

**UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA LAS  
TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN COLOMBIA**

**ANGELA AREVALO VARGAS  
JENNY PAOLA PINEDA RUBIANO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS**

**BOGOTÁ**

**2013**

**UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA LAS  
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN COLOMBIA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS**

**BOGOTÁ**

**2013**

**UNA NUEVA PERSPECTIVA PARA LAS  
REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN COLOMBIA**

**JENNY PAOLA PINEDA RUBIANO**

**ANGELA AREVALO VARGAS**

**Trabajo de grado para optar el título de  
Especialistas en derecho de familia**

**Directora**

**Dra. ANGELA VIVAS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS**

**BOGOTÁ**

**2013**

## **CONTENIDO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. OBJETIVOS**

### **3. MARCO CIENTIFICO**

3.1 Fecundación In vitro

3.2 Alquiler de Vientres

3.3 Inseminación artificial

3.4 Congelación de óvulos

3.5 Riesgos de los procedimientos

### **4. ASPECTOS MÁS RELEVANTES, NORMAS Y VACÍOS JURÍDICOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA:**

4.1 Protección Constitucional, Legal y Jurisprudencial.

4.2 Aspecto ético y social en cuanto a las técnicas de reproducción asistida.

4.3 Consentimiento de las partes y Privacidad del procedimiento

4.4 Igualdad legal con los demás hijos

4.5 Filiación e impugnación de paternidad en estos casos

4.6 Efectos Jurídicos

4.7 Responsabilidad médica por los procedimientos hechos

### **5. MANEJO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA ACTUALMENTE EN COLOMBIA**

### **6. PROYECTOS DE LEY PRESENTADOS EN COLOMBIA**

**7. LEGISLACIÓN COMPARADA**

**8. PROPUESTA DE PROYECTO DE LEY**

**9. CONCLUSIONES**

**10. GLOSARÍO**

**11. BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Las técnicas de Reproducción Humana Asistida (R.H.A.), son procedimientos por medio de los cuales las personas que no pueden procrear o tienen problemas para engendrar, pueden acudir a esta técnica para que con la ayuda de un profesional en la materia se pueda llevar a cabo este proceso de la forma más natural posible.

Debido a que esta técnica ha sido de gran beneficio para la sociedad, y ha que ha tenido gran influencia en muchos países desde tiempo atrás, vemos la importancia de investigar este tema en nuestro país dado que el desarrollo normativo es precario. Por ello nos parece que es de gran relevancia llevar a cabo la investigación en el ámbito jurídico y en sus demás aspectos que lo comprenden.

Si bien es cierto la tecnología y la ciencia van de la mano, y Colombia no es un país que este avante de esta nueva incursión, donde los derechos fundamentales como la vida, y el derecho a tener una familia son uno de los pilares fundamentales en nuestra carta política.

Los métodos de procreación es un tema bastante polémico, y no es para menos, a lo largo del tiempo la infertilidad se ha incrementado en la población conllevando a que las personas quieran acceder a técnicas de reproducción científica que hoy en día no tiene una regulación normativa en nuestro país, lo cual es un desacierto ya que en un futuro se puede prestar para conflictos jurídicos por el vacío que existe en la norma.

El hecho de tener que requerir intervención por parte de una tercera persona ya comienza a plantear problemas. Como se analizará en primer lugar, implica una interferencia en un acto muy íntimo y privado como es concebir un hijo, al estar ligadas a cuestiones tan personales como la reproducción, y a la manipulación de material germinal (sean éstos óvulos, espermatozoides o embriones) respecto de los cuales hay posiciones muy diversas desde las diferentes religiones, en la

sociedades y en el mundo científico; muchos de los debates respecto de estas técnicas están teñidos por posiciones emocionales. Involucran, además, la incorporación de técnicas científicas y médicas que parecen llevar a una “desnaturalización” y “medicalización” de este proceso.

En Colombia han sido varios los proyectos de ley fallidos entre ellos Proyecto de Ley 148 de 2011 por la cual se dictan normas tendientes a la reducción del número de embriones en la práctica de técnicas de procreación humana asistida por fecundación in vitro, el destino de los embriones humanos no transferidos y se dictan otras disposiciones; Otro de los proyectos que se presento es la tan mencionada Ley 46 de 2003 por el cual se regula el contrato de técnicas de reproducción humana asistida de los cuales haremos mención más adelante.

## **2. OBJETIVOS**

Describir las diferentes Técnicas de Reproducción Humana Asistida teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Procedimiento médico, consentimiento informado, Indicaciones, requisitos y responsabilidad médica.
- Estudiar el nivel de la eficacia y/o efectividad de las diversas técnicas científicas en el manejo de esta temática.
- Analizar y profundizar en la normativa legal de las Técnicas de Reproducción Humana asistida, su manejo en Colombia y en países de América Latina.



### **3. MARCO CIENTIFICO**

#### **TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

##### **3.1 LA FECUNDACIÓN IN VITRO**

Esta técnica surgió en el año 1978, cuyo objetivo principal era darle tratamiento a la esterilidad femenina.

El procedimiento se lleva a cabo en un laboratorio por medio de una placa de cultivo, cuando el ovulo y los espermatozoides no pueden encontrarse por el camino natural, este método se emplea en caso de alteraciones graves de las trompas de Falopio, endometriosis, infertilidades, sin causa identificada y por grave escasez de espermatozoides, es una solución a la fecundidad de la pareja propiciada por la esterilidad de la madre o del padre. El semen puede ser fresco, si procede de la pareja o congelado, si es de donante.

Aunque hace más de 20 años que nació el primer bebé mediante la aplicación de esta tecnología, solamente entre el 15% al 20% de los ciclos de tratamiento iniciados con esta técnica conducen a un embarazo en curso.

Una de las primeras críticas que se dirigieron contra esta técnica apuntaba a sus efectos, se cuestionaba si el uso de este método podía traer malformaciones en el niño o problemas de salud en la mujer. Con respecto a los efectos en el niño, este tipo de objeciones ha sido rebatida por la experiencia, dado que el porcentaje de bebés que nace con anomalías es de un 3% (el mismo porcentaje de anomalías en bebés concebidos naturalmente). En lo que concierne a los efectos en la salud de la mujer, todavía no se han obtenido resultados concluyentes con respecto a los efectos a largo plazo que puede traer el uso de drogas y hormonas para inducir la ovulación, por ello es importante que las pacientes sean adecuadamente

informadas. Pero como se ha visto, lo mismo se aplica a técnicas menos sofisticadas como la IA.

## **LA FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV) CON TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (TE)**

La FIV-TE es la única opción de tratamiento en parejas infértiles por ausencia o daño irreparable de trompas de Falopio. Para otras indicaciones, se debe aconsejar como última opción después de que hayan fallado otras opciones de tratamiento. En caso de infertilidad por factor masculino severo, las parejas deberían de considerar la ICSI en combinación con FIV-TE como la mejor opción posible.

Como tratamiento de la infertilidad debida a factores masculinos, se asocia con bajas tasas de embarazo y fertilización, con respecto a los resultados obtenidos para otras indicaciones. Dentro de las FIV podemos distinguir la FIV convencional, método mediante el cual un ovocito es inseminado con unos 60.000 espermatozoides y la FIV adicional donde la cantidad de espermatozoides empleados al menos se duplica (46)

El objetivo de las técnicas de FIV debe ser la consecución de un único niño y el mejor modo de conseguirlo es transfiriendo un único embrión o al menos pocos embriones de calidad

---

1. Guilhem D. y Machado do Prado M. "Bioética, legislação e tecnologias Reproductivas", *Bioética* 9 (2), 2001. Para una visión más actualizada de Los proyectos de ley en discusión en Brasil, véase Diniz D. "Tecnologías Reproductivas Conceptivas: o estado da arte do debate legislativo Brasileiro", *Jornal Brasileiro de Reprodução Humana Assistida* 7 (3) 10-19. (2003)

### 3.2 ALQUILER DE VIENTRES

Las primeras referencias que se tienen del contrato de alquiler de vientres fueron en San Francisco el 15 de abril de 1975 donde un Señor publica un aviso en donde buscaba un niño “artificial” ya que no tenía hijos por ser su esposa estéril. Ese mismo año obtuvo el consentimiento de una mujer y un medico se encargo del caso, la inseminó con semen del anunciante, cuando él bebe nació, la pareja lo recibió y no conoció a la madre biológica de la criatura.

El autor ZANNONI cita otro evento ya ocurrido en Inglaterra y que consiste en la posibilidad de fecundar extrauterinamente un ovulo de la esposa y posteriormente implantarlo en el útero de otra mujer, por razones de orden medico o de salud de la madre.

El supuesto exige distinguir la lejanísima posibilidad en lo hechos de que se tratara de la donación de embrión ya formado, del caso en que la receptora del embrión aceptase la implantación al solo efecto de posibilitar su desarrollo culminante en el nacimiento. Una y otra hipótesis provocan los más agudos reparos de tipo moral y ético como lo suscitan la inseminación y la fecundación heteróloga en general y exigen ineludiblemente su adecuado encuadramiento jurídico. El derecho no puede dar la espalda a los avances científicos y menos a las técnicas que utilicen las diferentes ciencias que debe reglamentar el derecho. Por eso no se puede pensar en un rechazo de plano de este tipo de acuerdos.

Sobre los llamados “Contratos eutelegenesicos” o sea la posibilidad de contratar úteros se manifiesta en contra hasta ahora, toda la doctrina y es así como *DE VECIANA* en su obra dice que si la eutelegenesia en sí, extramatrimonial debe ser considerada como una práctica inmoral y antisocial, es lógico pues que la posición del derecho en este punto no pueda ser otra que la de no reconocer

valor, ni eficacia alguna a los actos y contratos que en relación con estas prácticas se lleven a cabo: o sea bajo nulidad de pleno derecho o nulidad propiamente dicha, y por otra parte MANUEL BATLE ( La eutelegenesia y el Derecho, Revista General de Legislación y Jurisprudencia) y PEREZ SERRANO ( en revista de Foro Canario) sostienen la inmoralidad del acto y manifiestan que no puede tener amparo legal alguno, ni quienes lo solicitan, ni el medico que practica tal procedimiento.

Es evidente que a la luz del panorama que se visualiza hoy y en concordancia con los avances tecnológicos y científicos que se han dado respecto a este tema, resulta devaluado el pensamiento de estos autores, ya que para su época podría tacharse de inmoral la práctica de estos procedimientos debido a que la sociedad era muy conservadora, pero hoy en pleno siglo XXI resulta totalmente normal la realización de estas prácticas y aunque no existe una legislación clara y contundente que regule estos temas es innegable que hoy existe una aceptación social bastante importante y que resulta una herramienta fundamental para aquellas parejas que quieren procrear hijos y no lo pueden hacer naturalmente.

En un futuro no muy lejano el Congreso de la Republica o las altas Cortes a través de Jurisprudencia tendrán que reglamentar estos procedimientos porque es evidente que una parte importante de la población acude a estos procedimientos pero con algún grado de incertidumbre en cuanto a sus consecuencias y hoy en día ya es necesario que tengamos una Seguridad Jurídica para este hecho que es Social y Científicamente aceptado.

## MATERNIDAD SUBROGADA

El tema de la maternidad subrogada o alquiler de vientres ha sido blanco de muchos cuestionamientos morales, legales y éticos puesto que aún predominan algunas ideologías conservadoras en Colombia.

El alquiler de vientres se puede definir como un procedimiento en el que actúan o están implicadas dos partes: los padres contratantes y la madre contratada, este método puede llevarse a cabo de dos maneras:

1. Fecundación IN VITRO: Se define como el proceso mediante el cual la fecundación se realiza fuera del cuerpo de la madre, es decir se une el óvulo y el espermatozoide en un medio líquido y luego el cigoto se introduce en el útero de la mujer.

2. Inseminación artificial: En este método de fecundación simplemente el espermatozoide es depositado en el cuerpo de la mujer con la ayuda de instrumental especializado.

Si se mira desde la perspectiva del “contrato” en este existen dos partes, por un lado la pareja que desea tener un bebé y por el otro la mujer que se encargara de la gestación del mismo y lo entregara finalizado el embarazo. Actualmente debido a los vacíos legales y constitucionales no podría afirmarse que es una conducta permitida o prohibida y en consonancia con el art 6 de nuestra Constitución que dice *“los particulares sólo son responsables ante las autoridades por infringir la Constitución y las leyes”*, lo que quiere decir que el que concurra a realizar estos contratos no estarían incurriendo en ningún delito ni en ninguna falta ya que no hay ley que lo prohíba ni menos que lo regule.

Este profundo vacío legislativo abre la puerta para que muchas organizaciones y Centros médicos realicen este tipo de prácticas sin ningún tipo de control ni vigilancia, y que ellos mismos se rijan por reglamentos internos sin intervención del estado.

Es válido aclarar que a través del tiempo y de los avances observados con respecto al alquiler de vientres en países como Inglaterra y Estados Unidos, entre otros; han surgido varios proyectos de ley en Colombia que se acercan al

concepto de maternidad subrogada que han sido expuestos pero poco tiempo después retirados por sus ponentes ya sean senadores o representantes de la cámara por el tratamiento inadecuado que ha tenido tanto el tema de alquiler de vientres como el de las diferentes maneras de fertilización, procreación asistida y genética humana en el país.

Miembros de entidades públicas protectoras de la niñez y la infancia argumentan que el alquiler de vientres puede ser considerado como trata de personas porque se negocian seres humanos y que atenta contra la dignidad del infante. Que existen otras vías legales para obtener la maternidad como la adopción. Pero esto no deja de ser una simple posición u opinión referente al tema que no cuenta con ninguna fuerza vinculante.

### **3.3 LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL**

#### **Concepto**

El proceso de la inseminación consiste en trasladar el semen de un varón, recogido previamente al interior de una vagina o del útero de una mujer sin que se realice el coito entre ambos.

En sus inicios la inseminación artificial solo se realizaba con semen del marido, esta práctica no tiene diferencias jurídicas o consecuencias legales en la filiación de los hijos engendrados.

Por otra parte la inseminación artificial con semen de donante fue la intervención de un sujeto extraño la que revoluciono esta técnica de reproducción, permitiendo de esta forma una solución más efectiva para las infecundidades de la pareja, en este proceso se tiene a dos padres, aquel que es para quien se realiza la inseminación, que facilita la práctica y acepta la paternidad, y el segundo padre que es el donante del semen, quien es el padre biológico, y es este último quien no ha querido esa paternidad, ni pretende asumir ninguna responsabilidad.

En un principio la inseminación artificial, y luego la fecundación in vitro, se formulan como la solución para las parejas casadas infecundas, en la exposición de motivos que rige en España con la ley 35 de 1988 sobre las técnicas de reproducción humana, menciona que estas técnicas han abierto expectativas y esperanzas en el tratamiento de la esterilidad cuando otros métodos son poco adecuados o ineficaces.

Hoy en día debido a su baja complejidad, escaso costo y posibilidades de realizar en la consulta médica del ginecólogo general, representa la Técnica de Reproducción Asistida más utilizada en el mundo. Entre sus inconvenientes destaca que se asocia a una alta tasa de embarazos múltiples, si se acompaña de estimulación ovárica.

- Dependiendo de la procedencia del semen, la inseminación artificial (IA) puede ser clasificada en dos grandes grupos:

1. Inseminación artificial con semen conyugal, de pareja u homólogo
2. Inseminación artificial con semen de donante o heteróloga

- Dependiendo del lugar de inseminación hablamos de:  
Inseminación intracervical, intrauterina (IIU) siendo esta última, la más frecuentemente utilizada. La IIU es una técnica de reproducción sencilla, poco costosa y accesible.

## **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE DONANTE O HETEROLOGA (IAD)**

Este método consiste en el depósito de forma no natural de espermatozoides procedentes de la pareja en el tracto reproductivo de la mujer con el fin de conseguir una gestación.

En este caso se hacen estudios de antecedentes hereditarios, familiares, y una extensa historia clínica donde consta el aspecto físico, coeficiente intelectual y otros datos particulares. En algunos países, como en EEUU, el receptor, teniendo en cuenta estos datos, efectúa la selección del donante; en otros, como Argentina, la selección la hace el equipo médico respetando el grupo sanguíneo y características fenotípicas de la pareja.

Se podría presentar un problema con la IAD es qué sucede con la “paternidad” de ese padre, ya que no es padre –genéticamente hablando– de ese futuro hijo. En algunos estados de EEUU la adopción por parte del padre social es “inmediata” si la madre y el padre social están casados y consienten en realizar la IAD (esta paternidad “inmediata” le quita los derechos de paternidad al padre genético). En otros estados debe hacerse una adopción formal de ese hijo para que el padre genético no pueda reclamar por él en un futuro. 55 **Véase Tong R., *Feminist Approaches to Bioethics*, Westview, Colorado, 1997, p. 165 y ss.**

Es importante enfatizar que en la práctica, generalmente, no se dice la identidad del donante.

### **Complicaciones:**

Se observan complicaciones derivadas de la propia técnica (posibilidad de introducir gérmenes en el aparato genital, y posibilidad de reacción anafiláctica), complicaciones por el empleo de sustancias inductoras del desarrollo folicular múltiple (embarazo múltiple, OHSS, reacciones alérgicas) y complicaciones del embarazo.



## **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HOMÓLOGA O CON SEMEN DE PAREJA (IAH)**

Consiste en el depósito de forma no natural de espermatozoides procedentes de la pareja en el tracto reproductivo de la mujer con el fin de conseguir una gestación.

Las técnicas de Inseminación Artificial y la Inseminación Artificial Donante, no logran resolver la totalidad de los problemas de infertilidad, dado que se presentan varios casos que hemos podido analizar a lo largo de este trabajo entre ellos los problemas médicos que se presentan, a continuación haremos mención de algunos; daños tubarios, trompas dañadas, endometriosis severas de presentarse estos hay que recurrir a la Fecundación In Vitro. Hay que tener en cuenta que después de tres o cuatro intentos de inseminación las probabilidades de que una mujer quede en embarazo son muy bajas. Por tanto la Inseminación Artificial consiste en un primer paso y sólo es utilizable cuando hay ciertos problemas leves de fertilidad.

### **3.4 CONGELAMIENTO DE OVULOS**

En caso de que se quiera asegurar por parte de la mujer la posibilidad de poder tener hijos en un futuro, se ofrece la posibilidad de poder crio preservar óvulos (por vitrificación), técnica que los mantiene congelados y funcionales para una concepción futura.

Con el paso de los años, al igual que todas las células del cuerpo humano, los óvulos de la mujer van envejeciendo poco a poco, disminuyen su calidad, su capacidad de fecundar y de desarrollar de un embrión que de cómo resultado un embarazo sano. Por eso en muchos países las mujeres están utilizando este técnicas para lograr la maternidad en edades avanzadas o después de haber sido tratadas por enfermedades que les impedían concebir.

## ¿En qué casos se debería congelan óvulos?

- **Mujeres que desean Retardar el reloj biológico de la maternidad:**  
Profesionales que por desarrollo de su carrera profesional, estudios, traslados, entre otros motivos, se ven obligadas a postergar su deseo de ser madres antes de los 35 años.
  
- **Mujeres que tengan Riesgos Profesionales:**

Mujeres que trabajen en profesiones que pueden afectar su sistema hormonal y reproductivo como Azafatas, Radiólogas, Militares, Químicas, entre otras.

- **Pacientes Oncológicas:**

Mujeres que padecen algún tipo de enfermedad y que como resultado de tratamientos de radioterapia o quimioterapia pueden arriesgar la calidad de sus óvulos y ovarios o que en casos extremos tengan que extirpar sus ovarios.

- **Baja respuesta ovárica:**

Mujeres que tienen una baja respuesta ovárica, en estos casos es ideal almacenar los óvulos de 2 o 3 inducciones hormonales para luego desvitrificar y tener una mayor cantidad de óvulos en un mismo ciclo con probabilidad de embarazo.

- **Falla ovárica Prematura:**

Las mujeres que por diferentes motivos están predispuestas a sufrir falla ovárica

prematura, es decir una menopausia antes de los 40 años, también tienen la posibilidad de congelar sus óvulos antes de que se agoten sus reservas

- **Factor Masculino:**

Parejas que durante el tratamiento de reproducción asistida, se dificulta la toma de la muestra de semen el día de la aspiración de óvulos y por lo tanto la realización del tratamiento.

Desde hace más de 50 años existen muchas técnicas de crio preservación de células, tejidos, semen, embriones y fluidos, sin embargo, el óvulo no era una célula fácil de congelar y mantener viva a temperaturas por debajo de los 0 °C, la dificultad se debe en parte a su gran tamaño pues siendo la célula más grande del cuerpo humano contiene grandes proporciones de agua en su interior que al congelarse, facilitan la formación de grandes cristales de hielo que rompen sus finas y delicadas estructuras llevándolo finalmente a la muerte o si sobrevive a fallos en la fecundación.

**Procedimiento:**

1. Evaluación médica, ginecológica y hormonal
2. Hiperestimulación ovárica controlada (administración de medicamentos)
3. Aspiración transvaginal de los óvulos
4. Evaluación y vitrificación de los óvulos maduros obtenidos
5. Almacenamiento en criobanco por tiempo establecido por la paciente (años)

Posteriormente cuando la paciente decida embarazarse

6. Desvitrificación (descongelación) de los óvulos

7. Fertilización mediante la técnica de ICSI con el semen de su esposo

8. Cultivo embrionario.

9. Transferencia de embriones al útero

En Colombia el único Instituto reconocido para hacer este procedimiento es el CECOLFES Centro Colombiano de Fertilidad y Esterilidad, que a su vez brinda una variedad de procedimientos para la reproducción asistida dentro de los cuales podemos incluir también:

- IVM ( Maduración In Vitro )
- Donación de óvulos FIV
- FIV con esperma de donante
- Adopción y Donación de Embriones
- Selección de Género FIV
- FIV con PDG ( Diagnóstico Genético Preimplantacional )
- FIV Donación de óvulos y Selección de género
- FIV con esperma de donante y selección de género
- FIV con Adopción de Embriones y selección del Género
- congelación de óvulos ( no fecundados)
- Congelación de embriones
- Transferencia de embriones congelados por ciclo natural
- PESA (Aspiración percutánea de espermatozoides del epidídimo)
- TESA ( Aspiración Testicular del Esperma )
- Congelación de esperma & Custodia

### 3.5 RIESGO EN LOS PROCEDIMIENTOS

- Embarazo múltiple:

Esta es la complicación más frecuente y puede presentarse en cualquier procedimiento de Reproducción Asistida.

La manera de minimizar este riesgo es procurar obtener no más de cuatro folículos de los tratamientos para relaciones dirigidas o inseminaciones artificiales, y de transferir el mínimo número de embriones, aunque esto depende de ciertas variables como lo son la edad del paciente, la calidad de los embriones y el número de intentos no exitosos que haya tenido la pareja.

- Síndrome de hiperestimulación:

Se define como el conjunto de signos y síntomas que se presentan como resultado de los medicamentos hormonales administrados en la etapa de estimulación ovárica anterior a la recolección de óvulos.

La hiperestimulación ovárica se clasifica en leve, moderada y severa, la primera ocurre en el 10-20% de los casos, presentando solo aumento del tamaño de los ovarios y dolor pélvico leve, a veces puede ameritar tratamiento médico ambulatorio.

Sin embargo en la severa, lo cual ocurre en el 1-2% de las pacientes, los ovarios pueden agrandarse aún más, pudiendo estar asociado con dolor pélvico, retención de líquido, deshidratación, trastornos electrolíticos, y torsión o ruptura de uno o los dos ovarios, ameritando la hospitalización para su tratamiento médico.

Generalmente este síndrome es evitado por el conjunto de medidas preventivas que se toman, dentro de las cuales se pueden nombrar:

Estimulaciones más suaves para lograr la inducción de la ovulación, monitoreo ecográfico y hormonal de la ovulación.

En raras ocasiones el síndrome se presenta aún tomando las mayores precauciones.

- Hemorragia o infección

La aspiración de los óvulos bajo control ecográfico es un procedimiento quirúrgico menor, que se realiza en Centros de Fertilidad. Se presta mucha atención a la ubicación de los ovarios así como las estructuras vecinas como intestino y vasos sanguíneos. Este procedimiento se lleva a cabo sin el uso de anestesia general; procurando minimizar el riesgo para la paciente con un mínimo de molestias y una amplia aceptación por parte de los pacientes.

Otros efectos a largo plazo que han sido ampliamente estudiados son el potencial que los medicamentos utilizados en la estimulación de los ovarios puedan tener en predisponer a la formación de tumores malignos de los ovarios o a la aparición más temprana de la menopausia. Estas posibles consecuencias han sido rebatidas por las asociaciones Americana y Europea de fertilidad.

Actualmente se puede decir que estos medicamentos son realmente seguros y como todos deben ser utilizados en forma adecuada.

#### **4. ASPECTOS MÁS RELEVANTES, NORMAS Y VACÍOS JURÍDICOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

##### **4.1 PROTECCIÓN LEGAL Y CONSTITUCIONAL**

A partir de la Constitución de 1991 se habla por primera vez de los hijos procreados a través de medios científicos, brindándoles iguales derechos y deberes que los hijos concebidos naturalmente, Pero el constituyente no trata directamente el tema de la Reproducción Humana asistida, dejando abierta la

posibilidad de acudir a estos procedimientos sin profundizar en si en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

El legislador reconoce la existencia y practica de estos procedimientos de reproducción asistida como se ve demostrado en el artículo 42 de la Constitución y en la tipificación de algunos delitos en el Código Penal referentes a la manipulación genética, Inseminación artificial sin el consentimiento de la mujer o transferencia de ovulo no consentida. Pero esta intervención se ha limitado a un campo muy restringido donde se nombra o se toca muy por encima el tema pero no se han preocupado por expedir una reglamentación clara y contundente sobre la Reproducción Humana asistida.

Después de veinte años en los cuales se han venido practicando estos procedimientos médicos, en el ámbito legislativo no existe una regulación específica para las personas que acuden o practican estas técnicas.

Aunque se han presentado proyectos de ley referentes al tema, los cuales expondremos más adelante estos no han sido aprobados por cuestiones éticas, morales o religiosas, persistiendo así en el vacío legal existente, lo que ha hecho el legislador en todo este tiempo es delegar a otras entidades administrativas como el Ministerio de Salud la reglamentación de estos temas como lo son el funcionamiento de los centros que se dedican a estas prácticas de biomedicina reproductiva, los principios por los que deben ceñirse, y algunos parámetros que deben seguir los donantes y receptores de material biológico. Pero en si no hay ninguna norma de rango constitucional o legal que regule el tema de Reproducción Humana asistida.

## **LA REGLAMENTACION DE LA INSEMINACION ARTIFICIAL Y LA FECUNDACION EXTRAUTERINA.**

Es conveniente tener presente que tanto la inseminación artificial como la fecundación extrauterina, son conceptos diferentes. En el primer caso se coloca el

semen en el útero de la mujer que ha de ser inseminada. En el segundo caso, se extrae el ovulo u ovocito femenino y se fecunda en “probeta” para luego ser trasplantado al útero de la mujer que lo llevara durante el periodo de crecimiento y maduración en su vientre. Es decir, al de la madre biológica, aunque existen dudas de algunos, sobre cuál es la madre verdadera en el caso de que el ovocito no sea de la misma mujer a la cual le haya sido trasplantado el ovulo fecundado.

Ante esta situación los legisladores del mundo han optado por alguna de las tres alternativas siguientes:

1. No hacer nada y someter los problemas a las normas comunes vigentes
2. Proscribirla definitivamente.
3. Reglamentarla.

El Dr. EDUARDO ZANNONI conceptúa que la fecundación extrauterina debe ser reglamentada minuciosamente y acepta como perfectamente ajustada a la ética la fecundación extrauterina homologa.

Así como se reglamentó el trasplante de órganos mediante la Ley 9 de 1979 y el decreto Reglamentario 2642 de 1980 es igualmente aconsejable que se reglamente la Inseminación artificial y la Fecundación Extrauterina teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Determinar un organismo competente para que supervise y vigile estas prácticas.
- Establecer que los niños nacidos por heteroinseminacion con el consentimiento expreso del esposo de la mujer inseminada son legítimos y que como tales tienen derechos y deberes frente a la ley.
- Establecer la heteroinseminacion sin consentimiento del esposo, o la donación de espermatozoides sin consentimiento de la esposa, como causal independiente de divorcio para efectos civiles.
- Definir en forma clara y expresa el concepto de donante, esposo, madre, médico y niño para efectos de la reglamentación a que haya lugar.



- Fijar las condiciones en que el donante debe actuar (sin coacción, con examen médico previo, descripción anterior de enfermedades que haya sufrido, diligenciamiento de un documento en el cual la ley le dará pleno efecto, en el cual manifiesta haber donado libremente, renunciar al derecho de intentar cualquier acción o pretensión posterior contra la filiación del niño, su madre, etc.
- Fijar las condiciones del esposo en la aceptación de la inseminación (consentimiento escrito, motivos, conocimiento del proceso, responsabilidad que asume frente al menor y la madre etc.) igualmente su renuncia al intento de demandar o impugnar la filiación del niño.
- Las condiciones de la madre (razones para someterse al tratamiento), examen previo riguroso, declarar que se somete libre de toda coacción y renuncia a cualquier tipo de demanda contra la paternidad del menor.
- Establecer la responsabilidad del médico ( establecer la culpa leve) obtención de los exámenes previos y los permisos de ley para proceder a la inseminación y determinar en qué casos no es responsable (calidad del esperma, éxito de la operación o salud del niño)
- Se debe igualmente reglamentar los bancos de esperma, estableciendo las condiciones técnicas en que se debe guardar, las anotaciones, las pruebas que se exijan a los interesados y la autorización del médico para su distribución.
- Se deben establecer las sanciones del caso por la violación de los deberes que las partes interesadas deban cumplir.

#### **4.2 ASPECTO ÉTICO Y SOCIAL EN CUANTO A LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**

La ley 23 de 1981 dictó normas en materia de ética médica. Del estudio somero del contenido de la ley, podemos concluir que en parte alguna se rechaza la práctica de la inseminación artificial, o mejor se establece como contraria a los principios éticos que debe seguir la conducta del médico.

En la declaración de principios se dice que “La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades” No podemos bajo ningún punto de vista argumentar que con la Inseminación artificial se cause daño alguno a la especie humana, pues al contrario no solamente se puede seleccionar un proceso adecuado de fecundación, sino también que el hecho biológico de tener un hijo, perfecciona a la pareja, la hace más amable, la llena de motivos para su propio perfeccionamiento. En manera alguna este procedimiento violaría este primer principio de la ética médica.

En iguales condiciones los principios 2,3,4 que establecen la obligatoriedad de aplicar métodos científicos y elementos que las ciencias y la técnica pongan a su disposición, salvaguardando los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad, a su vez que exigiéndole estricta reserva profesional. No puede por tanto inferirse en modo alguno violación a los principios generales de la ética, siempre y cuando el procedimiento se haga bajo la voluntad de los pacientes, pues de lo contrario se violaría el contenido del juramento médico, aprobado por la *Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial* que dice velar con sumo interés y respeto por la vida humana desde el momento de la concepción y “aun bajo amenaza no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas” y se violarían las leyes nacionales si se procediera contra la voluntad de la mujer.

Es también necesario que el médico explique a la paciente los riesgos justificados, solicitando el consentimiento para aplicar o proceder al tratamiento médico indicado y que puedan afectarla física o psíquicamente. El médico igualmente debe tener presente el art 50 en el cual establece como falta grave contra la ética, el certificar en documento alguno distinto a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. De allí que el médico en estos casos deberá decir si se le exige, que de acuerdo a lo

manifestado por la madre, el hijo es de su esposo, pues la misma ética le prohíbe dar otra explicación.

En el art 54 se establece que el medico atenderá las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Medica Mundial y específicamente en relación al tema de la Inseminación Artificial no se hace distinción alguna a qué tipo de inseminación se refiere, como tampoco la establece el Código penal, que simplemente sanciona la practicada sin consentimiento de la mujer. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones de la asociación médica Mundial y la legislación vigente, se aplica la legislación Colombiana, que solamente legisla en materia de inseminación artificial en los artículos 132 a 134

Precauciones que debe tomar el medico:

Es conveniente tomar algunas precauciones jurídicas: algunos sostienen que no, cuando se tiene un donante desconocido, pero otros autores afirman que no sobra tomar algunas precauciones, como el consentimiento escrito certificado por la pareja de la mujer, por la mujer y el donante.

## **POSICIÓN DE LA IGLESIA FRENTE A LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.**

Asimismo, el 31 de noviembre de 1993, en la Plaza de San Pedro el Papa Juan Pablo II criticó los experimentos científicos que están orientados a manipular la vida humana, respecto de lo que se mostró profundamente preocupado sobre las investigaciones ilícitas e inquietantes que violan las normas éticas y menosprecian la dignidad humana alegando que "muchas cosas cambian en el hombre y su entorno, pero su naturaleza no puede ser alterada". (p.74)

No obstante, por ello, el Papa exhortó a los científicos a que protejan al embrión humano de los experimentos genéticos o de lo contrario correrán el riesgo de "poner a la humanidad en peligro" (p.74), y de ahí que increpara a los gobiernos

para que no se descuiden ante los avances de la información genética. Juan Pablo II. (1995) Carta encíclica *Evangelium Vitae* de 25 de marzo de 1995. *Acta Apostolicae Sedis*; 87, 401-522.

Para las vertientes religiosas que tienen una posición más conservadora la opción de técnicas de reproducción humana asistida es moralmente inaceptable, esta posición la encabeza la Iglesia católica apostólica y romana.

La religión musulmana acepta la mayoría de las técnicas pero rechaza la donación de embriones, óvulos, y esperma; sólo el esperma del marido puede dar lugar a la inseminación, la fecundación *in vitro* se autoriza en el caso de matrimonios.

Un rasgo esencial de la identidad musulmana y la estructura familiar es la autenticidad del linaje.<sup>2</sup> Sin embargo se acepta el diagnóstico preimplantatorio y la transferencia de embriones sin rasgos patológicos. A diferencia del catolicismo, consideran que la vida humana que requiere protección comienza dos o tres semanas después de la concepción y la implantación uterina.<sup>3</sup>

La religión protestante acepta las técnicas de reproducción asistida por infertilidad o por indicaciones genéticas, no por mera conveniencia; acepta la donación de óvulos y de esperma pero no acepta a las madres portadoras o subrogantes.<sup>4</sup>

---

2. Serour y Dickens, *op.cit.* 188.

3. Serour y Dickens, *op.cit.* 190.

4. Bleich D. "Test-tube Babies", en Rosner F. y Bleich D. *Jewish Bioethics*, Hebrew Publishing Company, New York, 1987, p. 81. Allí también señala David Bleich que la FIV que simula la procreación natural, controlada y diseñada para aliviar la infertilidad debida a la anomalía de las trompas de Falopio, puede restaurar la felicidad y paternidad de una pareja sin niños

### 4.3 EL CONSENTIMIENTO

En un principio se exige que la mujer usuaria de las técnicas de reproducción asistida sea mayor de edad y tenga plena capacidad.

El consentimiento de la mujer para someterse a estas debe ser ha de ser libre y consciente sin vicios en la formación o en la manifestación de la voluntad.

Además hay que deducir la capacidad exigible al cónyuge de la mujer usuaria, cuando aquel haya de prestar su consentimiento a la práctica de técnicas de reproducción asistida, ha de ser la misma que se exige a esta.

De la misma manera que el consentimiento para la realización de técnicas de reproducción asistida debe prestarlo la misma persona interesada ( no se prevé que pueda prestarlo un representante) por tratarse de un asunto muy personal, el consentimiento para ampliar y modificar el destino de los pre embriones crio preservados, solo puede darlo la mujer o la pareja titular de los pre embriones, no sus representantes legales cuando el sujeto legitimado para consentir no tenga capacidad suficiente, ya que en esta hipótesis no concurren circunstancias que podrían justificar que el consentimiento lo de otra persona en lugar del directamente interesado como cuando sucede cuando hay que efectuar intervenciones quirúrgicas a pacientes incapaces.

#### Consentimiento informado

- Es imperativo que el médico explique e informe detenidamente con antelación a ambos miembros de la pareja las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.
- La información debe ser **clara**, utilizando palabras adaptadas al nivel de comprensión de cada paciente.
- Los pacientes deben firmar el consentimiento informado **antes** de realizar cualquier procedimiento invasivo.

### Apoyo psico-emocional

- Todos los profesionales en reproducción asistida deben facilitar el soporte psicológico.
- Se recomienda el apoyo psicológico en el caso de donantes de ovocitos y de semen.
- El apoyo psicológico es aconsejable en las pacientes receptoras de gametos o embriones antes de entrar en un programa de donación de ovocitos.

### Privacidad y confidencialidad

- Los profesionales que intervienen en la práctica sanitaria tienen la obligación de **preservar la confidencialidad** de las informaciones que afectan a pacientes y usuarios.
- Todo el personal adscrito a un centro de reproducción que acceda a información de los pacientes debería tener firmado el **compromiso de confidencialidad**.
- **Todo el personal** (facultativos, personal de laboratorio, psicólogos, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo, etc.) que tiene acceso a cualquier información de los pacientes y/o usuarios, está obligado a mantener el secreto sobre la misma.
- Es deseable la implantación de cuantas medidas de refuerzo se consideren oportunas en esta materia (ej.: documentos de confidencialidad entre centro y empleados, centro y proveedores, etc.).
- La confidencialidad de la información de los pacientes ya se inicia con la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo **accesible únicamente al personal autorizado** y vinculado a la asistencia de los mismos.

- Siempre se deben evitar las posibles referencias a los datos clínicos de otros pacientes.
- En el supuesto caso de que se muestren fotografías de los niños, es recomendable tener una autorización previa de sus padres.
- Los pacientes deben firmar una autorización en caso de que un tercero (pareja, familiar, etc.), acuda al centro a retirar el resultado de alguna de las pruebas realizadas en el mismo.
- La intimidad de los pacientes y/o usuarios debe ser preservada en todos los campos.

#### **4.4 IGUALDAD LEGAL CON LOS DEMAS HIJOS**

El primer avance legislativo que hubo en Colombia lo podemos evidenciar con la Ley 29 de 1982 en donde se les da igualdad de derechos a nivel sucesoral a los hijos legítimos, extramatrimoniales y adoptivos.

Más adelante con la expedición de la Constitución de 1991 hay dos artículos a los que podemos hacer referencia en cuanto a la igualdad de derechos y deberes de todos los hijos sin importar si son matrimoniales, extramatrimoniales, adoptivos o procreados por métodos científicos.

Por su parte el artículo 13 de la CN consagra: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”

Y más específicamente el artículo 42 consagra “Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes”

## 4.5 FILIACIÓN

La Corte Suprema de Justicia ha definido la filiación como el vínculo jurídico que une a un hijo con su padre o madre y que consiste en la relación de parentesco establecida por la ley entre un ascendiente y su descendiente de primer grado. Encuentra su fundamento en el hecho fisiológico de la procreación, salvo en la adoptiva que corresponde a una creación legal.

La filiación por lo tanto es un estado civil que tiene su origen en la maternidad y en la paternidad y que determina la situación jurídica que ocupa un individuo en la familia y en la sociedad.

Existen tres clases de filiación

1. Legítima: Según el art 213 del Código Civil, el hijo concebido dentro del matrimonio de sus padres será legítimo.
2. Legitimación: Según el artículo 236 del Código Civil, son también hijos legítimos los concebidos fuera del matrimonio y legitimados por el que posteriormente contraen sus padres.
3. Extramatrimonial: es el vínculo que une al hijo con sus padres que no están casados. La filiación en este caso se da por el reconocimiento voluntario que hacen los padres, o por proceso judicial.
4. Por Adopción: Según el art 61 del Código de infancia y adolescencia La adopción es, principalmente y por excelencia, una medida de protección a través de la cual, bajo la suprema vigilancia del Estado, se establece de manera irrevocable, la relación paterno-filial entre personas que no la tienen por naturaleza. Por virtud de esta se crea un parentesco civil entre padres adoptantes e hijo adoptivo.

Los hijos procreados bajo cualquiera de las técnicas de reproducción asistida, tendrán derecho a obtener la filiación materna y paterna si fuere el caso bajo los



supuestos legales existentes, con base en los derechos constitucionales a la igualdad y a tener una personalidad jurídica.

Adicionalmente la ley 29 de 1982 consagra que los hijos legítimos, extramatrimoniales y adoptivos y tendrán iguales derechos y obligaciones. Aunque no lo contempla de manera expresa es entendible que esta igualdad se extiende a los hijos procreados bajo la asistencia científica, ya que hoy en día no existe ningún tipo de discriminación al respecto.

## **IMPUGNACION DE LA PATERNIDAD**

El Código Civil Colombiano en sus artículos 213 y 214 son claros al determinar los hijos concebidos durante el matrimonio y la Unión marital de Hecho tienen por padres a los Cónyuges o Compañeros Permanentes, salvo que se pruebe lo contrario en un proceso de investigación o impugnación de la paternidad.

Por otra parte los hijos nacidos después de expirados los 180 días subsiguientes al matrimonio o a la declaración de Unión Marital de Hecho, se reputa concebido en el vínculo y tienen por padres a los cónyuges o compañeros permanentes, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando el cónyuge o el compañero permanente demuestre por cualquier medio que él no es el padre.
2. Cuando en un proceso de Impugnación de la paternidad mediante prueba científica se desvirtúe esta presunción, en atención a lo consagrado en la Ley 721 de 2001

Esta normatividad es clara para los hijos concebidos naturalmente, pero genera duda y controversia en relación a los hijos procreados por Técnicas de Reproducción Asistida.

La única posibilidad que quedaría abierta para Impugnar la paternidad de un hijo concebido por este procedimiento sería la Inseminación de la mujer casada o con

Unión Marital de hecho con el semen de un tercero sin el consentimiento de su Cónyuge o Compañero Permanente.

En el juicio de Impugnación de paternidad en estos casos lo que habría lugar a probar no sería la incapacidad de engendrar como en un juicio típico, porque de antemano se entiende que si acudieron a la fertilización asistida o cualquiera de las otras técnicas es porque esa patología existía desde un comienzo. En este caso lo que se probaría es que la Cónyuge o Compañera se inseminó artificialmente sin el consentimiento expreso de su esposo o compañero.

Esta teoría se puede extender también a los artículos 216 y 217 que dice “Podrán impugnar la paternidad del hijo nacido durante el matrimonio o en vigencia de la Unión Marital de hecho, el cónyuge o compañero permanente y la madre, dentro de los 140 días siguientes a aquel en que tuvieron conocimiento de que no es el padre o madre biológico” Esto bajo el entendido que los 140 días se cuentan a partir de que tuvo conocimiento de que el procedimiento se hizo sin su consentimiento expreso.

El marido o compañero permanente no debe ser obligado a reconocer un hijo fruto del procedimiento de reproducción asistida, si no dio su conocimiento para ello, y eventualmente podrá iniciar acción de Impugnación de Paternidad si demuestra que en la práctica de este procedimiento no obró su voluntad.

#### **4.6 EFECTOS JURIDICOS DE LA FILIACIÓN.**

En términos generales el efecto de la filiación es que se crean un conjunto de derechos y obligaciones recíprocas entre padres e hijos, y nace la figura de la patria Potestad de los padres hacia los hijos.

En los casos de Reproducción Humana asistida es importante aclarar la situación del donante:

Los donantes de semen y de óvulos por regla general se mantienen en el anonimato y no son conocidos por las personas que se practican el procedimiento, por lo tanto no tendrán ningún tipo de relación filial con el hijo nacido como consecuencia de esa donación y tampoco tienen derecho a interponer ningún tipo de acción legal para el reconocimiento de derechos personales ni patrimoniales sobre el niño concebido bajo estas técnicas.

Los efectos de la filiación recaen directamente sobre la mujer y su esposo o compañero permanente que acudieron a la práctica del procedimiento.

#### **4.7 RESPONSABILIDAD MÉDICA POR LOS PROCEDIMIENTOS HECHOS**

El médico tiene la responsabilidad de entregar a sus pacientes de manera comprensible para ellos, suficiente información sobre el propósito, los riesgos, los inconvenientes y las desilusiones inherentes al procedimiento, y debe obtener de ellos su consentimiento informado sobre las prácticas que se van a realizar. Tal como sucede en cualquier tipo de procedimiento, el médico debe contar con la formación especializada adecuada antes de asumir la responsabilidad de aplicarlo. Este profesional debe actuar siempre conforme a las leyes y los reglamentos vigentes, así como a las normas éticas y profesionales. Por su parte los pacientes tienen derecho al mismo respeto del secreto profesional y de la vida privada.

Para poder iniciar cualquiera de los procedimientos de reproducción humana asistida es necesario que medie un contrato entre el centro de fertilidad y el usuario o paciente.

Este contrato que consta por escrito es de prestación de servicios del cual nacen obligaciones de medio respecto del tratamiento y por lo tanto habrá cumplimiento cuando se haya puesto toda la diligencia, conocimiento y cuidado en lograr los resultados esperados.

Si ha habido incumplimiento del contrato por no haber obrado diligentemente para lograr el éxito del procedimiento y con esto se causan daños, habrá obligación de resarcir el daño por parte del Centro y a responder patrimonialmente por el daño causado al paciente.

Por otro lado también existen obligaciones de resultado que consisten en prestar el sitio idóneo donde se practicara el tratamiento de fertilización que cumpla con todos los requisitos legales para ello, ordenar y hacer la práctica de todos los exámenes necesarios para poder dar una evaluación precisa sobre la procedencia o no del tratamiento etc.

Si se observa que hubo un actuar doloso o culposo en la práctica del procedimiento de fertilización en cualquiera de sus modalidades habrá lugar a iniciar la acción judicial correspondiente, demostrando necesariamente el daño, la culpa y el nexo causal y así obtener la indemnización de perjuicios.

Sin embargo no habrá lugar a indemnización cuando se pruebe que existió:

- Caso fortuito
- Fuerza mayor
- Culpa exclusiva de la víctima
- Hecho de un tercero
- Debida diligencia y cuidado (por tratarse de una obligación de medio).

## **5. MANEJO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN COLOMBIA**

En Colombia al inicio de la década de los años 90 se empezaron a implementar los centros de fertilidad que ofrecían sus servicios para ayudar a personas con problemas de para tener hijos por medio natural.

Estos centros especializados de Fertilización, se crean en las principales ciudades del país; Bogotá, Medellín y Cali.

A continuación presentaremos algunos de los centros de reproducción asistida más importantes que existen para recurrir a la práctica de estos procedimientos:

🏠 **REPROTEC** (Centro de Fertilidad aliado de la Fundación Santafé de Bogotá). Su sede principal se encuentra en Bogotá y cuenta con los siguientes servicios:

Técnicas de fertilización de baja complejidad:

- Inseminación artificial intrauterina: Se utilizan hormonas para estimular la ovulación
- Inseminación cervical: Es una inseminación artificial en la cual el semen es ubicado directamente en el fondo vaginal
- Inseminación heteróloga: Es una inseminación artificial en la cual el semen que se utiliza es proporcionado por un donante.

Técnicas de fertilización de alta complejidad comprenden, entre otras:

- Fertilización in vitro (FIV): En esta técnica el espermatozoide y el ovocito son combinados en una placa de laboratorio
- Inyección de un espermatozoide dentro de un óvulo (ICSI): Es recomendada para parejas en las cuales los espermatozoides móviles sean escasos.
- Transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT): En esta técnica los embriones no son formados en el laboratorio sino dentro del cuerpo de la mujer.

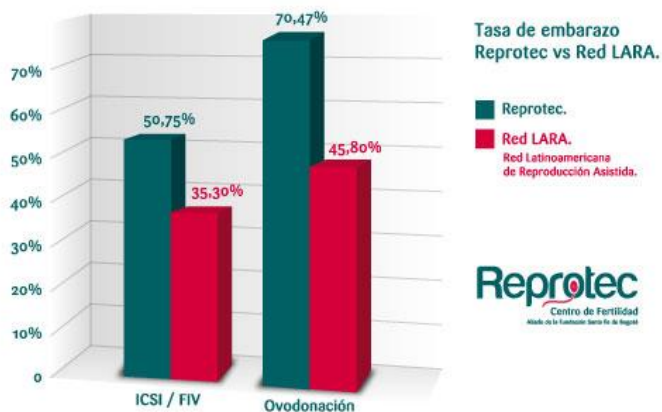
Varias de las técnicas de fertilización en Bogotá implementadas en el centro de Fertilidad Reprotect son: Hatching asistido, Extensión del cultivo embrionario o cultivo secuencial, Diagnóstico genético pre-implantacional.

Este tipo de centros cuenta con el personal capacitado y calificado en procesos de reproducción humana asistida, para garantizar a los usuarios que el procedimiento se lleve a cabo de acuerdo al protocolo de calidad exigido. Este tipo de intervenciones permiten una alta probabilidad de lograr un embarazo exitoso.

Este centro de fertilización cuenta con el aval de la Red LARA (Red Latinoamericana de Fertilidad).

A continuación presentamos las estadísticas que permiten ver los resultados al implementar este tipo de Técnicas de reproducción asistida:

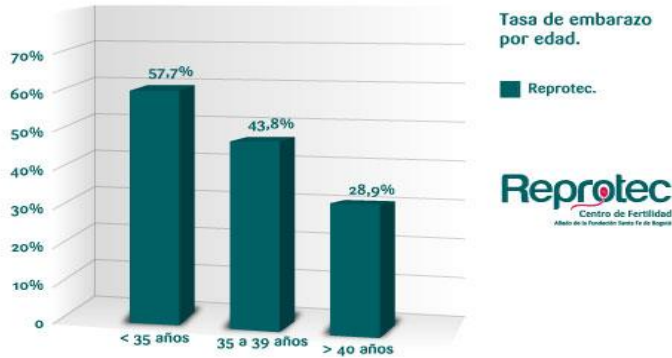
*Tasa de embarazo Reprotect en comparación con otros centros de Fertilidad en Latinoamericana.*



### **Tasa de embarazo por edad.**

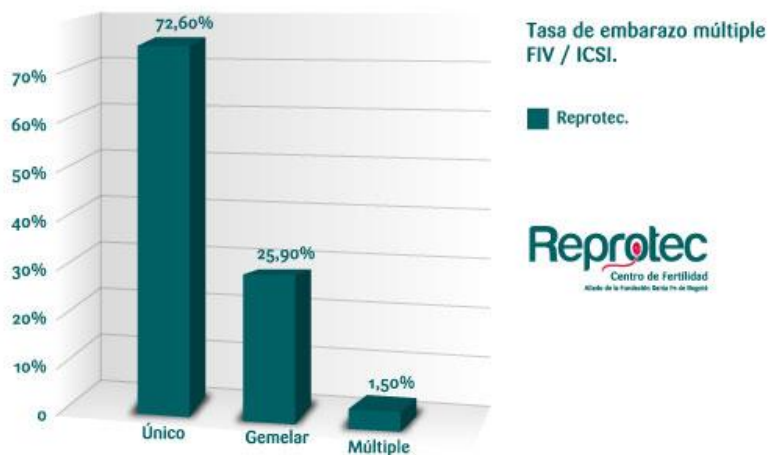
Las posibilidades de embarazo disminuyen en la medida en que la edad de la mujer aumenta, por ésta razón una consulta oportuna o la pronta remisión por

parte de su ginecólogo a un Centro de Fertilidad calificado, garantizan las mejores posibilidades de éxito.



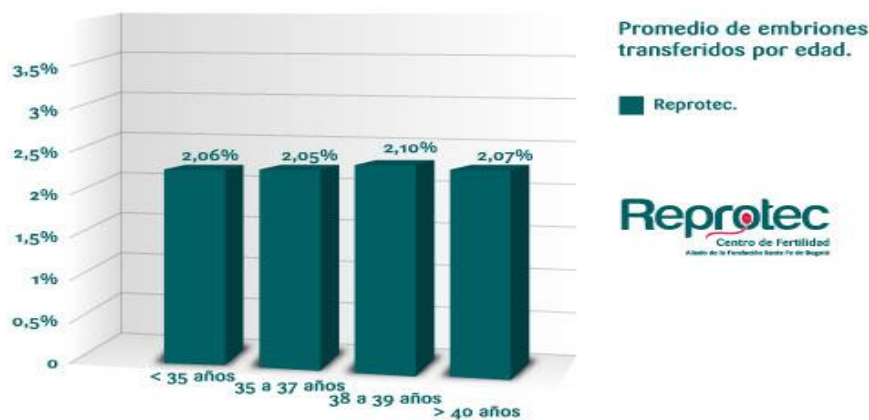
### Tasa de embarazo múltiple ICSI/FIV

En estos casos es prioridad la salud de la madre y del bebé, por ésta razón se analiza cada caso de manera personalizada para definir cuantos embriones transferir al útero de la futura madre...



### Promedio de embriones transferidos por edad

Lo que hacen la mayoría de centros de fertilización es disminuir el número de embriones transferidos, disminuyendo riesgos para los pacientes sin afectar las tasas de embarazo. Actualmente el 44% de las mujeres que realiza una FIV (Fertilización In-Vitro) en América Latina recibe una transferencia de 3 o más embriones, lo cual incrementa sus riesgos sin mejorar los resultados



#### 🚦 Centro de Reproducción asistida NACER:

Este Centro de Fertilización, fue creado en 1995 como respuesta a una necesidad de la población Santandereana, ya que les resultaba muy dispendioso tener que desplazarse a otras ciudades, principalmente a Bogotá, para dar solución a sus problemas de Fertilidad. En los 14 años que lleva de funcionamiento se ha ido mejorando la infraestructura y la tecnología, con el fin de brindarle un resultado óptimo a las personas que van en busca de los servicios, y las tasas de embarazos exitosos compiten con los estándares de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.



Los servicios que presta este centro son los siguientes:

- Evaluación de la pareja con infertilidad
- Inseminación Homóloga
- Inseminación Heteróloga
- Fecundación In vitro
- Inseminación mediante ovocitos que pueden llevarse a cabo mediante FIV o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)
- Fertilización In vitro o ICSI con semen de donante.
- Fertilización In vitro o ICSI con ovulo donado.

Como podemos deducir, los centros de reproducción humana asistida en Colombia dan solución a algunos problemas de infertilidad, y ofrecen variedad de técnicas y procedimientos para lograr el embarazo en personas que no pueden procrear de forma natural, esto con ayuda de personal médico, científico especializado y de alta calidad, sin embargo no se cuenta con una regulación legal donde se especifique cual es el ente de vigilancia que supervise el normal funcionamiento de este tipo de procedimientos médicos.

## **6. PROYECTOS DE LEY PRESENTADOS EN COLOMBIA**

Tres de los proyectos más importantes que se han presentado ante el Congreso de la Republica sobre el tema de la reproducción Humana asistida son los siguientes:

- Proyecto de Ley 46 de 2003 presentando por Germán Vargas Lleras presidente del Senado, por el cual se regula el contrato de las técnicas de reproducción humana asistida, cuya finalidad es la intervención médica ante

la esterilidad humana facilitando la procreación cuando ya se hayan agotado otros tratamientos y estos no hayan dado el resultado esperado.

- Proyecto de Ley 196 de 2008, presentado por Mauricio Parody Díaz, representante a la Cámara del departamento de Antioquia, por medio del cual se reglamenta la práctica de gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida en todo el territorio nacional.
- Proyecto de Ley 148 de 2011 presentada por Elías Raad Hernández, representante a la Cámara, el cual tiene como objeto la regulación embrionaria en la práctica de estas técnicas, con el propósito de evitar la generación de embriones sobrantes de esta técnica, y la dignidad del ser humano en sus primeras fases de desarrollo; el destino de los embriones no transferidos y la prohibición de la clonación con fines reproductivos.

Como ya se hizo alusión en la parte introductoria de este trabajo, la aparición de las técnicas de reproducción humana asistida en la década de los 70, supuso la apertura de nuevas posibilidades de solución del problema de la esterilidad para un amplio número de parejas afectadas por esta patología, la incursión y utilidad de estos procedimientos hicieron que los países de nuestro entorno tomaran conciencia de la necesidad de abordar su regulación.

Por consiguiente al tratarse de un tema que cuenta con tanta sensibilidad social y moral, los proyectos que han sido presentados, se han visto revestidos de diversidad de polémicas, que han impedido la aprobación de los mismos.

El trasfondo de esta situación radica en que el pensamiento conservador que envuelve a nuestra sociedad está muy arraigado en temas de moral, ética y religión, que han precedido a que las autoridades competentes para aprobar este tipo de asuntos se vean persuadidas por la opinión de varios sectores que influyen en la toma de una decisión, entre ellos está; La Iglesia, los partidos políticos y los medios de comunicación entre otros.

Este no es el único tema que ha sido estigmatizado por el Congreso, ya que hemos visto en repetidas ocasiones que en asuntos que conciernen al ámbito sexual de las personas, se encuentran inmersos en muchos prejuicios y tabúes que impiden que se le dé curso a una regulación merecedora de atención por parte del ente legislativo.

De tal manera vemos la necesidad de que el órgano legislativo preste mayor importancia a la regulación de este tipo de procedimientos de forma pronta y eficaz sin dejar vacíos que conlleven a que las personas practiquen este tipo de técnicas sin reglamentación alguna y que se preste para que menoscaben o pongan en peligro su integridad, dado que como lo vemos en la actualidad son muchas las parejas que acuden a centros de fertilización que no están aprobados y que no cuentan con una infraestructura para llevar a cabo este tipo de procedimientos médicos.

Sin dejar de lado que una de las modalidades de reproducción humana asistida que tampoco cuenta con el respaldo legislativo en nuestro país es el tema de la maternidad subrogada, donde existen lagunas que menoscaban los derechos de la madre gestante y de la madre con la cual se hace el convenio, siendo evidente la incertidumbre dado que este tipo de contrato se hace de forma clandestina, por consiguiente y viendo los vacíos jurídicos existentes, a nuestro parecer debería de estipularse una regulación al respecto en la cual se establezcan los derechos y obligaciones de cada una de las partes, el lugar en donde se pueda practicar este tipo de procedimientos, los términos del mismo, y ante todo donde prime el consentimiento informado para llevar a cabo esta técnica.

## **7. LEGISLACIÓN COMPARADA**

### **ASPECTOS LEGALES SOBRE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HUMANA**

Uno de los países en donde primero surgió la regulación legal en lo concerniente a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida fue en España en el año 1988, por medio de la ley 35 de este mismo año, donde se establece el procedimiento de técnicas como la inseminación Artificial (IA), la Transferencia Intratubarica de Gametos (TIG) y la Transferencia de embriones (TE). La Ley de Reproducción Humana se empezó aplicar desde este entonces, para ese momento había un desconocimiento de los aspectos científicos que se ha ido esclareciendo con el transcurso del tiempo. Esto hace que ciertas afirmaciones de esta normativa carezcan en la actualidad de rigor científico.

Adicional a esta ley España implemento el Real Decreto 63 del 95 donde se establece que el Sistema Nacional de Salud debe de brindar atención especializada a tratamientos y procedimientos de técnicas de infertilidad, cumpliendo con responsabilidades sanitarias, y en lo referente a las prestaciones.

A continuación haremos un breve listado de la legislación Española y los diversos temas que regula cada una de ellas en lo referente a la Técnicas de Reproducción Humana Asistida:

**Ley 35 de 1988**, del 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida Humana.

**Ley 42 de 1988**, de 28 de diciembre (B.O.E. nº 314, de 31 de Diciembre de 1988) en esta se hace referencia al tema de Embriones: donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos.

**Real Decreto 412 de 1996**, del 01 de Marzo. Este decreto instituye cuales son los protocolos obligatorios de estudio de los donantes e individuos relacionados con las técnicas de Reproducción Humana Asistida, de igual forma regula el origen y la organización del Registro Nacional de donantes de gametos y pre embriones con fines de Reproducción Humana.

**Real Decreto 413 de 1996**, del 01 Marzo. Dispone cuales son los requisitos técnicos y funcionales exactos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios que tengan que ver con las técnicas de reproducción humana

**Real Decreto 415 de 1997**, del 21 Marzo. Nos habla de la creación de la comisión nacional de reproducción humana asistida.

**Orden del 25 de marzo de 1996**. Establece cuales son las normas del Registro Nacional de Donantes de pre embriones y gametos.

**Decreto 123 de 1991** del 21 de mayo nos indica que se requiere de la autorización administrativa de centros y servicios que realicen Técnicas de Reproducción Asistida en Cataluña

**Orden 2541 de 1997**, del 22 de Diciembre de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales por la que se establece que es necesaria la autorización-homologación de los centros y servicios sanitarios que tengan que ver con las técnicas de reproducción humana asistida en la Comunidad de Madrid.

**Decreto 22 de 1991**, del 9 de mayo sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en la Región de Murcia.

**Decreto 396 de 1994**, del 11 de octubre, referente a autorizaciones de apertura, funcionamiento y modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios en el País Vasco.

**Real Decreto 415 de 1997** del 21 de marzo de 1997 surge, la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, iniciando sus labores de funcionamiento el día 11 de noviembre de ese mismo año.

**TABLA 1: CENTROS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN ESPAÑA**  
**CENTROS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN ESPAÑA**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	<b>CENTROS PÚBLICOS</b>	<b>CENTROS PRIVADOS</b>
<b>ANDALUCIA</b>	<b>5</b>	<b>18</b>
<b>ARAGÓN</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
<b>ASTURIAS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>BALEARES</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>CANTABRIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>CASTILLA-LA MANCHA</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>CASTILLA-LEÓN</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>CATALUÑA</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>EXTREMADURA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>GALICIA</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>MADRID</b>	<b>7</b>	<b>19</b>
<b>MURCIA</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>NAVARRA</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>PAÍS VASCO</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>LA RIOJA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>CEUTA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>MELILLA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>115</b>

*Fuente: Centros de Reproducción Humana Asistida en España. Ministerio de Sanidad y Consumo.  
Septiembre de 2000.*

**TABLA No 2: CENTROS ACREDITADOS PARA FIV**

<b>COMUNIDAD</b>	<b>CENTROS PÚBLICOS</b>	<b>CENTROS PRIVADOS</b>
------------------	-------------------------	-------------------------

<b>AUTÓNOMA</b>		
<b>ANDALUCÍA</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>ARAGÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>ASTURIAS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>BALEARES</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>CANTABRIA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CASTILLA-LA MANCHA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CASTILLA-LEÓN</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>CATALUÑA</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>EXTREMADURA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>GALICIA</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>MADRID</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
<b>MURCIA</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>NAVARRA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>



<b>PAÍS VASCO</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>LA RIOJA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>CEUTA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>70</b>

*Fuente: Centros de Reproducción Humana Asistida en España. Ministerio de Sanidad y Consumo.*

Septiembre de 2000.

## **COSTA RICA**

Ha sido uno de los países que más polémica ha generado dado que no se ha regulado la fecundación in vitro, el Ministerio de Salud Costarricense presento en el año 1995 el decreto ejecutivo 24029-S1al cual denominó ‘Fertilización in vitro y transferencia de embriones con este decreto se dio aprobación a la reproducción homologa asistida entre cónyuges, siempre y cuando se cumplieran ciertos requisitos uno de ellos era que las partes tuviese como última alternativa este método para conseguir un embarazo y que teniendo como opción “la adopción” la hayan rechazado, de igual forma permitía la reproducción asistida heteróloga con la obligación de cumplir con los requisitos para acceder a esta técnica. Por su parte la OPS argumenta que no están de acuerdo con la práctica de este tipo de técnicas ya que estas van en contra de los derechos humanos y reproductivos.

El decreto ejecutivo 24029-S1 titulado “Fertilización in vitro y transferencia de embriones’ (Bustos, 2007), fue declarado inconstitucional por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica por medio de la sentencia del 15 de marzo de 2002, con el voto disidente de dos magistrados, y su argumento se fundamentó en que la técnica in vitro, que admite la fecundación fuera del cuerpo de la madre, no está permitida en el país desde el año 2000 y que afronta una férrea oposición de parte de entidades religiosas y políticas.

En el 2011 más exactamente en el mes junio, se le venció el plazo dado a Costa Rica por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, dado que el Congreso no aprobó el proyecto de ley sobre la fecundación in vitro, y lo que hizo fue archivarlo, lo cual dio como resultado a que le interpusieran una demanda internacional por el incumplimiento al no legislar sobre el tema en cuestión.

Hoy en día, el país responde a una demanda por la CIDH, ante la negativa de legalizar la fecundación in vitro en el país.

Fuente. Revista electrónica [www.revenf.ucr.ac.cr](http://www.revenf.ucr.ac.cr)

“Regulaciones y disposiciones vigentes en algunos países, así como las recomendaciones de comités y organismos internacionales respecta a la utilización de las técnicas actuales. Estos son:

1. El acceso a éstas técnicas debe estar limitado a parejas heterosexuales casadas legalmente, o que mantengan una unión estable.
2. Las instituciones y el personal médico que ofrecen estos servicios deben estar sujetos a supervisión y regulación sanitaria

La paternidad y la maternidad deben estar determinadas por leyes que rijan para todos los nacimientos logrados mediante estas técnicas.

3. Las historias clínicas y la información deben conservarse con carácter confidencial.
4. La vida embrionaria in vitro debe estar limitada a 14 días.
5. El almacenamiento de gametos y embriones debe estar limitado en tiempo.
6. La implantación y/o la inseminación postmortem debe estar prohibida.
7. Las agencias o intermediarios para la subrogación deben estar prohibidas.
8. Previamente debe obtenerse el consentimiento de los participantes.
9. Las tecnologías reproductivas deben estar libres de comercialización.
10. No debe haber selección del sexo, excepto en caso de enfermedades hereditarias ligadas al sexo, ni tampoco selección eugenésica.
11. Prohibición absoluta de la manipulación genética por técnicas extremas de ingeniería genética (clonaje, creación de quimeras partenogénesis, fertilización entre especies y otras)". Más, J., González, J., Cobas, M., González, P., Pérez, A. (2007) Aspectos éticos y legales de la reproducción asistida.

## **8. PROYECTO DE LEY No 613 SENADO DE 2013**

**“Por medio de la cual se reglamenta todo lo concerniente a las técnicas de reproducción asistida y otras disposiciones”**

**El Congreso de la República de Colombia DECRETA:**

### **CAPÍTULO I Disposiciones generales**

Artículo 1. **Objeto de la ley.** La presente Ley tiene por objeto reglamentar todo lo concerniente a las técnicas de reproducción asistida. Establece los principios y reglas a los que debe de estar sujeto este tipo de procedimientos, a partir del cual se regulan los beneficios en salud, y administración de la prestación de los servicios, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de los Centros de fertilización en técnicas de reproducción humana asistida, para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 2. **Ámbito de la Ley.** La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio en los centros autorizados de reproducción humana asistida, y los roles de los actores involucrados.

Artículo 3. **Objetivo Y Finalidad.** El objetivo de la presente ley es lograr es brindarle a aquellas personas que han tenido dificultades para procrear por medio natural una solución por medio de la práctica de procedimientos de reproducción asistida.

## **CÁPITULO II**

### **PRINCIPIOS RECTORES**

Artículo 4. Todos los contratos que se suscriban las personas naturales con los centros de fertilización autorizados para la práctica de procedimientos de reproducción humana asistida d, se regirán bajo los principios rectores de buena fe, información, confidencialidad, solemnidad y transparencia.

## **CÁPITULO III**

## Contrato de Reproducción Humana Asistida

Artículo 5. El contrato de reproducción humana asistida, es un contrato bilateral, en el que una de las partes que se denominará Centro Autorizado de Reproducción Humana Asistida, se obligará a prestar sus servicios a los pacientes que acudan a éste con problemas de fertilidad, suministrando el servicio requerido sea donación de gametos y embriones, y por otra parte el paciente a quien en este caso denominaremos contratante se obligará a pagar por los servicios recibidos.

Artículo 6. Requisitos del Contrato. La práctica las técnicas de reproducción humana asistida se podrán llevar acabo únicamente cuando se cumplan a cabalidad las prerrogativas establecidas en el presente artículo:

- a. Cuando la pareja, nos referimos a **un hombre y una mujer**, den su consentimiento libre de vicios para celebrar el contrato que rige la presente ley.
- b. Cuando existan probabilidades de éxito, y el procedimiento no ponga en riesgo la salud de la mujer o la de su descendencia.
- c. En el caso de que sean mujeres mayores edad que cuenten con plena capacidad física y psíquica, y haya aceptado de forma libre y voluntaria las condiciones que se le han de informar por medio escrito.
- d. Cuando a los pacientes se les haya información a cabalidad sobre todos los aspectos que regulan el presente contrato esto es; sobre los aspectos jurídicos, éticos, médicos, económicos, estas responsabilidades están a cargo del equipo de médicos profesionales y de las directivas de los centros autorizados donde se practiquen estas técnicas de fertilización.

Artículo 7. Mujeres que pueden ser receptoras en técnicas de reproducción humana asistida.

1. Tener plena capacidad tanto física como psíquica
2. Ser mayor de 18 años y menor de 50.
3. Dar el consentimiento libre de vicios de manera verbal y escrita
4. Haber recibido toda la información pertinente que tenga relación con la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, las ventajas y desventajas, los riesgos para su salud y los que posiblemente se generen a su descendencia.
5. La mujer receptora podrá pedir que el procedimiento se detenga siempre que su salud esté en riesgo y la petición se realice antes de la transferencia del embrión al útero.

Artículo 8. Consentimiento de los Pacientes. Cualquier tipo de procedimiento de reproducción humana asistida únicamente se prestará y podrá ser solicitado por personas heterosexuales, el centro de fertilización le brindará al usuario la solicitud que debe de llenar, donde constan los derechos, obligaciones, requisitos, riesgos del procedimiento y otras disposiciones, previo a la aceptación se dejará constancia que el usuario firma el documento de forma libre y voluntaria, una vez se haya leído y haya tenido claridad sobre todo lo relacionado a las técnicas de fertilización, el cónyuge o compañero permanente que está haciendo la solicitud será tenido como padre del hijo que se concebirá por medio de estas técnicas.

Artículo 9. Filiación y Privacidad del Documento suscrito. La filiación del hijo nacido por la práctica de estos procedimientos de fertilización, se registrará por la presente ley, y los siguientes parámetros:

- a. En la inscripción del Registro civil del menor se omitirá toda información que dé a conocer que el menor fue concebido por medio de estas técnicas de reproducción.

- b. Por ningún motivos los pacientes que recurrieron a la práctica de estos procedimientos podrá impugnar la filiación del hijo que fue resultado de este procedimiento
- c. La filiación del hijo nacido como resultado de estas técnicas de fertilización está determinada por el parto natural o cesárea.
- d. El documento que suscribe las partes tendrá reserva de 10 años, y solo podrá ser solicitado por las partes que aparecen en el mismo con fines judiciales, para lo cual se debe de aportar ante el centro de fertilización la con autorización del ente judicial correspondiente.

Artículo 10. Reglas y procedimientos para los centros de fertilización autorizados.

Los centros autorizados para dar aplicación a las técnicas de reproducción humana asistida se registrarán bajo los siguientes parámetros:

- a. Los centros autorizados para llevar a cabo la práctica de las técnicas de reproducción humana asistido y su equipo médico se harán responsables hasta de culpa leve de cualquier intervención que conlleve al menoscabo en la salud de la mujer receptora por un mal procedimiento.
- b. El equipo médico de estos centros de fertilización debe de obtener, constatar los exámenes que se le practiquen a la mujer receptora cuenten con los resultados aptos para poder dar aplicación a estas técnicas.

Artículo 11. Conservación de Gametos. El Senén únicamente se crio-conservación en los bancos que cuenten con el aval del ministerio de Protección Social.

Artículo 12. Finalidad del Pre embrión. Cualquier intervención que se derive de la utilización del pre embrión in vitro será hara solamente con fines de investigación sea para diagnosticar enfermedades degenerativas.

Artículo 13. Aspectos jurídicos de instituciones y servicios de reproducción asistida. Todos los centros de fertilización que preste los servicios de técnicas de reproducción humana asistida y los que se deriven de estos tales como recepción, conservación, y distribución de material biológico se regirá por la presente ley

Artículo 14. Responsabilidad Médica. Cualquier intervención que implique un procedimiento de reproducción humana asistida, debe de contar con la experiencia de un equipo de médicos especializados en la materia, quienes tendrán la responsabilidad directa según lo establecido en la presente ley.

Artículo 15. Historial Clínico. Las instituciones que presten el servicio de técnicas de reproducción asistida tendrán la obligación de exigir al equipo de médicos que labore en la entidad las historias clínicas de sus pacientes actualizadas, dicha información debe de guardarse sigilosamente ya que en esta debe constar los datos de los donantes, de los pacientes que hicieron la solicitud, los consentimientos informados y firmados para haber dado aplicación a dichas técnicas de reproducción asistida.

## **CAPITULO IV**

### **Contrato de Donación**

Artículo 16. Definición Es un contrato por medio del cual una persona denominada donante se obliga a donar gametos o pre embriones, para fines de procreación a través de técnicas de reproducción humana asistida, y quien recibirá este material biológico será el centro autorizado de fertilidad con la misma finalidad.

Artículo 17. Características del contrato:



- a. La donación será anónima, la información del donante será guardada sigilosamente. En el banco respectivo, y en el registro nacional de donantes.
- b. El donante será informado de la finalidad que se pretende con la donación de gametos o pre embriones.
- c. Únicamente cuando se presente grave peligro en la vida del hijo concebido por este método se revelará los datos del donante, esto no tendrá efecto alguno en la filiación del niño.
- d. Por ningún motivo o circunstancia el donante podrá reclamar derecho en la filiación del hijo concebido por medio de la aplicación de esta técnica.
- e. El donante debe ser mayor de edad, tener capacidad física y mental, el centro autorizado debe de practicarle un estudio exhaustivo para saber si su estado de salud se ajusta a los requerimientos médicos de este tipo de prácticas, y donde se descarte que padezca alguna enfermedad degenerativa que ponga en riesgo a la madre receptora o al hijo que está concebirá.

### **Contrato de alquiler de útero**

Artículo 18: El contrato de alquiler de útero será permitido y se regulara por los siguientes parámetros.

Obligaciones y Derechos de las Partes:

- a) Consentimiento Informado acerca de las consecuencias del procedimiento. Debe de informarse a las partes que quien alquile su vientre quién es contratada por medio del centro de reproducción asistida lo hace de forma

voluntaria, y consiente y cuenta con plenas capacidades físicas y mentales para tomar decisiones respecto a este tipo de contratos.

- b) La madre receptora tendrá la obligación de acudir a controles médicos prenatales, y los demás que se requieran durante el curso del embarazo.
- c) La madre que presta su vientre tendrá la obligación de permanecer en un mismo domicilio mientras transcurra el embarazo para garantizar el cumplimiento del contrato, lo cual es la entrega del menor a los padres ante en centro de fertilización en el cual hicieron el acuerdo
- d) Que la(s) partes que pagan por el servicio prestado una vez firmen el contrato no se podrán retractar
- e) La madre receptora para este tipo de procedimientos estará en la obligación de entregar al menor una vez culmine el embarazo, y se compromete a no iniciar ninguna acción legal para reclamar derechos personales o patrimoniales sobre el niño que lleva en su vientre.
- f) Los padres que contratan se comprometen a recibir al menor una vez culmine el embarazo, a pagar al centro autorizado de fertilización asistida por los servicios suministrados, adicional a ello tendrán la obligación de asistir económicamente a la madre que alquile el vientre en todo lo que genere un lucro económico, en razón del embarazo y parto con el cual se contrató.

## **CAPITULO V**

### **Régimen Disciplinario y Sancionatorio**

Artículo 19. Son infracciones.

- a) El ocultar información, datos, consentimiento y todo lo referente a aspectos que impliquen autorización por parte del centro de fertilización a quienes intervienen el procedimiento.
- b) El no cumplir con los requisitos establecidos en los centros autorizados de fertilidad.
- c) El no acatar la presente ley sus disposiciones por parte del equipo médico del centro autorizado en la aplicación de los métodos de procreación asistida.
- d) Queda prohibido mezclar material biológico de distintos donantes (semen, óvulos).
- e) No está permitida la manipulación genética con fines no terapéuticos o que contradigan lo establecido en la presente ley.

Artículo 20. Sanciones de carácter administrativo. Sin contravención a las acciones penales que se establecen en el capítulo VI de la presente ley, los centros de fertilización que no cumplan a cabalidad con las acciones u omisiones acarrearán con las siguientes sanciones administrativas:

- 1. Multas de 4 a 7 Salarios mínimos legales vigentes.
- 2. Suspensión y cierre del establecimiento médico de fertilización hasta por 7 años.
- 3. Clausura definitiva del centro de procreación autorizado.

Estas sanciones serán aplicadas por el poder ejecutivo por solicitud del Ministerio de Protección Social.

## **CAPITULO VI**

### **Delitos Penales**

Artículo 21. Delito de publicar información confidencial. El que revele, publique, exponga, cualquier información que contenga datos del donante, con violación a lo establecido en la presente ley incurrirá en prisión de (2) a (5) años.

Artículo 22. Delito de alteración de material genético. El que con finalidad diferente a la establecida en el artículo 12 de la presente ley, realice, ejecute cualquier otro procedimiento con material biológico encaminado a la procreación que cuyo resultado sea la transformación de la especie humana, será privado de su libertad en establecimiento carcelario y tendrá una pena de (3) años a (6) años de prisión.

## **CAPITULO VII**

### **Disposiciones Finales**

Artículo 23. El Gobierno mediante decreto y en el término de un (1) año, contado a partir de la presente ley establecerá;

- a. Las autorizaciones y permisos para que los centros de fertilización de técnicas de reproducción asistida puedan prestar sus servicios.
- b. Los protocolos de salubridad, seguridad, información de donantes y de los pacientes que soliciten el servicio.
- c. Los protocolos de estudios rigurosos y exhaustivos de la pareja que requiere dar aplicación a dichas técnicas, y de los donantes.
- d. El diagnóstico médico donde conste si existe(n) el listado de enfermedades hereditarias o genéticas que pueden llevar a prevenirse o tratarse en el transcurso de la intervención del método de fertilización.

La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación, y deroga las disposiciones que sean contrarias en la materia.

**Ángela Paola Pineda Arévalo**

*Senadora de la República*

### **Exposición de Motivos**

En nuestro país es necesario legislar sobre las técnicas de reproducción humana asistida debido a que son métodos donde están presentes aspectos importantes de la salud reproductiva, es por ello que lo que nos ocupa en este caso es el alto porcentaje de personas que tienen problemas de esterilidad, y que tienen el anhelo de ser padres, y han visto frustrada esta posibilidad al no poder concebir naturalmente, por otro lado tenemos a quienes acuden a centros de fertilización no autorizados y que no cuentan con estándares de calidad ni con los profesionales especializados para realizar este tipo de procedimientos de forma ética.

Con este proyecto buscamos impulsar otros métodos de procreación, que brinden seguridad jurídica a las personas que deseen practicarlos, y garantizar de forma óptima que la salud de la madre receptora y del hijo que está por nacer no se vea perjudicada y que no desencadene factores de riesgo (degenerativos).

Por otra parte es importante que vayamos a la vanguardia de la tecnología y de la ciencia en este campo de aplicación, considerando que Colombia desde los años 90 ha incursionado en varias de estas técnicas pero sin ningún tipo de reglamentación ni control legal, en comparación de países como; España, Nicaragua, Argentina entre otros, que ya tienen una normatividad establecida y protegen los derechos de las personas que acuden a estos procedimientos.

Lamentablemente es una realidad que este tipo de procedimientos se estén llevando a cabo en centros clandestinos, a quienes no se les aplica ningún tipo de

sanción, y que por ende colocan en riesgo la salud de las personas que son intervenidas, haciendo un manejo inadecuado del material biológico.

Por lo expuesto anteriormente es necesario que en nuestro país se legisle sobre el tema de reproducción humana asistida de manera inmediata.

ARÉVALO

ÁNGELA PAOLA PINEDA

Senadora de la República.

**SENADO DE LA REPÚBLICA**  
**SECRETARIA GENERAL**

**TRÁMITACIÓN DE LEYES**

Bogotá DC junio 30 de 2013,

Señor Presidente de la República:

Con el fin de que proceda a dar trámite de reparto del proyecto de Ley número 613 de 2013 Senado. Por medio de la cual se reglamenta todo lo concerniente a las técnicas de reproducción asistida y otras disposiciones, coloco a su disposición el expediente de la mencionada que fue presentada el día de hoy en la Secretaria General, la materia a que hace alusión el tan mencionado proyecto de Ley es de competencia de la comisión sexta constitucional permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de la ley.

La Secretaria del Senado de La República de Colombia,

Ángela Arévalo Vargas.

**PRESIDENCIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

Bogotá DC, Junio 30 de 2013

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Sexta Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta nacional, con el fin de que sea publicado en la **Gaceta del Congreso.**

Cumplase,

La Presidente del Senado de la República

Paola Pineda Rubiano.

La Secretaria del Senado de La República de Colombia,

Ángela Arévalo Vargas.



## 9. CONCLUSIONES

Gracias al avance científico en Colombia las personas con esterilidad pueden acudir a la práctica de este tipo de procedimientos entre ellas encontramos; la inseminación artificial homóloga y heteróloga, la congelación de óvulos, la maternidad subrogada, la fecundación in vitro homóloga y heteróloga siendo el medio de llevar a cabo el deseo de muchas familias a tener sus hijos por un método diferente al natural.

Actualmente en nuestro país existe una reglamentación muy escasa sobre las técnicas de reproducción humana asistida que se limitan a regular aspectos muy superficiales de cada uno de estos métodos, pero que no profundizan en temas de gran envergadura, puesto que la legislación en estos temas es bastante precaria, se hace indispensable establecer una reglamentación inmediata por parte del Congreso de la República, donde quede inmerso todo lo que a este tipo de procedimientos se refiere, indicando la forma de resolver los conflictos que se puedan suscitar por la práctica de este tipo de métodos.

En síntesis el legislador debe encaminar su tarea en llenar los vacíos jurídicos que se presentan en materia de Reproducción humana asistida, puesto que es de gran relevancia que las leyes estén a la vanguardia con los adelantos médicos y científicos, ya que lo que podemos vislumbrar es que los adelantos científicos le llevan mar luz a la normativa jurídica en temas de esta índole.

## 10. GLOSARIO

**ESTERILIDAD:** Se considera estéril a la pareja que no consigue embarazo tras uno o dos años de coitos normales sin métodos anticonceptivos. En la actualidad, en los países industrializados, se observa un aumento en la demanda de los servicios médicos para el estudio y tratamiento de la esterilidad. En España se ha estimado una demanda de una pareja por año y por cada 1.000 habitantes. En cuanto a su etiología, ésta puede ser de origen femenino, masculino, mixto o de origen desconocido.

**DONACIÓN DE EMBRIONES:** transferencia de embriones resultantes de gametos (Espermatozoides y ovocitos) que no se originaron de la receptora y su pareja.

**ESTIMULACIÓN OVÁRICA (EO):** Administración de fármacos, como citrato de clomífero o gonadotrofinas, con el objetivo de inducir la ovulación o promover una superovulación para la recuperación de más de un ovocito durante el ciclo.

**FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV).** Los ovocitos recuperados son inseminados en laboratorio con semen de la pareja (fresco o congelado) o de donante (congelado). Tras la fertilización, el embrión es transferido al cuerpo uterino o a la trompa de Falopio.

**FECUNDACIÓN:** penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto.

**FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV):** Técnica de Reproducción Asistida (TRA) que involucra fecundación extracorpórea.

**FECUNDACIÓN:** penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto.

**INSEMINACIÓN INTRAUTERINA (IIU):** El semen capacitado es depositado en la cavidad uterina.

**IMPLANTACIÓN:** La unión y subsecuente penetración del blastocito libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación.

**INFERTILIDAD:** Se refiere a la incapacidad para tener un hijo vivo, enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.

**INYECCIÓN INTROCIOTOPASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI):** Un espermatozoide único es inyectado directamente dentro del ovocito.

**NACIDO VIVO:** feto con signos de vida después de 20 semanas de gestación.

**REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (RMA):** reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o un donante.

**TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA):** todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia Intratubarica de gametos, la transferencia

Intratubarica de cigotos, la transferencia Intratubarica de embriones, la crio preservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante

**TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (TE):** procedimiento mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.

**TRANSFERENCIA INTRATUBARICA DE GAMETOS:** un procedimiento de TRA en el cual ambos gametos (ovocitos y espermatozoides), son transferidos a la trompa de Falopio.

.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

Escobar, I. (2007) Derecho a la reproducción humana (inseminación y fecundación in vitro). Cuestiones Constitucionales. *Revista mexicana de derecho constitucional. UNAM. 2007; 16 (1), 137-58.*

García Diego, Procreación humana asistida, aspectos técnicos, éticos y legales –. Ed. Gafo. Madrid 1988

Pinzón Pinzón Pedro Hugo. La Filiación frente a la inseminación Artificial. Bogotá 1988

Guzmán Fernando, De la Responsabilidad Civil Médssica, Ed. Rosaristas, 1995. pág. 14

Valencia Arturo, Derecho Civil. Derecho de Familia. Ed. Temis. Edición sexta Bogotá 1988.

Juan Pablo II. (1995) Carta encíclica *Evangelium Vitae* de 25 de marzo de 1995. *Acta Apostolicae Sedis; 87, 401-522.*

La Gaceta. (2003) Decreto Ejecutivo n.31078. Imprenta Nacional; mar 27, (61). San José.

Óscar Monje Balmaseda- Francisco Lledó Yagüe. Comentarios científico-jurídicos a la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida.

## **Normas.**

*Constitución Política de Colombia*

*Código Civil Colombiano*

*Código Penal Colombiano*

*Ley 57 de 1887*

*Ley 153 de 1887*

*Ley 45 de 1936*

*Ley 75 de 1968*

*Ley 29 de 1982*

*Ley 1098 de 2006*

## **Legislación.**

Proyecto de Ley 148 de 2011

Proyecto de Ley 46 de 2003

## **Jurisprudencia**

Sentencia T 968 de 2009, M.P. María Victoria Calle Correa. Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, 18 de Diciembre de 2009

Sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia Ref: 11001-3110-002-2006-00537-01.. M.P Dr. ARTURO SOLARTE RODRIGUEZ 28 de febrero de 2013.

Sentencia No 6188 M.P Dr. Jorge Ballesteros, Sala de Casación Civil y Agraria. Marzo 10 de 2009.

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, Sala de Familia. Agosto 2 de 1994.

## **Web Sites**

<http://190.24.134.121/webcsj/Documentos/Novedades/Archivo/Civil/S-%2028-02-2013%201100131100022006-00537-01.pdf>

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/cconst/cont/16/ard/ard5.htm>

<http://alquilervientres.blogspot.com/2010/05/maternidad-subrogada-o-alquiler-de.html>

[http://www.guiavital.com/ver\\_articulos.php?id=203&ide=13&idc=0](http://www.guiavital.com/ver_articulos.php?id=203&ide=13&idc=0)

[http://www.samer.org.ar/docs/codigo\\_de\\_etica\\_de\\_reproduccion.pdf](http://www.samer.org.ar/docs/codigo_de_etica_de_reproduccion.pdf)

<http://www.inseminacion-artificial.com/inseminacion-artificial-en-colombia.html>

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/2940286507\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/2940286507_spa.pdf)

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n2/a09v70n2.pdf>

[www.revenf.ucr.ac.cr](http://www.revenf.ucr.ac.cr)

<http://www.lafm.com.co/noticias/corte-advierte-problemas-de-133481>