

ANÁLISIS JURÍDICO Y BIOÉTICO DE LAS DEFINICIONES DE INFERTILIDAD Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN LA LEY 1953 DE 2019 EN COLOMBIA

Legal and bioethical analysis of the definitions of infertility and assisted reproduction techniques in Law 1953 of 2019 in Colombia

Valerie Michell Vallejo Vilaro

Universidad Cooperativa de
Colombia, Colombia.

Valerie.vallejo@campusucc.edu.co

 <http://orcid.org/00000-0003-1324-2781>

Este trabajo está depositado en Zenodo:

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20851203>

RESUMEN

El estudio analiza críticamente el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 en Colombia, el cual define la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida. Aunque representa un avance normativo, su redacción resulta limitada al omitir criterios de inclusión explícita para personas solteras, parejas del mismo sexo y personas con enfermedades que afectan la fertilidad. Esta omisión vulnera principios constitucionales como la igualdad, la autonomía reproductiva y el derecho a conformar una familia. A través de un enfoque jurídico, comparado y de derechos humanos, se evidencia la inconstitucionalidad material del precepto y se propone una modificación normativa que garantice el acceso universal, equitativo y no discriminatorio. La propuesta busca armonizar la legislación colombiana con estándares internacionales y con la realidad plural de las familias contemporáneas

Palabras claves: Derechos reproductivos, infertilidad, técnicas de reproducción asistida, igualdad y no discriminación, diversidad familiar.

ABSTRACT

This article critically analyzes Article 2 of Law 1953 of 2019 in Colombia, which defines infertility and assisted human reproduction techniques. Although it represents a regulatory advance, its wording is limited by omitting specific inclusion criteria for single people, same-sex couples, and people with conditions that affect fertility. This omission violates constitutional principles such as equality, reproductive autonomy, and the right to form a family. Through a legal, comparative, and human rights approach, the material unconstitutionality of this provision is evident, and a regulatory amendment is proposed to guarantee universal, equitable, and non-discriminatory access to assisted human reproduction techniques. The proposal seeks to harmonize Colombian legislation with international standards and with the plural reality of contemporary families.

Keywords: Reproductive rights, infertility, assisted reproductive technologies, equality and non-discrimination, family diversity.

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos constituyen uno de los avances más significativos en la consolidación de un enfoque integral del derecho a la salud, la autonomía personal y la dignidad humana. En este contexto, el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) representa una dimensión clave del ejercicio de dichos derechos, especialmente para aquellas personas que enfrentan dificultades médicas, sociales o estructurales para concebir de manera natural. Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales sin protección, subrayando su impacto físico, emocional y social sobre quienes la padecen (World Health Organization, 2020). A partir de esta definición, se entiende que el tratamiento de la infertilidad no debe ser un privilegio, sino una obligación de los Estados dentro del marco del derecho a la salud reproductiva.

En Colombia, la promulgación de la Ley 1953 de 2019 introdujo avances relevantes al reconocer la infertilidad como una enfermedad y al establecer definiciones básicas sobre las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, su artículo 2, que define dichos conceptos, ha sido objeto de críticas por su redacción limitada y excluyente, ya que omite incorporar criterios explícitos de inclusión para todas las personas que legítimamente podrían beneficiarse de estos procedimientos. En particular, la norma guarda silencio frente al acceso de parejas del mismo sexo, personas solteras y quienes padecen condiciones médicas específicas como endometriosis o alteraciones hormonales, situación que ha sido señalada como problemática tanto por la doctrina como por

la jurisprudencia constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 2011). Esta exclusión normativa no solo desconoce la realidad social plural de las familias en el siglo XXI, sino que también plantea tensiones con principios fundamentales como la igualdad, la no discriminación y el libre desarrollo de la personalidad.

A su vez, la ley define las técnicas de reproducción asistida como “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”. Esta definición incluye prácticas como la inseminación artificial, la fertilización in vitro (FIV), y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), todas ampliamente reconocidas en la literatura biomédica y legal comparada (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Por otra parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su Opinión Consultiva OC-24/17, ha señalado que toda persona, independientemente de su orientación sexual, identidad de género o estado civil, tiene derecho a acceder a las tecnologías reproductivas como parte del ejercicio de su vida privada y de su proyecto de familia (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017).

Estas definiciones legales no solo tienen implicaciones clínicas, sino también éticas, sociales y jurídicas, especialmente en lo que respecta al acceso equitativo a los tratamientos, la protección de los derechos de los pacientes, y la regulación de los procedimientos médicos. Asimismo, su inclusión en el marco normativo colombiano reconoce explícitamente el derecho a la salud reproductiva como una parte integral del derecho fundamental a la salud.

En este sentido, este artículo se propone analizar críticamente el contenido del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 desde una perspectiva jurídica,

constitucional y de derechos humanos, con el objetivo de evidenciar sus vacíos normativos, sus implicaciones discriminatorias, y formular una propuesta de reforma que asegure un acceso equitativo, inclusivo y garantista a las técnicas de reproducción asistida para todas las personas, sin distinción.

DESARROLLO

Derechos sexuales y reproductivos: avances dentro del ordenamiento jurídico colombiano

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen una dimensión esencial de los derechos humanos, reconocidos internacionalmente como garantías fundamentales para el ejercicio de la autonomía corporal, la dignidad y la igualdad de las personas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estos derechos comprenden la posibilidad de decidir libre y responsablemente sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción, incluyendo el acceso a información, educación y servicios de salud apropiados (United Nations Population Fund, 2014).

En el ámbito colombiano, los derechos sexuales y reproductivos han sido interpretados como una expresión concreta del derecho fundamental a la salud, la vida digna y la autonomía personal. La Corte Constitucional, en sentencias emblemáticas como la T-388 de 2009, ha afirmado que el Estado debe garantizar el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva, incluyendo técnicas de reproducción humana asistida, cuando la infertilidad comprometa derechos fundamentales como el derecho a formar una familia (Corte Constitucional de Colombia, 2009).

El avance más decisivo llegó con la Sentencia C-055/22, que descriminalizó el aborto por voluntad propia hasta la semana 24 de gestación y confirmó plenamente la autonomía reproductiva de las mujeres y personas

gestantes. Este hito fue el resultado de una trayectoria jurisprudencial iniciada con la C-355/06 y ampliamente analizada en la literatura académica como un ejemplo de justicia reproductiva latinoamericana (González-Vélez, Melo-Arévalo & Martínez-Londoño, 2019). La Corte vinculó el derecho a la IVE a principios de igualdad y no discriminación, y exhortó al Congreso y al Ministerio de Salud a adoptar una política pública que garantice cobertura, calidad y oportunidad de los servicios asociados a la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la protección de los derechos reproductivos implica reconocer la infertilidad como una enfermedad que afecta no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y social de los individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la infertilidad como un problema de salud pública que requiere intervenciones médicas, legales y éticas adecuadas para garantizar que quienes la padecen puedan ejercer plenamente su derecho a la reproducción (World Health Organization, 2020).

Finalmente, diversos instrumentos internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), han reforzado la obligación de los Estados de eliminar las barreras que impidan el acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva. En su Observación General N.º 22, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas destacó que los servicios de salud reproductiva deben ser accesibles, asequibles, aceptables y de calidad para todas las personas, sin discriminación alguna (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

En consecuencia, los derechos sexuales y reproductivos no deben ser concebidos como derechos secundarios o subordinados, sino como parte integral del catálogo de dere-

chos humanos, cuyo respeto y garantía son condiciones esenciales para la construcción de una sociedad democrática e incluyente.

Por otra parte, desde una perspectiva teórica, la socióloga feminista Carole Pateman ha señalado que las estructuras políticas y jurídicas tradicionales han sido construidas sobre una noción restringida de ciudadanía, que históricamente ha excluido el control de las mujeres y personas disidentes sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas (Pateman, 1988). Esta crítica resulta especialmente pertinente al analizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, pues revela cómo el marco legal muchas veces reproduce lógicas de subordinación que limitan la autonomía corporal, particularmente en materia de reproducción asistida. En ese sentido, garantizar estos derechos implica no solo reconocer la posibilidad de acceder a servicios médicos, sino también desmontar los esquemas de dominación que condicionan quién puede ejercer plenamente su sexualidad y reproducción. Así, el reconocimiento del derecho a decidir sobre el cuerpo, la maternidad y la conformación de la familia debe entenderse como un componente esencial de la ciudadanía plena y de la igualdad sustantiva.

Un análisis longitudinal destacado es el de Nazif-Muñoz y Chabot (2022), quienes ensamblaron más de 2100 documentos legislativos, planes y fallos sobre salud sexual y reproductiva promulgados entre 2000-2015 y los enlazaron con cuatro rondas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (81 760 mujeres de 20-40 años). Mediante modelos de mediación, hallaron que la expansión normativa (que va desde la Sentencia C-355/06 hasta los primeros lineamientos de política pública) se asocia con una reducción directa del 18 % en las interrupciones inducidas del embarazo; este efecto se explica en un 13 % por la provisión estatal

de anticonceptivos y en un 6 % por el aumento en su uso moderno. El estudio demuestra empíricamente que los cambios jurídicos solo impactan la salud reproductiva cuando se combinan con programas de financiamiento y suministros efectivos.

De corte cualitativo, Ortiz, Blades y Prada (2024) entrevistaron a 47 mujeres que recurrieron al uso informal de misoprostol en Bogotá y el Eje Cafetero, doce años después de la despenalización parcial y antes del fallo C-055/22. A pesar de la vigencia de la causalidad trifásica, las participantes señalaron falta de información sobre la ley, miedo a la estigmatización y desconfianza en el sistema de salud como razones para autogestionar su aborto. Los hallazgos evidencian que el progreso normativo no elimina barreras socioculturales y subrayan la necesidad de estrategias estatales de difusión legal y reducción del estigma para garantizar un acceso efectivo y seguro a los servicios de IVE.

Por consiguiente, la inclusión de las definiciones de *infertilidad* y *técnicas de reproducción humana asistida* en el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 no es meramente técnica o médica; representa un avance normativo significativo en la protección de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia, al reconocer legalmente la infertilidad como una condición que puede afectar el ejercicio del derecho a formar una familia, es por esto, que se busca evidenciar cómo el reconocimiento jurídico de la infertilidad como enfermedad del sistema reproductivo, y la regulación de los procedimientos médicos destinados a superarla, deben entenderse dentro del marco más amplio del respeto a la dignidad humana, la igualdad de género y el derecho a la salud integral, tal como lo establecen los instrumentos internacionales y la jurisprudencia constitucional. En este sentido, se propone analizar no solo la literalidad del artículo 2, sino también sus implicaciones bioéticas y

jurídicas, resaltando que las técnicas de reproducción asistida no deben ser consideradas un privilegio, sino un mecanismo legítimo y necesario para hacer efectivos derechos fundamentales como el derecho a la autonomía reproductiva, a la igualdad ante la ley y a una vida en condiciones dignas (Corte Constitucional, 2009; UNFPA, 2014).

Política pública y su función respecto a derechos sexuales y reproductivos: del reconocimiento legal a la garantía materia

La política pública en materia de derechos sexuales y reproductivos constituye una herramienta esencial del Estado para garantizar el goce efectivo de estos derechos, especialmente entre poblaciones en situación de vulnerabilidad. Estos derechos (que incluyen la posibilidad de decidir sobre la procreación, acceder a servicios de salud sexual, recibir educación sexual integral, y ejercer la autonomía corporal) están consagrados en diversos tratados internacionales y documentos normativos internos, lo que exige a los gobiernos desarrollar estrategias integrales, transversales y con enfoque diferencial para su cumplimiento (United Nations Population Fund, 2014).

En el caso colombiano, la formulación de políticas públicas en este ámbito ha estado marcada por decisiones judiciales que han obligado al Estado a adoptar medidas activas de protección. La Sentencia T-732 de 2009 de la Corte Constitucional reconoció que la ausencia de políticas públicas específicas sobre salud sexual y reproductiva constituye una omisión estatal que vulnera los derechos fundamentales de las personas. Esta sentencia, junto con otras como la C-355 de 2006, ha servido de base para exigir la garantía efectiva del acceso a servicios como la planificación familiar, la interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, y el tratamiento de la infer-

tilidad, cuando esta limita el ejercicio del derecho a formar una familia (Corte Constitucional de Colombia, 2006, 2009).

La política pública, en este sentido, debe cumplir una función redistributiva y garantista, asegurando que el acceso a servicios reproductivos no dependa de la capacidad económica de los individuos, sino de su condición de sujetos de derechos. Instituciones como el Ministerio de Salud y Protección Social han avanzado en este propósito con la implementación de guías técnicas y programas que incluyen la atención de la infertilidad como un componente de la salud sexual y reproductiva, reconociendo su impacto en la salud mental y social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

A nivel internacional, se ha resaltado la importancia de que las políticas públicas incluyan no solo la prestación de servicios médicos, sino también la garantía de información oportuna, educación sexual basada en evidencia, y la eliminación de barreras normativas, culturales y económicas que impiden el acceso equitativo a los derechos reproductivos (Guttmacher Institute, 2020). Esto implica adoptar enfoques con perspectiva de género, interculturalidad, y derechos humanos, promoviendo la participación de las comunidades en la formulación y evaluación de las políticas.

Finalmente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible plantea en su Objetivo 3 (salud y bienestar) y Objetivo 5 (igualdad de género), metas claras relacionadas con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, subrayando que las políticas públicas son instrumentos fundamentales para erradicar desigualdades estructurales, promover la justicia social y garantizar que el ejercicio de estos derechos no dependa de condiciones geográficas, étnicas o socioeconómicas (United Nations, 2015).

Una mirada complementaria, pero centrada en poblaciones vulnerables,

es la revisión sistemática de Dávila, Cala-Vitery y Gómez (2025), que analizó 20 estudios sobre barreras y facilitadores para que adolescentes (≤ 19 años) en América Latina (incluida Colombia) accedan a información y servicios de salud sexual y reproductiva. Los hallazgos indican que obstáculos estructurales (costos, regulación insuficiente y estigmas sociales) siguen limitando el acceso, mientras que la colaboración intersectorial, la educación sexual integral y las redes comunitarias mejoran la cobertura y la calidad de los servicios. Los autores concluyen que, para convertir los DSR en una garantía material, las políticas deben acompañarse de estrategias sostenibles que ataquen las desigualdades de género y fortalezcan los sistemas locales de salud

Por otra parte, desde una perspectiva crítica sobre el rol del Estado, Pierre Bourdieu advierte que las políticas públicas no son instrumentos neutros, sino mecanismos que reproducen o transforman relaciones de poder, dependiendo de cómo se conciben y a quién estén dirigidas (Bourdieu, 1999). Aplicado al campo de los derechos sexuales y reproductivos, esto implica que una política pública que no reconoce explícitamente a los grupos históricamente excluidos (como personas LGBTIQ+, mujeres solteras o quienes viven en condiciones de pobreza) corre el riesgo de reproducir desigualdades estructurales bajo una aparente neutralidad técnica. Así, una verdadera política pública transformadora debe incorporar un enfoque interseccional y de derechos humanos, no solo reconociendo la diversidad de cuerpos y familias, sino asegurando el acceso real y material a los servicios reproductivos. De lo contrario, se mantiene una ficción de universalidad que encubre exclusiones sistemáticas en el ejercicio de los derechos.

La inclusión de la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida dentro del marco normativo

colombiano, específicamente a través del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, representa una expresión concreta de la postura del Estado frente a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos como parte del derecho fundamental a la salud. Como se ha evidenciado, la política pública en esta materia no solo debe garantizar el acceso efectivo a procedimientos médicos, sino también responder a los mandatos constitucionales e internacionales que exigen una acción estatal articulada, equitativa y con enfoque de derechos. En este sentido, se pretende demostrar también que el reconocimiento legal de la infertilidad como enfermedad, y de las técnicas de reproducción asistida como procedimientos legítimos para el ejercicio del derecho a formar una familia, no puede entenderse de forma aislada, sino como resultado de un proceso progresivo de consolidación de políticas públicas centradas en la dignidad humana, la igualdad de género y la autonomía reproductiva. Así, este análisis propone revisar las implicaciones estructurales en la norma que garanticen el acceso universal, sin discriminación, a servicios de salud sexual y reproductiva, en cumplimiento de los estándares definidos por organismos como la OMS, la ONU y la jurisprudencia constitucional colombiana.

Principio de Igualdad Sustantiva en el Acceso a los Derechos Reproductivos: más allá del reconocimiento formal

La igualdad constituye un principio fundamental del derecho internacional de los derechos humanos y del ordenamiento jurídico colombiano, en tanto reconoce que todas las personas deben gozar de los mismos derechos y oportunidades, sin discriminación de ningún tipo. En materia de derechos sexuales y reproductivos, la igualdad implica que todas las personas, independientemente de su género, orientación sexual, situación económica o ubicación geográfica, deben

tener acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva, incluidos los tratamientos para la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 1 que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (United Nations, 1948), principio que se proyecta de manera directa sobre el derecho de acceso a la salud reproductiva como parte del derecho a la salud integral.

En el contexto colombiano, la Corte Constitucional ha reiterado que el principio de igualdad no debe ser entendido como un concepto meramente formal, sino como un mandato que exige remover obstáculos que, en la práctica, perpetúan condiciones de desigualdad material. En decisiones como la Sentencia C-093 de 2001, el tribunal sostuvo que “la igualdad real y efectiva exige la adopción de medidas que corrijan las desventajas que históricamente han afectado a determinados grupos poblacionales” (Corte Constitucional de Colombia, 2001). Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, donde las mujeres, las personas de bajos recursos y las parejas que enfrentan infertilidad han sido tradicionalmente objeto de barreras estructurales para acceder a servicios adecuados.

A nivel internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado en su Observación General N.º 22 que los Estados tienen la obligación de garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva sean accesibles sin discriminación alguna, prestando especial atención a los grupos más vulnerables (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016). Esto implica no solo la eliminación de obstáculos legales, sino también la adopción de medidas afirmativas que aseguren condiciones materiales de acceso efectivo a tratamientos como las técnicas de reproducción asistida.

Por ello, el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 debe interpretarse en armonía con el principio de igualdad material, garantizando que los tratamientos para la infertilidad no se conviertan en privilegios para unos pocos, sino en derechos accesibles para todas las personas que los requieran, como expresión del respeto por la dignidad humana y la justicia social.

El enfoque de igualdad sustantiva, a diferencia del formalismo jurídico que presupone un trato igual para todos, exige tener en cuenta las condiciones reales de las personas para ejercer sus derechos. En este sentido, la filósofa y economista Martha Nussbaum sostiene que una teoría de justicia centrada en la dignidad humana debe garantizar las capacidades reales de las personas para llevar una vida plena, lo cual incluye la posibilidad de decidir sobre la maternidad, formar una familia y acceder a servicios de salud reproductiva sin obstáculos estructurales (Nussbaum, 2012). Desde su enfoque de las “capacidades humanas”, la igualdad sustantiva no se agota en el reconocimiento legal del derecho, sino que requiere la eliminación de barreras sociales, económicas y simbólicas que impiden su ejercicio efectivo. Aplicado a los derechos reproductivos, este marco obliga al Estado a asegurar que mujeres, personas solteras y parejas del mismo sexo puedan acceder materialmente a técnicas de reproducción asistida en igualdad de condiciones.

La garantía de la igualdad material resulta indispensable para comprender el verdadero alcance del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, pues reconocer la infertilidad como enfermedad y regular las técnicas de reproducción humana asistida implica también el compromiso estatal de asegurar que estos derechos sean accesibles para todas las personas, sin distinción alguna. Tal como lo establece el marco internacional y constitucional, la igualdad en el acceso a la salud sexual y reproductiva no puede limitarse

a un plano formal, sino que requiere medidas efectivas que eliminen las barreras económicas, geográficas, sociales y culturales que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos poblacionales. Por consiguiente la regulación de la infertilidad en Colombia debe ser leída a la luz de los principios de igualdad real y no discriminación, como instrumentos esenciales para la materialización de los derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, se resalta que la política pública en esta materia no solo debe garantizar la existencia de normas que reconozcan estos derechos, sino también implementar mecanismos que permitan su ejercicio efectivo, en condiciones de equidad, dignidad y justicia social, en consonancia con los estándares fijados por la Corte Constitucional, la Declaración Universal de Derechos Humanos y los órganos internacionales de protección de los derechos humanos.

Equidad Reproductiva y Reconocimiento de las Diferencias Estructurales: una exigencia ética y constitucional

La equidad es un principio fundamental que complementa y profundiza el de igualdad, pues reconoce que no basta con tratar a todas las personas de la misma manera, sino que es necesario adoptar medidas diferenciadas que permitan superar las desventajas estructurales que afectan a ciertos grupos. En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, la equidad implica diseñar e implementar políticas públicas y normativas que consideren las diferencias de género, condición socioeconómica, ubicación geográfica, edad, orientación sexual y otras características que pueden limitar el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva, incluyendo las técnicas de reproducción humana asistida. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la equidad en salud se traduce en la ausencia de diferencias sistemáticas

en el estado de salud o en el acceso a servicios entre grupos poblacionales con distintos niveles de ventaja o desventaja social (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En Colombia, el principio de equidad ha sido reconocido como un mandato constitucional que orienta la formulación de políticas públicas de salud. La Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, establece expresamente que el sistema de salud debe operar bajo principios de equidad, calidad y eficiencia, garantizando que todos los individuos puedan acceder a los servicios que requieren, en función de sus necesidades específicas y no de su capacidad de pago (Congreso de Colombia, 2015). Este enfoque resulta crucial en el tratamiento de la infertilidad, pues permite entender que el acceso a técnicas de reproducción asistida debe ser garantizado de manera diferencial para quienes, por razones económicas o sociales, tradicionalmente han tenido barreras de acceso a estos procedimientos.

Desde una perspectiva internacional, el Comité de la CEDAW ha subrayado que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas de carácter afirmativo para eliminar las desigualdades que afectan a las mujeres en el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos, reconociendo que un tratamiento formalmente igualitario puede ser insuficiente para lograr resultados justos (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2010). En este sentido, la equidad exige al Estado colombiano no solo reconocer el derecho de las personas a acceder a técnicas de reproducción asistida, sino también diseñar estrategias que permitan su financiación pública, su inclusión en los planes de beneficios de salud, y su accesibilidad real en las distintas regiones del país.

Por otro lado, la noción de equidad reproductiva implica reconocer

que no todas las personas parten desde las mismas condiciones para ejercer sus derechos, y que el acceso a la salud sexual y reproductiva debe considerar activamente las desigualdades sociales, económicas y culturales. En este sentido, la politóloga Nancy Fraser plantea la necesidad de una justicia tridimensional, que combine la redistribución económica, el reconocimiento de las diferencias culturales y la participación política como condiciones necesarias para la equidad (Fraser, 2006). Desde esta perspectiva, una política reproductiva verdaderamente equitativa no solo debe garantizar la prestación de servicios médicos, sino también reconocer a las personas históricamente invisibilizadas (como mujeres rurales, personas LGBTIQ+ y personas con discapacidad) y brindar mecanismos institucionales que aseguren su inclusión real en la toma de decisiones sobre salud reproductiva. Ignorar estas dimensiones perpetúa formas de injusticia estructural que restringen la autonomía reproductiva de amplios sectores de la población.

La incorporación de la perspectiva de equidad en el análisis del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 es esencial para comprender que el simple reconocimiento de la infertilidad como enfermedad y de las técnicas de reproducción asistida como tratamientos legítimos no garantiza, por sí solo, el acceso efectivo a estos derechos. Por lo tanto, se tiene que la equidad exige medidas concretas para remover las barreras económicas, geográficas y sociales que históricamente han excluido a amplios sectores de la población del ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo a las parejas del mismo sexo y a las personas solteras que desean acceder a la maternidad o paternidad mediante técnicas de reproducción asistida. La exclusión de estos grupos, ya sea por razones económicas, jurídicas o culturales, constituye una forma de discrimina-

ción contraria al principio de igualdad sustantiva reconocido tanto en el derecho interno como en el derecho internacional de los derechos humanos. Así, garantizar el acceso equitativo a las técnicas de reproducción asistida implica reconocer que las necesidades de las personas varían de acuerdo con sus condiciones de vida, su orientación sexual y sus proyectos de familia, y que el Estado tiene la obligación de actuar de manera diferenciada para alcanzar resultados justos, en cumplimiento del mandato constitucional de protección reforzada a las poblaciones históricamente discriminadas. De este modo, el análisis jurídico de la Ley 1953 de 2019 no puede desvincularse de un enfoque de equidad material e inclusiva, como exigencia fundamental para que la regulación sobre infertilidad y reproducción asistida contribuya efectivamente a la realización del derecho a la salud, la igualdad sustantiva, la dignidad humana y la diversidad familiar, en consonancia con los compromisos nacionales e internacionales asumidos por Colombia.

Derechos Humanos como Marco de Protección de la Autonomía Reproductiva: obligaciones estatales frente a la diversidad familiar y corporal

Los derechos humanos constituyen el fundamento esencial sobre el cual se estructura el reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, incluido el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida. En términos generales, los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna, y protegen la dignidad, la libertad, la igualdad y la integridad física y mental de las personas (Naciones Unidas, 1948). En este marco, el derecho a fundar una familia y a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos se encuentra reconocido en instrumentos como el Pacto Interna-

cional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 23) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 10), ambos adoptados por Colombia (Naciones Unidas, 1966a; Naciones Unidas, 1966b).

En el ámbito específico de los derechos reproductivos, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en El Cairo fue un hito al establecer que los servicios de salud reproductiva, incluyendo los tratamientos de fertilidad, forman parte integral del derecho a la salud (United Nations Population Fund [UNFPA], 2014). La infertilidad, en tanto afecta la capacidad de las personas para ejercer plenamente su derecho a formar una familia, debe ser abordada desde una perspectiva de derechos humanos, lo cual implica que los Estados tienen la obligación positiva de garantizar el acceso a tratamientos médicos como las técnicas de reproducción asistida, especialmente cuando su ausencia perpetúe situaciones de discriminación o exclusión social.

Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su Opinión Consultiva OC-24/17 enfatizó que el derecho a la protección de la vida privada y familiar, reconocido en el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, incluye la autonomía reproductiva y el acceso equitativo a tecnologías de reproducción asistida para todas las personas, incluyendo las parejas del mismo sexo (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017). Esta interpretación refuerza la obligación de los Estados de no solo permitir, sino también facilitar el acceso a estos tratamientos en condiciones de igualdad y no discriminación.

Por lo anterior, el análisis del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 no puede desligarse del marco de los derechos humanos, pues el reconocimiento de la infertilidad como enfermedad y la regulación de las

técnicas de reproducción asistida deben entenderse como parte del cumplimiento de obligaciones estatales en materia de dignidad humana, autonomía reproductiva, igualdad y acceso efectivo a la salud. Por consiguiente, se evidencia que el acceso a los tratamientos de fertilidad no es un privilegio ni un servicio optativo, sino una expresión concreta del derecho de todas las personas a fundar una familia en condiciones de libertad y sin discriminación, tal como lo establece la Declaración Universal de Derechos Humanos y lo han reiterado instrumentos internacionales como los Pactos de 1966. En este contexto, es fundamental señalar que el deber de protección estatal también comprende a las parejas del mismo sexo y a las personas solteras, quienes históricamente han enfrentado barreras estructurales para acceder a técnicas de reproducción asistida. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en su Opinión Consultiva OC-24/17, reafirmó que el derecho a la vida privada y familiar incluye el acceso equitativo a estos tratamientos, sin distinción por orientación sexual.

Derecho a conformar una familia: entre el proyecto de vida y la diversidad de estructuras familiares

El derecho a conformar una familia es un derecho humano fundamental reconocido tanto en el derecho internacional como en el ordenamiento jurídico colombiano. Este derecho implica la facultad de cada persona, sin discriminación alguna, de decidir libremente si desea formar una familia, con quién y mediante qué medios, en condiciones de igualdad, dignidad y autonomía. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 16 que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” (Naciones Unidas, 1948). De manera complementaria, el Pacto Internacio-

nal de Derechos Civiles y Políticos reconoce el derecho de hombres y mujeres a contraer matrimonio y a fundar una familia, como parte esencial de su vida privada (Naciones Unidas, 1966a).

En el caso colombiano, la Corte Constitucional ha interpretado el derecho a conformar una familia como un componente del derecho al libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la igualdad. En decisiones como la Sentencia C-577 de 2011, el tribunal ha reconocido expresamente que este derecho también ampara a las parejas del mismo sexo, afirmando que el concepto de familia no puede limitarse a una visión tradicional y excluyente, sino que debe ajustarse a los principios de pluralismo, libertad e inclusión propios de un Estado social de derecho (Corte Constitucional de Colombia, 2011). Esta evolución jurisprudencial ha sido fundamental para ampliar la titularidad de los derechos reproductivos y para exigir al Estado la implementación de políticas públicas que garanticen su efectividad, como el acceso a técnicas de reproducción asistida.

Asimismo, la Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos constituyó un precedente regional al establecer que todas las personas, independientemente de su orientación sexual, tienen derecho a formar una familia, y que el acceso a tecnologías reproductivas debe ser garantizado sin discriminación. Esta posición se vincula directamente con el contenido del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, al considerar que la infertilidad no debe ser un obstáculo insuperable para quienes desean ejercer su derecho a tener hijos, ya sea en el marco de una relación heterosexual, homosexual o de forma individual (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017).

De esta manera, el reconocimiento del derecho a conformar una familia exige que el Estado no solo se

abstenga de interferir en las decisiones reproductivas de las personas, sino que adopte medidas activas para garantizar el acceso igualitario a los medios necesarios para el ejercicio de este derecho. Ello incluye la cobertura pública de los tratamientos de infertilidad y el diseño de marcos normativos incluyentes, como lo promueve la Ley 1953 de 2019, que deben ser leídos desde una perspectiva de derechos humanos, igualdad sustantiva y justicia social.

La ampliación jurisprudencial se ha visto reforzada por estándares interamericanos y por la academia. La Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte IDH subraya que el concepto de familia debe abarcar a todas las formas de organización afectiva que libremente escojan las personas, incluidas las parejas del mismo sexo y las familias de crianza; su exclusión constituye discriminación prohibida (Corte IDH, 2017). Estudios recientes en Colombia muestran cómo esta visión se traduce en realidades familiares que desbordan los vínculos biológicos: Perilla Granados (2024) documenta la autoorganización de “familias elegidas” por personas expulsadas de sus hogares biológicos, proponiendo criterios constitucionales para su protección y acceso a políticas públicas (Perilla, 2024). Así, la garantía efectiva del derecho a conformar una familia exige reconocer la diversidad de estructuras familiares y asegurar igualdad de trato en ámbitos como filiación, seguridad social y protección integral de niños, niñas y adolescentes.

Por lo anterior, se tiene entonces que el reconocimiento del derecho a conformar una familia, en sus múltiples formas, resulta esencial para entender el verdadero alcance del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, en tanto regula el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida como una vía legítima para materializar ese derecho fundamental. En este contexto, se resalta que dicho

derecho no puede restringirse a parejas heterosexuales ni a concepciones tradicionales de familia, sino que debe comprender también a parejas del mismo sexo y personas solteras, conforme a los estándares constitucionales e interamericanos que prohíben toda forma de discriminación por orientación sexual o estado civil. La jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han sido claras al afirmar que la posibilidad de fundar una familia hace parte del núcleo esencial de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad, y que los Estados están obligados a garantizar el acceso a los medios necesarios para hacerlo efectivo. Así, el artículo 2 debe abordarse como una oportunidad para avanzar en la consolidación de un marco jurídico y ético que reconozca y proteja la diversidad familiar, asegurando que las técnicas de reproducción asistida no se conviertan en privilegio, sino en un derecho exigible para todas las personas, sin distinción.

Comparativo con otros países latinoamericanos: lecciones normativas para la inclusión reproductiva en Colombia

La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) y el reconocimiento del derecho a la reproducción en América Latina presentan un panorama diverso, que refleja las tensiones entre el avance científico, los marcos legales y los contextos culturales predominantes. En comparación con Colombia y su Ley 1953 de 2019, países como Argentina, Uruguay y México han adoptado enfoques normativos más desarrollados y progresistas en la materia, mientras que en otras jurisdicciones, como Perú o El Salvador, persisten vacíos legislativos o restricciones marcadas por influencias conservadoras y religiosas.

En Argentina, la Ley 26.862 de 2013 regula integralmente el acce-

so a técnicas de reproducción médicamente asistida, estableciendo su inclusión en el sistema de salud pública y privada, y reconociéndolo como parte del derecho a la salud y a la planificación familiar. Esta normativa destaca por su carácter inclusivo, pues garantiza el acceso a personas solas y parejas del mismo sexo, lo que refleja un claro compromiso con los principios de igualdad y no discriminación (Congreso de la Nación Argentina, 2013). Por su parte, Uruguay promulgó en 2013 la Ley N.º 19.167, que crea un Registro Nacional de Técnicas de Reproducción Humana Asistida y contempla su cobertura parcial en el sistema nacional de salud, aunque con ciertas limitaciones presupuestarias y en el número de intentos (República Oriental del Uruguay, 2013).

En México, la regulación se encuentra fragmentada, pues no existe una ley federal unificada, y cada estado adopta enfoques distintos. Sin embargo, estados como Ciudad de México han implementado normativas progresivas que permiten el acceso a las TRHA para personas solteras y parejas del mismo sexo, mientras que otros estados mantienen restricciones que solo contemplan parejas heterosexuales casadas (GIRE, 2022). En contraste, países como Perú no cuentan con una legislación específica, y aunque las técnicas se practican en la práctica médica privada, persisten lagunas legales en cuanto a su regulación, protección del embrión, filiación y acceso equitativo (Defensoría del Pueblo del Perú, 2018).

En el caso de Chile, aunque el Código Sanitario permite la práctica de técnicas de reproducción asistida, no existía hasta 2024 una ley específica que regule los derechos de los usuarios, lo que ha dado lugar a iniciativas legislativas en curso para reconocerlas como parte del derecho a la salud reproductiva (Ministerio de Salud de Chile, 2022). Esta situación evidencia una tendencia general en la región: aunque varios países reconocen en

sus constituciones y tratados internacionales el derecho a la salud y a formar una familia, la implementación normativa concreta del acceso a técnicas de reproducción asistida es aún desigual.

En comparación con Colombia, que dio un paso importante al reconocer la infertilidad como enfermedad y definir las TRHA en la Ley 1953 de 2019, aún quedan desafíos importantes en cuanto a la inclusión, financiación y cobertura integral de estos procedimientos. Mientras algunos países avanzan hacia modelos universales e inclusivos, otros permanecen en zonas grises legales o limitan el acceso por razones morales o económicas. Este panorama resalta la necesidad de avanzar en la región hacia una regulación común que, desde una perspectiva de derechos humanos, garantice a todas las personas, sin discriminación, el acceso efectivo a las tecnologías reproductivas.

Esta comparación con otros países latinoamericanos permite dimensionar la importancia del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 dentro del contexto regional y refuerza el propósito central de este artículo: evidenciar que el reconocimiento legal de la infertilidad y la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida deben entenderse como un paso necesario, pero aún insuficiente, en la garantía plena de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Mientras países como Argentina y Uruguay han consolidado marcos normativos integrales, inclusivos y de cobertura universal que aseguran el acceso equitativo a estas técnicas, Colombia aún enfrenta desafíos importantes en la implementación práctica de su legislación, especialmente en lo que respecta a la financiación pública, el acceso en zonas rurales y el reconocimiento expreso de estos derechos para parejas del mismo sexo y personas solteras. Este contraste regional subraya la urgencia de fortalecer la política pública nacional

en consonancia con los estándares de igualdad y no discriminación establecidos por el derecho internacional de los derechos humanos.

Impacto de la Heteronormatividad y del Modelo Patriarcal en la Regulación Legal: exclusiones estructurales en el acceso a la reproducción asistida

Uno de los principales retos en la regulación del acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) en América Latina ha sido la persistencia de estructuras normativas marcadas por la heteronormatividad y el patriarcado, que tienden a centrar el diseño legal en el modelo de familia tradicional, es decir, heterosexual, biparental, y generalmente matrimonial. Este enfoque excluyente limita el reconocimiento y la protección jurídica de las diversas formas de familia que hoy existen en las sociedades contemporáneas, como las familias conformadas por parejas del mismo sexo, madres solteras por elección, y personas transgénero con proyectos parentales legítimos. Según Butler (2006), la heteronormatividad impone un marco regulativo que naturaliza ciertos cuerpos, géneros y relaciones afectivas como legítimos, excluyendo otras configuraciones familiares de las garantías legales plenas.

En el caso colombiano, a pesar de los avances jurisprudenciales en materia de igualdad y diversidad familiar, gran parte de la normatividad relacionada con la reproducción asistida (incluida la Ley 1953 de 2019) ha sido formulada bajo supuestos implícitos que reflejan una estructura normativa patriarcal y heterosexual. Como lo ha señalado la Corte Constitucional, esta tendencia reproduce desigualdades históricas que afectan a personas LGBTI y a quienes no encajan en los moldes tradicionales de la familia nuclear (Corte Constitucional de Colombia, 2011). Aunque la ley define la infertilidad y las técnicas reproducti-

vas en términos clínicos, no establece explícitamente criterios de acceso que incluyan a todas las personas sin discriminación, lo que deja espacio para interpretaciones restrictivas por parte de prestadores de servicios de salud o autoridades administrativas.

La exclusión de familias no tradicionales en la legislación sobre reproducción asistida contraviene los principios establecidos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que ha reconocido que el concepto de familia debe entenderse de manera abierta, plural y no sujeta a patrones religiosos o culturales hegemónicos. En su Opinión Consultiva OC-24/17, la Corte Interamericana de Derechos Humanos afirmó que los Estados deben garantizar el acceso a las tecnologías reproductivas a todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género, como expresión del derecho a la vida privada, la igualdad y la no discriminación (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017).

Por otra parte, la arquitectura jurídica que regula las técnicas de reproducción asistida (TRA) en Colombia sigue anclada a un paradigma biogénético y conyugal que centra la filiación en una pareja heterosexual, de modo que la ley presume la presencia de un “padre” y una “madre” unidos por vínculos de sangre y matrimonio. Este marco, heredero del modelo patriarcal, invisibiliza otras experiencias de parentesco y refuerza la idea de que la legitimidad familiar descansa en la complementariedad sexo-générica. Arboleda Restrepo (2024) muestra cómo la “heterosexualidad estructural” sigue incrustada en la normativa de familia, produciendo reglas patrimoniales y de cuidado diseñadas para la pareja hombre-mujer y trasladadas sin ajuste a las familias LGBTQ+, lo que genera vacíos de protección y sobrecarga económica en hogares no heterosexuales. Tales sesgos atraviesan la legislación sobre infertilidad (Decreto 1546/1998 y

Ley 1953/2019), la cual tipifica la TRA como tratamiento médico para la esterilidad “conyugal”, perpetuando la idea de que solo la heterosexualidad reproductiva merece financiamiento y cobertura.

Esta matriz normativa se traduce en exclusiones estructurales: parejas de mujeres, personas solteras y personas trans quedan sujetas a la discrecionalidad de clínicas privadas, a costos que duplican o triplican el ingreso anual promedio y a barreras administrativas como la exigencia de diagnóstico de infertilidad “clínica” aún cuando no exista patología médica. Un análisis de jurisprudencia y políticas públicas realizado por Pinto et al. (2023) revela que, pese al reconocimiento constitucional de los derechos reproductivos, la ausencia de financiamiento público para las TRA y la falta de rutas diferenciadas para familias diversas perpetúan una brecha de acceso de hasta 60 % entre parejas heterosexuales y no heterosexuales en los principales centros de fertilidad del país. Desde la teoría crítica de la familia, estudios cualitativos sobre maternidad lésbica confirman que las usuarias deben “negociar” su legitimidad frente a profesionales que asumen la heterosexualidad como norma (Álvarez, 2017). En conjunto, la vigencia de la heteronormatividad y del modelo patriarcal en la regulación de la reproducción asistida no solo restringe el derecho a fundar una familia, sino que reproduce jerarquías de género y sexualidad que contravienen los principios de igualdad y no discriminación consagrados constitucionalmente.

Desde una perspectiva sociológica, diversas investigaciones han demostrado que la normativa heteronormativa no solo limita derechos, sino que perpetúa estigmas sobre las capacidades parentales de las personas LGBTI. Como indica Pichardo Galán (2011), la legislación que presume un modelo familiar único reproduce simbólicamente jerarquías sociales

que asignan mayor legitimidad y valor a ciertos tipos de familia, invisibilizan a otros. Por ello, el reconocimiento jurídico de las técnicas de reproducción asistida debe ir acompañado de una reforma estructural que elimine los sesgos normativos de origen patriarcal y promueva una legislación verdaderamente inclusiva y sensible a la diversidad.

La configuración legal de los derechos reproductivos en muchos sistemas jurídicos, incluidos los latinoamericanos, ha estado profundamente influenciada por estructuras patriarcales que presuponen una organización social jerárquica basada en el género y la heterosexualidad como norma. La filósofa feminista Sylvia Walby ha señalado que el patriarcado no solo opera en el ámbito doméstico, sino que se institucionaliza a través del derecho, el mercado y el Estado, reproduciendo desigualdades estructurales que colocan a las mujeres y personas no heteronormativas en situaciones de desventaja (Walby, 1990). En el contexto de la reproducción asistida, esta institucionalización se manifiesta en normas que priorizan el acceso de parejas heterosexuales y desestiman otras configuraciones familiares, perpetuando la idea de que solo ciertos cuerpos y relaciones son válidos para la reproducción. Así, el derecho no solo regula, sino que produce y legitima desigualdades, al omitir referencias explícitas a la diversidad sexual, de género y familiar en sus disposiciones normativas.

En la misma línea crítica, Adrienne Rich acuñó el concepto de “heterosexualidad obligatoria” para describir cómo las instituciones culturales, legales y sociales imponen la heterosexualidad como norma, invisibilizando y excluyendo otras formas de vivir la sexualidad y la maternidad (Rich, 1986). Esta lógica subyace en regulaciones que asocian la reproducción con la pareja heterosexual estable, dejando por fuera a mujeres solteras, personas transgénero y parejas

del mismo sexo, incluso en contextos donde se reconoce jurídicamente su existencia. Como advierte Judith Butler, las normas jurídicas que definen quién puede o no acceder a determinados derechos se basan en estructuras de reconocimiento que excluyen a quienes no encajan en la matriz normativa dominante (Butler, 2004). Por tanto, mientras el derecho no reconozca expresamente la pluralidad de identidades y familias, seguirá operando como un dispositivo regulador que refuerza el orden patriarcal y heteronormativo, limitando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

El análisis de la heteronormatividad y de las estructuras normativas patriarcales en el diseño legal de las técnicas de reproducción humana asistida resulta importante para comprender las limitaciones y omisiones del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019. Aunque esta norma representa un avance importante al reconocer la infertilidad como una condición médica y definir jurídicamente las técnicas de reproducción asistida, el lenguaje neutro y clínico en que está formulada no aborda de forma expresa las barreras estructurales que enfrentan las personas y familias diversas en el acceso a estos procedimientos, por lo tanto, se sostiene que el derecho a formar una familia, como parte del proyecto de vida y del ejercicio de la autonomía reproductiva, no puede seguir condicionado por concepciones excluyentes de familia centradas en el modelo heterosexual, biparental y matrimonial. En línea con los estándares establecidos por la Corte Constitucional de Colombia y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el presente trabajo propone una lectura crítica e inclusiva de la Ley 1953 de 2019, que reconozca la necesidad de avanzar hacia un marco jurídico que refleje la pluralidad de estructuras familiares existentes en la sociedad colombiana. Solo en la medida en que se desmonte el enfoque normativo patriarcal y se garantice la igualdad

de acceso a las técnicas de reproducción asistida para todas las personas (incluidas las parejas del mismo sexo, personas transgénero y madres solteras por elección) se podrá hablar de una verdadera implementación del derecho a la salud reproductiva con perspectiva de derechos humanos, equidad e inclusión.

Discriminación de parejas homoparentales con enfermedades que generan infertilidad: una doble exclusión en el acceso a la salud reproductiva

La discriminación estructural contra parejas homoparentales, así como contra personas solteras y aquellas que padecen enfermedades que generan infertilidad —como la endometriosis, los quistes ováricos, el síndrome de ovario poliquístico o trastornos testiculares— constituye una grave vulneración del derecho a la igualdad y a la salud reproductiva. En muchos sistemas legales, incluidos los latinoamericanos, las técnicas de reproducción asistida han sido diseñadas bajo un enfoque restrictivo que, de forma implícita o explícita, prioriza a las parejas heterosexuales y casadas, dejando fuera a quienes no se ajustan a ese modelo tradicional de familia. Esta exclusión no solo desconoce los avances científicos y médicos que permiten que una amplia variedad de personas accedan a la parentalidad, sino que también reproduce estigmas y prejuicios profundamente enraizados en estructuras sociales patriarcales y heteronormativas (GIRE, 2022).

Diversas enfermedades que afectan el sistema reproductivo, como la endometriosis, afectan de manera desproporcionada a mujeres jóvenes, limitando su capacidad de concebir de forma natural. A pesar de que estas condiciones son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como causas legítimas de infertilidad, en muchos países el acceso a técnicas de reproducción asistida continúa siendo limitado a ciertos grupos,

sin tomar en cuenta las necesidades de quienes padecen enfermedades médicamente diagnosticadas (World Health Organization [WHO], 2020). Esta situación genera una discriminación indirecta basada en el estado de salud, el estado civil o la orientación sexual, lo cual contraviene los principios del derecho internacional de los derechos humanos, que obligan a los Estados a garantizar el acceso igualitario y no discriminatorio a los servicios de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016).

Particularmente grave es el caso de las parejas homoparentales, quienes, pese a tener reconocimiento jurídico en países como Colombia a través de la jurisprudencia constitucional, siguen enfrentando obstáculos para acceder a tratamientos de fertilidad, ya sea por trabas administrativas, exclusiones en los planes de salud o por la negativa de clínicas a prestar servicios por razones morales o ideológicas. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en su Opinión Consultiva OC-24/17 que ningún proyecto familiar debe ser excluido del acceso a tecnologías reproductivas por razón de orientación sexual o estado civil, reafirmando que la protección de la vida privada y familiar implica garantizar la autonomía reproductiva de todas las personas en condiciones de igualdad (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017).

Asimismo, los hombres y mujeres solteros que desean ejercer su derecho a formar una familia mediante técnicas de reproducción asistida se encuentran frecuentemente desprotegidos por normativas que asocian erróneamente la reproducción asistida con la existencia de una pareja heterosexual estable. Esta visión legal anacrónica contradice los principios de autonomía y no discriminación reconocidos por el derecho constitucional colombiano, especialmente en lo que respecta al libre desarrollo de la

personalidad y la autodeterminación reproductiva (Corte Constitucional de Colombia, 2011).

Por otra parte, las parejas homoparentales que además presentan patologías que comprometen su fertilidad (por ejemplo, VIH o cánceres tratados con quimioterapia gonadotóxica) experimentan una “doble exclusión” frente a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Por un lado, la regulación colombiana continúa describiendo la infertilidad en términos de “pareja conyugal masculina-femenina” y exige un diagnóstico clínico de esterilidad para autorizar la financiación pública, lo que invisibiliza a los hogares del mismo sexo y traslada todo el costo al bolsillo de los usuarios (Narváez Jiménez, 2022). Por otro, las guías clínicas y los protocolos de seguridad biológica para portadores de virus (especialmente VIH) imponen requisitos adicionales (bancos de semen segregados, pruebas serológicas repetidas, consentimientos reforzados) que encarecen el procedimiento y reducen el número de centros dispuestos a atenderlos, aun cuando existan métodos seguros como el “sperm-washing” certificado por la OMS.

La evidencia empírica muestra que estas dos capas de discriminación se potencian entre sí: un estudio comparativo en 14 países europeos halló que, aun cuando la inseminación o la FIV están legalmente disponibles para personas viviendo con VIH, las restricciones sobre orientación sexual y el carácter privado de la mayoría de las clínicas reducen en más de 50 % la probabilidad de acceso efectivo para parejas gay serodiscordantes (Andersen et al., 2022). En Colombia, la ausencia de rutas diferenciadas y de cobertura financiera similar conduce a prácticas de “turismo reproductivo” hacia países donde los requisitos son menos excluyentes, perpetuando la inequidad socioeconómica y vulnerando el principio de no discriminación consagrado en los artículos 13 y 42

de la Constitución. Superar esta doble barrera exige reformar los criterios de elegibilidad en la Ley 1953/2019, incorporar un enfoque interseccional en los protocolos de riesgo biológico y garantizar financiación pública que considere tanto la orientación sexual como las condiciones de salud que generan infertilidad.

Por consiguiente, la exclusión que enfrentan parejas homoparentales, personas solteras y quienes padecen enfermedades que generan infertilidad evidencia que el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, pese a su valor normativo inicial, requiere una interpretación y aplicación con enfoque diferencial y de derechos humanos. El presente artículo ha sostenido que definir la infertilidad como una enfermedad y regular las técnicas de reproducción asistida no es suficiente si estas disposiciones no se acompañan de garantías efectivas de acceso equitativo e inclusivo para todos los sujetos potencialmente beneficiarios, sin distinción por orientación sexual, estado civil o condición médica. La falta de mención explícita en la ley a estas realidades genera espacios de discriminación indirecta, que se traducen en barreras normativas, administrativas y simbólicas que limitan el ejercicio pleno del derecho a conformar una familia. Desde una perspectiva constitucional y convencional, el derecho a la salud reproductiva exige al Estado garantizar no solo la disponibilidad de tratamientos, sino también su accesibilidad en condiciones de igualdad sustantiva, tal como lo exigen la Corte Constitucional colombiana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Así, el análisis de estos grupos históricamente marginados refuerza el objetivo de este artículo: promover una lectura inclusiva de la Ley 1953 de 2019 que reconozca la pluralidad de proyectos familiares y la necesidad de políticas públicas integrales, capaces de traducir los derechos reconocidos en el papel en garantías reales y efectivas para todas las personas.

Inconstitucionalidad del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019: omisiones normativas contrarias a los principios de igualdad y no discriminación

Aunque el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 representa un avance en la regulación de la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) en Colombia, su redacción y alcances presentan serias tensiones frente a principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de 1991. En primer lugar, la ausencia de un enfoque explícitamente inclusivo en su definición de técnicas de reproducción asistida vulnera el principio de igualdad y no discriminación consagrado en el artículo 13 de la Constitución, pues omite considerar de manera expresa a parejas del mismo sexo, personas solteras y personas con condiciones médicas que afectan su fertilidad, limitando de manera indirecta su acceso efectivo a tratamientos médicos que deberían ser garantizados en condiciones de igualdad material (Constitución Política de Colombia, 1991).

Además, esta omisión es contraria a la interpretación amplia y progresiva de los derechos fundamentales establecida por la Corte Constitucional en múltiples pronunciamientos, como la Sentencia C-577 de 2011, en la que se reconoció la existencia de diversas formas de familia más allá del modelo heterosexual tradicional (Corte Constitucional de Colombia, 2011). El hecho de que el artículo 2 no contemple expresamente la pluralidad de estructuras familiares genera un impacto discriminatorio indirecto, pues en la práctica, los prestadores de servicios de salud pueden limitar el acceso a las TRHA bajo concepciones tradicionales de familia, contravieniendo el principio de efectividad de los derechos (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

Por otra parte, la redacción del artículo 2 tampoco asegura plenamente

el derecho a la autonomía reproductiva, entendido como parte del derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la vida privada. De acuerdo con la Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el acceso a las técnicas de reproducción asistida forma parte integral del derecho a formar una familia y de la autonomía reproductiva, debiendo ser protegido sin discriminaciones por orientación sexual, identidad de género o estado civil (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017). La falta de una referencia explícita a estos principios en la legislación colombiana podría ser considerada como una omisión legislativa que vulnera los compromisos internacionales asumidos por el Estado en materia de derechos humanos.

Finalmente, debe resaltarse que el artículo 2 no prevé medidas específicas de accesibilidad económica y territorial, lo cual desconoce el principio de progresividad en la realización de los derechos sociales, en particular el derecho a la salud reproductiva reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966). En consecuencia, al no garantizar plenamente la universalidad y la accesibilidad de los servicios de reproducción asistida para toda la población, la norma presenta rasgos de inconstitucionalidad material por vulneración de los principios de igualdad, autonomía, diversidad familiar y progresividad, fundamentales en el modelo constitucional colombiano contemporáneo.

Propuesta de modificación del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019: hacia una regulación inclusiva, equitativa y con enfoque de derechos humanos

Tras el análisis crítico del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, resulta evidente que su redacción actual no garantiza de forma plena ni inclusiva el acceso igualitario a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA),

ni refleja la diversidad de familias ni las distintas condiciones médicas que pueden causar infertilidad. Aunque el texto normativo reconoce la infertilidad como una enfermedad y define técnicamente las TRHA, su lenguaje clínico y neutro omite hacer explícitas las garantías de acceso para personas solteras, parejas del mismo sexo, personas transgénero, y personas que padecen condiciones médicas que les impiden concebir. Esta omisión perpetúa barreras estructurales contrarias a los principios de igualdad sustantiva, dignidad humana, libre desarrollo de la personalidad y autonomía reproductiva, ampliamente desarrollados por la jurisprudencia constitucional colombiana y por el derecho internacional de los derechos humanos.

En consecuencia, se propone una modificación integral del artículo 2 que no se limite a definir términos técnicos, sino que incorpore una redacción basada en los principios de inclusión, equidad y no discriminación. La propuesta es que el artículo incluya expresamente que las técnicas de reproducción humana asistida están disponibles para toda persona o pareja, independientemente de su sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil o condición médica, siempre que exista una indicación clínica o un proyecto legítimo de formar una familia. De esta manera, se eliminarían ambigüedades interpretativas que hoy permiten a prestadores de servicios de salud negar el acceso a ciertos usuarios con base en concepciones tradicionales de familia o criterios morales personales, lo cual constituye una violación de derechos fundamentales.

Adicionalmente, se sugiere que el artículo modificado incluya una referencia expresa al enfoque de derechos humanos, señalando que el acceso a las TRHA hace parte del ejercicio pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva, en línea con lo establecido en el artículo 49 de la

Constitución, así como con los compromisos internacionales asumidos por Colombia, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y la Opinión Consultiva OC-24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. De igual forma, debería contemplarse el principio de progresividad, obligando al Estado a implementar políticas públicas que garanticen el acceso material a estos procedimientos, incluyendo su financiación dentro del sistema de salud y su disponibilidad en todas las regiones del país.

Una posible redacción alternativa del concepto de infertilidad del artículo 2 podría ser la siguiente:

Artículo 2. *Se entenderá por infertilidad, para efectos de esta ley, la imposibilidad de lograr un embarazo clínico tras doce (12) meses o más de intentos de concepción mediante relaciones sexuales no protegidas, así como aquellas situaciones en las que, debido a la ausencia de pareja con capacidad biológica complementaria para la gestación o por motivos de salud, sea necesario recurrir a técnicas de reproducción humana asistida.*

Esta modificación no solo fortalecería el marco legal colombiano en materia de salud reproductiva, sino que consolidaría un enfoque jurídico coherente con los valores constitucionales de pluralismo, inclusión y dignidad humana. Asimismo, facilitaría la interpretación judicial y administrativa del derecho al acceso a las TRHA, limitando prácticas discriminatorias y reafirmando el carácter fundamental del derecho a formar una familia en todas sus expresiones legítimas.

DISCUSIÓN

El análisis del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 revela un avance normativo importante en la regulación de la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), al reconocer explícitamente la in-

fertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo y establecer definiciones técnicas sobre los procedimientos médicos asociados. Sin embargo, como lo ha planteado este artículo, el contenido del artículo 2 es jurídicamente insuficiente para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva inclusiva, equitativa y conforme con los principios constitucionales e internacionales de derechos humanos. En particular, la omisión de disposiciones explícitas que aseguren el acceso igualitario a las TRHA para personas solteras, parejas del mismo sexo y personas con condiciones médicas específicas que afectan la fertilidad, genera barreras estructurales que perpetúan formas de discriminación directa e indirecta.

A la luz de la jurisprudencia constitucional colombiana, en especial la Sentencia C-577 de 2011 y la T-760 de 2008, el derecho a conformar una familia y el acceso a servicios de salud deben estar garantizados de manera universal, sin que existan restricciones basadas en el modelo de familia tradicional, la orientación sexual o el estado civil. Asimismo, el principio de igualdad material exige que las políticas públicas y normas legales no solo reconozcan derechos en abstracto, sino que adopten mecanismos concretos que garanticen su goce efectivo. La falta de desarrollo reglamentario sobre la implementación práctica del acceso a las técnicas de reproducción asistida (en términos de financiación pública, cobertura territorial y regulación sanitaria con enfoque diferencial) reduce la eficacia del artículo 2 y pone en entredicho su adecuación a los estándares de derechos humanos.

Además, el contraste con otras legislaciones latinoamericanas, como las de Argentina y Uruguay, permite evidenciar que existen modelos normativos más integrales e inclusivos, que reconocen la pluralidad de familias y garantizan el acceso a trata-

mientos de fertilidad como parte del derecho a la salud reproductiva. Estos marcos normativos sirven como referencia para la mejora de la legislación colombiana, especialmente en lo relativo a la necesidad de un lenguaje legal inclusivo, criterios de acceso universales y estructuras institucionales que aseguren el respeto al principio de progresividad.

En ese sentido, resulta especialmente problemático que el artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, al definir las técnicas de reproducción humana asistida, no incorpore una perspectiva de diversidad familiar ni garantice expresamente la inclusión de parejas homosexuales, mujeres solteras u otras personas que, aun padeciendo enfermedades del sistema reproductivo, como endometriosis, quistes ováricos o alteraciones hormonales, enfrentan barreras para acceder a estos tratamientos. Esta omisión legislativa, aunque aparentemente técnica o neutral, reproduce un sesgo estructural que favorece el modelo heterosexual y biparental tradicional, dejando fuera de la cobertura y del reconocimiento jurídico a quienes no se ajustan a esa estructura. El resultado es una exclusión indirecta que contraviene los principios de igualdad sustantiva, no discriminación y autonomía reproductiva reconocidos tanto por la jurisprudencia constitucional como por los tratados internacionales de derechos humanos. Esta situación exige una reforma normativa que corrija estos vacíos, garantizando que el derecho a formar una familia y a acceder a los avances de la medicina reproductiva sea universal, inclusivo y verdaderamente efectivo para todas las personas, sin importar su orientación sexual, estado civil o condición médica.

Finalmente, el análisis desde una perspectiva crítica evidencia que las normas actuales, al estar diseñadas bajo estructuras normativas heteronormativas y patriarcales, no solo reproducen desigualdades jurídicas,

sino también simbólicas. El lenguaje neutral de la ley, lejos de ser inclusivo, invisibiliza a quienes históricamente han sido excluidos del ejercicio pleno de sus derechos reproductivos, como las personas LGBTI, las personas solteras o quienes enfrentan condiciones médicas que afectan su fertilidad. Por ello, la discusión jurídica no debe centrarse únicamente en el contenido literal del artículo 2, sino en su impacto práctico, su relación con los principios constitucionales y su alineación con los compromisos internacionales asumidos por Colombia en materia de igualdad, no discriminación, autonomía y dignidad humana.

CONCLUSIONES

El análisis del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019 demuestra que, si bien este representa un avance normativo al reconocer la infertilidad como una condición médica y al definir las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), su redacción es insuficiente para garantizar de manera plena y efectiva el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. La norma, tal como está formulada, carece de un enfoque inclusivo que reconozca expresamente la diversidad de sujetos que legítimamente desean acceder a estos procedimientos, dejando por fuera a parejas del mismo sexo, personas solteras, personas transgénero y aquellas que padecen condiciones médicas que afectan su fertilidad, lo que constituye una omisión que resulta inconstitucional y contraria a los tratados internacionales suscritos por el Estado colombiano.

A lo largo de este artículo se ha evidenciado que la falta de mención explícita a grupos históricamente marginados genera un impacto discriminatorio que se traduce en barreras reales de acceso a los servicios de salud reproductiva, perpetuando esquemas normativos de carácter patriarcal y heteronormativo. Esta exclusión, además de vulnerar el principio

de igualdad material consagrado en el artículo 13 de la Constitución, afecta derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía reproductiva y el derecho a conformar una familia. Así lo han señalado la Corte Constitucional de Colombia y la Corte Interamericana de Derechos Humanos en reiteradas ocasiones, exigiendo a los Estados adoptar marcos normativos y políticas públicas que reflejen la pluralidad familiar y promuevan la inclusión sin distinción alguna.

Asimismo, el análisis comparativo con otros países latinoamericanos, como Argentina y Uruguay, evidencia que es posible diseñar leyes integrales que garanticen el acceso universal y no discriminatorio a las TRHA, incluyendo medidas afirmativas de cobertura en los sistemas de salud y criterios amplios de elegibilidad. Estas experiencias deben servir como referente para Colombia en la tarea pendiente de armonizar su legislación con los estándares internacionales de derechos humanos y los principios constitucionales que rigen el Estado social de derecho.

Finalmente, se propone una modificación integral del artículo 2 de la Ley 1953 de 2019, que incluya expresamente a todas las personas y tipos de familia en el acceso a las técnicas de reproducción asistida, adoptando un enfoque de derechos humanos, igualdad, diversidad, progresividad y no discriminación. Solo mediante un lenguaje legal claro, inclusivo y garantista se podrá avanzar hacia una legislación que no solo reconozca derechos en el plano formal, sino que asegure su aplicación efectiva en la vida cotidiana de quienes desean ejercer su derecho a la salud reproductiva y a formar una familia en condiciones de dignidad e igualdad.

REFERENCIAS

Álvarez-Bernardo, G. (2017). *La maternidad en parejas de mujeres: reformulando el parentesco heter-*

onormativo y biologicista. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 24, 9-28. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.01>

Andersen, M. H., Alexander, M. T., Bintz, C., Ford, C., Mitchem, M., Pham, A., Silverman, L., & Irwin, R. (2022). *Medically assisted reproduction for people living with HIV in Europe: A cross-country exploratory policy comparison*. *HIV Medicine*, 23(1), 10-18. <https://doi.org/10.1111/hiv.13269>.

Arboleda Restrepo, J. C. (2024). Desentrañando la heteronormatividad dentro del derecho de familia colombiano: perspectivas jurídicas sobre las diferencias económicas entre las relaciones de parejas del mismo sexo y de sexos opuestos. *Vniversitas*, 73. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj73.uhic>

Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.

Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). *Observación General N.º 22 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva*. Naciones Unidas. <https://www.un-docs.org/E/C.12/GC/22>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2010). *Recomendación general N.º 24 sobre la mujer y la salud*. Naciones Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf

Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49.427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59932>

Congreso de Colombia. (2019). *Ley 1953 de 2019, por la cual se dictan normas relacionadas con el acceso a los procedimientos y técnicas*

cas de reproducción humana asistida. Diario Oficial No. 51.008. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=98414>

Congreso de la Nación Argentina. (2013). *Ley 26.862 de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26862-208526>

Constitución Política de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. <https://www.constitucioncolombia.com/>

Corte Constitucional de Colombia. (2001). *Sentencia C-093 de 2001*. M.P. Rodrigo Escobar Gil. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-093-01.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2006). *Sentencia C-355 de 2006*. M.P. Clara Inés Vargas Hernández. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2009). *Sentencia T-388 de 2009*. M.P. Nilson Pinilla Pinilla. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-388-09.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2009). *Sentencia T-732 de 2009*. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-732-09.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2011). *Sentencia C-577 de 2011*. M.P. Juan Carlos Henao. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/C-577-11.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia C-055/22*. Bogotá, Colombia.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Opinión Consultiva OC-24/17 sobre identidad de género, igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Opinión consultiva OC-24/17, Identidad de género, igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*. San José, Costa Rica.

Dávila, F., Cala-Vitery, F., & Gómez, L.-T. (2025). Determinants of access to sexual and reproductive health for adolescent girls in vulnerable situations in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2), 248. <https://doi.org/10.3390/ijerph22020248>

Defensoría del Pueblo del Perú. (2018). *Informe de adjuntía: Técnicas de reproducción humana asistida: desafíos para su regulación en el Perú*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/07/Informe-TRHA.pdf>

Fraser, N. (2006). *Reframing justice in a globalizing world*. *New Left Review*, (36), 69–88.

GIRE – Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2022). *Derechos reproductivos y técnicas de reproducción asistida en México*. <https://gire.org.mx>

González-Vélez, A. C., Melo-Arévalo, C., & Martínez-Londoño, J. (2019). Eliminating abortion from criminal law in Colombia: A just cause. *Health and Human Rights*, 21(2), 85–96.

Guttmacher Institute. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>

Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Situación actual de la repro-*

ducción asistida en Chile. <https://www.minsal.cl>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Guía de práctica clínica para la atención de la infertilidad*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-atencion-infertilidad.pdf>

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Naciones Unidas. (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Narváez Jiménez, D. A. (2022). Fecundación in vitro y derecho a la igualdad en parejas del mismo sexo en Colombia. *Revista Científica Co-dex*, 8(14), 105–126.

Nazif-Muñoz, J. I., & Chabot, R. (2022). Mapping and assessing sexual and reproductive health policy changes over time in Colombia: Measuring their impact on pregnancy terminations. *Humanities and Social Sciences Communications*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-01016-0>

Nussbaum, M. C. (2012). *Creating capabilities: The human development approach*. Harvard University Press.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Avanzar hacia la equidad en salud: un enfoque de acción social*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34954>

Ortiz, J., Blades, N., & Prada, E.

(2024). Motivations for using misoprostol for abortion outside the formal healthcare system in Colombia: A qualitative study of women seeking post-abortion care in Bogotá and the Coffee Axis. *Reproductive Health*, 21, 76. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01814-0>

Pateman, C. (1988). *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.

Perilla Granados, J. S. A. (2024). Familias diversas conformadas por sujetos expulsados de sus familias biológicas: una propuesta hermenéutica de protección constitucional. *Revista Derecho del Estado*, 60, 83–105. <https://doi.org/10.18601/01229893.n60.05>

Pichardo Galán, J. I. (2011). Diversidad familiar y ciudadanía sexual: las familias LGTB como reto jurídico y político. *Revista Internacional de Sociología*, 69(3), 771–793. <https://doi.org/10.3989/ris.2009.04.26>

Pinto-Bustamante, B. J., Gómez-Córdoba, A. I., & Gómez-Rivadeneira, A. (2023). Access to assisted human reproduction techniques in Colombia: Disparity between the recognition of reproductive rights and their effective implementation. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(1), 1–13. <https://doi.org/10.1002/hpm.3707>

República Oriental del Uruguay. (2013). Ley 19.167, que regula las técnicas de reproducción humana asistida. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>

Rich, A. (1986). *Compulsory heterosexuality and lesbian existence*. In C. Vance (Ed.), *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality* (pp. 130–143). Routledge.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/icpd>

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Walby, S. (1990). *Theorizing patriarchy*. Oxford: Basil Blackwell.

World Health Organization (WHO). (2020). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., & Simpson, J. L. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>