁵² Disponible en Internet: <http://www.lanacion.com.ar/929487-azoospermia-un-problema-de-fertilidad-que-puede-ser-superado>

¹⁵³ Disponible en Internet: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/cuerpo-humano/embarazada/sindrome-klinefelter-embarazo/>

En este estudio, se ha analizado a una población bastante extensa de hombres con Síndrome de Klinefelter y en ellos, se ha comparado la eficacia de las técnicas de reproducción asistida entre éstos y pacientes cromosómicamente normales con azoospermia no obstructiva. Sin embargo, aunque TESE e ICSI permite el embarazo, la presencia de anomalías genéticas en los hijos siguen siendo una preocupación. Las aneuploidías son anomalías más comunes en los espermatozoides de un varón XXY. Los análisis de hibridación in situ de los espermatozoides de los hombres con Síndrome de Klinefelter han demostrado que hiperploidía de los cromosomas sexuales puede variar de 2% a 15%. Por lo tanto, la importancia de las pruebas genéticas en los embriones no está clara ya que aumentaría el coste del tratamiento y las transferencias serían retrasadas a estadio de blastocisto, lo que implica una mayor tasa de fallos de transferencia. Es por ello por lo que, a pesar de que los hombres con KS producen de forma estadísticamente significativa menos embriones normales (52%) que los hombres sin KS (72%), sólo se han publicado en la bibliografía la presencia de dos fetos con el Síndrome y el nacimiento de un niño con cariotipo 46XXY. En este estudio, los 22 niños nacidos presentaron unos cariotipos normales¹⁵⁵.

2.7.4. Trastornos mentales. Este caso lo presenta la escritora Teresa Rubio Arsenio el 26 de Febrero de 2011, en un artículo titulado “trastornos mentales y su relación con el embarazo”¹⁵⁶.

El embarazo para la mujer supone un rápido cambio tanto a nivel biológico como a nivel psicológico, social y emocional ya que, en pocos meses, tienen lugar una serie de cambios físicos importantes (ganancia de peso, ensanchamiento de caderas, crecimiento de senos, etc.) y cambios hormonales que pueden afectar, en cierta manera, a la conducta de la mujer. Así pues, el embarazo puede convertirse a veces en un acontecimiento estresante para la mujer que puede desencadenar la aparición de nuevos trastornos psiquiátricos o bien realzar aquellos ya preexistentes. Un 10% de las mujeres que dan a luz presentan un episodio de depresión postparto y un 0,1% presenta una psicosis puerperal. La depresión durante el embarazo es un elevado factor de riesgo que puede inducir a padecer una depresión en el postparto¹⁵⁷.

Este estudio se concentra en trastornos mentales como ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimenticios y el trastorno bipolar. Se debe destacar que, en todos estos trastornos, es importante un asesoramiento y planificación del embarazo para

¹⁵⁴ Ob.ut supra cit.

¹⁵⁵ Ibíd.

¹⁵⁶ Ibíd.

¹⁵⁷ Disponible en Internet: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/apoyo-psicologico/embarazada/trastornos-mentales-y-embarazo/>

intentar que éste llegue en un momento de equilibrio y estabilidad clínica para la paciente. En cualquier trastorno donde se reciba tratamiento con fármacos está desaconsejada la lactancia materna ya que éstos se excretan por la leche materna¹⁵⁸.

2.7.4.1. Trastorno obsesivo-compulsivo. El Trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad crónica que puede comenzar en el embarazo o bien empeorar durante éste. Casi el 52% de mujeres con este trastorno lo inician en el embarazo. El tratamiento de estos trastornos se realiza con psicoterapias y/o psicofármacos, la primera elección es la psicoterapia cognitiva-conductual y en los casos más graves se recurre a antidepresivos pero en dosis bajas para minimizar los riesgos para el bebé¹⁵⁹.

Para poder reducir la dosis o bien tratar sólo los dos últimos trimestres, lo más competente es planificar el embarazo cuando la mujer tenga un período estable clínicamente. Tanto la ansiedad persistente sin tratar como los antidepresivos se relacionan con el parto prematuro, así que hay que encontrar el equilibrio entre ambos para que el embarazo evolucione lo mejor posible¹⁶⁰.

2.7.4.2. Esquizofrenia. La eficacia de los antipsicóticos atípicos y neurolepticos ha permitido en las últimas décadas un aumento del índice de embarazos en mujeres con esquizofrenia igualando así la tasa de fertilidad con la población en general. En pacientes psicóticas crónicas los embarazos se consideran de alto riesgo por las complicaciones obstétricas asociadas y por el peor desarrollo fetal (malformaciones fetales, retraso del crecimiento, prematuridad, cesáreas, etc.) Antes de quedarse embarazada, la mujer que padece de esquizofrenia debe plantearse las responsabilidades que conlleva porque, aunque el embarazo no repercute negativamente en la enfermedad, sí que hay un mayor número de recaídas en el postparto¹⁶¹.

No se conoce bien cómo las drogas antipsicóticas influyen en el feto pero hay que intentar bajar la dosis durante el embarazo para minimizar riesgos de abortos espontáneos, malformaciones, retardo del crecimiento uterino, síndrome de abstinencia, etc. El periodo de mayor riesgo para el feto son las 12 primeras semanas¹⁶².

¹⁵⁸ Ob.ut supra cit.

¹⁵⁹ Ibíd.

¹⁶⁰ Ibíd.

¹⁶¹ Ibíd.

2.7.4.3. Trastornos alimentarios. Los trastornos de la conducta alimenticia, puesto que, principalmente, se desarrollan en la edad fértil de la mujer se relacionan estrechamente con la fertilidad. Entre ellos se encuentra la anorexia, un 11% de adolescentes y jóvenes la padecen, y la bulimia que afecta todavía a más mujeres (11-13%)¹⁶³.

La anorexia se asocia generalmente a una amenorrea y por ello, es más difícil conseguir un embarazo; en el caso de la bulimia la fertilidad no se ve alterada aunque las reglas son más irregulares. Es importante detectar si existe algún trastorno alimenticio en aquellas mujeres con alteraciones menstruales ya que éste puede ser la causa de su esterilidad¹⁶⁴.

Las embarazadas anoréxicas presentan normalmente más anemia, preeclampsia o hipertensión gestacional. En cuanto al feto, éste coge menos peso y se asocia a morbilidad fetal y neonatal. En las embarazadas bulímicas, los síntomas mejoran durante el embarazo aunque un tercio sufre depresión postparto. El peso de los bebés es mayor pero pueden presentar paladar hendidado o labio leporino¹⁶⁵.

2.7.4.4. Trastorno bipolar. Conocido antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno que se caracteriza por presentar elevados episodios depresivos y/o maníacos donde a veces interfieren otros con un excesivo estado anímico como de euforia, los cambios anímicos en estas personas son muy acentuados¹⁶⁶.

El embarazo en estas mujeres está desaconsejado normalmente por el elevado riesgo teratogénico de los tratamientos profilácticos y porque, sin tratamiento, estas mujeres tienen un alto riesgo de recaída. Si la mujer se queda embarazada existe en el puerperio una alta incidencia de descompensaciones maníacas (impulsividad, temeridad, cambio bruscos de ánimo, hiperactividad, depresión, falta de cuidados al bebé, etc.), en el postparto el número de ingresos hospitalarios aumenta el doble. Estas recaídas (20-50% en el postparto) son peligrosas para la madre y el feto ya que requieren hospitalización y altas dosis de fármacos¹⁶⁷.

¹⁶² Ibíd.

¹⁶³ Ibíd.

¹⁶⁴ Ibíd.

¹⁶⁵ Ibíd.

¹⁶⁶ Ibíd.

¹⁶⁷ Ibíd.

El apoyo familiar y social en estas mujeres es importante para evitar las recaídas. Y hay valorar en cada mujer la interrupción o no del tratamiento antes del embarazo, si éste se retira debe ser de forma lenta, también hay que avisar a la mujer embarazada o que desee embarazo el riesgo que conlleva la toma de litio y/o anticonvulsivantes, ya que tienen un alto poder teratógeno para el feto y pueden ocasionar malformaciones fetales. La exposición prenatal al litio durante el primer trimestre se asocia con un mayor riesgo de enfermedad de Ebstein¹⁶⁸.

2.7.5. Pacientes que ya han usado técnicas de Reproducción Asistida. Los riesgos de padecer complicaciones durante el embarazo aumentan en las parejas que han utilizado alguna técnica de reproducción asistida, revela un estudio de científicos del Reino Unido y Alemania que publica en su último número la revista médica británica "The Lancet"¹⁶⁹.

A esta conclusión le acompaña la recomendación de estos expertos de que los niños engendrados con ayuda de estos métodos sean sometidos a un seguimiento exhaustivo por parte de sus médicos para conocer las consecuencias de las técnicas de reproducción asistida. Estas advertencias son resultado del análisis de 3.980 artículos médicos publicados entre 1980 y 2005 en los que se hablaba de las consecuencias negativas de la reproducción asistida¹⁷⁰.

En este sentido, destacan que el número de abortos espontáneos en las parejas que han utilizado la reproducción asistida es de entre un 20 y un 34 por ciento mayor que el de aquellos concebidos de forma natural, algo que también podría estar motivado por la edad de los padres o por desórdenes endocrinológicos, entre otros factores. El riesgo de padecer otros trastornos también es mayor si se han utilizado estas técnicas: un 55 por ciento en el caso de la pre-eclampsia (subida de tensión durante el embarazo), mientras que la probabilidad de dar a luz a un bebé muerto es un 155 por ciento mayor. La posibilidad de dar a un luz un niño con poco peso es entre un 70 y un 77 por ciento superior; el de tener un bebé con muy poco peso, entre 170 y 200 por ciento mayor; y el de que el tamaño del pequeño sea menor de lo normal para su edad de gestación asciende hasta el 40 y el 60 por ciento¹⁷¹.

Los investigadores aseguran que los niños nacidos de parejas que han utilizado técnicas de reproducción asistida tienen un 30 por ciento más de posibilidades de

¹⁶⁸ *Ibíd.*

¹⁶⁹ Disponible en Internet: <http://www.salud.com/salud-femenina/riesgos-complicaciones-embarazo-aumentan-con-reproduccion-asistida.asp>

¹⁷⁰ *Ob.ut supra cit.*

¹⁷¹ *Ibíd.*

nacer con malformaciones y un riesgo mayor, que no cifran, de sufrir una parálisis cerebral. Sin embargo, algunos de los riesgos para los niños nacidos de técnicas de reproducción asistida no aumentan como resultado de estos métodos, sino por la naturaleza biológica de la pareja poco fértil, puntualizan los científicos¹⁷².

La fertilización in vitro se ha venido realizando durante los últimos treinta años. En los países desarrollados al menos un 1 por ciento de los embarazados tienen origen en las técnicas de reproducción asistida, comentan los científicos en el artículo. Estos niños ahora representan una parte sustancial de la población, pero poco se sabe sobre su salud, añaden los investigadores, que llevaron a cabo su análisis sin tener en cuenta los embarazos múltiples, ya que a este tipo de gestación ya se le presupone de antemano complicado¹⁷³.

¹⁷² *Ibíd.*

¹⁷³ *Ibíd.*

3. RELACIÓN ENTRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA MÉDICA Y LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

3.1. INTRODUCCIÓN

Relación entre la objeción de conciencia y la aplicación de técnicas de reproducción asistida.

En síntesis tanto el derecho a la objeción de conciencia como el derecho de acceder a las técnicas de reproducción asistida tienen sus límites. Ni el Estado ni el gobernante pueden admitir o soportar que haya personas eximidas de obedecer la ley sin que exista algún tipo de reconocimiento de tal postura de omisión, y por el otro tampoco se puede abrir completamente las puertas a un régimen de la medicina tan delicado como la reproducción sin delimitar sus fronteras. Se pueden presentar casos de Objeción de Conciencia falsa o interesada al igual que las intenciones de quienes acuden a la práctica de concepción asistida; en otros casos en ambos derechos se puede disfrazar una intransigencia psicológica o cultural, que incluso sería deontológicamente rechazable. Y en ocasiones se presenta equivocadamente como objeción de conciencia lo que es realmente una confrontación o una disparidad de criterios así como engendra intenciones delictuales o maliciosas la solicitud de fertilizaciones in vitro y técnicas similares para la procreación humana. Es necesario, por tanto, realizar una validación de ambos puntos de la relación médica. Validación que se constituye como una tarea auténtica y decisiva para acabar con la confusión, el abuso y la trivialización de un asunto que tiene un enorme significado para las personas¹⁷⁴.

Por ejemplo, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva operan, entre otros, los siguientes factores de relevancia: 1. Las acciones de los objetores afectan intereses y derechos fundamentales de terceros, ya sea entorpeciendo o imposibilitando la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos y aborto legal, o restringiendo el propio acceso a tales prestaciones. Estas conductas provocan riesgos para la vida, la salud, la integridad física, o la autonomía de las personas. Además, la objeción colisiona muchas veces con la conciencia de quienes ven obstaculizado el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos, ya que resultan afectadas, cuestionadas o dificultadas decisiones profundamente personales¹⁷⁵. 2. La conducta de los llamados objetores suele fundarse en razones que impugnan moralmente ciertas políticas públicas. Se trata de acciones que tienen una aspiración de trascendencia pública que excede la simple pretensión de excusarse de un deber. La conducta de los objetores está motivada por el deseo de desbaratar políticas públicas de salud sexual y

¹⁷⁴ Disponible en Internet: <http://www.uninet.edu/bioetica/1/andoc.html>.

¹⁷⁵ Disponible en Internet: http://www.palermo.edu/Archivos_content/derecho/pdf/objecion-paper.pdf

reproductiva. No se busca una mera excepción individual frente a una obligación jurídica. La forma coordinada en la que las corporaciones conservadoras y la jerarquía de la Iglesia fomentan la práctica masiva de la objeción de conciencia muestra que se trata de una acción colectiva, de alcance público, orientada a una reforma de las leyes y las decisiones del Estado¹⁷⁶. 3. La afectación de derechos se agrava por centrarse, en su mayor parte, en un grupo doblemente desaventajado, las mujeres en situación de pobreza, y fortalecer una doble fuente de desigualdad estructural, en un contexto donde los derechos sexuales y reproductivos se encuentran lejos de estar garantizados en plenitud. Además, el abuso de la restricción en la provisión de información y métodos anticonceptivos empuja a las mujeres a una maternidad no querida o al aborto. Por otra parte, la negativa a llevar a cabo los abortos en los casos permitidos por la legislación pone en riesgo la vida o la salud de las mujeres¹⁷⁷. Estos tres rasgos, característicos de la práctica de la objeción de conciencia en el plano de la salud sexual y reproductiva, deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar las distintas normas que regulan su ejercicio¹⁷⁸.

3.2. PUNTOS DE CONVERGENCIA Y DIVERGENCIA

La articulación de las normas de derecho constitucional y de derecho internacional que garantizan el derecho a la igualdad en el acceso a la salud y el resto de los derechos citados más arriba, con la legislación nacional, permite identificar las siguientes pautas para el ejercicio y el límite de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud sexual y reproductiva¹⁷⁹.

1. Los profesionales de la salud son parte de un monopolio establecido por la sociedad para la mejor protección del bienestar psíquico, físico y social de las personas. Todo intento de sustracción a los deberes profesionales en este terreno debe analizarse rigurosamente. Las normas jurídicas que reconocen el derecho de los objetores no relevan a los profesionales y las asociaciones que los nuclean de un profundo análisis ético que pondere este derecho con los riesgos creados a los pacientes, el impacto discriminatorio de la práctica y sus efectos en términos de la erosión de la confianza en la profesión médica, etc¹⁸⁰.

¹⁷⁶ Ob.ut supra cit.

¹⁷⁷ Ibíd.

¹⁷⁸ Ibíd.

¹⁷⁹ Ibíd.

¹⁸⁰ Ibíd.

2. La objeción no puede obstaculizar el acceso a las prestaciones de salud sexual y reproductiva. En caso de admitirse la objeción, la derivación debe ser inmediata y la prestación de servicios de urgencia sin derivación,¹⁸¹.

3. La objeción no puede alegarse en un contexto de falta de acceso a las prestaciones de salud sexual y reproductiva¹⁸².

4. La objeción no puede encubrir intentos de imponer una concepción ética o religiosa en otras personas, máxime en el marco de una relación no igualitaria, como la que existe entre los prestadores de salud y los usuarios¹⁸³.

5. Para garantizar los requerimientos anteriores, debería establecerse registros públicos de objetores, a fin de que las autoridades de los establecimientos garanticen la prestación sin obstáculos de los servicios objetados. La inscripción a estos registros seguiría el modelo de trámite de las objeciones al servicio militar obligatorio. Sería conveniente que un cuerpo de profesionales de la salud y representantes del Estado, incluso de organismos que luchan contra la discriminación, entreviste al objetor a fin de garantizar, respecto de todos y cada uno de los deberes profesionales que se pretenden incumplir, que se está ante una genuina objeción de conciencia, es decir: a. Que existe una creencia ética o religiosa sincera. b. Que el profesional de la salud no desconoce información científica relevante respecto del producto o la práctica que se cuestiona, no actúa movido por el deseo de aliviar su carga de trabajo ni movido por creencias discriminatorias o a favor de la imposición de creencias éticas o religiosas en los demás. c. Que existiría un daño serio a la integridad moral del prestador en caso de sujeción al deber profesional¹⁸⁴.

El derecho a la objeción de conciencia debe contrapesarse con el derecho a la salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y con el derecho a verse libre de la imposición de creencias éticas o religiosas: la conciencia de los pacientes es, al menos, igualmente digna de protección. De lo contrario, la objeción de conciencia puede volverse opresión a conciencia¹⁸⁵.

¹⁸¹ *Ibíd.*

¹⁸² *Ibíd.*

¹⁸³ *Ibíd.*

¹⁸⁴ *Ibíd.*

¹⁸⁵ *Ibíd.*

3.3 PROPUESTA JURÍDICAS: ACTIVIDAD PERICIAL MÉDICA

Como se ha podido exponer en líneas anteriores, la relación entre el derecho de objeción de conciencia del médico y el derecho de los pacientes a acceder a las técnicas de reproducción asistida es una línea supremamente sensible, que a juicio de quien elabora este trabajo puede ser armonizada a través de la aplicación casuista en la presencia de duda, de la ciencia en términos de la consideración de las últimas novedades que en el campo de la bioética se estén presentando para decidir en cada caso si debe haber lugar a la objeción de conciencia o si por el contrario la negativa del médico de practicar determinada intervención clínica en un paciente es simplemente una vulneración del derecho de este último que no tiene justificación ni amparo jurídico.

Como la toma de esta decisión resulta ser un conflicto jurídico, para obtener la solución del mismo se puede hacer uso de una herramienta que se sustenta en evidencias científicas y en experiencias como lo es la actividad pericial médica.

Esta posibilidad a su vez implica la consideración de que en la actualidad el tema tanto de regulación legal como ética no se encuentra completamente esclarecido sobre la actividad pericial médica, esta consideración se pone de presente ante la sugerencia expresada en líneas anteriores puesto que a pesar de lo dicho, se han realizado hasta el momento estudios muy interesantes que brindan un apoyo doctrinal para la solidificación de este camino del derecho probatorio como el que se abordará a continuación escrito por el Doctor José Aso Escario, Especialista en Neurocirugía y en Medicina Legal y Forense, Jefe Clínico de Neurocirugía (Hospital MAZ, Zaragoza), Médico Forense y Profesor de Bioética en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de Huesca.

El artículo titulado “Bioética de la Actividad Pericial Médica” expone como principales problemas de esta aplicación de la medicina, la ausencia de exigencia de acreditación y experiencia a los peritos en la materia médica concreta de que se trate, lo cual a su vez implica una situación de indefensión para los mismos y para quienes se valen de este medio para solicitar en un pleito jurídico la consideración de ser amparados por el derecho de objeción de conciencia por rechazar la práctica de alguna solicitud médica al igual que de sus pacientes o contrapartes que en todo caso se verían beneficiados de un peritazgo transparente, justo y en ley para que la justicia responda también a su derecho de acceder a las técnicas de reproducción asistida¹⁸⁶.

Lo que propone el autor, José Aso Escario es sin duda importantísimo en lo que respecta a los avances que se han logrado en la actividad pericial médica, principalmente realizados por las asociaciones Profesionales Médicas como la de Obstetricia y Ginecología Americana, que vienen publicando los requisitos de

¹⁸⁶ ASO ESCARIO, José. Bioética de la Actividad Pericial Médica. Cuad Med Forense, 15(56), Abril 2009.

cualificación de los peritos en materias relativas a la especialidad. Estos criterios incluyen la necesidad de ser especialista y contar con experiencia activa clínica dentro de los cinco años anteriores a la fecha en que actúan como peritos. A esto se añade que en los últimos años la Comunidad Médica ha añadido un nuevo campus a su bagaje científico, es lo que se denomina *Medicina basada en la Evidencia*, dentro del cual debe analizarse cualquier caso haciendo uso de la mejor información en la literatura y el estado de la ciencia Médica referida a la situación concreta¹⁸⁷.

Comenta el mismo autor proponiendo el análisis de tres posibles soluciones a los problemas planteados hasta aquí. En resumen, todas ellas implican una regulación de la problemática, que puede dividirse en tres tipos.

3.3.1. Regulación legal. De las tres, menciona Aso Escario que quizá la legal es la más fácil de establecer ya que, en nuestra opinión, se debería dirigir a exigir al perito una serie de requisitos mínimos a la hora de actuar en materias periciales médicas. Un requisito, a nuestro entender imprescindible en las valoraciones por mala praxis médica, así como en cuestiones relacionadas con una Especialidad Médica, es estar en posesión del título de Especialista en la materia, reconocido oficialmente en España¹⁸⁸.

Cree el autor que es un error que el sistema español permita peritar aisladamente a personas sin acreditación de Especialidad Médica, y sin experiencia clínica, sobre todo cuando se trata de valoración de cuestiones de idoneidad asistencial. Ello no quiere decir que otros profesionales hayan de abstenerse de intervenir si no cuentan con dicho título. Así, los Médicos Forenses u otros profesionales pueden intervenir decisivamente junto con Especialistas dentro de un dictamen colegiado. Son numerosos los ejemplos de Médicos Forenses que solicitan a través del Juzgado colaboración de Especialistas acreditados o de la propia Sociedad Científica. De esta forma, se reúnen en un mismo dictamen las garantías de imparcialidad del Médico Forense, su conocimiento de las cuestiones médico-legales y, de otro lado, la experiencia clínica actualizada del Especialista en la materia concreta objeto de valoración. Creemos que este es un modelo a generalizar. Una cuestión de importancia que cada vez valoran más los Tribunales en materias de especial dificultad o que requieren conocimientos muy concretos, es la experiencia, incluso por encima de la cualificación. La experiencia práctica suficiente en el área, más que la simple cualificación en una disciplina particular, debe ser preferible en materias que requieren una alta especialización, ya que el Tribunal más que la respuesta correcta sobre temas dificultosos y controvertidos, espera que el perito dé una opinión informada a través de la cual el Tribunal pueda

¹⁸⁷ Ob.ut supra cit.

¹⁸⁸ Ibíd.

sacar sus propias conclusiones. Dicha opinión informada proviene mucho más de la experiencia que de la titulación. En materia quirúrgica subsiste la conocida dicotomía entre el médico y el cirujano, es decir que la evidencia preferida deriva en el primero más de aspectos científicos, mientras que el segundo deriva de la experiencia y de la observación. Quizá la existencia de un sistema como las Reglas Federales de Evidencia, de los Estados Unidos que incluyen la cualificación básica que un perito ha de tener para actuar como experto ante los tribunales, pueda ser un sistema apropiado para habilitar una regulación legal de la cualificación y experiencia exigibles. Según ellas, el perito ha de acreditar conocimiento, entrenamiento, experiencia y educación académica en la materia objeto del peritaje. Un aspecto a considerar dentro de la regulación legal es la responsabilidad del perito por actuaciones irregulares o ilegales¹⁸⁹.

Señala el jurista que durante mucho tiempo se ha mantenido en Medicina la teoría de la inmunidad de los peritos. Esta teoría se ha basado tanto en un enfoque proteccionista de la figura del testimonio experto, como en la necesidad de preservar la objetividad pericial. Numerosos procesos reafirmaron esta teoría en el pasado convirtiéndola en poco menos que inevitable para no entrar en pleitos sin fin contra los propios peritos. Se argumentaba que la posibilidad de litigar contra un perito, ejercería un efecto de presión tendente a hacer que los expertos redujeran, por temor, la solidez y fiabilidad de sus conclusiones. Sin embargo, recientemente se asiste a una tendencia a la modificación de esta teoría. A ello han contribuido una serie de factores, tales como la proliferación de expertos ante los tribunales, la insuficiencia de mecanismos de salvaguarda frente a testimonios inadecuados, las actuaciones de los abogados, y otros factores. Algunos Tribunales han considerado, incluso, que la posibilidad de litigación contra los peritos podría estimular a estos a ser cuidadosos y precisos¹⁹⁰.

3.3.2. Regulación profesional. Respecto a la vía profesional, comenta José Aso, son las Sociedades Científicas las que deben garantizar que sus miembros adopten un código de conducta pericial al estilo del recomendado por la AANS y otras Sociedades. Los instrumentos con los que para ello cuentan son de doble índole:¹⁹¹

3.3.2.1. Pedagógica. Es esencial instruir a los nuevos Residentes en valores anejos a la actividad médica señala el autor citado. Estos valores son de tipo científico pero también ético. Se ha señalado que existe una importante falta de formación entre profesionales como médicos y psicólogos sobre estas materias, lo

¹⁸⁹ Ibíd.

¹⁹⁰ Ibíd.

¹⁹¹ Ibíd.

que debería estimular el desarrollo de actividades docentes destinadas al conocimiento de los aspectos éticos de la actividad pericial médica¹⁹².

3.3.2.2. Sancionadora. Considera el Doctor Aso Escario que hoy en día se tiende a considerar la posibilidad de sanción si se incumplen los estándares de calidad o, más aun, si se falta a la verdad. Se ha señalado, no obstante, que es preciso ser prudentes en las aplicaciones de un sistema sancionador a ultranza, primero por las dificultades de su aplicabilidad en la práctica, segundo porque podría actuar como un elemento disuasorio para que se efectúen testimonios expertos por parte de aquellos profesionales acogidos a Sociedades científicas de su Especialidad frente a otros que no lo están por no ser Especialistas o por acreditar otros tipos de cualificación (Masters universitarios, Magisters, etc.)¹⁹³.

En tal sentido señala el autor que se ha preconizado actuar en diferentes líneas. Una de ellas sería la educación en las labores y requerimientos periciales de los especialistas en formación. Otra sería el énfasis en evitar el sesgo y error en las pericias. Otra, progresar en el establecimiento de estándares de cuidado. Y otra, el seguimiento de las normas éticas del ejercicio de la profesión. La posibilidad de sanción a través de las Sociedades científicas en España no está desarrollada, ya que, contrariamente a lo que ocurre en estados Unidos, no tienen capacidad disciplinaria con efectos sobre el ejercicio de la Especialidad. Si lo tienen, sin embargo, los Colegios de Médicos. Quizá estos organismos deberían instituir procedimientos para tutelar en mayor medida las pericias, asegurando que aquellas de baja calidad o efectuadas por peritos sin experiencia acreditada en la materia concreta, o que contengan falsedades o inexactitudes, sean canalizadas adecuadamente incluso por la vía disciplinaria. Se trata, no obstante, de una materia controvertida. En cualquier caso, quizá lo más notorio es que se aprecia cada vez un mayor interés por garantizar de alguna manera la calidad y el rigor de la actuación pericial medica. Seguramente fruto de este cambio de perspectiva, el panorama en los años venideros habrá de ser sustancialmente diferente del que hoy por hoy estamos acostumbrados a ver¹⁹⁴.

3.3.3. Regulación ética. Sobre este tema dice el jurista que las normas éticas regulan algunos aspectos de la actividad pericial. El Código Español de Ética Médica y Deontología obliga a cualquier médico, incluido a los peritos (Artículo 41). Señala, además, en su artículo 19 que *El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.* Como vemos, esta regulación implica

¹⁹² Ibíd.

¹⁹³ Ibíd.

¹⁹⁴ Ibíd.

la necesidad de una reflexión por parte del perito médico sobre su cualificación personal y obliga a no realizar actuaciones para las que no se está preparado. No es ético peritar si uno no conoce o no tiene experiencia en la materia. Los Códigos internacionales de Ética caminan también en la misma línea. Así, el de la Asociación Médica Americana establece que el perito debe contar con experiencia reciente y sustantiva sobre la materia que perita y debe limitar su actuación a su esfera de capacitación médica. Tampoco es ético y viola el principio de Justicia peritar siempre del mismo lado. No es ético, tampoco, aceptar compensaciones por contingencia, es decir, proporcionales al montante económico del asunto o a lo que se consiga en la indemnización final. Es, en definitiva, la ética del perito la que debe primar en estos casos por lo que puede decirse que es la responsabilidad individual la que debe regir y ello implica siempre una reflexión moral que el perito no debe nunca soslayar¹⁹⁵.

3.3.4. Otros sistemas de regulación. Precisa el Dr. Aso Escario que en los Estados Unidos de América existe un sistema, el IDEX, una red de organizaciones de defensa donde puede consultarse datos como las actuaciones de un perito, el número de ellas, su lugar, la consistencia y fiabilidad de sus peritajes, etc. Otros han propuesto elaborar bancos de testimonios, algo así como librerías donde puedan consultarse los testimonios expertos relevantes previos sobre la materia. También se ha indicado que puede examinarse la cualificación del perito en una materia determinada mediante el análisis de sus publicaciones sobre el tema, atendiendo especialmente a aquellas que estén publicadas en medios con garantías de calidad, como el sistema de *peer review*¹⁹⁶.

3.3.4.1. Código de conducta del perito. Reitera el autor citado que, lo más importante para adecuarse a las normas éticas en la actividad pericial médica, es una reflexión individual sobre las cuestiones que venimos analizando. Un buen modo de efectuar esta reflexión es seguir un código de conducta que podamos considerar ajustado a los principios éticos y Deontológicos. En su mayoría, estos códigos van siendo elaborados por las Sociedades Científicas. Sin embargo, no todas las Asociaciones médicas tienen códigos específicos para regular las actuaciones en el campo pericial, aunque muchas de ellas disponen normas de honestidad y principios de conducta en los conflictos de intereses¹⁹⁷.

Comenta el Doctor José Aso que algunas Sociedades, como la Academia Americana de Psiquiatría y Ley, han desarrollado unas líneas guía para la conducta ética de los Psiquiatras Forenses. Otras, como la AANS han añadido a

¹⁹⁵ *Ibíd.*

¹⁹⁶ *Ibíd.*

¹⁹⁷ *Ibíd.*

su Código de conducta, un programa para tratar los testimonios expertos irresponsables. La Academia Americana de Neurología, el Colegio Americano de Médicos, el de Cirujanos, el de Obstetras y Ginecólogos han hecho otro tanto, elaborando unas líneas de actuación en estos casos. Otras Sociedades, como la Americana de Gastroenterología han publicado un código de conducta que por su interés y su universalidad, se reproduce a continuación¹⁹⁸:

- ✓ Ser siempre fiel a la verdad.
- ✓ Realizar siempre una justa e imparcial revisión de los hechos y la atención médica dispensada.
- ✓ Proporcionar evidencia o testimonio sólo en las materias en que se tiene experiencia y conocimiento.
- ✓ Evaluar la atención médica dispensada a la luz de los estándares prácticos aceptados en el tiempo del suceso.
- ✓ No condenar actuaciones que caigan sobre dichos estándares ni tampoco respaldar o condonar los que se sitúen bajo dichos estándares de cuidado.
- ✓ Hacer una distinción clara entre el hecho de apartarse de los estándares de cuidado y los cursos clínicos desfavorables.
- ✓ Ofrecer hechos u opiniones expertas basadas en las líneas Daubert-Merrel Down:
 - ✓ La evidencia estará basada en el conocimiento científico que ha dado lugar a hipótesis testables y testadas. b. La evidencia ha sido objeto de “peer review” y publicación. c. La evidencia es generalmente aceptada dentro de la Comunidad Científica. d. Deben comunicarse al tribunal las tasas conocidas o potenciales de error.
- ✓ No aceptar compensaciones contingentes con el resultado de la litigación.
- ✓ No aceptar compensaciones desajustadas con el tiempo y esfuerzo invertido en cada caso.
- ✓ Sea cual fuere la parte que propone al perito, su tarea es proporcionar evidencia imparcial y objetiva al Juez o Tribunal y no a la parte que le propone.
- ✓ Los peritos deberían basar sus opiniones en Medicina basada en la evidencia y no en su intuición.

¹⁹⁸ *Ibíd.*

- ✓ Los peritos deben ser apropiadamente cualificados y certificados y limitarse a actuar dentro de su respectivo campo.
- ✓ El perito debe incluir todo el material relevante y no sólo el que favorece o va en contra de lo que establece cualquiera de las partes.
- ✓ perito debe estar dispuesto a revisión científica de su dictamen. En los laboratorios forenses un segundo experto supervisa cada dictamen. En los diagnósticos de cáncer otro Especialista revisa el material¹⁹⁹.

¹⁹⁹ *Ibíd.*

4. CONCLUSIONES

En el tema objeto de análisis que se ha presentado en esta monografía jurídica se han evidenciado algunos puntos de resumen importantes y que reflejan de una forma sumaria los lineamientos principales que se han abordado a lo largo del mismo.

Tanto el derecho de objeción de conciencia médico como el derecho de acceso a las técnicas de reproducción asistida son entrañablemente sensibles, el primero porque es la expresión de la dignidad humana y la concretización de la libertad en sí misma para actuar o no conforme a lo que es correcto e incorrecto en determinada situación; y el segundo porque se ha instituido como la solución y la superación de una limitación en ocasiones natural ante el deseo humano de procrear un hijo. En suma el talante de ambos derechos debe ser modulado de forma casuista para entender en cuales casos se puede hablar de la primacía de uno sobre el otro, pues en el ejercicio indebido de ambos se están vulnerando derechos fundamentales.

Los poderes Legislativo y judicial han dado algunos pasos encaminados a la aclaración de las dudas que se han presentado en ambos temas como se vio en el desarrollo de este escrito, por parte del primero a través de la presentación y el análisis de algunos proyectos de ley relacionados con las técnicas de reproducción asistida y por parte del segundo a través de algunos pronunciamientos jurisprudenciales relacionados con la objeción de conciencia y concretamente el fallo de una tutela que relaciona la objeción de conciencia médica. De lo anterior se puede deducir que el sistema jurídico Colombiano apenas está empezando a recorrer el trayecto del bioderecho, pero que desde hace algunos años se viene preparando para dirigir su causal dentro del ordenamiento como corresponde, a la par de la tecnología y la ciencia que de forma más consolidada ya se ha albergado en el país. Así pues, Este trabajo ha reflejado y enfrentado un debate que se vislumbra como inminente en los próximos años, de una manera científica y jurídica a través del estudio de las fuentes más actualizadas como lo son las revistas científicas electrónicas y las opiniones doctrinales de importantes y reconocidos juristas en las latitudes que se han establecido como focos del desarrollo de la objeción de conciencia médica y las técnicas de reproducción asistida como España y Estados Unidos, para compararlos y contrastarlos con los pronunciamientos más importantes a nivel nacional .

La forma de abordar los conflictos que se han evidenciado en estas páginas debe ser casuista a juicio de quien elabora este trabajo, dada la existencia de condiciones completamente personales y por lo tanto diferentes de quienes desean acceder a las técnicas de reproducción asistida como de quienes como profesionales pueden aplicarlas.

Existen para el análisis jurídico planteado en esta tesis propuestas jurídicas interesantes, prácticas y modernas que pueden consolidarse como herramientas de gran ayuda al momento de dirimir conflictos y debates morales, científicos y jurídicos como aquellos que aquí se han presentado, tales como la actividad pericial médica y la consideración de algunos códigos de conducta sobre los profesionales de la salud y la medicina, así como la creación de registros públicos de objetores entre otros.

La creatividad jurídica es así, uno de los productos que surgen de la mezcla necesaria entre la ciencia y el derecho que refleja el mundo cambiante y altamente tecnificado en el que vivimos, las opciones jurídicas se irán develando como ha ocurrido con los grandes fenómenos mundiales que han generado la semilla del derecho y con la misma la evolución de las sociedades. En este momento nos compete la aplicación de las biotecnologías como una realidad tangible y su armonización con el ejercicio de otros derechos que tocan al resto de la comunidad profesional, pero hay grandes oportunidades de cambio y de modernización y con estas, oportunidades para nuevas mentes, nuevas ideas y nuevas normas.

5. RECOMENDACIONES

Crear el Registro Público de Objetores, para facilitar la consulta de los interesados en las prácticas de determinada rama de la medicina sobre las razones y argumentos de los Médicos que se han negado a prácticas específicas.

Conformar asociaciones de Médicos de la rama de la Salud Reproductiva para hacer de la misma una especialización más confiable, moderna y completa brindando a los pacientes alternativas de solución variadas a los problemas de esterilidad.

Adicionar a la legislación existente sobre prácticas médicas, artículos correspondientes a la ética de este profesional con el ánimo de impulsar un ejercicio serio, respetuoso y responsable de la medicina.

Fomentar capacitaciones especialmente relacionadas con la conducta científica y ética dirigida a los profesionales de la medicina para actuar como peritos ante una situación de conflicto de carácter médico.

BIBLIOGRAFÍA

Artículo 30. Constitución Española de 1978

ASO ESCARIO, José. *Bioética de la Actividad Pericial Médica*. Cuad Med Forense, 15(56), Abril 2009.

CHÁVEZ, Mariana. Membrilla, Raquel. Lo último en reproducción Asistida, junio de 2008.

CHOFRE, Srivent, José. *Reproducción Asistida y Constitución*. España: Año desconocido. Documento Electrónico PDF.

SUAREZ PARADA, Ana Lucia. Reproducción humana Asistida y Filiación en el Derecho Constitucional Colombiano. Colombia. Año Desconocido. Documento Electrónico PDF

NETGRAFIA

<http://www.uninet.edu/bioetica/1/andoc.html>.

<http://www.libertadreligiosa.net/articulos/OBJECION%20DE%20CONCIENCIA.pdf>

<http://www.revistacriterio.com.ar/cultura/el-derecho-a-la-objecion-de-conciencia/>

http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/objecionConciencia/La_Objecion_de_Conciencia.pdf

<http://www.monografias.com/trabajos75/derecho-objecion-conciencia-espana/derecho-objecion-conciencia-espana.shtml>

<http://www.archives.gov/espanol/constitucion.html>

<http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/capitulo1.php>

http://www.law.cornell.edu/wex/espanol/la_primera_enmienda

<http://www.loc.gov/exhibits/treasures/trr006.html>

http://www.palermo.edu/Archivos_content/derecho/pdf/objecion-paper.pdf

<http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/leg/10/343/60.htm?s=>

http://es.wikipedia.org/wiki/Objeci%C3%B3n_de_conciencia

[https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d\\$\\$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d$$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=21&sid=7efad656-33cb-471d-9898-4e59c189e394%40sessionmgr15)

<http://www.libertadreligiosa.net/articulos/OBJECION%20DE%20CONCIENCIA.pdf>

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere2/Tesis02.pdf>

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere4/Tesis-63.pdf>

<http://www.reproduccion.com.mx/insem.html>

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/derpriv/cont/11/dtr/dtr5.htm>

http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/biblioteca/Documentos%20compartidos/TA-FIV/Colombia/Legislaci%C3%B3n%20Colombia.pdf

http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.nivel_3

http://derecho.udea.edu.co/descargas/Flia2/proyectoDeLey_23_de_2003.pdf

http://derecho.udea.edu.co/descargas/Flia2/proyectoDeLey_46_de_2004.pdf

<http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=4806>

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3399409>

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1524848>

<http://www.fecunmed.com/pdf/Para-saber-mas-Tratamientos-RIESGOS-Y-COMPLICACIONES-DE-LAS-T.pdf>

<http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/cuerpo-humano/embarazada/antiepilepticos-riesgo-embarazo/>

<http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/cuerpo-humano/embarazada/sindrome-klinefelter-embarazo/>

<http://www.lanacion.com.ar/929487-azoospermia-un-problema-de-fertilidad-que-puede-ser-superado>

<http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/apoyo-psicologico/embarazada/trastornos-mentales-y-embarazo/>

<http://www.salud.com/salud-femenina/riesgos-complicaciones-embarazo-aumentan-con-reproduccion-asistida.asp>

<http://www.uninet.edu/bioetica/1/andoc.html>

http://www.palermo.edu/Archivos_content/derecho/pdf/objecion-paper.pdf