

RAE

1. TIPO DE DOCUMENTO: Trabajo de grado para optar por el título de Abogada.

2. TÍTULO: El deber de información en procedimientos médicos de tubectomía bilateral en Colombia:

3. AUTOR(ES): Stephany Quintero Valderrama & Laura Fernanda Malagón Navarro

4. LUGAR: Bogotá D.C

5. FECHA: Noviembre 2017

PALABRAS CLAVES: Consentimiento informado, deber de información, derechos humanos, técnica Pomeroy.

6. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: Esta investigación surge a partir del precedente jurisprudencial del Consejo de Estado acerca de la esterilización no consentida realizada a una mujer después de practicarle una cesárea, a quien también se le realizó el procedimiento médico de tubectomía bilateral técnica Pomeroy.

7. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Se recopiló la doctrina y jurisprudencia nacional y foránea relacionada con los derechos de la mujer gestante en Colombia.

8. METODOLOGÍA: la hermenéutica analógica, definida por el filósofo Mauricio Beuchot como la ampliación en el margen de interpretaciones sin que los límites se dejen de lado, abriendo la verdad textual y sin que deje de existir jerarquía de aproximaciones a una verdad delimitada o próxima a delimitarse.

9. CONCLUSIONES: El daño causado a la mujer tanto físico como emocional es impresionante, pues la pérdida de un hijo puede ser reemplazable con los años, si fuera el caso, pero la imposibilidad de tener un hijo es irreparable; por ende, el daño es impactante e inmensurable, desde cualquier óptica que se mire. Por otro lado, aun cuando existen otros métodos para la creación de una familia, tales como la adopción, nunca nada se podrá comparar con la dicha y a la vez el experimentar los sufrimientos que solo una madre puede sentir al ver nacer de su propio vientre a un hijo.

El deber de información en procedimientos médicos de tubectomía bilateral en Colombia: una visión desde los derechos humanos de la mujer gestante *

Laura Fernanda Malagón Navarro **

Stephany Quintero Valderrama ***

Resumen

Esta investigación surge a partir del precedente jurisprudencial del Consejo de Estado acerca de la esterilización no consentida realizada a una mujer después de practicarle una cesárea, a quien también se le realizó el procedimiento médico de tubectomía bilateral técnica Pomeroy. En este sentido, se busca establecer los derechos amenazados y vulnerados cuando no existe consentimiento por parte de la mujer de manera previa a la intervención quirúrgica, lo cual constituye una falta grave atribuible al personal médico que omite el deber de transmitir información completa, clara, veraz, oportuna, suficiente, verificable y de la cual no exista duda alguna por parte de la pareja que libre y autónomamente decida poner fin al derecho reproductivo de procreación. Se utilizó como metodología de la investigación la teoría de Mauricio Beuchot sobre hermenéutica analógica, con un enfoque cualitativo.

Palabras clave

Consentimiento informado, deber de información, derechos humanos, técnica Pomeroy.

Abstract

* El presente artículo se deriva del trabajo de grado realizado en el Programa de Derecho de la Universidad de San Buenaventura. Fue dirigido por el doctor José Olmedo López Oliva.

** Estudiante de la Universidad de San Buenaventura, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Bogotá. Correo electrónico: laumalagon95@gmail.com

*** Estudiante de la Universidad de San Buenaventura, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Bogotá. Correo electrónico: stephanyqv@hotmail.com

This investigation arises from the precedent jurisprudence of the Council of State about the unconsented sterilization carried out to a woman, after having performed a C-section in which she underwent the medical procedure of Bilateral technical Tubectomy Pomeroy. What is sought is to establish endangered and infringed rights when there is no consent on the part of the woman prior to surgery, which is a serious fault attributable to medical personnel who omit the duty to transmit information Complete, clear, truthful, timely, sufficient, verifiable and of which there is no doubt on the part of the couple who free and autonomously decide to put an end to reproductive law of procreation.

Keywords: human rights, information duty, informed consent, Pomeroy.

1. Introducción

A lo largo del texto se procurará dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿qué derechos le son vulnerados a la gestante por ausencia del deber de información en procedimientos médicos de tubectomía bilateral en Colombia? En esa medida, cabe mencionar que el deber de información en la relación médico-paciente constituye un elemento esencial, a tal punto que la vulneración de este representa una grave falta médica. La información que debe manifestar el médico al paciente debe ser clara, veraz, oportuna, verificable, suficiente y completa, para que en ningún momento se transgredan sus derechos.

El deber de información con los pacientes dentro de los procedimientos médicos se basa en la libertad personal, principio que va de la mano del derecho a proteger la integridad psicofísica, además de la autodeterminación frente a las decisiones asociadas a la propia salud (Fernández, 2015). Así, al momento de vulnerar el deber de información en procedimientos

de tubectomía bilateral, se vulneran derechos fundamentales de la paciente, al tiempo que se afecta directamente el derecho fundamental a la familia, el derecho de libre desarrollo de la voluntad, el derecho a la igualdad, el derecho a la autonomía de la voluntad y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Por otro lado, con el fin de abarcar a cabalidad el tema propuesto, se recopilará la doctrina y jurisprudencia nacional y foránea relacionada con los derechos de la mujer gestante en Colombia; lo anterior, en función de comprender los mecanismos de protección de los derechos de la gestante a través del consentimiento informado; finalmente, se realizará una propuesta en la que se establezcan unos protocolos de información a la gestante.

2. Metodología

La metodología que se aplicará en esta investigación es la hermenéutica analógica, definida por el filósofo Mauricio Beuchot como la ampliación en el margen de interpretaciones sin que los límites se dejen de lado, abriendo la verdad textual y sin que deje de existir jerarquía de aproximaciones a una verdad delimitada o próxima a delimitarse. Es una tentativa de respuesta entre la hermenéutica de propensión univocista, del positivismo y la hermenéutica errada de línea relativista, posmoderna. La propensión univocista es simbolizada por actitudes científicas, en intentos de una ciencia unificada.

Por otro lado, se da aplicación a un enfoque cualitativo que trata la descripción de las formas de un fenómeno con el fin de comprender una realidad. Intenta estar al tanto con hechos, procesos, estructuras y personas, no mediante la medición de elementos; de esa forma se emplean procedimientos que confieren carácter único a las entrevistas y observaciones.

Como técnica de investigación se utiliza la recopilación de documentos (libros, jurisprudencia, resoluciones, revistas, entre otros).

3. Estado del arte

En este apartado se refieren los antecedentes de la investigación, mediante un rastreo descriptivo, sinóptico y analítico, con el fin de lograr conocimiento crítico y la penetración de comprensión sobre un área o tema puntual. En esa medida, se analizarán los principales doctrinantes que se emplearán en el transcurso de la investigación para construir los antecedentes respectivos del tema:

- *Monsalve Caballero Vladimir*. Abogado con formación doctoral en responsabilidad civil; docente en diversas universidades del país en programas de posgrado; autor de libros en formación del contrato y la responsabilidad precontractual, así como de múltiples artículos publicados en prestigiosas revistas jurídicas nacionales y extranjeras. Ha investigado sobre temas como el deber de información, el consentimiento informado en la medicina, sobre temas de responsabilidad precontractual en áreas del derecho público y privado y responsabilidad civil.
- *Jaime Lombana Villalba*. Abogado egresado de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario y profesor de la cátedra de Derecho Penal en la misma institución desde hace más de veinte años. Desde 1991 es profesor de la cátedra de Derecho Penal General en la Universidad del Rosario; también ha dictado las asignaturas de Criminología, Derecho Médico con énfasis en Responsabilidad, Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas, Derecho Procesal Penal y Derecho Penal Especial.

- *María Casado Gonzales*. Jurista española especializada en bioética, profesora titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Barcelona, directora e investigadora principal del Observatori de Bioètica i Dret de la Universidad de Barcelona y titular de la Cátedra UNESCO de Bioética de la misma universidad. Su línea de investigación preferente analiza la relación entre la bioética y el derecho, especialmente las implicaciones ético-jurídicas de las biotecnologías y la biomedicina.
- *Álvaro Rivera Moreno*. Abogado y médico colombiano, docente de la Universidad Libre; actualmente se desempeña como profesor de la Catedra de Medicina Legal y Criminalística; autor de los libros *Manual práctico de medicina legal para abogados y criminalistas* (2004) y *Como evitar una demanda por mala praxis médica* (2001).

Analizando los anteriores doctrinantes y sus investigaciones, ninguno ha dado una propuesta concreta ni ha estructurado un protocolo que pueda disminuir los casos de responsabilidad médica por vulnerar el deber de información y consentimiento informado de las pacientes gestantes en Colombia.

4. Marco teórico

Por medio del derecho constitucional nace la teoría “neo constitucionalista”; de ahí que el denominador común de muchos autores es avalar, explicar y promover el Estado de derecho constitucional. En línea con lo expuesto por el doctor Luis Rodolfo Vigo (Proyecto Grado Cero AEJ, 2010), existen diferentes versiones de neoconstitucionalismo según algunos autores: unas que tienen como base ideológica a las teorías kantianas constructivistas denominada (neo constitucionalistas no positivistas), otras aplican autores como Ferragoli

(neoconstitucionalismo positivista), que piensa que el Estado de derecho constitucional es un reforzamiento y la culminación del positivismo jurídico.

Están también los neoconstitucionalistas iusnaturalistas, que no remiten a Kant ni al constructivismo, sino a posturas más aristotélicas; afirman que los derechos humanos son apropiaciones, es decir, aquello que le pertenece a cada miembro de la especie humana. Cualquier miembro de la especie humana es titular de una especie de derechos que ni siquiera él puede enajenar, y por supuesto mucho menos la comunidad, la sociedad, la autoridad, etc. Con base en lo anterior, la base teórica de esta investigación es el neoconstitucionalismo iusnaturalista.

5. Doctrina y jurisprudencia nacional y foránea

A continuación, se explicarán y contextualizarán los antecedentes de los derechos de la mujer gestante, historia del consentimiento informado, entre otros.

5.1. Antecedentes de los derechos de la mujer gestante

A través del tiempo, los derechos de la mujer¹ se han consolidado con miras a garantizar la igualdad en todos los aspectos de la vida, hasta el punto de que en la actualidad la mujer tiene especial protección del Estado por ser quien trae vida al mundo y consolida la formación de la familia, núcleo esencial de la sociedad².

¹ La Declaración Universal de Derechos Humanos considera los derechos de las mujeres en dos aspectos: el primero, parte del preámbulo, donde hace referencia a la igualdad de los derechos entre hombres y mujeres; el segundo se refiere a la igualdad de hombres y mujeres en lo pertinente al matrimonio, artículo 16 (Angulo y Luque, 2008).

² Estipula el artículo 42 de la Constitución Política de Colombia: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia”.

A lo largo de la historia, la forma en la que se llevan a cabo los procedimientos de parto ha cambiado gracias a los avances tecnológicos y avances legislativos, dándole a toda mujer la posibilidad de recibir asistimiento del parto en hospitales, incluso de manera gratuita; sin embargo, no siempre funcionó de esa manera. En la Edad Media, la atención al parto era muy distinta según la clase social de la gestante. Asimismo, en este periodo nació el tribunal protomedicato, el cual se encargó de instituir y vigilar profesiones sanitarias. Se encargaba de efectuar exámenes a comadronas, como el primer intento de controlar la formación de dicha figura mencionada anteriormente. Si bien el protomedicato era únicamente para médicos, cirujanos, farmacéuticos —lo que alejaba a las matronas de la mejora a su profesión—, en 1498 los reyes promulgaron un texto legal regulando como un oficio el ejercido por las matronas, y asimismo el requisito de un examen para dedicarse a ello.

Ya en la Edad Moderna, sobre el siglo XVIII, la palabra *matrona* se utilizó para las parteras más cualificadas, afirmándose dicha profesión como una actividad de tipo quirúrgico. El auxilio al parto de las mujeres de la corte fue realizado por los cirujanos (Manrique *et. Al.*, 2014). Lo anterior expone cómo según el estatus social de la gestante se llevaría a cabo el parto: si era una mujer de una clase media baja, el parto lo llevaba a cabo una partera o una matrona; si la gestante tenía cierto estatus alto, el parto era llevado a cabo por un médico cirujano. En el transcurso del siglo XVIII cambia el entorno de la disciplina obstétrica propensa a la fundamentación científica.

Luego, durante el siglo XX, se presentaron diversos cambios en la organización de los estudios de matrona, pues en 1930 se creó el “Estatuto de los colegios oficiales de matronas”³

³ La Asociación Española de Matronas ha recopilado una amplia colección legislativa que abarca documentos referentes a la profesión de matrona desde 1477, con el fin de que se conozca de trasfondo dicha profesión.

con el cual se instauró la colegiación necesaria. Puede decirse entonces que el progreso de las matronas como profesión se ha transformado en la historia, adecuándose a peculiaridades propias de cada tiempo y cultura (Manrique *et. Al.*, 2014, p. 28).

Ahora bien, en la actualidad se puede observar como esa línea de derechos de la mujer gestante ha tenido gran ampliación en el transcurso del tiempo, teniendo acceso gratuito al programa de control prenatal; controles gratuitos con médico y enfermera; remisión con un especialista en caso de requerirse; exámenes de laboratorio para descartar enfermedades de transmisión sexual conocidas como ETS; ecografías; citologías; y la posibilidad de poder asistir al trabajo de parto acompañada.

Es así, como la evolución histórica reflejada en cada escenario social de las mujeres gestantes ha permitido la consolidación de dichos derechos, dignificando el rol de la mujer como madre y ser independiente, capaz de tomar decisiones de carácter voluntario, sin que en ningún momento se quebrante su autonomía en la toma de decisiones referentes a la forma en que deseen ejercer libremente su vida y personalidad por parte del personal medico.

5.2. Historia en Colombia del consentimiento informado

En la Constitución Política de Colombia de 1991⁴ se establecen las bases del consentimiento informado como la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, por lo que todas las normas que estén categorizadas en rangos inferiores deben garantizar dichos derechos, correspondiéndole a las autoridades el respeto y la prevalencia de la ley.

⁴ En esta se reflejan dos tendencias: una está encaminada a la defensa de los derechos individuales y colectivos, mientras que la otra impulsa un sistema neoliberal.

La Ley 23 de 1981, por medio de la cual se crea el Código de Ética Médica⁵, abarca de forma general el deber de información que caracteriza al médico y la obligatoriedad del consentimiento por parte del paciente previo a cualquier intervención quirúrgica o tratamiento; pese a lo anterior, dentro de la declaración de los principios no se contempla el tema del consentimiento informado.

Dentro del párrafo del artículo 12 de ley en mención, se hace referencia al consentimiento, dando opción al paciente o su familia de aceptar procedimientos en etapas experimentales, en tanto sea la única salvación posible, según el caso que se presente (Ley 23 de 1981). Por otra parte, el artículo 11⁶ establece que el médico debe omitir cualquier comentario que cause preocupación o desasosiego en el paciente (Ley 23 de 1981).

Ahora bien, el Código de Ética Médica se reglamentó mediante el Decreto 3380 de 1981, que desarrolla el deber de información y la autonomía del paciente, lo cual debe ser respetado de forma absoluta, por lo que si el paciente decide prescindir de sus servicios, nadie puede impedirlo.

Posteriormente, por medio de la Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud, fue adoptado el Decálogo de Derechos de los Pacientes —aprobado en 1981 por la Asociación Médica de Lisboa—. Dicho decálogo contempla el derecho que tiene todo paciente a gozar de una comunicación plena y clara con el médico, acorde con sus contextos

⁵ “La ética médica se ocupa por lo tanto de asuntos de orden práctico, relacionados con la ciencia médica, entendida como la atención de enfermos y los problemas que se pudieran derivar de ello, pero además de una serie de otras situaciones de diferente complejidad, donde suele darse intenso debate, como, por ejemplo, reproducción asistida, eutanasia, prolongación de la muerte, trasplantes de órganos, aborto, orden de no reanimación, retirada de tratamientos, adecuación terapéutica, etc. Es aquí donde se produce la tensión entre el mundo de los hechos, avances tecnológicos y datos concretos, respecto del mundo de los valores y principios morales” (Rojas y Lara, 2014, p. 93).

⁶ “La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas” (Ley 23 de 1981).

psicológicos y culturales, para lograr conseguir la información requerida sobre la enfermedad padecida, los procedimientos que deban serle practicados y, por supuesto, los riesgos que sobrelleve; asimismo, tiene el derecho de que sus familiares o representantes —en la eventualidad de que el paciente se encuentre en estado de inconsciencia o minoría de edad— rechacen o consientan de forma expresa los procedimientos requeridos (Monsalve y Navarro, 2014).

Ahora bien, cabe mencionar que el término *consentimiento informado* fue referido por primera vez en la legislación colombiana por medio de la Resolución 8430 de 1993⁷ (Monsalve y Navarro, 2014).

5.3. Estatuto de Roma y la esterilización forzada

Los artículos 7 y 8 del Estatuto de Roma⁸ tipifican las esterilizaciones forzadas como crimen de lesa humanidad y guerra, en el ámbito del Derecho Internacional Humanitario⁹. Paralelamente, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos¹⁰ ha establecido que la omisión de información y coerción en las esterilizaciones quirúrgicas constituyen una violación grave a los derechos humanos. Sumado a lo anterior, se encuentra que la

⁷ Resolución del Ministerio de Salud por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación de la salud.

⁸ Fue adoptado en 1998 por la Corte Penal Internacional; Colombia se adhirió al Estatuto el 5 de agosto de 2002.

⁹ Son normas que limitan los efectos del conflicto armado, protegiendo a las personas no participantes o exparticipantes de combates, y limitando los métodos de guerra. Básicamente regula las relaciones entre los Estados y es aplicado en situaciones de conflicto armado. Su codificación universal comenzó en el siglo XIX (Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR], 2004).

¹⁰ Se fortaleció con la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU en 1948. Este derecho establece las obligaciones de los Estados que deben ser respetadas en pro de preservar los derechos humanos. Dicha obligación requiere la abstención por parte de los Estados en el disfrute de dichos derechos o su limitación.

Declaración y Plataforma de Beijing¹¹ contempla la urgencia de proteger el derecho de toda mujer a gozar del consentimiento informado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 53).

5.4. Casos de esterilización forzada ante el Tribunal Europeo

El primer caso es el de V.C. contra Eslovaquia, del 8 de noviembre de 2011 (ref. 18968/07), en el cual el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró violación al derecho de estar libre de tratos inhumanos, crueles y degradantes a la vida privada, la vida familiar, al derecho a contraer matrimonio y tener una familia, tratándose del caso de una mujer gitana que fue esterilizada mientras concebía bajo presión del personal médico, en un momento de tensión, con información errónea y engañosa, obteniendo así su consentimiento (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2011). Así, se determina que la esterilización no es un procedimiento para salvar vidas, requiriéndose en todo momento el consentimiento del paciente; además, dicha esterilización resultó discriminatoria a causa del origen étnico de la paciente, al tiempo que se estableció que dicho consentimiento carecía de voluntad, teniendo en cuenta que en el contexto en que se dio, la mujer se encontraba rodeada de dolor y sufrimiento.

Otro caso que se presenta es el de A.S. contra Hungría, donde el Comité de la CEDAW, en Comunicación 4/2004, concluyó la violación por parte del Estado de los derechos a la información sobre los servicios de salud reproductiva, derecho a la salud y a la autonomía reproductiva de una mujer también de origen gitano, quien fue esterilizada sin consentimiento informado al hacerle firmar un documento mientras padecía complicación obstétrica en la

¹¹ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995; tiene la finalidad de promover la igualdad, el desarrollo y la paz para todas las mujeres en el mundo.

que debían practicarle una cesárea por muerte del feto que llevaba. El Comité de la CEDAW (2004) estableció la violación del derecho a recibir información clara sobre la esterilización y procedimientos alternativos de planificación de familia.

5.5. Corte Constitucional y el consentimiento informado

La Corte Constitucional se ha pronunciado sobre los derechos sexuales y reproductivos y las relaciones familiares; estableció que abarcan los derechos matrimoniales y de familia, basándose en el consentimiento libre y pleno de personas en situación de discapacidad, el derecho de conservar la fertilidad de igual forma que otras personas, de tomar la decisión sobre la cantidad de hijos que desean procrear y, finalmente, el derecho de acceder a información acerca de la reproducción y planificación familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 8).

En numerables sentencias, la Corte Constitucional de Colombia confirma la importancia del consentimiento informado en las relaciones médico-paciente; entre esas se destaca la sentencia T-303/16, donde se afirma:

El consentimiento informado es una consecuencia lógica del derecho a la información y el derecho a la autonomía (C.P. artículos 16 y 20). Así, este derecho consiste en ser informado de manera clara objetiva, idónea y oportuna de aquellos procedimientos médicos que afecten en mayor o menor medida otros bienes jurídicos esenciales como la vida y la integridad personal.

La Alta Corporación establece las características esenciales del consentimiento informado en Colombia en la Sentencia C-182/16, aduciendo que debe ser: a) libre, en la medida de que el paciente debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; b) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento apropiado y suficiente para que el

paciente pueda entender los alcances de la intervención. Así, deben proporcionarse al paciente los datos principales para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento.

5.6. El Consejo de Estado y el consentimiento informado

A través del Consejo de Estado se fija el primer precedente en Colombia respecto a la esterilización no consentida proveniente de la técnica Pomeroy. La Alta Corte deja en claro que dicha técnica de esterilización es irreversible; por ende, los perjuicios causados tanto a la mujer como a su esposo y su núcleo familiar son muy grandes, pues económicamente hay unos que pueden tasarse, pero emocional y moralmente hay otros que son imposibles de reparar del todo.

El Consejo de Estado ha establecido precedentes judiciales en este tema, como sucedió en la sentencia con radicado número 7795 del 9 de julio de 1993, que tiene en cuenta el tema del litigio donde se vulneró el consentimiento informado en un procedimiento Pomeroy, ya que el médico que lo practicó afirmó que la paciente presentaría inconvenientes en un futuro embarazo, por lo cual decidió al momento de finalizar el procedimiento de parto practicar una tubectomía bilateral sin el previo consentimiento de la paciente, causándole una vulneración de derechos fundamentales. Teniendo en cuenta lo anterior, la sección tercera del Consejo de Estado expresó:

La oportunidad se muestra propicia para fijar pauta jurisprudencial en el sentido de que, en casos como el presente, cuando es posible aplazar la intervención médica, sin consecuencias mortales para el paciente, se impone obtener el consentimiento expreso, tanto de la esposa como del esposo, si se quiere aprovechar la ocasión de la operación cesárea para practicar la “TUBECTOMIA TIPO POMEROY” [...] A la persona que está bajo los efectos de la anestesia, el dolor, la angustia, extendida en la mesa de cirugía, no

se le puede pedir que decidan sobre su suerte, pues hay situaciones dolorosas en que el hombre suele perder la razón (Consejo de Estado, 1993, Sentencia 7795).

5.7. La Constitución Política de Colombia de 1991 y los derechos de la mujer gestante

Los derechos reproductivos se fundamentan en los artículos 16 y 42 de la Constitución Política de Colombia, pues contemplan la garantía del libre desarrollo de la personalidad y la autonomía de las parejas para decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 40). Igualmente, el artículo 43 establece que la mujer no podrá ser sometida a ningún tipo de discriminación, y que el Estado colombiano le brindará especial protección y asistencia durante y después del embarazo. Indica el artículo que el Estado apoyará a la mujer cabeza de familia de manera especial.

De lo anterior, en Sentencia SU070/13 de 2013, la Corte Constitucional afirma:

Este enunciado constitucional implica a su vez dos obligaciones: la especial protección estatal de la mujer embarazada y lactante, sin distinción, y un deber prestacional también a cargo del Estado: otorgar un subsidio cuando esté desempleada o desamparada. En el mismo sentido, el Estado colombiano se ha obligado internacionalmente a garantizar los derechos de las mujeres durante el periodo de gestación y lactancia. Existe una obligación general y objetiva de protección a la mujer embarazada y lactante a cargo del Estado. Es decir, se trata de una protección no sólo de aquellas mujeres que se encuentran en el marco de una relación laboral sino, en general, de todas las mujeres.

En esta sentencia, la Corte Constitucional también hace referencia al preámbulo de la constitución y el artículo 4, los cuales fundamentan la protección a la mujer en estado de embarazo, derivando este al derecho a la vida, ya que este, como se ha destacado en jurisprudencias de esta Corte, es un bien jurídico de máxima relevancia; en consecuencia, la

mujer gestante es también protegida en forma preferencial por el ordenamiento como gestadora de la vida.

5.8. Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

El 10 de diciembre de 1999 Colombia firmó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹², del cual vale la pena resaltar el artículo 16, que otorga el derecho en condición de igualdad entre hombre y mujeres de decidir de forma libre y responsable la cantidad de hijos e intervalo de nacimientos, así como al acceso de la información que les permita gozar de este derecho (Organización de Naciones Unidas, 2007).

5.9. Ministerio de Salud y la autonomía reproductiva

Tanto la jurisprudencia constitucional como el Derecho Internacional de los Derechos Humanos son preeminentes debido a que de allí surgen obligaciones dirigidas al Estado, especialmente el de analizar normas que puedan restringir indebidamente la autonomía reproductiva de las personas con o sin alguna discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.10. Organización de las Naciones Unidas y la elección libre de número de hijos

A través de la Resolución 2211 del 17 de diciembre de 1966, sobre crecimiento demográfico y desarrollo económico, se ratifica que cada nación posee soberanía, lo cual faculta a cada

¹² Adoptado por la Asamblea General de la ONU en 1999, los Estados se reúnen con el fin de reafirmar su decisión de asegurar a la mujer el disfrute pleno en un plano de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales, adoptando medidas para evitar las violaciones a estos.

una a determinar sus políticas tendientes a regular la cantidad de hijos, lo que, además, debe considerarse como una elección libre por parte de cada núcleo familiar.

6. Conceptos básicos

6.1. Esterilización femenina

Para comenzar esta investigación es necesario remontarnos a los orígenes de la práctica de esterilización femenina; así, comienza a finales del siglo XIX, pero no fue generalizada hasta 1930 a través de la técnica Pomeroy. Teniendo en cuenta lo anterior, se afirmaba que “el objetivo fundamental de la esterilización femenina es ocluir las trompas de Falopio para evitar la fertilización” (Organización Mundial de la Salud, 1993, p. 26).

6.2. Esterilización forzada

Se entiende el realizar o causar intencionalmente a la mujer un procedimiento de esterilización, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la intervención haya tenido justificación. Así también, una esterilización forzada es un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva (Villegas, 2009). Sin embargo, hay ocasiones en las que la esterilización se debe realizar por razones de salud, pues el embarazo puede representar un peligro grave para la madre; en casos concretos se puede considerar dicho procedimiento (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Asimismo, se debe tener en cuenta que la omisión del consentimiento informado en un tratamiento médico constituye violación a los derechos de la dignidad humana, autonomía e integridad personal, comprometiendo también el derecho a ser tratado humanamente en la provisión del servicio de salud, pues el comprometer la integridad personal, se relaciona

directamente con una afectación para la integridad física y mental del ser humano. La falta de dicho consentimiento genera la esterilización forzada y sacrifica los derechos reproductivos, pues representa un límite en la capacidad de toma de decisiones que posee cada persona sobre su autonomía reproductiva y su cuerpo, máxime cuando se trata de un procedimiento irreversible, invasivo y sin consentimiento:

Las protecciones del derecho internacional humanitario y de derechos humanos son enfáticas en proscribir la esterilización forzada y en determinar la necesidad de que se garantice el consentimiento informado de las mujeres, particularmente en lo atinente a la autonomía reproductiva, como parte del derecho a la integridad personal, a la autonomía, a la vida privada y familiar y a la autonomía reproductiva. A su vez, indican que se debe prestar una atención particular a la garantía de este derecho para las mujeres parte de grupos vulnerables, dada la prevalencia de la práctica en éstas debido a factores sociales que menoscaban el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones. Estas consideraciones y estándares también son aplicables a la esterilización sin el consentimiento de las mujeres en situación de discapacidad, ya que involucra el mismo análisis de derechos en juego, así la fuente de donde se desprende la discriminación surja de la raza o el origen familiar, en la mayoría de los casos mencionados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 56).

6.3. Ligadura de trompas de Falopio

La ligadura de las trompas de Falopio es uno de los métodos anticonceptivos quirúrgicos que se basa en la oclusión bilateral de las trompas, con el objetivo de imposibilitar la unión de gametos para evitar embarazo de forma definitiva (Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación, 2008, p. 9).

6.4. Técnica Pomeroy

Para ligar las trompas de Falopio existen diversas técnicas, dentro de las cuales se encuentra el Pomeroy, en el que se liga la base de una pequeña asa de la trompa cercana a la porción

media con suturas reabsorbibles, escindiendo después en la parte superior. A través de este modo se destruyen cerca de 3 a 4 cm de la trompa, por lo que si se intenta reversar las consecuencias de dicho procedimiento, sería, por no decir imposible, dificultoso (Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación, 2008, p. 17).

6.5. Reversibilidad

La recuperación de la fecundidad es compleja y conlleva costos elevados, y no existe ninguna garantía de disponibilidad, éxito o satisfacción (Organización Mundial de la Salud, 1993, p. 136). Además, es probable que después de la operación para la reversibilidad de la fertilización se generen más molestias o dolores adicionales a los de la primera intervención, y que, por ende, requiera un amplio periodo de recuperación. Es un procedimiento que trae más riesgos que la cirugía de fertilización, y en ocasiones la intervención no puede realizarse por motivos concernientes a la edad, perturbaciones de la fertilidad, edad o esterilidad de la pareja, lesiones o longitud escasa de las trompas de Falopio (Organización Mundial de la Salud, 1993).

6.6. Deber de información

El procedimiento de esterilización es una opción anticonceptiva para parejas que no tienen la intención de tener más hijos; asimismo, presenta los riesgos que provienen de las intervenciones quirúrgicas, por lo que es sumamente importante cerciorarse de que las mujeres optan libremente por dicha forma de esterilización y después de haber sido plenamente informadas (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Como se entiende que la esterilización es permanente, el personal médico deberá asegurarse de brindar toda la información necesaria sobre el método para que la decisión que se tome

sea totalmente libre. Incluso si la intervención se debe realizar por motivos médicos y de salud para la mujer, la decisión para someterse a dicho procedimiento debe ser libre, informada y ponderada, debidamente aconsejada por el personal médico. Por otro lado, debe informársele a la paciente que tiene pleno derecho de renunciar a continuar con la intervención o, si es el caso, aplazarla (Organización Mundial de la Salud, 1993).

En los principios básicos para los directores de servicios de esterilización se encuentran dos muy importantes que vale la pena mencionar: el primero hace referencia a la obligación que radica en el director del centro médico, que debe cerciorarse de que los usuarios reciban información clara y completa que les permita tomar decisiones bien fundadas y conscientes; el segundo hace referencia a la máxima calidad posible de la que deben gozar los servicios médicos (Organización Mundial de la Salud, 1993, p. 47).

6.7. Consentimiento informado

En Colombia el derecho a recibir información está reconocido constitucional y jurisprudencialmente; de hecho, la Corte Constitucional, en Sentencia C-182 de 2016, ha manifestado que el consentimiento informado tiene carácter de principio autónomo, materializando otros principios constitucionales tales como el de la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad individual y el pluralismo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 7).

Dicho consentimiento informado se encuentra constituido dentro del derecho a recibir información y a la autonomía, que también se encuentran reconocidos constitucionalmente en los artículos 16 y 20. De esta forma, la Corte Constitucional le ha otorgado dicho carácter

autónomo, con lo cual constituye un elemento para proteger los derechos a la salud e integridad de la persona (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pp. 7-8).

Profundizando más en el aspecto del consentimiento informado, la jurisprudencia ha establecido que debe caracterizarse, por una parte, en la libertad, pues el paciente debe ser capaz de decidir sin engaños ni coacciones, y, por otra parte, en la información, pues el conocimiento debe bastar para la comprensión del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Las personas que hayan tomado la decisión de someterse a esta intervención deben hacer una declaración en que autoricen al centro médico donde se vaya a practicar el procedimiento, con la salvedad de que dicha autorización se concede con pleno conocimiento y comprensión. Es a esto a lo que se conoce como *consentimiento informado*. Asimismo, el cirujano que va a realizar la intervención médica deberá cerciorarse de que los usuarios han decidido libremente y con conocimiento de causa, teniendo certeza del procedimiento quirúrgico y tipo de anestesia aplicable (Organización Mundial de la Salud, 1993, p. 93).

El consentimiento informado en el campo de la salud es menos estricto en caso de presentarse una emergencia, o cuando el paciente se encuentre en estado de inconsciencia o en grave riesgo de muerte; cuando al rechazar determinada intervención tenga consecuencias negativas, y no solo en el paciente, sino también en terceros; cuando se trate de un menor de edad, el consentimiento sustituto de los padres tiene limitaciones; finalmente, cuando el paciente posea alguna discapacidad mental que le impida gozar de plena autonomía para certificar su consentimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 8).

Cuando se vulnera el consentimiento informado en algún procedimiento médico, se está llevando a cabo una violación de derechos tales como la dignidad humana, la autonomía y la integridad personal no solo física sino mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En lo referente a los procedimientos de esterilización, cuando se viola dicho consentimiento, se presencia la esterilización forzada, debido a que arriesga derechos reproductivos e impone límites sobre la libertad que tiene una persona de decidir sobre su cuerpo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

6.8. Consentimiento informado cualificado

A través de la jurisprudencia constitucional, se encuentra que, dependiendo del nivel de riesgo de algunas intervenciones quirúrgicas, se requiere un consentimiento informado cualificado, es decir, que debe ser mucho más amplia la información suministrada al paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

7. Derechos y mecanismos de protección

7.1. Consentimiento en la actividad médica

El respeto por la libertad y la dignidad de los pacientes implica que el consentimiento sea uno de los principales presupuestos de la actividad médica. La institución del consentimiento informado tiene dos finalidades fundamentales: promover la autonomía individual y estimular la toma de una decisión racional.

Asimismo, el consentimiento informado no puede fugarse a la valoración de otros principios jurídicos tales como la dignidad humana y la autonomía de la profesión médica:

La obligación de informar al paciente, considerada como principio adscrito constitucionalmente al principio de la protección de la autonomía (C.P. arts. 16 y 28) no

debe ser apreciada con independencia de otros valores que participan en la relación médica, tales como la finalidad curativa de la medicina (Ley 23 de 1991 art.1), la dignidad y autonomía de la profesión médica (C.P. arts. 16, 25, 26). (Lombana, 2007, p. 59)

7.2. Deber de información

Los derechos de información y consentimiento informado del que gozan los pacientes son fundamentales, pues permiten ejercer multiplicidad de derechos conexos de rango constitucional que resguardan la exaltación de las personas en todos los aspectos: constituyendo el pilar de la dignidad humana, protección de su integridad personal, intimidad, autodeterminación, libre desarrollo de la personalidad, libertad de opinión y de información.

Por lo anterior, teniendo en cuenta que se está inmerso en un Estado social de derecho¹³, se debe tomar como base el respeto a la dignidad y autonomía personal, por lo que todo el ejercicio de actividad médica debe ser aprobado y legitimado por el paciente, con previo conocimiento de toda la información que lo induzcan a tomar una determinación libre y razonable.

La actividad médica debe desenvolverse dentro del marco de los mandatos constitucionales, por lo que debe prevalecer el reconocimiento del paciente como poseedor de sus derechos (su integridad, intimidad, autonomía de la voluntad y, el más íntegro de todos, el de la dignidad humana), pues independientemente de su enfermedad, deben prevalecer sus garantías y decisiones frente a la vida. Sumado a ello, la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, consagra que la medicina no solo tiene implicaciones

¹³ “El Estado de Derecho se construye en un momento histórico en Occidente, en el tránsito a la modernidad bajo un movimiento de cambio de mentalidad que considera que la fuente de todo poder político emana directamente de la razón política y jurídica de los individuos libres que suscriben un pacto constituyente” (Pabón y Torres, 2014, p. 84).

humanísticas sino también éticas, por lo que se debe reconocer que el paciente es un sujeto poseedor de derechos con capacidad para tomar decisiones (Monsalve y Navarro, 2014).

7.3. Derechos sexuales y reproductivos

Estos derechos propenden a garantizar que los seres humanos disfruten de una vida sexual y reproductiva libre y plena. La protección de estos consiste, en primera medida, en la capacidad que tienen las personas de gozar de relaciones sexuales gratas; en segunda medida, en la ausencia de violencia y coacción; también al acceso de servicios referentes a la salud sexual que consientan la prevención de infecciones o enfermedades de transmisión sexual; finalmente, conlleva el reconocimiento de autonomía e independencia entre la sexualidad y la reproducción.

En general, estos derechos en la vida de la mujer buscan la protección de lograr ser reconocidas como ciudadanas plenas, dignas y libres, considerándose como íntegras y no solo seres reproductivos (Cantillo, 2016, p. 18). Los derechos sexuales y reproductivos son garantías que se pueden hacer exigibles, por lo que generan obligaciones concretas y específicas. Así, cuando no se lleva a cabo el cumplimiento de dichas obligaciones, se produce una violación de compromisos vinculantes que se encuentran contenidos en los instrumentos internacionales y nacionales, todos ellos regidos por el principio *pacta sunt servanda* (Cabrera *et al.*, 2011).

7.4. Procreación

Este derecho forma parte de aquellos conocidos como de segunda generación, que se funda en el principio de la autodeterminación, y consiste en aquel derecho que tiene una pareja de decidir responsable y libremente la cantidad de hijos que desea traer al mundo; también a

tener acceso a una adecuada información y los medios para lograr el nivel máximo posible de salud sexual¹⁴ y reproductiva; además, se debe sumar el derecho a tomar decisiones que tengan que ver con la reproducción sin discriminación alguna, violencia, mucho menos coacción, todo lo anterior dentro del marco de los derechos humanos (Santander, 2012).

7.5. Derecho de familia

El derecho de familia se encuentra contemplado en la Constitución de 1991, en su artículo 42, que define a la familia como núcleo esencial de la sociedad y con la precisión de que es esta quien voluntaria y responsablemente decide la cantidad de hijos que desea tener. De este modo, se resalta la autonomía inherente al núcleo familiar para la procreación de sus hijos. Asimismo, la práctica no consentida de la tubectomía bilateral tipo Pomeroy constituye una violación y amenaza al derecho principal de cada hombre y mujer de conformar una familia, pues configura uno de los pilares básicos de cada sociedad.

Según lo anterior, a ningún ser humano se le puede vulnerar tan importante derecho, ya que mediante la materialización de este se construyen las bases de una pareja, llena de anhelos profundos e inspiraciones en cultivar y forjar lazos provenientes de su propio vientre, en el caso de la madre, y de sangre, también para el padre.

Por otra parte, uno de los principales objetivos de la unión entre las parejas es la procreación, pues cuando Dios le ha regalado a la mujer la maravillosa bendición de ser madre, ningún tercero tiene poder, mucho menos facultad para violentar los derechos de alguien más, salvo expresa manifestación consentida por parte de los implicados directamente.

¹⁴ En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define “salud sexual” como un estado de bienestar que atañe a lo físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad.

7.6. Dignidad humana

La Declaración Universal sobre Bioética y sobre los Derechos Humanos contempla el derecho de la dignidad humana como referente ético, y consagra el deber de respetarla en toda su integridad (Pyrrho, Cornelli y Garrafa, 2009). Cada persona merece respeto en su dignidad; en términos generales, esta dignidad se puede asociar a la calidad de vida que debe experimentar cada persona en cada uno de los ámbitos de su vida. Finalmente, este derecho tiene gran repercusión en todos los derechos humanos, pues abarca un amplio campo de derechos que permiten el fin esencial de este.

7.7. Salud

Según la Organización Mundial de la Salud¹⁵, el derecho a la salud se define como un estado de bienestar completo físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedades (Fontenla y Tajer, 2008). El derecho a la salud está protegido constitucionalmente y existe una distinción entre el derecho al cuidado de la salud y el derecho a la protección de la salud: el primero se refiere a la distribución justa de recursos de salud que están disponibles para las personas y que además abarca la protección de la salud; el segundo se refiere a un concepto mucho más amplio que contempla todo lo pertinente a la salud y a otros factores sociales determinantes, promoviendo la salud a través de factores influyentes en ella (Figueroa, 2013).

¹⁵ Su constitución entró en vigor en 1948. Dicha organización trabaja en tres campos amplios: el primero tiene como prioridad mejorar las condiciones de salud a nivel mundial; el segundo hace referencia a la gobernanza para una mayor coherencia; y el tercero, la gestión para aspirar a la excelencia.

7.8. Vida

Este es un derecho fundamental protegido en muchos instrumentos nacionales e internacionales, es un derecho inherente al ser humano pues nace con él y, por ende, tiene absoluta libertad de disfrutar y gozar de él. El derecho a la vida —vida corporal—, se refiere al mayor de los bienes que se tiene en el orden temporal los hombres, fuente de todos los demás, y que se identifica parcialmente con la propia persona humana, pues como dice Aristóteles para los vivientes el vivir es su ser (Ugarte, 2006).

7.9. Acción de tutela

Es un mecanismo de protección que se encuentra contemplado en la Constitución Política de Colombia; tiene como fin primordial amparar derechos fundamentales; sin embargo, es un mecanismo subsidiario pues procederá solo hasta que se hayan agotado otros recursos para la efectividad de los derechos.

7.10. Acción de grupo

La Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia T-582 de 1992, ha precisado que dicha acción no contempla necesariamente la protección de derechos fundamentales ni tampoco colectivos, sino que también abarca los derechos subjetivos y que requiere de la demostración del daño causado a un grupo conjunto de personas que lo sufrieron.

7.11. Acción de cumplimiento

La Corte Constitucional de Colombia, en la Sentencia C-638 de 2000, consagra que el objetivo de dicho mecanismo no es otro que efectivizar una ley o un acto administrativo, mas no el reconocimiento de una indemnización de perjuicios. De igual forma, mediante la

Sentencia C-157 de 1998, la Corte Constitucional ha manifestado que lo que se busca es el cumplimiento del mandato que consagre determinada ley o acto administrativo, que ha sido omitido por el sujeto encargado de cumplirlo.

8. Propuesta del principialismo de la bioética

8.1. Principios de la actividad médica

Dentro de los principios fundamentales de la bioética norteamericana, que deben aplicarse siempre en las relaciones entre médicos y pacientes en el ejercicio de la actividad médica, se ha de resaltar el principio de la autonomía, el cual exige considerar a todos los seres humanos como seres capaces de elegir y asumir sus propias decisiones en todos los ámbitos de su vida. Por ello, se estipulan cinco reglas para los médicos, tendientes a obtener el consentimiento informado de los pacientes: decir la verdad, respetar la privacidad, asegurarse de mantener la confidencialidad de información, obtener el consentimiento previo a las intervenciones y, en caso de ser requerido, ayudar en la toma de decisiones sin ningún tipo de imposición.

Es así como la honorable Corte Constitucional, en la Sentencia de Tutela 597 de 2001, resalta aquellas obligaciones médicas referidas a los principios de la ética médica. Afirma que estos tienen soporte en diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos, y que dentro de dichos principios se encuentra el deber del médico de buscar el bienestar del paciente e inhibirse de hacerle daño, a lo que se le conoce como el *principio de beneficencia*. Otro de ellos es el de *utilidad*, que se basa en que, para la evolución de la ciencia médica, se requiere de investigación y experimentación en pro de la población futura. Después se encuentra el *principio de justicia*, que supone igualdad de acceso a todos los beneficios de la ciencia. Finalmente se tiene el *principio de autonomía*, que consiste en la necesidad del consentimiento que otorga el paciente para cualquier intervención sobre su cuerpo.

Con base en estos cuatro principios fundamentales, surge la intención de plantear como propuesta un protocolo médico, que sirva como pilar para las relaciones entre médico y paciente, fundamentándose en el respeto y dignificando los derechos humanos fundamentales no solo de la mujer, sino del hombre, quienes libremente y de forma consciente tengan el deseo de conformar una familia, así como de velar por el bienestar de todo el núcleo familiar, social y personal de toda persona. A continuación se presenta dicha propuesta.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS DE TUBECTOMÍA BILATERAL EN COLOMBIA

Apreciado usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del (Nombre de la Institución médica/hospitalaria). En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante, quien gustosamente responderá sus preguntas. En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

¿EN QUÉ CONSISTE?

La esterilización tubárica, conocida como ligadura de trompas o Pomeroy, consiste en interrumpir la continuidad de las trompas de Falopio para impedir el embarazo.

¿CÓMO SE HACE?

A través de una pequeña cirugía abdominal o durante otro tipo de cirugía ginecológica como cesárea o laparotomía.

¿BENEFICIOS?

Es un método de planificación familiar definitivo. Evita el uso de otros métodos de planificación que pueden tener efectos adversos y ser menos efectivos.

¿POSIBLES COMPLICACIONES?

Como en toda intervención médica, existe riesgo de complicaciones que suceden durante o después de la operación, derivadas del acto quirúrgico o dependientes del compromiso del estado de salud particular de cada persona (hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o várices) no todas previsible ni prevenibles.

AUTORIZACION EXPRESA

YO _____

FECHA _____

He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.

- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares.

- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. En casos en los cuales la mujer a practicarse el Pomeroy tenga una familia constituida es favorable y recomendable para la misma que quede en manifiesto el consentimiento expreso del esposo o compañero permanente de la paciente, esto con el fin de no vulnerar derechos fundamentales de ninguna de las partes, ya que en estos casos este procedimiento no solo tiene efectos en la vida de la paciente.

El consentimiento del esposo o compañero permanente de la paciente es fundamental e imprescindible en casos de emergencia en los que la mujer al practicarse el Pomeroy no pueda dar su consentimiento expreso con ocasión de estar bajo efectos de anestesia o de dolor fuerte.

Yo _____, identificado con c.c. _____, actuando como esposo/compañero permanente de la paciente a practicarse el Pomeroy he comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas, dejando constancia que la información que se me ha brindado ha sido clara, veraz y oportuna.

9. Conclusiones

Durante diversas épocas se han vulnerado los derechos de las mujeres en muchos ámbitos, pero en la presente investigación se ve cómo la esterilización sin previo consentimiento y la omisión del debido protocolo de información clara, expresa, veraz, oportuna, atentan directamente contra los derechos reproductivos y sexuales de la mujer. Así también, el derecho a conformar una familia, el de la procreación, la autonomía, dignidad humana, salud y, el más importante de todos, la libertad. La libertad no puede ser limitada y mucho menos impuesta por terceros, ajenos a los proyectos de vida de una madre, esposa y visionaria de una familia. En esa medida, la mujer debe decidir voluntariamente sobre todos los

procedimientos a los cuales deba ser sometido su cuerpo, pues solo ella es dueña de este y, por ende, dichos derechos no pueden limitarse a decisiones ajenas.

El daño causado a la mujer tanto físico como emocional es impresionante, pues la pérdida de un hijo puede ser reemplazable con los años, si fuera el caso, pero la imposibilidad de tener un hijo es irreparable; por ende, el daño es impactante e inmensurable, desde cualquier óptica que se mire. Por otro lado, aun cuando existen otros métodos para la creación de una familia, tales como la adopción, nunca nada se podrá comparar con la dicha y a la vez el experimentar los sufrimientos que solo una madre puede sentir al ver nacer de su propio vientre a un hijo.

Hay que tener claro que existe gran diferencia entre la infertilidad y la esterilización, pues debe entenderse la primera como un acto natural y la segunda como un acto producido por el hombre, que en este caso es un tercero. Indudablemente, el que una mujer tenga el enorme deseo de ser madre y no pueda cumplirlo a causa de su naturaleza es un hecho que puede aceptarse sin tantas dificultades como el otro hecho de que una mujer sea esterilizada sin su consentimiento, pudiendo concebir naturalmente, pero violándose todos los derechos que conlleva dicha práctica no autorizada.

Referencias

Angulo, C. y Luque, J. (2008). Panorama internacional de los derechos humanos de la mujer: una mirada desde Colombia. *Revista de Derecho*, 29.

Cantillo, B. (2016). *Análisis del derecho a la elección libre de la maternidad en el ordenamiento jurídico colombiano* (tesis de maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Comité de la CEDAW (2004). A-S. vs. Hungría, Comunicación No. 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004. Recuperado de <https://goo.gl/9PLCrD>

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (2014). ¿Qué es el derecho internacional humanitario? Recuperado de <https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/dih.es.pdf>

Congreso de la República de Colombia. Consejo de Estado de Colombia, Sala de los Contencioso Administrativo (1993, 9 de julio). Sentencia 7795 de 1993. Recuperado de http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol_759920414ddb034e0430a010151f034 Constitución Política de Colombia. Recuperado de <http://www.constitucioncolombia.com>

Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena (2013, 13 de febrero). Sentencia SU070/13, M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/SU070-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena (2016, 13 de abril). Sentencia C-182/16, M.

P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/c-182-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima de Revisión (2016, 15 de junio). Sentencia

T303/16, M. P.: Martha Victoria Sáchica Méndez. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-303-16.htm>

Fernández, M. (2015). La protección del paciente frente a los deberes de información y secreto profesional médico. *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores*, 18(35), 153-168.

Figuroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios Constitucionales*, 11(2).

Fontanela, M. y Tejer, D. (2008). El derecho a la salud de las mujeres y su garantía constitucional en Argentina. *Anuario de Investigaciones*, 15.

Lombana, J. (2010) *Derecho penal y responsabilidad médica*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Manrique, J., Fernández, A., Echeverría, P., Figuerol, M., Teixidó, J. y Barranco, M. (2014). Historia de la profesión de matrona. *Ágora de Enfermería*, 18(1), 26-28.

Ministerio de Salud de Colombia (2008). *Anticoncepción quirúrgica mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio*. Recuperado de [http://studylib.es/doc/5221773/ligaduras-de-trompas-de-falopio---ministerio-de-salud-de-](http://studylib.es/doc/5221773/ligaduras-de-trompas-de-falopio---ministerio-de-salud-de)

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Boletín Jurídico No. 5*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Bolet%C3%ADn%20Jur%C3%](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Bolet%C3%ADn%20Jur%C3%AD)

ADdico%20No%205%20Mayo%202017.pdfMinisterio de Salud y Protección Social. (2016). *Boletín Jurídico No. 5*. Recuperado de https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Bolet%C3%ADn%20Jur%C3%ADdico%20No%205%20Mayo%202016.pdf

Monsalve, V. y Navarro, D. (2014). *Consentimiento informado en la praxis médica. Responsabilidad civil y derecho de consumo*. Bogotá: Temis.

Organización de Naciones Unidas (1966). *Crecimiento demográfico y desarrollo económico*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/ag/res/21/ares21.htm>

Organización de Naciones Unidas (2007). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1993). *Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios*. Ginebra: Autor.

Pabón, J. y Torres, A. (2014). Estado Social y Democrático de Derecho, representación política y reelección inmediata en Colombia: sus efectos en el comportamiento electoral. *Justicia*, 25, 82-105.

Proyecto Grado Cero AEJ (2014). *Positivismo y Derecho Natural, una Entrevista con el Dr. Rodolfo Luis Vigo* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=l9z9SrVjfdQ>

- Pyrrho, M., Cornelli, G. y Garrafa, V. (2009). Dignidad humana: reconocimiento y operacionalización del concepto. *Acta Bioethica*, 15(1), 65-69.
- Rivera, A. (2012). *Cómo evitar una demanda por mala praxis médica*. Cúcuta: Universidad Libre.
- Rojas, A. y Lara, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 30(2), 91-94.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2011, 8 de noviembre). V.C vs. Eslovaquia, referencia-18968/07.
- Ugarte, J. (2006). El derecho a la vida y la constitución. *Revista Chilena de Derecho*, 33(3), 509-527.
- Universitat de Barcelona (s. f.). Dra. María Casado [curriculum vitae]. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/dra-maria-casado>
- Villegas, A. (1993). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32).