TEMAS-SUBTEMAS

Sentencia T-031/26

DERECHO A LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA-Libertad para decidir sobre la práctica de procedimientos de fecundación o esterilización

(…) cuando la recanalización tubárica intenta recuperar la fertilidad, la decisión de quien la solicita no puede estar supeditada a una orden médica, como un acto de validación o autorización de su elección reproductiva.

DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA-Deber de proporcionar información completa, detallada y comprensible sobre los procedimientos médicos

(…) en tanto la recanalización es un servicio médico que pretende la recuperación de la funcionalidad fértil, a cargo del sistema, es imposible no reconocer el rol orientador que tienen los profesionales de la salud. Ellos, además de ordenar las tecnologías y procedimientos, reportar su prescripción y justificarla en su pertinencia según el estado clínico y la necesidad del usuario, tienen una innegable función técnico-científica que les impone informar al paciente todo lo atinente a su estado de salud y a las particularidades del tratamiento, para que aquel lo consienta o se abstenga de su desarrollo. No obstante, esa función no puede convertirse en un mecanismo de control, veto o restricción de la autodeterminación de las mujeres, ni en una instancia de validación de su decisión de procrear.

DERECHOS REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS FUNDAMENTALES-Protección de la autodeterminación reproductiva y el acceso a servicios de salud reproductiva

(…) excluye la posibilidad de que las políticas públicas o los sistemas de salud puedan incidir en las determinaciones que las personas y, particularmente, las mujeres expresen sobre su reproducción (…) proscribe la discriminación derivada de la misma elección sobre tener o no hijos, como también sobre el número de estos y su frecuencia

ACCION DE TUTELA-Inmediatez/**ACCION DE TUTELA-**Su interposición dentro de un término razonable puede ceder cuando el juez constitucional encuentre una justa causa por la inactividad del demandante

ACCION DE TUTELA-Eventos en que resulta admisible la dilación en su interposición

ACCESO A SERVICIOS Y MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD-En caso que un servicio o medicamento no esté expresamente excluido del PBS, deberá entenderse como incluido en el mismo

(…) la recanalización tubárica, en términos generales, no es una prestación cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (…) tampoco se encuentra expresamente excluida, toda vez que los únicos procedimientos tendientes a la reproducción que no están contemplados dentro del sistema de salud son la fecundación in vitro y la inseminación artificial; en el caso concreto se trata de un servicio que tiende a la restauración de la autonomía reproductiva y hacer efectiva la dignidad de la mujer.

JUEZ CONSTITUCIONAL-Deber de garantizar el respeto a los derechos fundamentales

(…) aunque no sustituye la valoración médica, la labor del juez constitucional es garantizar que el concepto médico científico no exceda el ámbito constitucional en estos casos, sin desconocer la decisión reproductiva de las personas ni imponer barreras injustificadas para su realización. La orden médica, así entendida, cumple una función instrumental y no decisoria.

ENFOQUE O PERSPECTIVA DE GENERO-Concepto

DERECHO A LA SALUD-Aplicación del enfoque de género para eliminar inequidades y materializar la igualdad

Este enfoque permite reconocer las preconcepciones, imaginarios y representaciones construidas en función del género, que forjan condiciones de desventaja para la mujer. Las pone de presente y las toma como criterios de análisis y decisión judicial, ante la "sospecha de relaciones asimétricas, prejuicios o patrones estereotipados de género", que tienden a perpetuar, consciente o inconscientemente, la organización de las relaciones entre los géneros, su papel, su cuerpo, sus conductas y sus vínculos. Aquellas "deben ser puestas en cuestión si se aspira a que toda la humanidad disfrute de los derechos humanos".

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS-Alcance y contenido

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS-Derecho a la autonomía reproductiva

(…) la libertad reproductiva implica, en términos jurídicos (i) la garantía de los medios para adoptar la decisión reproductiva, informada, reflexiva y consciente, desprovista de injerencias externas, y solo así autónoma y (ii) asegurar los medios para consolidar y materializar la elección de la mujer. A causa de ello, la jurisprudencia ha reconocido que la autonomía reproductiva se despliega como la posibilidad de decidir y de contar con los medios necesarios para materializar la decisión en el plan de vida y experimentarla.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS-Diferencias

AUTODETERMINACION REPRODUCTIVA-Objeto/**SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA-**Acceso

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES-Reconocimiento

(…) la posibilidad individual de optar por gestar o abstenerse de hacerlo, así como la identificación del número específico de hijos es un asunto que trasciende el plano de la simple voluntad y se ubica en el del derecho que es reinvindicable y exigible

DERECHO A LA LIBERTAD SEXUAL-Concepto y contenido

DERECHO A LA LIBERTAD SEXUAL-Está comprendido dentro del núcleo esencial del libre desarrollo de la personalidad

(...) la decisión personal de gestar, de conformar una familia y sobre el número de hijos, pertenece al ámbito de los derechos sexuales y reproductivos y del libre desarrollo de la personalidad, de modo que anteponer una prescripción médica que la avale y trasladar al personal médico la legitimación de la decisión de las personas resulta completamente inadmisible.

DESEO DE FECUNDIDAD-Contenido y alcance

La decisión de tener o no tener hijos, así como el número de ellos, se conoce como deseo de fecundidad y está estrechamente ligada a los derechos reproductivos y, particularmente, a la libertad reproductiva. En la actualidad el debate sobre su contenido y alcance es relevante y se vincula al decrecimiento sostenido y progresivo de la tasa de fecundidad que ha llevado al análisis de las variables que inciden en la decisión de concebir o el deseo de fecundidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUALIFICADO-Alcance

CONSENTIMIENTO INFORMADO-Intervenciones de la salud

SUMINISTRO DE INSUMOS, SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EXPRESAMENTE INCLUIDOS, NO INCLUIDOS EXPRESAMENTE O EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD- Alcance

DERECHOS REPRODUCTIVOS-Jurisprudencia constitucional

DERECHO A LA INFORMACION EN MATERIA REPRODUCTIVA-Reconocimiento constitucional y bloque de constitucionalidad

DERECHO A LA SALUD-Proceso de creación y ejecución de políticas públicas

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Segunda de Revisión

Sentencia T-031 de 2026

Referencia: expediente T-11.322.026

Asunto: acción de tutela presentada por *Valeria* contra *Aire* EPS

Tema: derechos humanos de las mujeres, derechos sexuales y libertad reproductiva

Magistrado sustanciador:

Juan Carlos Cortés González

Bogotá, D. C., veintitrés (23) de febrero de dos mil veintiséis (2026)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional[1], integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez y por los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Juan Carlos Cortés González, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales[2], ha dictado la presente

SENTENCIA

Síntesis de esta Providencia

Descripción del asunto	La Sala de Revisión estudia el caso de una mujer que, previo a la realización de una cesárea de un embarazo de alto riesgo, optó por que se le practicara la esterilización quirúrgica. Tal determinación la fundó en que su aspiración de fecundidad se concretaba en tener dos hijos lo que, para ese momento, se encontraba satisfecho. Luego del parto, el recién nacido fue remitido a la unidad de cuidados intensivos donde falleció días después, lo que sumió a la mujer en un cuadro depresivo y de ansiedad, que se agravó ante la imposibilidad de volver a gestar dada la intervención que le fue practicada. Pese a que ha intentado reversar la ligadura de trompas, la EPS ha negado el procedimiento por considerar que no está dentro del plan de beneficios en salud y que no existen razones médicas para la intervención que garanticen alcanzar la maternidad.
Problema jurídico	¿Vulnera una EPS la autonomía, las decisiones y la libertad reproductivas de una mujer al negarle el procedimiento de recanalización tubárica argumentando razones administrativas, imposibilidad de que el procedimiento conduzca al embarazo y riesgos en la salud física y mental de la mujer que se sometió a la ligadura de trompas de Falopio y aspira volver a gestar de acuerdo con sus decisiones reproductivas?

Decisión	Revocar la decisión de instancia que negó el amparo para, en su lugar, conceder la protección del derecho a la salud y a la autonomía reproductiva en su faceta de libertad reproductiva y deseo de fecundidad de la tutelante.
Razón de la decisión	La Sala de Revisión determina que los derechos sexuales y reproductivos promueven el desarrollo de una sexualidad informada y, entre otros, el acceso efectivo a mecanismos científicos y tecnológicos que permitan (i) elegir, sin injerencias ni imposiciones, incluso biológicas, el momento y las condiciones en que la persona decide reproducirse, y (ii) evitar procesos de gestación y parentalidades involuntarias, como “situaciones distantes a los intereses personales”. Establece la Sala, como regla, que la posibilidad individual de optar por gestar o abstenerse de hacerlo, así como la identificación del número específico de hijos es un asunto que trasciende el plano de la simple voluntad y se ubica en el del derecho, que es reivindicable y exigible. En ese sentido la libertad reproductiva, implica, en términos jurídicos (i) la garantía de los medios para adoptar la decisión reproductiva, informada, reflexiva y consciente, desprovista de injerencias externas, y solo así autónoma; y (ii) asegurar los medios para consolidar y materializar la elección de la mujer. La autonomía reproductiva por tanto implica la posibilidad material de decidir y definir el plan de vida que incluye el deseo de fecundidad.

Medidas de protección	· *Práctica del procedimiento*. Se ordena a la EPS que se explique a la accionante el contenido del concepto clínico emitido por la junta médica durante el trámite de revisión, de forma clara y comprensible, respecto de los riesgos que suscita en concreto el procedimiento de recanalización tubárica. En el evento en que la accionante solicite acompañamiento psicológico en el proceso de reconocimiento de la información sobre los riesgos del procedimiento y de adopción de su decisión, este deberá ser prestado por la EPS. En ningún caso la explicación o solicitud de consentimiento puede ser coetánea a la realización de ningún proceso relacionado con decisiones reproductivas y deberá tener una ventana de tiempo de reflexión de la persona interesada. A partir de esa información, en caso de que la actora mantenga su decisión de gestar, la EPS deberá asegurar la práctica del procedimiento. · *Acompañamiento para el efectivo cumplimiento de lo ordenado*. Se ordena a la Defensoría del Pueblo que, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, acompañe el cumplimiento de las medidas de protección. · *Lineamientos sobre la autonomía en los procesos de ligadura de trompas*. Se ordena al Ministerio de Salud y Protección Social expida directrices generales para asegurar el ejercicio pleno de las decisiones reproductivas y del deseo de fecundidad frente a la reversión de las esterilizaciones quirúrgicas y las vías de asimilación y reducción del impacto financiero sobre el sistema. Deberán establecerse directrices pormenorizadas, con enfoque de género, y habrá de definirse con claridad la financiación de los procedimientos de reconducción tubárica que deban efectuarse. Así mismo se dispondrá que el Ministerio difunda, en lenguaje claro, esta síntesis.

1. **ANTECEDENTES**

Aclaración previa

Toda vez que el expediente de la referencia alude a información sensible de la accionante, asociada a su historia clínica y familiar, como a la de su hija menor de edad, sus datos serán anonimizados para evitar su individualización[3]. Por ende, se registrarán dos versiones de esta providencia: una, con los datos reales de las partes y los lugares en donde ocurrieron los

hechos, con la que se adelantará su trámite formal y, otra, con nombres ficticios. Solo esta última versión podrá publicarse, mientras la primera permanecerá reservada[4].

La acción de tutela

1. *Valeria*presentó acción de tutela para obtener la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la dignidad humana. Explicó que tiene 31 años; su grupo familiar lo componen su esposo e hija de 7 años y está afiliada en salud al régimen subsidiado, específicamente a la entidad promotora de salud *Aire*.

2. *Valeria*explicó que dentro de sus decisiones reproductivas está la de conformar una familia con dos hijos, por lo que en el año 2023 quedó en embarazo de su segundo hijo, que nació, por cesárea, el 9 de abril de 2024, con aproximadamente 28 semanas de embarazo, luego de que presentara un trastorno hipertensivo asociado al embarazo.

3. La accionante señaló que, junto con el procedimiento de cesárea, aceptó que se le practicara la esterilización femenina, bajo la técnica del “Pomeroy”, pues su decisión de tener dos hijos se encontraba cumplida. Sin embargo, narró que luego del parto su bebé fue conducido a la unidad de cuidados intensivos de neonatos al presentar dificultad respiratoria, falleciendo dos días después por un paro cardiorrespiratorio.

4. De acuerdo con su relato, luego de ese trágico suceso,*Valeria* desarrolló un trastorno mixto de ansiedad y depresión, que se agravó por la imposibilidad de volver a maternar, dado que se le puso de manifiesto que el procedimiento para revertir la esterilización consistente en la recanalización tubárica no estaría cubierto por el plan de beneficios de salud (PBS) y ella carece de capacidad económica para costearlo.

5. En consecuencia, la accionante pidió al juez de tutela el amparo de sus derechos y ordenar a la EPS*Aire* que proceda a autorizar y garantizar la reversión de la ligadura de trompas o recanalización tubárica, así como cualquier otra orden que materialmente le permita satisfacer sus garantías constitucionales.

Actuaciones durante el trámite de instancia

6. *Admisión*. Mediante auto del 21 de mayo de 2025, el Juzgado 003 Civil Municipal de*Verde* admitió la acción de tutela, sin efectuar vinculación alguna.

7. *Contestación de la accionada*. En ejercicio de su derecho a la defensa,*Aire* EPS solicitó al juez de tutela "negar por improcedente" la acción, ante la inexistencia de vulneración que pudiera serle atribuida. Explicó que su negativa a la práctica del procedimiento se funda en que (i) "la ligadura tubárica fue una decisión voluntaria, tomada por la paciente tras alcanzar su paridad satisfecha" suscribiendo el consentimiento informado, que implica una valoración integral previa sobre su salud física y mental; (ii) la recanalización está excluida del PBS, como servicio electivo y no esencial; y (iii) su práctica no asegura la recuperación de la función reproductiva. En esa medida, la EPS adujo que la solicitud de la actora "no cumple con los criterios normativos" para que se practique el procedimiento.

8. La EPS agregó que la recanalización tubárica es un procedimiento quirúrgico para restaurar la permeabilidad de las trompas de Falopio seccionadas, ligadas o cauterizadas, que no garantiza el embarazo, pues las tasas de éxito van del 30% al 70% y su realización aumenta el riesgo de embarazos ectópicos. Así mismo explicó que la efectividad del procedimiento depende de (i) la técnica utilizada en la ligadura, pues métodos como la cauterización extensa o la salpingectomía parcial reducen el éxito de la recanalización; (ii)

el tiempo transcurrido desde la cirugía tiene relevancia, pues incrementa la posibilidad de fibrosis o atrofia del tejido; (iii) la edad de la paciente, pues a mayor edad se reduce, en general, la capacidad fértil; (iv) la longitud tubárica residual, siendo necesarios al menos 4 cm de trompa funcional; y (v) otras causas de infertilidad concurrentes, como disfunción ovárica, endometriosis, factores uterinos o masculinos.

9. Finalmente, la EPS*Aire* informó que programó y llevó a cabo consulta de la accionante por ginecología el 27 de mayo de 2025[5]. Al respecto, la historia clínica[6] evidencia que se informó a aquella y a su pareja que: (i) la reconexión tubárica no implica el normal funcionamiento de las trompas de Falopio y (ii) la ligadura fue una elección de la solicitante. El profesional de la salud además solicitó seguimiento por psicología y psiquiatría.

Decisión judicial sometida a revisión

10. El 4 de junio de 2025, el Juzgado 003 Civil Municipal de*Verde* negó el amparo. Determinó que no se vulneraron los derechos fundamentales reclamados pues la falta de autorización y realización del procedimiento está sustentada, dado que “la infertilidad no obedece a una condición de salud sino a la práctica de un método anticonceptivo quirúrgico” al que la accionante se sometió, aunque conocía sus particularidades y consecuencias, sin que pueda ser cubierto por el PBS. Sumado a ello, el juez advirtió la falta de acreditación de los requisitos para ofrecer un amparo excepcional a la salud reproductiva de la mujer. Esto, pues la accionante ya es madre de una niña, no tiene tratamiento de fertilidad en curso e interrumpido por la EPS y, en especial, no hay prescripción médica del procedimiento[7]; tampoco existe una condición médica que produzca la infertilidad actual. Esa decisión judicial no fue impugnada.

Actuaciones en sede de revisión

11. *Selección del asunto.*Por Auto del 28 de agosto de 2025, la Sala de Selección de Tutelas Número Ocho escogió para revisión el expediente. Tras el sorteo correspondiente, este fue repartido al despacho del magistrado sustanciador, al cual la Secretaría General de la Corte Constitucional lo envió el 12 de septiembre siguiente, para su conocimiento[8].

12. *Decreto oficioso de pruebas.*El 26 de septiembre y el 6 de octubre de 2025, el magistrado sustanciador decretó pruebas de oficio para identificar (i) las particularidades del procedimiento de ligadura de trompas de Falopio practicado a la accionante y las razones por las cuales en su caso concreto la EPS concluye que podría no ser efectivo; (ii) si se le presentaron alternativas de fertilización; (iii) la capacidad socioeconómica de la actora; y (iv) las particularidades y la efectividad del procedimiento. Entre otros requerimientos, formuló cuestionarios y solicitó la remisión de la historia clínica de la accionante y del consentimiento informado que viabilizó la ligadura de trompas.

13. *Elementos de juicio recaudados.*Ante el decreto de pruebas, la Sala Segunda de Revisión obtuvo respuesta tanto de las partes, como de algunos de los invitados a conceptuar, en el siguiente sentido:

1. **a)Informe de la accionante[9]**

14. *Valeria*informó a la Sala de Revisión que trabaja de forma no remunerada en el hogar y que cursó estudios técnicos. Señaló que recibe la renta de una finca con un ingreso de $600.000 al mes, con los que cubre sus gastos corrientes. Habita una vivienda que se encuentra ubicada en un barrio de estrato 2[10], en la que vive con su actual pareja[11] y con su hija, quien es fruto de una relación previa.

15. La accionante resaltó que dentro de sus decisiones reproductivas está la detener dos hijos[12], y que esto hace parte de su proyecto de vida personal y familiar, pues entre otros, como madre ha resuelto que su hija de 7 años[13] tenga un hermano, al que concibe como “un compañero de vida para ella”. Destacó que pese a tener claridad sobre sus decisiones, ha enfrentado barreras administrativas ante la EPS para lograrlo. Enfatizó que las razones que han sustentado la inviabilidad del procedimiento no obedecen a un criterio médico concreto, sino a la falta de cobertura del sistema, sin ofrecerle alternativas médicas para concebir.

16. En su escrito de respuesta la accionante refirió que, aunque aceptó el proceso de ligadura de trompas, los médicos no tuvieron en cuenta que para ese momento se encontraba atravesando un parto de alto riesgo, y las posibles consecuencias de este, pese a que se trataba de una información relevante y necesaria para validar su consentimiento. Así mismo señaló que conoció del proceso de recanalización tubárica que solicitó el 14 de agosto de 2024, pero que se le negó por estar excluido del PBS como lo contó en la acción de tutela.

17. Asesorada por la Defensoría del Pueblo, la actora volvió a consulta médica, solicitó el procedimiento y el registro de su petición en su historia clínica. No obstante, el 4 de octubre de 2024, ambos requerimientos fueron negados y la profesional de la salud resaltó que la accionante “era la culpable de haber tomado esa decisión. Por esta razón entr[ó] en estado depresivo más agudo y desisto de avanzar”. De ese modo, solo el 9 de abril de 2025 solicitó nuevamente la recanalización, para lo cual se le prescribieron exámenes. Luego de formulada la acción de tutela, el 27 de mayo de 2025, la EPS programó una consulta en la cual la ginecóloga manifestó la imposibilidad de practicar el procedimiento.

18. La accionante insiste en que no tiene los recursos necesarios para buscar un criterio médico adicional o para practicarse exámenes por fuera del canal de la EPS. Tampoco ha recibido indicaciones sobre las alternativas que tiene para concebir, pues los profesionales

de la salud han negado rotundamente esa posibilidad, y la culpan de haber consentido el procedimiento de ligadura de trompas cuando su hijo iba a fallecer.

19. En relación con su estado de salud mental, la accionante refirió que sus afecciones surgieron a partir de la pérdida de su segundo hijo. Diez días después de ese hecho, asistió a su primera consulta por psicología y fue diagnosticada con trastorno mixto de ansiedad y depresión. Refirió presentar insomnio y escuchar el llanto de su hijo, por lo que paralelamente asiste a controles por psiquiatría, y ha sido medicada.

1. **b)Respuesta de la IPS que practicó la ligadura de trompas**

20. Al responder al auto de pruebas, el Hospital*Agua*[14] señaló que el "Pomeroy" es un método de anticoncepción permanente y una técnica quirúrgica de esterilización. Consiste en "cortar, atar o extirpar" una porción de las trompas de Falopio, para impedir el contacto entre óvulos y espermatozoides. En el caso de la accionante, el 9 de abril de 2024, según la descripción que reposa en la historia clínica, "se pinzan, ligan y cortan trompas uterinas [bilaterales] (técnica de Pomeroy). No se evidencia en la descripción quirúrgica el uso de cauterización y/o salpingectomía"[15]. No obstante, la entidad omitió aportar el consentimiento informado que habría suscrito la accionante.

21. La IPS añadió que la recanalización tubárica, por lo general, tiene una tasa de éxito entre el 50% y el 80%, y en mujeres mayores de 35 años se reduce al 44%. En los casos en que aquella no es viable por la longitud de las trompas remanentes o por la edad, la alternativa es la fertilización*in vitro*.

1. **c)Respuesta de la EPS *Aire***

22. Mediante el Auto del 26 de septiembre de 2025, el magistrado sustanciador le ordenó a la EPS resolver un cuestionario, valorar a la accionante a través de una junta médica para determinar la viabilidad de la reconducción tubárica en su caso o las alternativas médicas[16], como también aportar su historia clínica y el consentimiento informado del "Pomeroy". Aunque aportó la historia clínica de la accionante desde 2023, adujo no contar con el consentimiento informado, documento que conserva exclusivamente el Hospital*Agua*, entidad que efectuó el procedimiento y que debió orientar a la actora para que ella autorizara su práctica.

23. En respuesta al cuestionario, la EPS señaló que la acción de tutela es improcedente porque no comprometió los derechos de la accionante, a quien le ha garantizado los servicios médicos, y no existe afectación actual ni potencial que haga viable el amparo de los derechos alegados.

24. Señaló que, según la historia clínica de la accionante, desde el 3 de octubre de 2024 presenta un diagnóstico de salud mental. Infiere además que tiene un diagnóstico de infertilidad, pues el "Pomeroy" que ella consintió impide cualquier embarazo y la actora registra antecedentes de preclampsia severa, cesáreas anteriores, obesidad, infección urinaria en el último embarazo, anemia, mortalidad neonata y trastorno mixto de ansiedad y depresión, sin explicar su incidencia en el éxito de la recanalización.

25. La EPS resaltó que su negativa al procedimiento data del 27 de mayo de 2025 y obedeció al historial médico de la accionante, cuyas características impactan en su fertilidad, sin especificar cuáles ni cómo. A pesar de todo lo anterior, al responder una de las preguntas, la EPS admitió que en el caso particular, específico y concreto de la accionante aún no se descarta la viabilidad clínica del procedimiento.

26. La EPS describió el "Pomeroy" como la ligadura de trompas de Falopio que, conforme a la

Ley 1412 de 2010, consiste en su corte y sellamiento, generando “un daño a la funcionalidad normal de la trompa uterina, [y] un daño fisiológico y anatómico del aparato reproductor”. Para la promotora de salud, el informe quirúrgico del 9 de abril de 2024 describe que las trompas de Falopio de la actora fueron ligadas y cortadas “con salpigectomía”, lo que reduce la posibilidad de reconducción tubárica exitosa. En todo caso, resaltó que el 12% de las recanalizaciones tubáricas terminan en embarazos ectópicos, con riesgo para la mujer.

27. En relación con las alternativas terapéuticas para la accionante, la EPS adujo que tienen baja probabilidad de éxito y, en cambio, suponen un alto impacto financiero para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Presentó un cuadro comparativo entre aquellas, a partir de la siguiente información:

Tabla 1. Cuadro comparativo entre alternativas de fertilización suministrado por la EPS accionada

Procedimiento	**Descripción**	**Tasa de éxito**	**Costo estimado**	**Ventajas/Desventajas**
Recanalización tubárica	Cirugía para revertir ligadura de trompas	50% a 70% Mujeres menores de 35 años	$4.000.000 a $7.000.000	– Permite embarazo natural. – Menor carga al sistema. – No garantizado en todos los casos. – Única intervención quirúrgica
Fertilización in vitro (FIV)	Óvulos extraídos, fecundados en laboratorio y transferidos al útero	30% a 50% Mujeres menores de 35 años	$40.000.000 a $80.000.000 Por ciclo	– Alta tecnología – Costoso – Requiere ciclos múltiples. – Riesgo de embarazos múltiples

Procedimiento	Descripción	Tasa de éxito	Costo estimado	Ventajas/Desventajas
Inseminación intrauterina	Inyección de esperma en útero	10% a 15%	$1.000.000 a $3.000.000 Por ciclo	– No es posible si ambas trompas están ligadas. – Procedimiento simple. – Varios ciclos según criterio médico.
FIV con gameto donado	Gametos donados y FIV	50% a 60% Óvulo donado joven	$60.000.000 a $100.000.000	– Alta tasa de éxito. – Muy costoso. – Implicaciones éticas personales.

28. Tiempo después, mediante correo electrónico del 7 de noviembre de 2025, laEPS aportó el resultado de la junta médica ordenada en el Auto del 26 de septiembre. Aquella se desarrolló con intervención de las especialidades de ginecología, perinatología, psicología y psiquiatría, y la participación de los médicos tratantes de la actora. Estos, en su conjunto "desaconseja[n] la intervención solicitada" y recomiendan "[n]o proceder con la recanalización tubárica ni búsqueda inmediata de embarazo".

29. A su juicio, deberá "reevaluar[se] la posibilidad de realizar el procedimiento en el futuro solo si [la actora] alcanza estabilidad clínica, metabólica y emocional verificable por los profesionales tratantes". Tal recomendación obedece a conclusiones en distintos ámbitos:

Tabla 2. Hallazgos de la junta médica ordenada en sede de revisión

Criterio	Conclusión de la junta médica
Riesgos de la recanalización tubárica	Tiene riesgos inherentes. Pero en este, existen riesgos severos y no predecibles: embarazo ectópico, aborto espontáneo, y complicaciones hemorrágicas e infecciosas, "que pueden comprometer la vida de la paciente". Esto, sin garantizar un embarazo exitoso. Además, la efectividad depende de múltiples factores anatómicos y fisiológicos que pueden estar alterados tras la ligadura previa.

Condiciones clínicas actuales y factores de riesgo	Existen antecedentes médicos y obstétricos de alto riesgo, que "aumentan significativamente el riesgo de complicaciones maternas y perinatales en caso de gestación futura, y disminuyen la posibilidad de éxito del procedimiento quirúrgico":
	Preeclampsia severa — Inicio temprano Parto prematuro a las 28 semanas Ingreso a UCI materna
	Cesáreas previas — En cantidad de dos, lo que incrementa riesgo de rotura uterina, hemorragia y placenta acreta en gestaciones posteriores
	Obesidad — En control por programa de nutrición
	Anemia — Sin información adicional
	Infección urinaria — Durante el último embarazo
	Ansiedad y depresión — En manejo psicológico
	Periodo intergenésico — Sería corto con persistente labilidad emocional
	s
Condición emocional	La paciente ha logrado cierto grado de estabilidad emocional, pero aun su afectación afectiva no está completamente modulada. Su deseo de maternidad puede estar influido por el proceso de duelo ante la pérdida de su hijo, pero un nuevo embarazo en este momento podría reactivar síntomas ansioso-depresivos y comprometer su bienestar mental.
Pronóstico y viabilidad de la recanalización	En el caso existen factores no modificables, como antecedentes obstétricos y quirúrgicos, y los factores aún no controlados, como peso, tensión arterial y salud emocional, que suponen que el riesgo de la recanalización tubárica supera sus beneficios potenciales.

30. En función de lo anterior, para la junta médica y la EPS, el derecho a decidir sobre la vida sexual y reproductiva, como la elección del número de hijos "debe ejercerse dentro de un marco de seguridad física, emocional y médica, con información completa, clara y suficiente para garantizar decisiones plenamente informadas". Para ese efecto, en su criterio la tutelante debe seguir en un plan de tratamiento que incluye (i) el control integral de la salud física; (ii) la "reevaluación de su deseo reproductivo […] con base en los resultados de sus controles, bajo supervisión de alto riesgo obstétrico"; (iii) "finalizar el proceso de duelo y fortalecer las capacidades de toma de decisiones autónomas y

saludables”; y (iv) refuerzo de psicoeducación “sobre los riesgos, alternativas y limitaciones del procedimiento, promoviendo el autocuidado y el bienestar integral como ejes [del] proyecto de vida”.

31. Al respecto, la EPS agregó que “los jueces constitucionales se encuentran vedados a modificar las prescripciones o recomendaciones médicas”. No obstante, si la Corte Constitucional concediera el amparo, la realización del procedimiento debe estar supeditada al consentimiento informado sobre los hallazgos de la junta médica.

1. **d)Otros conceptos[17]**

32. *Universidad Nacional de Colombia*. A través de la Facultad de Medicina, la Vicedecanatura de Investigación y Extensión, y el Departamento de Obstetricia y Ginecología, la universidad describió el “Pomeroy” como un procedimiento para cuya ejecución en la literatura médico-científica existen las siguientes cuatro técnicas, elegidas conforme a la experticia del profesional, las condiciones clínicas de la paciente y los hallazgos intraoperatorios:

Tabla 3. Técnicas de ejecución del “Pomeroy”, impacto en la recanalización tubárica y tasa de arrepentimiento

Tipo	Procedimiento	Especificaciones	Implicaciones para recanalización
Ablación o sección parcial de la trompa	Ablación tubárica Tasa de fallo: 1/1.000 -primer año-, y 8,4/1000 -diez años Salpingectomía parcial Tasa de fallo: 0,4/1.000	Aplicación de energía (monopolar, bipolar o ultrasónica) sobre porción de la trompa con un efecto de oclusión -u obstrucción- por daño térmico. Con menor tiempo operatorio Remoción de una porción ístmica –que une dos porciones más grandes- de la trompa generalmente de 10 mm. Puede hacerse por laparoscopia – mínimamente invasiva- o mediante laparotomía -incisión en abdomen o cirugía abierta.	Menor daño y mayor preservación del tejido tubárico sano. Mayor probabilidad de éxito en la recanalización.
Resección extensa o total de la trompa	Fimbrectomía Tasa de fallo: 1/100.000 Salpingectomía total Tasa de fallo: 1/100.000	Extracción de la Fimbria -extremo de la trompa que captura el óvulo liberado por el ovario y lo conduce hacia la trompa. Con mayor efectividad Mayor radicalidad. Extracción de la totalidad de la trompa de Falopio con un efecto protector adicional contra el cáncer	Tasa de éxito menor Recanalización contraindicada por falta de tejido tubárico suficiente

Tasa de arrepentimiento

– En la literatura médica ha identificado una tasa de arrepentimiento del 20% antes de los 25 años
– Está asociada a la “realización del procedimiento en un contexto médico o personal traumático”[18].

Predictores de éxito de la recanalización y su valoración clínica

Tipo	Procedimiento	Especificaciones	Implicaciones para recanalización

– Técnica de ligadura empleada, establecida mediante la “descripción quirúrgica del procedimiento realizado [, pues brinda] una noción de la porción de la trompa remanente”.
– Longitud tubárica mayor a 4 cm
– Diámetro final en el punto de anastomosis -o conexión quirúrgica entre dos estructuras.
– Éxito en el 42% al 69% en mujeres menores de 35 años, mientras las técnicas de reproducción asistida tienen entre 47% y 55%. Así. “la recanalización […] es más costo-efectiva en pacientes menores de 41 años, mientras […] en pacientes de mayor edad la mejor opción [son las] técnicas de reproducción asistida”.

Los factores orgánicos son valorados con precisión de modo intraoperatorio, al recanalizar, pues la estimación preoperatoria con imagenología es limitada. La “histerosalpongografía”, examen de rayos X para establecer la forma del útero, la longitud tubárica y su nivel de construcción, no arroja resultados precisos y su correlación con los hallazgos intraoperatorios es poca.

33. La Universidad destacó que el consentimiento informado para la ligadura de trompas de Falopio según la Federación Nacional de Obstetricia y Ginecología debe (i) ser libre e informado; (ii) estar precedido de la exposición de información comprensible para la paciente sobre: (a) el diagnóstico, (b) el propósito del procedimiento, (c) las alternativas, (d) los riesgos y (e) los efectos secundarios; y (iii) abarca la referencia a otras opciones de anticoncepción razonables y no permanentes. Es decir, como expresión de la autonomía del paciente, implica información oportuna, clara, detallada, completa e integral tanto del procedimiento como de las alternativas equivalentes. De tal suerte, también incluye datos sobre (iv) la efectividad del método y su carácter irreversible, como también respecto de (v) las secuelas e implicaciones desde el punto de vista de la fertilidad. Sin embargo, el suministro de esa información solo amerita acompañamiento psicológico en casos excepcionales.

34. Aun cuando el procedimiento es electivo y pende de la voluntad de la paciente, según la Universidad, sí impacta su salud sexual y reproductiva, en dos sentidos. Primero, genera la resección o extirpación de la fimbria o de la trompa de Falopio (salpingectomía). Segundo, puede generar en el cuerpo de la mujer (i) embarazos ectópicos, con una tasa promedio

entre 4% a 8%[19](ii) embarazos no planeados, cuando falla, (iii) dolor pélvico agudo y (iv) alteraciones en el ciclo menstrual. De tal suerte, la volición no excluye los efectos sobre el cuerpo de la mujer ni sus necesidades de atención médica.

35. *Defensoría del Pueblo*. La entidad sostuvo que la ligadura de trompas es un procedimiento electivo, con consecuencias para el cuerpo, la capacidad y la autonomía reproductiva. En sí misma, no constituye una enfermedad primaria, pero genera un daño fisiológico, que la misma intervención quirúrgica persigue[20]. Con fundamento en ello, para la entidad, aunque su práctica depende de la voluntad, la subinfertilidad o la infertilidad que produce es una condición médica y, así, no puede ser un factor de exclusión o restricción para que la mujer reciba información, consejería y atención médica integral, ante las necesidades de tratamiento que surjan de aquel procedimiento.

36. Respecto del consentimiento informado, la Defensoría del Pueblo señaló que, al ser un método permanente de anticoncepción, requiere confirmar la comprensión de la paciente. Lo anterior, no solo frente a las generalidades del procedimiento, sino también sobre las técnicas a emplear y su nivel de intervención en el cuerpo. Para ese efecto, la usuaria requiere identificar: (i) las alternativas anticonceptivas reversibles; (ii) el riesgo de embarazo ectópico; (iii) los eventuales procesos de recanalización y las dificultades derivadas de la edad, la longitud tubárica remanente y la técnica de ligadura empleada; y (iv) las exclusiones del PBS sobre los servicios de fertilidad. Además, para asegurar el entendimiento requerido es importante documentar los motivos de la elección de la paciente, sus expectativas, la posibilidad de arrepentimiento y verificar la ausencia de coacción. Todo ello precede la firma del consentimiento escrito.

37. Si bien la entidad reconoció que no es obligatorio el acompañamiento psicológico, este en su criterio es altamente recomendable, sobre todo en contextos clínicos de estrés o ambivalencia emocional. A juicio de la Defensoría del Pueblo, por analogía, dados los efectos sobre la mujer, su cuerpo y su autonomía reproductiva, a la ligadura de trompas le son aplicables las exigencias del consentimiento para practicar la interrupción voluntaria

del embarazo. Entonces, según lo prevén la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 3280 de 2018[21]debe ofrecerse consejería integral en planificación familiar, con perspectiva médica y psicológica, antes de elegir dicho procedimiento.

38. La Defensoría del Pueblo agregó que las preferencias reproductivas no son invariables; mutan según la evolución emocional y familiar[22], que llevan a la persona a revisar, modificar o reafirmar sus elecciones. Así, la variabilidad de las elecciones reproductivas genera un impacto en el sistema de salud, pero su carga financiera puede reducirse a través de información clara y completa, para la adopción de elecciones con vocación de permanencia como aquella de someterse a una ligadura de trompas. El manejo prequirúrgico orientado a la identificación de factores de arrepentimiento blinda al sistema, pues la negativa injustificada a facilitar procedimientos médicos que permitan materializar las decisiones reproductivas de las mujeres, basadas en estereotipos de género, constituyen violencia de género institucional.

39. Finalmente, la entidad precisó que las alternativas biomédicas para volver a concebir en el asunto de la referencia son dos: (i) la recanalización tubárica y (ii) las técnicas de reproducción asistida. La primera implica el restablecimiento de la continuidad de las trompas, con una efectividad del 30% al 70% para lograr embarazos posteriores múltiples veces y de modo espontáneo en personas menores de 35 años. Esto, con un riesgo de embarazo ectópico en el 5% y 10% de los casos. Entretanto, la segunda, la Fecundación in vitro, no requiere trompas de Falopio funcionales y tiene una efectividad en personas menores de 35 años de entre el 35% y 50%. Esta opción evita la cirugía de recanalización, es útil en casos de extirpación o destrucción extensa de las trompas, como también ante factores adicionales de infertilidad. No obstante, sus costos son considerablemente más altos. Entre ambas alternativas, la recanalización es la opción más razonable y costo-efectiva en personas jóvenes con impactos financieros mucho menores.

1. **CONSIDERACIONES**

Competencia

40. La Sala Segunda de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional es competente para revisar la sentencia de primera instancia proferida enel asunto de la referencia, a partir de lo dispuesto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

Procedencia de la acción de tutela

41. La presente acción de tutela cumple los requisitos de procedencia según la Constitución Política y el Decreto 2591 de 1991. Satisface en su conjunto los presupuestos de legitimación, tanto por activa como por pasiva, inmediatez y subsidiariedad, como se explicará.

42. *Legitimación.*Conforme el artículo 86 de la Constitución y el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, cualquier persona puede acudir a la tutela para reclamar la protección de sus derechos[23], en nombre propio o, de modo indirecto, mediante agente oficioso, apoderado judicial, representante legal o agente del Ministerio Público[24]. Esto para oponerse a una conducta, activa u omisiva, de una autoridad[25] o de particulares, en circunstancias específicas[26].

42.1. *Legitimación por activa.* En esta ocasión, la acción de tutela fue formulada por la titular de los derechos, en nombre propio, por lo cual la solicitud de amparo cumple esta condición de procedencia.

42.2. *Legitimación por pasiva.* A su vez, la tutela fue promovida contra la EPS a la que la actora se encuentra afiliada, una persona de derecho privado que presta el servicio público de salud y que habría negado el procedimiento a través de uno de los médicos que integran su red de servicios. En esa medida, tiene vocación para ser convocada por pasiva en este asunto y frente a aquella se cumple la legitimación.

43. *Inmediatez.*A causa de la urgencia de la intervención del juez para el restablecimiento de los derechos fundamentales y de la naturaleza célere del trámite de tutela, quien interpone la acción tiene el deber de formularla en un término razonable[27], pese a la inexistencia de un término de caducidad[28]. La radicación de una acción de tutela tras un tiempo considerable desde la afectación a los derechos impide concebirla como realmente inaplazable, incluso para la parte que la reclama. Entonces, no resultaría congruente con la naturaleza inmediata que el Constituyente le confirió a esta acción.

44. En esta ocasión, la negativa a la realización del procedimiento de recanalización ocurrió durante 2024. Una vez transcurrido el periodo recomendado por su ginecólogo para solicitar el procedimiento, la accionante lo pidió y le fue negado en dos oportunidades, el 14 de agosto y el 4 de octubre de ese año. Tras un periodo de crisis en su salud mental, el 21 de mayo de 2025, seis meses después de la última negativa, la accionante acudió al juez de tutela, aunque el 9 de abril se le prescribieron exámenes médicos para valorar su aptitud para el procedimiento. Tal negativa fue confirmada posteriormente durante la consulta médica del 27 de mayo de 2025. En esas condiciones, la Sala entiende que la actora acudió a la tutela en un término razonable y el requisito de inmediatez se satisface.

45. *Subsidiariedad.*La acción de tutela fue prevista por la Constitución como un mecanismo subsidiario de protección de derechos, que solo procede en dos circunstancias. Primero, cuando el sistema jurídico no ofrece ningún medio judicial ordinario o extraordinario apto para lograr la defensa de los derechos, de modo que la tutela constituye un medio

definitivo para su protección. Segundo, cuando, aunque existe un medio judicial para la defensa de los derechos reivindicados, aquel no brinda una protección oportuna y efectiva por las particularidades de la situación, de modo que la tutela resulta indispensable para conjurar un perjuicio irremediable[29].

46. Particularmente, en asuntos en los que se debate sobre los derechos sexuales y reproductivos, en relación con prestaciones de salud, la Corte Constitucional ha concluido que "el principio de subsidiariedad exige que el accionante despliegue de manera diligente las acciones judiciales que estén a su disposición, siempre y cuando ellas sean idóneas y eficaces"[30], y respondan al grado de urgencia del caso[31]. De no ser idóneas y eficaces, la acción de tutela se convierte en el medio principal de defensa judicial[32].

47. Con todo, el presupuesto de subsidiariedad implica un análisis material centrado en las particularidades del asunto específico. En concreto, en casos en los que están comprometidos derechos sexuales y reproductivos, en los que se requiere intervención judicial inmediata y ante la falta de oportunidad para responder a los intereses en juego por parte de la jurisdicción ordinaria, esta Corte ha encontrado adecuada la acción de tutela.

48. En el presente asunto, la controversia surge de la decisión de la EPS de negar el procedimiento de recanalización tubárica, al no haber sido prescrito por el médico tratante, toda vez que la actora consintió el procedimiento de ligadura de trompas y dado que, en su concepto, está excluido del Plan de Beneficios en Salud (PBS). En el sistema jurídico actual, en principio, existen dos vías judiciales principales que podrían ser útiles para tramitar este tipo de controversias. En primer lugar, podría pensarse que la competente para resolverlo sería la jurisdicción ordinaria, en su especialidad laboral[33]. En particular, el artículo 2.4. del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social la reconoce como aquella encargada de "controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de

responsabilidad médica y los relacionados con contratos”. No obstante, admitir que las decisiones reproductivas deban discutirse en sede ordinaria, sin que exista un mecanismo adecuado que proteja con urgencia o prontitud los derechos alegados no es admisible y, además, en otros casos relacionados con salud la jurisprudencia ha concluido que para resolver este tipo de asuntos la vía ordinaria no es un medio efectivo, cuando el tiempo es un factor determinante para la protección de los derechos[34].

49. En segundo lugar,el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 contempla un mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud diseñado como una herramienta célere[35] para debatir sobre la cobertura de prestaciones en el sistema de salud[36]. No obstante, para la jurisprudencia de la Corte Constitucional en la actualidad esta herramienta jurisdiccional tiene limitaciones operativas[37], por lo que no es idónea ante situaciones normativas y estructurales[38] que le restan eficacia[39] y considerando la limitada capacidad institucional de la entidad. En esas condiciones, aquel mecanismo existe pero no tiene capacidad material de resolver situaciones urgentes[40]. A la fecha no existe evidencia alguna de la variación de tales circunstancias.

50. Sobre el caso particular, además resulta pertinente destacar que el hecho de que la actora no disponga de una orden médica que prescriba el procedimiento en el asunto concreto le impide gestionar el servicio por los canales administrativos y jurisdiccionales previstos para reclamarlo. El criterio de los médicos que la han tratado ha sido negativo y se ha convertido en la barrera de acceso al procedimiento que reclama. En esa medida, no cuenta con un medio idóneo para tramitar su reclamación.

51. Por demás, sin duda este asunto amerita una intervención judicial urgente[41]. El factor temporal incide directamente en la eficacia médica del procedimiento solicitado, de modo que el transcurso del tiempo puede tornar inocua la eventual protección judicial, lo cual exige una pronta intervención. Primero, porque tal y como lo destacaron los expertos, el éxito de una eventual recanalización tubárica es menor cuanto más tiempo transcurre desde el momento de la esterilización. Segundo, las aspiraciones de la actora de

convertirse en madre tienen menos probabilidad de concretarse de forma exitosa con el incremento de la edad y la reducción de su capacidad reproductora[42], de modo que la prontitud en la materialización del procedimiento implica mayores posibilidades de gestar y procrear. Por último, la accionante presenta una afectación significativa en su estado de salud mental, derivada de la reciente pérdida de su segundo hijo, y del reproche institucional que ha encontrado respecto de su decisión de someterse a una esterilización quirúrgica, lo que exige una mirada diferenciada y flexible a su situación concreta. En esas condiciones la intervención judicial es apremiante e imponer a la actora la carga de acudir a procesos ordinarios prolongados en el tiempo, que no son adecuados en la discusión sobre derechos sexuales y reproductivos, resulta desproporcionado.

52. De ese modo, la acción de tutela es el único medio judicial idóneo y efectivo para dirimir este asunto, lo cual impone que el eventual amparo de los derechos deba efectuarse en modo definitivo[43]. La exigencia de acudir a los medios ordinarios previstos por el legislador para su defensa podría vaciar la protección de los derechos fundamentales de la actora, así como hacer nugatorio el acceso a la administración de justicia en esta oportunidad.

Planteamiento del problema jurídico y metodología de la decisión

53. La Sala de Revisión estudia el caso de una mujer que, previo a la realización de una cesárea de un embarazo de alto riesgo, aceptó que se le practicara la esterilización quirúrgica. Tal determinación la fundó en que su deseo de fecundidad era el de tener dos hijos lo que, para ese momento, se encontraba satisfecho.

54. Luego del parto, el recién nacido fue remitido a la unidad de cuidados intensivos donde falleció días después, lo que sumió a la mujer en un cuadro depresivo y de ansiedad, que

se agravó ante la imposibilidad de volver a gestar dada la intervención que le fue practicada. Pese a que ha intentado reversar la ligadura de trompas, la EPS ha negado el procedimiento por considerar que no está dentro del plan de beneficios en salud y que no existen razones médicas para esa intervención.

55. En sede de revisión se analiza la negativa de amparo del juez de instancia, así como los distintos conceptos que se allegaron en este trámite, en los que se tensan el alcance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, particularmente su libertad reproductiva, y sus deseos de fecundidad, con los límites del sistema de salud para la práctica de la reversión de procedimientos de esterilización.

56. A partir de ese marco la Sala analizará el siguiente problema jurídico: ¿Vulnera una EPS la autonomía, las decisiones y la libertad reproductivas de una mujer al negarle el procedimiento de recanalización tubárica argumentando razones administrativas, imposibilidad de que el procedimiento conduzca al embarazo y riesgos en la salud física y mental de la mujer que se sometió a la ligadura de trompas de Falopio y aspira volver a gestar de acuerdo con sus decisiones reproductivas?

57. Para resolver esa cuestión, la Sala Segunda de Revisión referirá: (i) el alcance y contenido de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la libertad reproductiva; (ii) el deseo de fecundidad en términos empíricos; (iii) el marco normativo y regulatorio de su protección; (iv) el consentimiento informado y cualificado para la práctica de la ligadura de trompas; y (v) las reglas jurisprudenciales sobre reconducción tubárica. A partir de dichos desarrollos y reglas resolverá el caso concreto.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y están reconocidos en la Constitución, así como en instrumentos y tratados internacionales

58. Los derechos sexuales y reproductivos están consagrados en varias normas superiores y en tratados internacionales que integran el bloque de constitucionalidad en sentido estricto[44].

59. La Constitución establece como un principio del Estado Social de Derecho el reconocimiento de la dignidad humana y “la posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera)”.En esa línea, prevé la garantía del libre desarrollo de la personalidad. Es decir, aquella facultad de la que dispone todo sujeto para autodeterminarse en cualquier ámbito vital, adoptar decisiones y exteriorizar sus opciones personales de vida, sin límite diferente a los derechos de los demás y la ley. A ello se suma la consagración de la posibilidad de elegir tener hijos o no, como la cantidad y la frecuencia[45].

60. El texto constitucional además prevé la intimidad personal y familiar, la igualdad, la educación, la seguridad social y la salud, prerrogativas atadas a los ámbitos sexual y reproductivo, que se funden en el debate sobre los derechos que las personas ejercen en estos y el derecho a no ser discriminadas por razón de sexo y ni tratadas de forma odiosa como consecuencia de sus decisiones reproductivas.

61. De acuerdo con el artículo 93 de la Constitución Política, los tratados internacionales de derechos humanos hacen parte del bloque de constitucionalidad. Esto implica que los derechos y deberes constitucionales deben interpretarse de conformidad con ellos, y con los compromisos y recomendaciones internacionales[46]. En el derecho interno, la jurisprudencia y los conceptos de instancias internacionales constituyen pautas relevantes para la interpretación de los derechos fundamentales y de los enunciados normativos contenidos en instrumentos internacionales, y son definidos por su carácter no vinculante para el Estado colombiano[47].

62. El derecho internacional ha reconocido e incorporado la protección de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos de las mujeres[48]. A partir de los tratados internacionales ratificados por Colombia es posible afirmar que se han definido estándares favorables para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como mecanismos de garantía de sus derechos fundamentales a la libertad, la igualdad, la autonomía y la dignidad[49].

63. Varios de los tratados internacionales que integran el bloque de constitucionalidad, junto con los organismos que les dan alcance, reconocen la garantía para ejercer, de manera libre e informada, los derechos sexuales y reproductivos, en términos equivalentes:

(i) **Declaración Universal de los Derechos Humanos**. Prevé la igualdad entre todos los seres humanos, en especial en el entorno familiar, y la imposibilidad de que puedan ser objeto de injerencias indebidas en la vida privada y familiar. El relator de Naciones Unidas para 2006 afirmó que, en relación con la salud física y mental, este derecho abarca la salud sexual y reproductiva[50], como un aspecto fundamental para el desarrollo de las sociedades.

(ii) **Convención Americana sobre Derechos Humanos**. En sus artículos 11 y 17 establece la protección sobre la autonomía y el acceso a servicios de salud reproductiva. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha destacado el rol determinante que tiene la información en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, “en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación”[51], por lo que ha destacado que a los Estados les son atribuibles obligaciones tendientes a asegurar “transparencia activa”[52] para lograr decisiones reproductivas informadas. Deben aquellos garantizar que la información sea suficiente y necesaria, como también completa, confiable, oportuna y accesible para las mujeres en todas las edades y esferas sociales[53].

(iii) **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**. En sus artículos 3, 17 y 23 establece la igualdad, la protección a la vida, así como la prohibición de someter a las personas a torturas, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

(iv) **Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**. Mediante su artículo 12, reconoce que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Aunque no alude explícitamente a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) precisó que, frente a los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios de salud para concretarlos los Estados Parte deben garantizar acceso a[54]:

1. a)Servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad, de forma universal y equitativa.

1. b)Educación e información sobre salud sexual y reproductiva[55] imparcial, no discriminatoria, con base empírica y según las capacidades evolutivas de quien la recibe. La información debe ser accesible y las personas deben poder buscar, recibir y difundir información e ideas sobre la materia, como recibir información específica sobre su estado de salud.

El referido Comité, en la Observación General n°. 22, hizo hincapié en que “el derecho a la salud sexual y reproductiva también es indivisible e interdependiente de otros derechos humanos. Está íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que sustentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como el derecho a la vida; libertad y seguridad de la persona; estar libre de tortura y vida familiar; y no discriminación e igualdad”. Del mismo modo, ha considerado que “para suprimir la discriminación contra la mujer, es necesario asegurarle, de forma particular, acceso a servicios en materia reproductiva por lo cual el Estado debe abstenerse de limitarlo y suprimir las barreras que

impiden el mismo, incluso cuando provengan de terceros”[56].

(v) **Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.** En su artículo 1° proscribe violencia sobre las decisiones reproductivas y ha proscrito prácticas como la esterilización[57] y los abortos forzados[58], en tanto desconocen la volición de la mujer.

(vi) **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (**CEDAW[59]**). Establece en sus artículos 1, 12 y 16 la igualdad de facultades y responsabilidades en el entorno familiar y, específicamente, el derecho de las mujeres a decidir de forma libre la conformación de una familia, el número de sus hijos y el intervalo entre sus nacimientos, como a acceder a la información, a la educación y a los medios para concretar esa decisión, en igualdad de condiciones frente a los hombres. Esto implica el derecho de las mujeres a permanecer libres de interferencia en la toma de sus decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación.

En la Recomendación General n.° 28, el Comité CEDAW precisó que el hecho de que la Convención en su artículo 1° solo aluda expresamente a la violencia por razón del sexo, no excluye la discriminación fundada en las relaciones de género. Precisó que cualquier tratamiento desigual asociado a “las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que la sociedad atribuye a esas diferencias biológicas”, como lo es la maternidad y la decisión sobre el número de hijos, resulta inadmisible. A su turno, reconoció que existen leyes y prácticas que dificultan la igualdad real entre hombres y mujeres, particularmente aquellas relacionadas con las limitaciones de las mujeres para decidir el alcance de sus derechos sexuales[60].

Aunado a lo anterior, en la Recomendación General n.° 24 el Comité reconoce como parte el

derecho a la salud de la mujer, el derecho a la salud reproductiva, al punto en que una de las obligaciones estatales es garantizar la eliminación de las barreras al acceso de la mujer a los servicios de salud en la esfera de la salud sexual y reproductiva, que le permitan consolidar sus decisiones reproductivas.

(vii) **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará)**. En su artículo 3º señala el derecho de las mujeres de mantener "una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado", lo cual comprende el respeto por su libertad y el impedimento de ser sometidas a tortura, frente a lo cual prevé la posibilidad de sanción interna.

64. En el caso de los documentos internacionales sobre derechos humanos, como criterios auxiliares de interpretación, son relevantes las precisiones contenidas en el Glosario de Igualdad de Género de ONU Mujeres, que señala que los derechos sexuales y reproductivos implican que las personas puedan tomar decisiones sobre su propia sexualidad y reproducción, siempre que se respeten los derechos de los demás.

65. Además, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas, presentado en la ciudad del Cairo, en el año 1994[61], explicó el fundamento de los derechos sexuales y reproductivos en la protección de derechos como el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana. Sostiene que los reseñados derechos sexuales y reproductivos implican que los individuos (i) decidan libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de sus nacimientos; (ii) dispongan de información; (iii) accedan a los medios para cumplir su plan de vida; (iv) alcancen el más alto nivel de salud sexual y reproductiva posible; y (v) hagan elecciones sobre su reproducción sin discriminación, coacción ni violencia.

66. LaDeclaración o Plataforma de Beijing de 1995 establece que los derechos de las mujeres

"incluyen […] tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta[s] a la coerción, la discriminación y la violencia"[62] en condiciones igualitarias respecto de los hombres. En tal sentido, los Estados deben proporcionar servicios de atención primaria en salud, así como en salud sexual y reproductiva accesibles, económicos y de calidad. Entre estos es preciso prestar servicios de planificación familiar e información al respecto, tales como servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia. De otro lado, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo reconoció la importancia del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva ante el fenómeno del aborto clandestino[63].

67. Finalmente, en el plano nacional, la legislación colombiana también propende por la prevención y sanción a diversas formas de violencia y discriminación contra las mujeres. En particular, la Ley 1257 de 2008[64]reconoce que las mujeres tienen derecho a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, como tampoco a restricciones sobre su libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud sexual y reproductiva. Reconoce su derecho especial a recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva, como a ser respetadas en las decisiones que adopten en su ejercicio[65], sin distinciones atadas a sus circunstancias personales, sociales o económicas tales como edad, etnia, orientación sexual, procedencia rural o urbana, religión entre otras.

¿Pero, de qué hablamos cuando nos referimos a derechos sexuales y reproductivos?

68. Los "derechos sexuales y reproductivos"[66]engloban aquellas garantías con las que cuenta todo ser humano para decidir sobre su cuerpo en función de sus preferencias sexuales y de sus elecciones personales sobre la procreación[67]. Respaldan la materialización y expresión de aquellas preferencias, como también la elección autónoma

de si al desarrollarlas, la persona procrea o no, cuántas veces y con qué frecuencia[68]. En función de estas posibilidades, el Estado debe proveer y facilitar los mecanismos para concretar estas decisiones[69], tales como la educación e información, el acceso a métodos anticonceptivos[70] e incluso a mecanismos de reproducción asistida[71].

69. Aunque con regularidad los derechos sexuales y reproductivos son apreciados en conjunto, por su base común[72], es necesario distinguirlos, pues "sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano […] [y] la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda"[73]. Históricamente la confusión entre ambas forjó una división entre los cuerpos femeninos y masculinos, como naturalmente dispuestos para el rol de la reproducción y de la producción[74], respectivamente, con aparente sustento objetivo, consolidando un imaginario sobre la mujer como un agente de reproducción[75], circunscrita al rol de la maternidad y al cuidado[76]y otros relacionados con el hombre.

70. La sexualidad femenina fue usualmente comprendida y experimentada en función de la reproducción[77], es decir limitada a las consecuencias biológicas, por lo que las disputas de las mujeres sobre el placer, el disfrute y la posibilidad de definir sobre su reproducción fueron un campo necesario de debate. A esto se sumó la posibilidad de planificar, por lo que los avances científicos[78] y las reivindicaciones de las mujeres[79] han permitido la disociación de ambos conceptos, y la consecuente apertura de la sexualidad y la reproducción como dos ámbitos independientes para el ejercicio de la libertad[80] que impacta la comprensión de tales garantías para todas las personas independientemente de su sexo. Por tanto, "el ejercicio [libre] de la sexualidad está ligad[o] a […] tomar decisiones a cerca de la reproducción"[81], punto en el que los derechos sexuales y reproductivos se conectan, sin ser idénticos[82].

71. Desde esa perspectiva, los derechos sexuales y reproductivos promueven el desarrollo de una sexualidad informada de hombres y mujeres y, entre otros, con acceso efectivo a mecanismos científicos y tecnológicos que permitan (i) elegir, sin injerencias ni

imposiciones, incluso biológicas, el momento y las condiciones en que la persona quiere reproducirse, y (ii) evitar procesos de gestación y parentalidades involuntarias, como “situaciones distantes a los intereses personales”[83].

72. Derivado de lo anterior, los derechos sexuales y reproductivos consagran las siguientes dimensiones y aspectos, interconectados[84]y a su vez diferenciados[85]:

Tabla 4. Contenido de los derechos sexuales y reproductivos

	Derechos	
	Sexuales	**Reproductivos**
Definición	Facultad para decidir tener o no relaciones sexuales y con quién[86], de manera autónoma.	Facultad para decidir autónomamente tener o no hijos, cuántos y con qué frecuencia.
Faceta[87]	· **Respeto**. Ni el Estado ni la sociedad pueden “implantar restricciones injustificadas […] contra […] las determinaciones adoptadas por cada persona” en estos ámbitos. · **Prestacional**. El Estado debe adoptar medidas para garantizar el goce efectivo.	

	Derechos	
	Sexuales	**Reproductivos**
Aspectos protegidos	***Información***. Disponer de información y educación sobre los distintos aspectos inherentes a la sexualidad humana[88].	***Autodeterminación reproductiva***. Adopción libre e informada de decisiones reproductivas, en cuanto a ser madre[89] o padre, o no, cuántas veces y con qué frecuencia, sin interferencias externas a la persona, ni violencia sexual[90] ni de género. Tal autonomía genera ***autodeterminación genética,*** como aquella facultad inherente a la autonomía reproductiva de las personas donantes para decidir cómo se utiliza su material genético sin ser sometidas a la procreación involuntaria y forzada[91].
	Salud sexual. Posibilidad de acceder a los servicios de salud sexual, para prevenir, abordar y tratar contingencias sobre los órganos sexuales.	***Salud reproductiva***. Acceso a los servicios de salud reproductiva en los siguientes aspectos: (i) métodos anticonceptivos, elegidos de forma informada y libre[92], como en contextos de emergencia ante violencia sexual[93], (ii) interrupción voluntaria del embarazo segura, oportuna y de calidad conforme las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022; (iii) cuidados de calidad y libres de violencia durante la gestación, el parto y la lactancia; (iv) prevención y tratamiento de enfermedades reproductivas; y (v) acceso a tecnologías para la procreación asistida[94].
	Métodos de anticoncepción. Acceso efectivo a la información y a totalidad de métodos de anticoncepción, y la facultad de elegir de forma libre alguno(s) de ellos.	

73. El ejercicio de ambos derechos se encuentra estrechamente relacionado con las libertades y la jurisprudencia constitucional ha enfatizado en que son derechos humanos que permiten a toda persona definir tener o no relaciones sexuales, y con quien, sin que se puedan discriminar sus preferencias sexuales y admitiendo el acceso a la salud sexual y reproductiva, a que las personas puedan informarse sobre la sexualidad y educarse en

ella, con respeto a su integridad personal. Ligado a lo expuesto está el respeto por la decisión de ser o no sexualmente activo, mantener relaciones sexuales consentidas y vivir una vida sexual libre, con la capacidad de definir su proyecto de vida en relación con los hijos, lo que implica definir si se tienen o no, su número y frecuencia.

74. Esos derechos sexuales y reproductivos, como se explicó previamente, tienen tres dimensiones relacionadas con la oportunidad de disponer de información y educación adecuada sobre la sexualidad humana; el acceso a los servicios de salud y la facultad de disponer de educación e información sobre métodos anticonceptivos y cómo acceder a ellos.

75. Es importante recabar que cualquier elección sobre los ámbitos sexual y reproductivo debe estar mediada por información imparcial, objetiva, completa y clara, como condición del consentimiento genuino de la persona en relación con ellos[95]. Cualquiera que sea la decisión al respecto, el Estado y los prestadores de servicios médicos deben propender por su respeto y materialización, sin discriminación alguna[96].

76. Para los fines de esta decisión, interesa a la Sala Segunda de Revisión enfatizar en los derechos reproductivos y en las dos garantías que suponen para las personas, según la jurisprudencia constitucional.

1. **a)Autodeterminación o autonomía reproductiva**

77. La Corte Constitucional ha indicado que la autonomía reproductiva desarrolla una faceta del artículo 13 constitucional, que reconoce a todas las personas que sus decisiones reproductivas se adopten sin discriminación, en igualdad, proscribiendo violencias de género y tratos odiosos e injustificados originados en sus elecciones sobre tener o no hijos,

y el número de ellos[97]. Con ella se reconoce a las personas la posibilidad de elegir sobre la procreación, en condiciones de libertad. Esto implica la ausencia de interferencias externas en sus decisionesreproductivas, es decir sin presiones de su familia, de su pareja o de instituciones públicas o privadas. Así se excluye la posibilidad de que las políticas públicas o los sistemas de salud puedan incidir en las determinaciones que las personas y, particularmente, las mujeres expresen sobre su reproducción.

78. La autodeterminación reproductiva excluye por tanto cualquier manifestación de violencias de género que pretenda imponer roles sobre la concepción o que aten a las personas a desarrollar un rol impuesto socialmente,por lo que consecuentemente proscribe la discriminación derivada de la misma elección sobre tener o no hijos, como también sobre el número de estos y su frecuencia[98]. A su turno, propende por decisiones personales, reflexivas[99] y fundamentadas de manera consciente por la persona, lo que supone la centralidad de la información sobre la anticoncepción y sus métodos para consolidar decisiones genuinas[100].

79. De tal suerte, la autodeterminación reproductiva se materializa a través de “i) la garantía del acceso a la educación e información sobre toda la gama de métodos anticonceptivos; ii) el acceso a los mismos y la posibilidad de elegir aquél de su preferencia; iii) la no interferencia en decisiones reproductivas; y iv) el cuidado obstétrico oportuno, de calidad y libre de violencia, entre otros”[101], de manera que son contrarios a aquella, la omisión en el suministro de información veraz e imparcial, la violencia en cualquiera de sus formas, la coacción y la discriminación por la elección adoptada[102].

1. **b)Salud reproductiva**

80. En tanto las elecciones privadas y personales sobre la reproducción requieren medios para su materialización, el ejercicio de los derechos reproductivos implica, cuando menos, el

acceso a los siguientes servicios de salud: (i)*educación e información* sobre los métodos de planificación, el acceso a ellos y elegir los de su preferencia; (ii) *acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo* de forma oportuna y con calidad en los términos de la sentencia C-055 de 2022; (iii) *maternidad libre de riesgos* como garantía a las personas que en los periodos de gestación, parto y lactancia accedan al cuidado obstétrico oportuno, de calidad y libre de violencias, por lo que se deben promover, entre otros, los partos humanizados[103], así como brindar las máximas posibilidades de tener hijos e hijas sanas; iv) prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino[104], lo que implica establecer programas de prevención de las enfermedades que afectan de forma adversa la salud genésica, que tenga perspectiva de género y propenda por eliminar la discriminación en el sistema de atención médica y; v) el acceso a la tecnología científica para procrear hijos biológicos de acuerdo con las decisiones reproductivas esto incluye la posibilidad de acceder a procedimientos de fertilización in vitro.

81. Los dos tipos de garantías descritos también son interdependientes entre sí. No basta la posibilidad de elección en materia reproductiva, esta debe concretarse en el cuerpo de la persona, para procrear o abstenerse de hacerlo, mediante los medios disponibles para el efecto[105]. Adicionalmente, en atención a las desventajas históricas de la mujer, “las decisiones propias de la autodeterminación reproductiva son personales y, particularmente […] las decisiones de tener o no hijos no deben estar limitadas por la pareja o el gobierno”[106], por lo que la imposición de barreras para materializar sus elecciones es inadmisible.

La libertad reproductiva también es un derecho humano

82. El reconocimiento de la reproducción como un escenario de libertad es reciente. La separación entre la vida sexual de la mujer, la función biológica de la reproducción y el rol social de la maternidad, lo forja como un escenario para la experiencia de ser mujer de

formas variadas, sin un destino maternal[107]. Esta concepción supone un avance en la superación de los estereotipos de género y de los roles sociales asignados a las personas en función de estos[108].

83. Antes, como se explicó, la reproducción se asumió como un hecho biológico ineludible. Fue reservada a la mujer[109], pues se estimó que su cuerpo estaba biológicamente determinado para la gestación y las tareas de cuidado surgidas, tanto durante el proceso como tras el nacimiento, para las cuales se le consideró especial y naturalmente hábil[110]. La decisión de maternar se concibió natural e inherente a la existencia de la mujer[111]y las actividades propias de la parentalidad le fueron histórica y socialmente adjudicadas[112], por lo que la procreación fue su responsabilidad, pero no su decisión.

84. Aunque involucradas en el plano de la reproducción desde su propia corporalidad, las mujeres "han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado"[113], mediante imaginarios compartidos y normalizados sobre la idea de una mujer madre. Los avances tecnológicos y científicos han supuesto el desprendimiento de la experiencia y de la identidad del ser mujer de la reproducción y la maternidad[114]. Han significado la posibilidad de definir el momento de la reproducción y de postergarla conforme el plan de vida individual, pero en estrecha relación con las condiciones sociales que rodean a la familia y específicamente a la mujer[115].

85. De tal suerte, la libertad reproductiva es la posibilidad privativa de elegir iniciar, "continuar o interrumpir un embarazo [como] una decisión que habita en el ámbito más íntimo de la persona y que incide multidimensionalmente en el futuro de la persona, su familia y su comunidad"[116]. Tal autonomía se convierte en una vía para la eliminación de los estereotipos asociados a los roles de género[117]y protege especialmente las decisiones de la mujer[118] en lo que respecta a gestionar por sí misma su capacidad biológica para procrear[119], absteniéndose de tener hijos o postergando su nacimiento, en función de su proyecto de vida particular.

86. En ese sentido, la posibilidad individual de optar por gestar o abstenerse de hacerlo, así como la identificación del número específico de hijos es un asunto que trasciende el plano de la simple voluntad y se ubica en el del derecho que es reinvindicable y exigible. En ese sentido la libertad reproductiva implica, en términos jurídicos (i) la garantía de los medios para adoptar la decisión reproductiva, informada, reflexiva y consciente, desprovista de injerencias externas, y solo así autónoma y (ii) asegurar los medios para consolidar y materializar la elección de la mujer. A causa de ello, la jurisprudencia ha reconocido que la autonomía reproductiva se despliega como la posibilidad de decidir y de contar con los medios necesarios para materializar la decisión en el plan de vida y experimentarla.

87. *Libertad reproductiva y medios para adoptar la decisión, informada, reflexiva, consciente y desprovista de injerencias externas*. La jurisprudencia ha reconocido el carácter trascendente de las decisiones informadas para que la libertad pueda ejercerse en forma plena y responsable[120]. Solo de las decisiones informadas pueden desprenderse la voluntad genuina de la persona y desarrollar su concepción particular del mundo. No obstante, las decisiones se adoptan de cara al contexto socioeconómico por lo que las políticas públicas resultan trascendentales en la opción de vida en relación con la descendencia.

88. La información necesaria para la elección de la opción de vida de procrear tiene varios canales reconocidos. Uno de ellos es la educación sexual, a cargo de las familias y de los sistemas educativo[121]y de salud, principalmente. Esta proporciona las herramientas para forjar competencias para la prevención de la violencia sexual[122], como para establecer si se quiere emprender el camino de la reproducción, cuándo hacerlo y cómo evitarlo[123].

89. Entre la información necesaria para determinar si la persona con capacidad de gestar quiere hacerlo, puede estar aquella de tipo médico científico, en lo que respecta a la

anticoncepción, a los avances tecnológicos para la gestación y en ciertos casos al estado de salud de quien pretende gestar. Los profesionales de la salud están en la obligación de exponer los avances generales y las herramientas disponibles, como la condición médica de la persona de forma detallada y comprensible, para ofrecer una base objetiva e imparcial sobre la situación particular del individuo y los posibles riesgos de una decisión sobre el caso particular.

90. En ningún caso el profesional de la salud a través de su concepto puede suplantar al individuo en la facultad privativa e íntima de tomar una decisión reproductiva. El criterio médico es la base sobre la cual la persona opta por una alternativa de vida, pero no limita ni puede aminorar la libertad de autodeterminación[124]. Ni los médicos ni las instituciones que hacen parte del sistema de salud tienen potestad sobre el cuerpo de la persona que está por tomar una elección reproductiva, ni la perfectibilidad de las condiciones médicas para gestar o parir es un criterio capaz de limitar la reproducción; admitirlo sería afectar el núcleo esencial de la libertad de albedrío de los seres humanos e implicaría una inferencia indebida en sus determinaciones.

La libertad reproductiva y el deseo de fecundidad

91. La decisión de tener o no tener hijos, así como el número de ellos, se conoce como deseo de fecundidad y está estrechamente ligada a los derechos reproductivos y, particularmente, a la libertad reproductiva. En la actualidad el debate sobre su contenido y alcance es relevante y se vincula al decrecimiento sostenido y progresivo de la tasa de fecundidad que ha llevado al análisis de las variables que inciden en la decisión de concebir o el deseo de fecundidad[125].

92. Los motivos reconocidos para retrasar la decisión de gestar o abstenerse definitivamente de procrear están asociados al contexto[126]. De acuerdo con la OCDE “estamos ante una

crisis que parte de los entornos y las decisiones normativas que no están armonizados con los deseos de la población y que no han conseguido generar la seguridad económica ni el empoderamiento personal que la gente define como condiciones previas para hacer realidad sus metas en cuanto a formar una familia, ya sea una con muchos hijos, pocos o ninguno”[127].

93. Dada su incidencia en el disfrute y garantía de derechos se han evaluado las variables que inciden en la elección de tener hijos, como en su número, y en la posibilidad de su postergación durante el ciclo vital, especialmente de las mujeres. Pese a que aquel decrecimiento puede estar mediado directamente por la voluntad de la mujer, revela condiciones desiguales[128]que no le son atribuibles a ella. En todo caso, resulta inadmisible que “[e]l ejercicio de la autonomía sexual [y reproductiva] de la mujer […] [la aprecie como] instrumento o medio para lograr la conformación de familias; o para la procreación. Por el contrario, en tanto que manifestación de la libertad individual, […] el sentido con el cual se ejerce dicha autonomía estará definido de manera individual, por su proyecto de vida”[129]. Las elecciones reproductivas son propias, aunque estén asociadas al contexto.

94. Tres de las variables[130]más reconocidas como definitivas en la decisión de una persona sobre la procreación son:

(i) *Incertidumbre sobre el bienestar ambiental y social, en el corto y mediano plazo*. La decisión de no convertirse en madre o padre está relacionada con la incidencia de la procreación en el calentamiento global[131] y la progresiva degradación del ambiente[132]. Además, el temor al “cambio climático, las guerras y la destrucción del medio ambiente”[133] constituye un motivo de renuncia a los deseos y aspiraciones personales de fecundidad.

(ii) *Barreras económicas*. La existencia de limitaciones económicas y la incertidumbre sobre la disposición de recursos monetarios personales y familiares[134], en especial para la adquisición de vivienda[135], disuaden la elección de tener hijos y tienen una incidencia en el número de hijos elegido.

(iii) *Desigualdades de género persistentes y sobrecostos de la maternidad para la mujer*. El tiempo y esfuerzo de las mujeres aun es mayor en escenarios que subsisten indiferentes a las necesidades de armonizar las tareas del cuidado asociadas a la procreación responsable y el desarrollo personal en los ámbitos (a) educativo y (b) laboral[136], tanto para hombres como para mujeres, constituyendo una barrera para el reparto equitativo de las responsabilidades parentales. De ese modo, la elección de la reproducción supone una carga adicional no compensada para la mujer, que reduce sus opciones de vida en otros ámbitos diferentes a la maternidad. Dicha carga aparta a la mujer de la maternidad[137].

95. A esto se suma el incremento de los valores y obligaciones atadas a la parentalidad responsable, pues "las exigencias normativas [actuales] sobre lo que significa ser un 'buen' padre o madre han cobrado mayor importancia, y el cambio en el equilibrio entre los costos y los beneficios de tener un hijo, tanto económicos como no económicos, impulsa la decisión de tener menos hijos, o incluso ninguno"[138]. La maternidad supone esfuerzos inusitados y "las mujeres siguen siendo las principales responsables de las labores domésticas y […] disfrutan de menos tiempo libre que los hombres, a pesar de que hay más mujeres que nunca trabajando fuera de casa con empleos remunerados"[139], de modo que la carga de la procreación y la crianza aun recaen especialmente sobre ellas, duplicando sus esfuerzos personales por el desarrollo de la maternidad responsable, a través de trabajo de cuidado no remunerado y el despliegue simultáneo de otros ámbitos vitales, como el estudio y el trabajo.

96. Sobre el particular, la abstención o el aplazamiento de la procreación se encuentran asociados a la priorización del desarrollo profesional y laboral, como a la oportunidad de

participación igualitaria en los entornos académicos y laborales; la maternidad se aprecia "como un impedimento para poder lograrlo", en función del tiempo, el esfuerzo y los costos cada vez más elevados que demanda.

97. Para garantizar los derechos también es indispensable desarrollar políticas públicas que rompan los patrones de desigualdad de género en la familia y los entornos laborales, como de aquellas que reducen los costos de los hijos, en cuanto a su cuidado y educación, y propenden por la conciliación de las actividades familiares con otro tipo de labores[140]. Tales políticas deben apoyar la libertad de elección de la maternidad, al tornarla un ámbito de decisión personal con la menor cantidad de determinantes externos posibles, que admite la incursión y el desarrollo personal en otras esferas distintas a la doméstica, por lo que los sistemas de salud no pueden perpetuar esas desigualdades.

98. En esa medida, la promoción de la autonomía personal para elegir tener o no tener hijos, como cuántos y con qué frecuencia, implica la adopción de políticas públicas en función de las variables que actualmente limitan o restringen la elección de quienes muestran algún deseo por maternar, y que les (i) permitan una elección reproductiva sin mediaciones sociales condicionantes y determinantes, (ii) mejoren las condiciones existenciales de quienes lo deciden, como las posibilidades de gestación y crianza digna, y así (iii) permitan aspiraciones de fecundidad más íntimas y respaldadas por el contexto social.

99. La discusión sobre las libertades reproductivas y el deseo de fecundidad también se han trasladado al ámbito de la planificación, por ejemplo, debates feministas se han cuestionado si es posible que aquellas se concreten cuando la esterilización quirúrgica ocurra en el mismo momento del parto[141]. De acuerdo con Shapiro en la década de los 70, en pleno auge de las esterilizaciones las mujeres y activistas feministas en salud presionaron para que existiera un consentimiento informado sobre el procedimiento, que debía contar con un periodo de espera de 30 días luego de explicado, no podía ser obtenido durante el parto[142], esto para evitar esterilizaciones abusivas, pues el sistema y las instituciones androcéntricas diferenciaban las experiencias de las decisiones

reproductivas atendiendo a la raza y a la clase social. Así sostuvo Shapiro que “las pobres son esterilizadas en tasas desproporcionadamente altas. La esterilización de las minorías no ha declinado. En cambio, están aumentando las esterilizaciones entre las blancas, notablemente blancas pobres que dependen de subsidios”[143].

100. De este modo el ejercicio de la autonomía reproductiva tampoco es neutral, y por eso el análisis constitucional requiere enfoque de género, que implica que cada ser humano y en forma preponderante las mujeres puedan resolver, de modo libre e informado, si procrean o no, con las condiciones sociales necesarias para proteger y facilitar su elección. Tal decisión debe estar desprovista de violencia, injerencias o presiones externas[144], familiares, sociales, médicas o estatales, para concebir o abstenerse de hacerlo, con el fin de lograr maternidades deseadas y responsables, cuando estas se encuentren contempladas en el plan de vida individual, como también la existencia respetable de proyectos vitales desligados de la parentalidad.

Maternidades deseadas y los derechos reproductivos

101. La noción de maternidades deseadas[145]evidencia un proceso social evolutivo inédito. Luego de siglos, la maternidad ha venido transformándose de una imposición o un destino biológico[146], asociado al cuerpo de la mujer y a un instinto materno consustancial que le confiere habilidades y saberes para el cuidado[147], propios de la experiencia de ser mujer, para convertirse en una decisión propia, consciente y reflexiva sobre el proyecto de vida, surgida del anhelo de concebir[148]. Además, transita del ámbito de lo privado al de lo público, reivindicándose como una opción y como un aspecto de la vida que merece atención estatal y políticas públicas específicas[149].

102. Este cambio pasa por reconocer a la mujer como un ser independiente y autónomo, capaz de anhelar y decidir conforme a sus deseos y ponderación de esfuerzos sobre el curso de

su propia vida. Autónoma, pues surge de ella misma el anhelo y la determinación de gestar, consolidar una familia y de moldearla, en tipo, valores y extensión, según las características que más se alineen con las aspiraciones subjetivas. En esa medida las elecciones asociadas a la maternidad y su reivindicación como un espacio para el deseo, son el punto inicial para entender el derecho a conformar una familia, como un aspecto particular y privado, que no puede suceder o inhibirse por factores externos a las personas.

103. El deseo de maternar es el punto inicial del ejercicio del derecho a conformar una familia, con autonomía y con la garantía de la dignidad humana de las mujeres. Incluso antecede a la decisión misma. A través de ese deseo también se consolidan de mejor forma los derechos de niños, niñas y adolescentes, porque permite configurar la familia a partir de un entorno de protección de sus intereses[150]. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud y en los datos que se disponen del Ministerio de Salud dan cuenta que “el embarazo deseado es un factor protector para los hijos en la medida en que son mejor cuidados durante la gestación y la infancia y las condiciones de sus hogares pueden ser más favorables para el crecimiento y desarrollo”[151].

104. En esa medida el incentivo por la maternidad pasa por la consolidación de condiciones sociales que permitan que el deseo surja, aminorando los factores que hacen de la gestación, el cuidado y la crianza una carga desproporcionada e inequitativa para la mujer. Solo así se garantiza materialmente la dignidad de quienes tienen un plan de vida reproductivo. Respecto del Sistema de Seguridad Social en Salud esta idea acarrea obligaciones a quienes lo administran, para permitir métodos de regulación de la fecundidad, acceso a servicios adecuados de salud y para que se disminuyan los riesgos reproductivos.

105. Tras el deseo de parentar, al optar por esa alternativa de vida, las personas deben actuar con responsabilidad individual y orientarse por el autocuidado, para lo cual es preciso entender cómo prevenir y atenuar riesgos asociados a la gestación, de modo que el

Estado, a través de los prestadores del servicio de salud, debe facilitar el acceso a información que permita el inicio, desarrollo y buen término de los embarazos anhelados. La accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia de las consultas preconcepcionales son valiosas, sobre todo en condiciones de alto riesgo reproductivo, y deben brindarse con respeto a la dignidad y a la autonomía, sin imponer visiones o exigencias de perfectibilidad sobre la maternidad.

Datos y relatos sobre el deseo de fecundidad en Colombia

106. Optar por tener hijos ha variado con el tiempo y particularmente desde la mitad del siglo XX ha decrecido. Esto se ha explicado de distintas maneras, como en las transformaciones de las relaciones de pareja, las condiciones económicas, los contextos y la posibilidad de planificar[152]. Este fenómeno tiene directa relación con la elección de maternar o paternar, en entornos con desigualdad social y apertura de escenarios educativos, laborales e introspectivos que preceden o reemplazan la procreación como proyecto de vida[153]. Adicionalmente, las dificultades de conciliar de modo efectivo las responsabilidades laborales y las tareas del cuidado parental, conllevan la elección de abstenerse de procrear o retardarla en el ciclo vital[154].

107. Los datos sobre el deseo de fecundidad en América Latina evidencian las transformaciones que ha tenido la tasa y la disminución en el número de hijos nacidos vivos entre las mujeres entre 15 y 49 años en la región.

Ilustración 1. Tasa de fecundidad en América Latina y el Caribe, por país**[155]**

108. En Colombia, laEncuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS[156] efectuada en 2025 también identificó una reducción progresiva del deseo de las personas por tener

hijos[157]. Así de sus datos se extrae que el 62,1% de los hombres no desea tener más hijos[158]. Entretanto la prevalencia de las mujeres que en forma decidida[159] manifiestan no querer tener hijos es del 76,7%, tanto en zonas urbanas como rurales[160].

109. Según la encuesta, con independencia de su uso y el inicio de la vida sexual, existe un alto porcentaje de mujeres que reconocen métodos anticonceptivos, en un porcentaje entre el 82,3% y el 94,0%, siendo "[l]a inyección, las píldoras y la esterilización femenina […] los métodos más reconocidos" entre las mujeres colombianas, a través de las instituciones educativas públicas[161]y del sistema de seguridad social en salud, que suman el 50% de las fuentes de información[162].

110. En la actualidad, los métodos anticonceptivos más empleados en Colombia varían en función de la edad de las personas. Entre las mujeres, a una edad temprana suele acudirse con mayor frecuencia al implante subdérmico, a las inyecciones mensuales y a las píldoras. A partir de los 30 años, con una elevación en los porcentajes asociada al incremento de la edad, el método más frecuente es la esterilización femenina, que a los 40 años puede superar el 50%.

111. La anticoncepción quirúrgica, en general, ha sido el método anticonceptivo más frecuente desde 1990, con una tendencia creciente y progresiva, que desde 2010 registra una desaceleración[163].Hoy, de las mujeres que han resuelto no tener hijos, el 44,4% había acudido de manera voluntaria a métodos de esterilización. Entretanto, el porcentaje de hombres esterilizados está entre el 2,0 % y el 5,8 % quienes, en general, reportan menor frecuencia de uso de cualquier método anticonceptivo y, a su vez, refieren la esterilización femenina como mecanismo predominante luego de los 35 años, para los hombres[164].

Ilustración 2. Opción de esterilización por edad, según la ENDS

112. De las mujeres que en el marco de la ENDS reportaron haber accedido a la esterilización: “el 91,7 % reportó que le informaron sobre la irreversibilidad del método, el 81,3 % sobre los efectos secundarios o problemas relacionados con el método, el 80,2 % sobre la disponibilidad de otros métodos anticonceptivos y el 89,4 % sobre qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas”[165]. Solo en Amazonas el 100% de las mujeres esterilizadas de manera “voluntaria” recibieron, tras el procedimiento, información sobre su carácter irreversible[166]. Otros departamentos como Putumayo, Cundinamarca y Chocó presentan cifras elevadas sobre información tardía al respecto. Con todo, solo el 7,4% de las mujeres aprecian que los métodos anticonceptivos utilizados fueron impuestos por la EPS, en relación con una menor edad, menor nivel educativo y menor quintil de riqueza.

113. Del porcentaje de mujeres que han optado y accedido a la esterilización, la ENDS sugiere la existencia de una tasa promedio de 6,8% de mujeres con arrepentimiento sobre la práctica del procedimiento. Este es más frecuente entre las mujeres entre los 25 y 29 años, sin inclusión en el sistema educativo o con nivel de escolaridad de primaria. Además, la ENDS identificó que aquel arrepentimiento surge en mayor medida del deseo de concebir nuevamente, pero subdividido en dos categorías: (i) el deseo propio de la mujer en el 4,0 % de las mujeres esterilizadas, que corresponde al 59,9 % de quienes manifiestan tal arrepentimiento; y (ii) el deseo de la pareja de la mujer de tener un hijo, en el 20,2 % de los casos[167].

114. Otras situaciones que ocasionan el arrepentimiento son las complicaciones de la intervención quirúrgica, en una tasa del 10,9%. Mientras tanto, la retractación en hombres llega al 4,1 %, con mayor prevalencia en zonas urbanas, y asociado únicamente al deseo personal de volver a concebir, como a los efectos o complicaciones que perciben en la cirugía. Sin embargo, “la proporción de arrepentimiento de haber accedido a una esterilización femenina voluntaria disminuyó con respecto a lo reportado en la ENDS 2015, al pasar de 12,9 % a 6,8 %”[168].

115. En todo caso, a juicio de la Sala pareciera existir un desincentivo en la reversión de los procesos de esterilización de las mujeres, de un lado por la idea de la irreversibilidad de estos, pese a la existencia de la recanalización tubárica como posibilidad científica, y de otro, por las limitaciones de los sistemas de salud de incorporar y socializar como parte de los servicios incluidos en PBS tal procedimiento. Estos datos en todo caso dan cuenta de que la incidencia de las mujeres que deciden revertir la esterilización es baja y que es posible garantizar el deseo de fecundidad y las libertades reproductivas de aquellas que, independientemente del resultado exitoso o no de dicha reversión, desean intentar la maternidad.

Miradas jurisprudenciales sobre las libertades reproductivas y la necesidad de reconocer el deseo de fecundidad y la reversión tubárica

116. *Medios para consolidar y materializar la elección de la mujer*. La jurisprudencia ha reconocido que la autodeterminación reproductiva no se agota en la adopción de una decisión sobre la procreación. La elección de gestar o de no hacerlo no tiene ninguna incidencia en el plano vital de la persona si se limita a un nivel aspiracional. Entonces, las decisiones sobre la reproducción precisan medios para su materialización[169]; la capacidad de decisión autónoma debe traducirse en una capacidad de acción y autogestión sobre el cuerpo de la mujer.

117. La Corte Constitucional ha abordado el tema de la libertad o la autonomía reproductiva de la mujer y su concreción, cuando la mujer no quiere ser madre y cuando aspira a hacerlo. En ambos casos, ha reconocido prestaciones particulares en el marco del sistema de salud.

118. De un lado, cuando la mujer no quiere concebir o gestar, frente a la posibilidad de acudir a métodos anticonceptivos y a la IVE sin sanción penal[170], ha resaltado la Corte que el Legislador debe considerar la dignidad y la autonomía de la mujer, y restricciones como "la tipificación irrestricta del aborto consentido –como se regula en la actualidad–, es doblemente lesiva para las expectativas y proyectos que tienen derecho a trazarse, conforme a sus aspiraciones. De un lado, al ser sujetos pasivos de una sanción que, en el caso de las mujeres, puede limitar su libertad en un centro de reclusión hasta por 54 meses y, de otro, al sancionar, sin alternativas para su ejercicio, una conducta que hace parte de la libre escogencia de su plan de vida"[171].

119. En esa medida, la decisión de la continuidad de un embarazo es íntima y central para la existencia digna de la mujer, como para su libertad de conciencia[172]. Por ende, los servicios médicos para la interrupción de la gestación "va más allá de la realización del procedimiento mismo, ya que el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva (que incluye la interrupción voluntaria del embarazo) conlleva la materialización de otras garantías como la autonomía, la libertad de conciencia y a vivir una vida libre de violencia y discriminación. Por lo tanto, la intromisión o interferencia [de quienes prestan servicios de salud] en la adopción de la decisión constituye una grave afectación de los contenidos de aquel"[173], en tanto aminora la autonomía de la mujer y le impone un proyecto de vida que le es ajeno.

120. De otro lado, al contemplar la posibilidad de acudir a la reproducción asistida para procrear y convertirse en madre, la jurisprudencia ha entendido en un sentido equivalente que "se afecta la autodeterminación reproductiva cuando no se garantizan los medios para adoptar decisiones reproductivas"[174]. Ha destacado que "[l]as TRHA constituyen un instrumento científico para ampliar el ámbito material de libertad de las personas gestantes en tanto su empleo es resultado de su decisión y, en modo alguno, para imponer roles incompatibles con la igualdad y la prohibición de discriminación por razones de sexo".

121. Fruto de tal ampliación, en este plano, se han reconocido dos facetas de la autodeterminación reproductiva. La primera es el derecho a acceder a mecanismos de reproducción asistida[175]. La segunda es la autodeterminación genética, que surge de la disociación de la reproducción no solo de la vida sexual, sino incluso de la filiación, y faculta a la persona para resolver el uso de su material genético[176].

122. De tal suerte, la disponibilidad de las tecnologías médicas necesarias para respaldar la decisión de la persona con capacidad gestante para procrear implica un avance y una ampliación de la autonomía reproductiva.

123. La reconducción tubárica fue abordada por la Corte Constitucional en dos oportunidades, desde el punto de vista del derecho a la salud, como una prestación sometida al dictamen del médico tratante.

Tabla 5. Jurisprudencia asociada a la recanalización tubárica

Aspecto	**Sentencia**	
	T-329 de 2014	**T-304 de 2025**
Argumento de la accionante	Mujer solicita la recanalización luego de diez años de la ligadura de trompas. Lo hizo, para contener fuertes dolores, con fundamento en una orden médica.	Mujer de 41 años, en condición de pobreza extrema, tras veinte años de practicada la ligadura, solicitó la recanalización. A su juicio la ligadura de trompas le ocasionó dolores, desorden hormonal, como sangrado fuerte y abundante. Además, planteó su anhelo de tener hijos.
Visión de la accionada	La EPS negó el procedimiento al apreciar que el fin último del procedimiento es permitir la concepción.	La EPS negó el procedimiento porque la actora no contaba con orden médica, el procedimiento no tenía ninguna funcionalidad para el tratamiento de los síntomas de la actora, y está excluido del Plan de Beneficios en Salud.

Aspecto	Sentencia	
	T-329 de 2014	**T-304 de 2025**
Decisión	Amparó el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico para valorar la pertinencia de recanalización tubárica como tratamiento médico. Esto en vista de que no eran claros los beneficios del procedimiento en el tratamiento médico de la accionante.	Negó al amparo en vista de la inexistencia de orden médica, como en razón de la falta de claridad sobre la pertinencia de la recanalización tubárica como parte del tratamiento de la accionante. Adicionalmente, encontró afectada la libertad reproductiva porque la información suministrada a la actora fue deficiente. En esa medida ordenó suministrarla.
Regla	La recanalización tubárica puede ser practicada cuando tiene pertinencia en el tratamiento médico para enfrentar una patología.	La recanalización tubárica es un procedimiento médico cuya pertinencia para el tratamiento debe estar avalada por el médico tratante.

124. Esta es la primera vez que la Corte Constitucional analiza el procedimiento de recanalización tubárica como una herramienta para concretar la decisión reproductiva sobre el número de hijos a que aspira una mujer, al margen de su pertinencia para superar una condición de salud más allá de la infertilidad. Desde este punto de vista, a juicio de esta Sala de Revisión, la valoración de la existencia de la orden médica no tiene asidero en este caso puntual. La accionante en el presente asunto no refirió ningún padecimiento de salud para cuyo alivio buscara la recanalización. Desde este enfoque, a diferencia de los casos referidos, el criterio médico no debería ser determinante para acceder o no al tratamiento.

125. Cuando la recanalización tubárica se solicita para recuperar la funcionalidad fértil del cuerpo de una persona, y no como parte de un tratamiento en salud para otro tipo de patología o dolencia, no es exigible la orden médica ni que la decisión de la mujer sea avalada mediante criterio médico. Una solicitud de recanalización semejante corresponde primordialmente a la esfera de la libertad reproductiva y no estrictamente al de la salud. Exigir una orden médica para proceder a ejecutar el procedimiento solo deja en manos del

personal médico la elección de la mujer, refrendando las barreras sociales e institucionales que ha encontrado históricamente para resolver sobre su capacidad de procrear, siendo inadmisible.

126. Así cuando una persona manifiesta su elección de ser madre, de conformar una familia y de tener un número de hijos, no sería admisible en términos jurídicos restringir el acceso a servicios a través de la patologización o imponiendo criterios médicos, independientemente de que el procedimiento pueda o no conducir al resultado pretendido.

127. Cabe precisar que la recanalización tubárica no es una técnica de reproducción asistida. No es equiparable a aquellas ni por sus efectos, ni su carga financiera. Mientras procedimientos como la fertilización in vitro están centrados en la manipulación artificial de gametos, el objetivo de la recanalización es la recuperación natural de la capacidad reproductora; cuando la reproducción asistida tiene un alto costo de entre 40 y 80 millones de pesos por ciclo, la recanalización tan solo alcanza el 10% de ese valor.

128. En esa medida, no le es aplicable la jurisprudencia consolidada[177]sobre mecanismos de reproducción asistida, como la fertilización in vitro, que no admiten financiación total por parte del sistema, debido a su significativo impacto en la sostenibilidad del sistema de salud, y su incompatibilidad con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia[178]. Con una tasa reducida de arrepentimiento sobre los procedimientos de esterilización quirúrgica, como ante los costos no representativos de la recanalización tubárica, el impacto financiero sobre el sistema, que se estima reducido, no amerita una extrapolación de la regla de financiación parcial del procedimiento. No obstante, conviene exhortar a las autoridades competentes para que realicen los estudios y adopten las decisiones de política pública requeridas para atender esta problemática, de cara a satisfacer las exigencias constitucionales en materia de derechos reproductivos.

129. *Consentimiento informado y cualificado*. El tipo de consentimiento para la realización del procedimiento es informado y, además, cualificado según el artículo 5°[179]de la Ley 1412 de 2010. Este prevé que solo puede ejercerse la autonomía reproductiva frente a este procedimiento cuando quien solicita la intervención quirúrgica, en forma previa, reconoce de modo comprensivo y reflexivo otros métodos anticonceptivos no permanentes, las implicaciones generales que acarrea el procedimiento y sus efectos específicos sobre la salud sexual y reproductiva. El tipo de consentimiento exigido evidencia que el método de anticoncepción se concibe particularmente invasivo[180].

130. A causa del nivel de intervención en el cuerpo de la mujer, del carácter definitivo de la decisión y de la imposibilidad orgánica ulterior para la reproducción, en la elección autónoma del procedimiento "no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar[lo]"[181]. La voluntad de someterse a él debe verificarse (i) libre y desprovista de cualquier interferencia o fuerza externa a la persona[182]; (ii) informada o derivada de los datos relevantes, necesarios y suficientes sobre el procedimiento y sus implicaciones (beneficios y riesgos[183]), suministrados por el personal médico en forma "clara, objetiva, idónea"[184], oportuna, completa, accesible y fidedigna; y, además, (iii) cualificada, o producto de un esfuerzo considerable por asegurar el entendimiento de la persona interesada, con fundamento en su capacidad específica para identificar la complejidad del procedimiento y de sus implicaciones[185]. En esa medida, el consentimiento informado es "un mandato que ordena que algo sea realizado en la mayor medida posible dentro de las posibilidades jurídicas y fácticas existentes"[186], garantizando y verificando su comprensión.

131. Para ese efecto, la información suministrada en forma pausada con momentos para interiorizarla "aseguran que la autorización no sea dada por un estado de ánimo momentáneo, sino que sea la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida genuina"[187], amerita un protocolo que garantice la información, la reflexión sobre las opciones terapéuticas y la toma de posición frente al procedimiento.

132. *Enfoque de género*. Como acotación a este caso y teniendo en cuenta las reglas previamente señaladas, cabe recordar que particularmente en el ámbito de la reproducción, a través de la historia la mujer ha enfrentado discriminación y violencia vinculada al rol social que por siglos le fue adjudicado en función del sexo: la procreación. Median estereotipos que ameritan un análisis con perspectiva de género[188].

133. Este enfoque permite reconocer las preconcepciones, imaginarios y representaciones construidas en función del género, que forjan condiciones de desventaja para la mujer[189]. Las pone de presente y las toma como criterios de análisis y decisión judicial, ante la "sospecha de relaciones asimétricas, prejuicios o patrones estereotipados de género"[190], que tienden a perpetuar, consciente o inconscientemente[191], la organización de las relaciones entre los géneros, su papel, su cuerpo, sus conductas y sus vínculos. Aquellas "deben ser puestas en cuestión si se aspira a que toda la humanidad disfrute de los derechos humanos"[192].

134. Se trata de un mecanismo para evitar la reproducción de violencias (físicas[193], simbólicas[194], económicas[195]o psicológicas[196]) sustentadas en prejuicios y comportamientos interiorizados[197] y normalizados[198], que refuerzan la estructura de género jerárquica[199], que distribuye privilegios y crea exclusiones. Este enfoque será empleado en el presente asunto, al momento de valorar la situación y la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la tutelante.

CASO CONCRETO. La EPS vulneró los derechos sexuales y reproductivos de la accionante, específicamente su libertad reproductiva afectando su deseo de fecundidad al no permitirle acceder a la reconducción tubárica

135. LaSala aborda el caso de una mujer a quien, tras un embarazo de alto riesgo, se le realizó una cesárea y consintió que allí se le practicara la ligadura de trompas. Su decisión estuvo

precedida de considerar que con el recién nacido conformaría el hogar con dos hijos que había decidido. Dos días después de la práctica del procedimiento su bebé falleció. Eso no solo le generó intensas repercusiones en su salud física y mental, sino la decisión de revertir la ligadura para volver a procrear.

136. La EPS se negó a practicarle a la accionante el procedimiento de recanalización tubárica. Consideró que no existió vulneración de sus derechos porque que la decisión de someterse a la ligadura de trompas fue voluntaria, y dicho procedimiento no está incluido en el PBS, al no ser un servicio de salud esencial y bajo el entendido de que, en todo caso, su realización no asegura por sí misma la recuperación de la función reproductiva, argumentos que el juez de tutela de única instancia avaló.

137. La discusión constitucional se centra entonces en establecer si la entidad prestadora de salud vulneró la autonomía, las decisiones y la libertad reproductiva de la accionante al negar la recanalización tubárica. Más allá de una discusión médica sobre si el procedimiento puede o no ser efectivo, las reglas jurisprudenciales que se decantaron en esta providencia explican por qué la decisión reproductiva sobre el número de hijos, su frecuencia y la disposición de los sistemas de salud para procurar alcanzarlos hace parte de los derechos sexuales y reproductivos y deben ser garantizados como medio y no como resultado.

138. Así mismo la Sala de Revisión destacó que si bien los criterios médicos pueden ser orientadores, los mismos no pueden limitar o afectar las decisiones de las mujeres que, conociéndolos, como en este caso, deciden libremente optar por el acceso a mecanismos que les permitan recuperar su cuerpo para gestar.

139. En ese sentido la libertad reproductiva y el deseo de fecundidad son parte inescindible de los derechos humanos de las mujeres y no pueden ser restringidos mediante la

medicalización de las decisiones asociadas a su ejercicio. Adicionalmente, la Sala constató que la incidencia financiera de la reversión de la ligadura de trompas en el Sistema General de Salud no es mayúscula y este debe contemplarla, para responder a dos fenómenos actuales: la evolución de los derechos sexuales y reproductivos, y el envejecimiento de la población.

140. Este además es un caso límite, por lo menos por dos razones. Está demostrado que la decisión reproductiva de la accionante sobre el número de hijos era inequívoca, pues por un lado, la aceptación del proceso de ligaduras estuvo precedida de considerar que ya tenía una hija y que su bebé completaría el número de hijos deseados. Y por el otro, su embarazo fue de alto riesgo, el bebé nació a las 28 semanas y sin considerar los riesgos para su vida y la de su hijo se llevó a cabo el procedimiento de ligadura. Si bien en la historia clínica se destacan tales particularidades de la esterilización, al referir el otorgamiento del consentimiento de la actora, tal documento no precisa la información suministrada en un contexto de emergencia, ni la forma de brindarla. En esa medida, y ante la abstención de la IPS y de la EPS accionadas de remitir copia del consentimiento informado que se requirió en el auto de pruebas, la Sala solo puede concluir que no es clara la información con base en la cual la actora, en un contexto de emergencia médica, asintió el procedimiento.

La accionante es una mujer en edad reproductiva, que demostró tener claridad sobre la decisión reproductiva en cuanto al número de hijos y se encuentra en condición de vulnerabilidad económica

141. En el trámite de tutela se acreditó que*Valeria* es una mujer de 31 años, es decir se encuentra en edad reproductiva. Así mismo, de su historia clínica y de las pruebas que se recopilaron en sede de revisión se evidencia que está en el régimen subsidiado de salud[200] como cabeza de familia e integra el grupo del Sisbén A3, es decir el de pobreza extrema[201].

142. Su decisión reproductiva relacionada con el deseo de fecundidad y el número de hijos definidos también está demostrada. En sede de revisión explicó que aspira a tener dos *"porque sentimos que podemos educarlos, hacerlos personas de bien y para eso debemos planificar los hijos que uno quiere traer al mundo, para brindarle en medio de todo una gran educación y crianza, y por eso en el momento habíamos decidido tener dos hijos como proyecto familiar y que nuestra hija pudiera tener un hermanito"*[202].

143. Esa misma decisión de volver a procrear la informó la accionante a sus médicos tratantes y en la historia clínica se refleja que algunos de los especialistas la catalogaron como "irresponsable"[203]. Esto abonó a presentar episodios de *"desesperanza, llanto fácil, estado de ánimo inestable, taquicardia, sudoración excesiva"* y a problemas de pareja.

144. Los términos en los que *Valeria* suscribió el consentimiento informado no están demostrados específicamente, pese a que se solicitó a la EPS y al Hospital para que obrasen como prueba; solo se dispone de un fragmento de la historia clínica en la que consta lo que sigue:

[P]aciente femenin[a] de 30 años, […] con embarazo de 28.5 semanas […], con diagnóstico de trastorno hipertensivo asociado al embarazo. Al momento de la valoración paciente estable hemo dinámicamente, afebril, cifras tensionales dentro de metas, […] ecografía obstétrica, Doppler fetoplacentario y perfil biofísico dentro de límites normales. Recibió primera dosis de maduración pulmonar, cumpliendo esquema con sulfato de magnesio […], sin embargo […] se evidencia con facie abotagada, refiere tinitus, fosfenos, acufenos, visión borrosa, en se encuentra pendiente valoración por perinatología. Paciente a quien se decide preparar para cesárea + esterilización quirúrgica con previa profilaxis antibiótica. Se le explican las posibles complicaciones del acto quirúrgico tales como: hemorragia, necesidad en ocasiones de histerectomía, atonía uterina, lesión a órganos adyacentes, infección en sitio operatorio, hematomas, seromas, desgarros, dehiscencia de suturas, eventración, fístulas-

legrado, tromboembolismo y muerte, la paciente refiere aceptar y entender, firmando consentimiento informado.

145. Este documento lo suscribe*Valeria* en medio de una preeclampsia, que implicó acudir de emergencia a la cesárea de su neonato de 28 semanas quien a los pocos días falleció. La EPS al contestar admitió que la accionante está calificada en pobreza extrema y que informó a su médico la decisión familiar de tener otro hijo y la explicación del contexto en el que se originó la ligadura. De acuerdo con el apartado de historia clínica esta le fue negada aduciéndole, el 27 de mayo de 2025, lo siguiente *"se explica claramente a la paciente y a la pareja que la recanalización tubárica, también conocida como reversión de la ligadura de trompas es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es restaurar la permeabilidad de las trompas de Falopio que previamente fueron seccionadas, ligadas o cauterizadas como método de esterilización permanente".*

146. Luego de ello, según la historia clínica se le dieron las razones a la accionante por las cuales se consideró que, pese a su decisión reproductiva, no puede acceder al procedimiento y que son las siguientes*"este procedimiento no garantiza el funcionamiento normal de las trompas, se explica a paciente aquí que la ligadura tubárica fue una decisión voluntaria, tomada por la paciente tras alcanzar su paridad satisfecha. Desde el punto de vista clínico y ético esto implica que se firmó un consentimiento informado detallado. La paciente fue advertida sobre el carácter irreversible o permanente del procedimiento en el momento de la ligadura. Se asume que hubo una valoración integral previa, incluyendo salud física y mental antes de realizar la esterilización".* Tras ello el médico tratante dispuso seguimiento por psicología y psiquiatría.

147. Los anteriores elementos de juicio son inequívocos de que la accionante no dispone de los recursos económicos para revertir su ligadura de trompas, pese a manifestar una idea clara, previa, asentada y libre sobre el número de hijos que siempre ha deseado y con el que ha convenido con su pareja. También dan cuenta que la negativa de la EPS y del

médico tratante se funda en la existencia de un documento sobre consentimiento que, en criterio de aquella, es suficiente para negar el procedimiento médico, pese a las condiciones en las que el mismo fue suscrito y que la EPS además se opone porque no existe plena garantía de que el procedimiento conduzca al embarazo.

148. Las razones de la EPS a juicio de esta Sala de Revisión no tienen la entidad para negar el proceso de recanalización tubárica como se explicará a continuación, pues este procedimiento es de medio y no de resultado, y no puede constituirse en un obstáculo para que las personas y particularmente las mujeres que carecen de recursos económicos puedan ejercer su libertad reproductiva.

Se vulneró la libertad reproductiva y el deseo de fecundidad al impedir la elección reproductiva a partir de condicionantes que limitan el acceso a los servicios médicos necesarios para revertir la ligadura de trompas

149. Uno de los problemas usuales en el análisis constitucional de casos como el presente es el sesgo por medicalizar un debate de derechos. Es decir, a considerar, por encima de cualquier otra razón, la racionalidad médica. Si bien este es un criterio para tener en cuenta, pues las y los jueces constitucionales deben considerarlo, lo cierto es que debe ser evaluado con el otro conjunto de situaciones, argumentos y tensiones que se presenten caso a caso.

150. En su concepto remitido a esta Sala, la Universidad Nacional de Colombia explicó cómo funcionan las técnicas de ejecución del “Pomeroy” o ligadura de trompas que es el procedimiento que se le realizó a*Valeria*. También detalló el impacto en la recanalización tubárica y las tasas de arrepentimiento de tal procedimiento. Un dato necesario para ponderar que la universidad puso de presente ante la Sala es que la recanalización tubárica tiene una mejor relación de costo – efectividad en mujeres menores de 41 años,

como en el caso de la accionante.

151. Los conceptos allegados dan cuenta de que el proceso de recanalización tubárica no es costoso, puede llevarse a cabo, es decir que la ligadura no es irreversible y que aun cuando existen posibilidades tanto de éxito como de fracaso en la gestación, esto no implica la imposibilidad de su realización. El grado de incertidumbre sobre la potencialidad de maternar de*Valeria* no debería ser una razón suficiente, en términos constitucionales, para impedirle acceder al procedimiento, como ocurre con otros tratamientos de fertilidad. Supeditar su otorgamiento a la condición de que sean exitosos los confinaría a una negación permanente, pues la tasa de éxito no es del 100%.

152. Por su parte la perspectiva de la Defensora Delegada de Asuntos Constitucionales de la Defensoría del Pueblo es adecuada. Las preferencias reproductivas no son invariables, es decir que pueden transformarse y esto puede conducir a las personas a revisar, modificar o reafirmar sus elecciones reproductivas.

153. Los derechos reproductivos y la libertad reproductiva que la integra implican, entre otros, la decisión consciente y sólida de definir un proyecto de vida y específicamente definir el número de hijos. Esa elección hace parte del núcleo esencial de dichas garantías y aun cuando implican costos al sistema de salud, estos deben adecuarse a través de mecanismos que impidan o aminoren afectar el derecho. En este caso se trata de una mujer de escasos recursos económicos, quien carece por tanto de otras vías para ejercer su deseo de fecundidad y que por tanto debe disponer de protección en el sistema de salud. Además, como se demostró en el trámite de revisión, la recanalización es una medida menos costosa y más efectiva para la posibilidad de gestar nuevamente.

154. Lo anterior evidencia que los argumentos de la EPS vulneraron los derechos sexuales y reproductivos de*Valeria*. Es decir que oponerse a lo pedido, sin tener en cuenta sus

decisiones reproductivas, ni sus condiciones de vulnerabilidad económica, y alegando que puede no ser exitoso el procedimiento o que suscribió un consentimiento informado que lo hace irreversible, concretó la afectación que desde el inicio señaló la accionante. Si bien es importante ponderar las razones de la junta médica, que fueron allegadas en sede de revisión, lo cierto es que ellas insisten en la postura inicial que le ha sido oponible a *Valeria*, sobre que el procedimiento tiene riesgos, y es necesario una evaluación psicológica y física para llevarla a cabo, pero manteniendo la negativa en su realización por haber suscrito el consentimiento informado. Por ello para la Sala de Revisión, en el evento en que la accionante aun conociendo los riesgos específicos de la intervención, mantenga su determinación de convertirse nuevamente en madre, el procedimiento debe realizarse, lo que no excluye que la accionante deba cumplir con las prescripciones médicas necesarias que, sin imponer un ideal, conduzcan a la práctica de la reversión quirúrgica.

La decisión de gestar de la accionante es libre y evidencia además que el procedimiento de ligadura de trompas no atendió sus circunstancias particulares de riesgo

155. Está demostrado que la accionante llegó al hospital con una preeclampsia y con 28 semanas de gestación y que fue necesario practicarle un procedimiento médico de emergencia. Estos aspectos son importantes para evaluar sobre cómo se produjo la declaratoria del consentimiento de aquella. Dentro de las pruebas descritas previamente se añade que*Valeria* fue sometida a la ligadura de trompas uterinas que, según el informe quirúrgico correspondiente, “se pinzan, ligan y cortan”, sin extracción parcial o total. Tal descripción coincide con la postura del Hospital en el que se practicó el procedimiento, según la cual no hubo cauterización ni salpingectomía -o extracción. En cambio, dista de los planteamientos de la EPS que apuntan a la extracción del tejido tubárico, con incidencia negativa en la eventual recanalización. Sin embargo, la Sala constató a través de la historia clínica que esta no se efectuó en el caso de la actora.

156. Una vez*Valeria* solicitó la recanalización, la misma fue negada en cuatro ocasiones por el personal médico adscrito a la EPS[204]. En tres oportunidades la negativa no se sustentó en una razón médica. Los profesionales de la salud se limitaron a (i) referir que aquel procedimiento está excluido del PBS, como a (ii) resaltar que la imposibilidad de concebir de la tutelante derivó de su propia voluntad. Adicionalmente, la petición de la actora solo fue registrada en la consulta médica del 27 de mayo de 2025. En una cuarta oportunidad, con la emisión del concepto de la junta médica ordenado en la etapa de revisión, pese a que se expuso un criterio médico integral que advierte riesgos de salud física y mental, no existe evidencia de que el mismo haya sido puesto en conocimiento de la accionante.

157. Adicionalmente, de la intervención de la Universidad Nacional de Colombia en el presente asunto queda claro que la viabilidad del procedimiento tiene dificultades para ser establecida antes de la intervención quirúrgica del caso. Aquella es establecida durante la recanalización misma con reducidas posibilidades de diagnóstico previo.

158. *Conclusión sobre el consentimiento informado y cualificado*. La Sala Segunda de Revisión constata que en el presente asunto no se acreditó haber preservado la autonomía reproductiva de la accionante. Ninguna de las entidades oficiadas con el fin de que remitieran el documento contentivo del consentimiento, lo aportó. La EPS expuso que dicho documento se encuentra en custodia exclusiva del Hospital*Agua*, y este último, aunque lo anunció como anexo en su respuesta, dejó de adjuntarlo, sin que posteriormente fuera posible contactarlo para informar su omisión.

159. Está claro que el documento escrito existe. Todas las personas involucradas coinciden en su suscripción, tanto la accionante, como la EPS y el Hospital dan cuenta de ello. Entonces, su emisión no se encuentra en discusión, como sí sus particularidades. Para identificarlas resulta útil la historia clínica y su descripción del proceso de adopción de la decisión, en los términos de la trascripción efectuada en el fundamento jurídico 67 de esta providencia. Con fundamento en ella, puede concluirse que la elección de la tutelante sobre el método anticonceptivo definitivo se dio en un contexto de urgencia, que pudo incidir en su

determinación. Esto abona razones, a las ya expuestas previamente, de que las elecciones y decisiones reproductivas al tratar sobre derechos humanos deben ser realizadas en las mejores condiciones posibles.

160. En este caso la accionante adujo que tras la cesárea y la práctica del “Pomeroy”, y solo durante la etapa posnatal, recibió asesoría sobre los distintos métodos de anticoncepción[205]. Producto de esta, identificó la recanalización tubárica como una opción para sí misma. De tal manera, como lo sugiere la historia clínica, la decisión de someterse a la ligadura de trompas pudo no estar precedida de información clara sobre el procedimiento, sus particularidades y sus alternativas. De la historia clínica de la tutelante se desprende que en las consultas médicas mensuales de carácter prenatal que antecedieron al momento del parto y de la ligadura de trompas, no se refiere asesoría médica alguna sobre su naturaleza y alcance.

161. El consentimiento de*Valeria* se suscribió en un contexto de emergencia, para ella y para su bebé. La cesárea fue recomendada y la ligadura avalada, y pese a que la motivación de la ligadura de trompas estaba directamente asociada al número de hijos que tendría la accionante tras la cesárea, aun cuando se trató de un nacimiento prematuro, de emergencia, no se advirtió a la madre ningún tipo de riesgo para la vida del neonato. Aquellas advertencias no reposan en la historia clínica. Esto, pese a la necesidad de maduración forzada de los órganos, puntualmente de los pulmones del neonato. Dicha información era de absoluta relevancia para la actora, en consideración de su proyecto de vida y de los motivos que la llevaban a la anticoncepción quirúrgica definitiva.

162. Por todo lo anteriorla Sala Segunda de Revisión encuentra que los derechos fundamentales de la accionante, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, fueron vulnerados.

163. *Conclusión sobre la negativa de la EPS a practicar la recanalización tubárica con fines reproductivos*. A partir de la premisa anterior, según la cual no existió un consentimiento informado y cualificado en la elección de la ligadura de trompas como método anticonceptivo, la negativa a la recanalización tubárica comprometió nuevamente los derechos sexuales y reproductivos de la tutelante. Habiendo sido desprovista de la facultad de decisión sobre su cuerpo en el momento de efectuar el procedimiento, sin ligar la decisión a su proyecto de vida particular, la accionante fue sometida a la pérdida permanente de su capacidad corporal fértil, como de la facultad de resolver sobre su cuerpo y su familia por el resto de su vida.

164. A pesar de que la recanalización tubárica, en términos generales, no es una prestación cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la UPC, conforme a la Resolución 2718 de 2024, tampoco se encuentra expresamente excluida, toda vez que los únicos procedimientos tendientes a la reproducción que no están contemplados dentro del sistema de salud son la fecundación in vitro y la inseminación artificial; en el caso concreto se trata de un servicio que tiende a la restauración de la autonomía reproductiva y hacer efectiva la dignidad de la mujer.

165. Solo a través de la recanalización tubárica o de la implementación de mecanismos efectivos para la recuperación de la funcionalidad del sistema reproductivo de la actora, y de su capacidad de decisión sobre él, a partir de sus condiciones clínicas concretas, la interesada logrará la materialización de su proyecto de vida personal y familiar, truncado por un procedimiento no consentido en los términos legales y jurisprudenciales. Lejos de reconocerlo, la EPS actuó bajo el supuesto de que una formalidad como la firma del consentimiento, por sí mismo, daba cuenta de una validación del estado físico y mental de la accionante, sin que realmente se haya concretado aquello. No validó las condiciones de la emisión de la decisión de la accionante y desde el punto de lo que debió ocurrir, negó la prestación al margen de la situación particular, comprometiendo nuevamente sus derechos. Todo esto a partir de una visión inconsistente sobre las exclusiones del PBS.

166. *Conclusión sobre la exclusión de asesoría médica integral a causa de la decisión previa de no concebir*. Finalmente, la Sala de Revisión no puede pasar por alto que, en el seno de la red de servicios de la EPS accionada, distintos profesionales de la salud actuaron por fuera de su rol profesional. Se abstuvieron de asesorar médicamente a la tutelante, por cuenta de la exclusión del procedimiento pretendido, aunque respecto de procedimientos específicos para afecciones del sistema reproductivo la Resolución 641 de 2024 solo considera excluidos la fecundación in vitro y la inseminación artificial femenina y masculina. Pasaron por alto su situación, como su anhelo de recuperar la capacidad fértil. Omitieron asesorar a la actora sobre sus posibilidades orgánicas tras la ligadura de trompas, y aun existiendo concepto clínico expedido por la junta médica realizada, según lo ordenado en el auto de pruebas dictado en sede de revisión, no es claro que el mismo se haya puesto en conocimiento de la tutelante. Más que desde el punto de vista de la medicina, actuaron como verdaderos administradores de los recursos y servicios del sistema de salud, en ejercicio de un rol que no les es propio.

167. Las razones que sustentaron aquella conducta aparecen más preocupantes aún. Sin perjuicio de las consideraciones previas sobre la falta de consentimiento informado y cualificado, desde la perspectiva de los médicos que atendieron el caso, a la accionante se le negó el acceso a los servicios de orientación médica especializada, con fundamento en la “decisión” que, a juicio de los galenos, ella habría adoptado sobre su propio cuerpo, al consentir la ligadura de trompas y una pérdida permanente de la funcionalidad reproductora. En suma, es una respuesta a la elección previa de no ser madre en lo sucesivo. De tal suerte, su exclusión de los servicios médicos de asesoría e información se habría fundado en el ejercicio de su autonomía reproductiva.

168. En esas condiciones, la falta de orientación médica sobre las circunstancias derivadas de una opción anticonceptiva desincentiva indirectamente la elección de la mujer sobre la procreación. Reduce materialmente sus posibilidades de decisión y de acción sobre su corporalidad, ante la posibilidad amenazante de hallarse sola, sin posibilidad de acompañamiento médico como resultado de su elección, lo que resulta inadmisible, porque en el fondo perpetúa esquemas discriminatorios que la despojaban de la dirección

de su cuerpo y de su plan de vida.

169. Tal aspecto se ve reforzado en el presente asunto porque, como lo destacaron la Universidad Nacional de Colombia y la Defensoría del Pueblo, la práctica de un procedimiento electivo y las consecuencias médicas asociadas a la voluntad del paciente, a sus decisiones y opciones de vida, no pueden constituir un factor que absuelva a la EPS y a los profesionales de la salud que integran su red, de la prestación de los servicios médicos.

170. Al respecto, cabe resaltar la incidencia de las elecciones personales sobre el estado de salud de las personas, siendo objeto de preocupación reciente por parte de la epidemiología y la salud pública[206]. Todos los seres humanos adoptan decisiones que pueden impactar su estado de salud de manera negativa, y demandar atención médica. En ese contexto general, limitar el acceso a servicios de orientación ginecológica por la decisión de la mujer de no procrear, en el fondo impone un modelo reproductivo que prescinde de su voluntad y socava su dignidad humana, siendo constitucionalmente reprochable.

171. En este punto particular, la Sala debe resaltar la relación que resulta constitucionalmente admisible entre la decisión autónoma de la mujer y el criterio médico científico sobre el procedimiento. En definitiva, de lo expuesto hasta este punto queda claro que cuando la recanalización tubárica intenta recuperar la fertilidad, la decisión de quien la solicita no puede estar supeditada a una orden médica, como un acto de validación o autorización de su elección reproductiva. En efecto, la decisión personal de gestar, de conformar una familia y sobre el número de hijos, pertenece al ámbito de los derechos sexuales y reproductivos y del libre desarrollo de la personalidad, de modo que anteponer una prescripción médica que la avale y trasladar al personal médico la legitimación de la decisión de las personas resulta completamente inadmisible.

172. Ahora bien, en tanto la recanalización es un servicio médico que pretende la recuperación de la funcionalidad fértil, a cargo del sistema, es imposible no reconocer el rol orientador que tienen los profesionales de la salud. Ellos, además de ordenar las tecnologías y procedimientos, reportar su prescripción y justificarla en su pertinencia según el estado clínico y la necesidad del usuario, tienen una innegable función técnico-científica que les impone informar al paciente todo lo atinente a su estado de salud y a las particularidades del tratamiento, para que aquel lo consienta o se abstenga de su desarrollo. No obstante, esa función no puede convertirse en un mecanismo de control, veto o restricción de la autodeterminación de las mujeres, ni en una instancia de validación de su decisión de procrear.

173. Existen entonces dos planos por diferenciar en este tipo de asuntos:

(i) El ámbito propio de la decisión reproductiva, que no requiere orden médica ni aval profesional alguno, toda vez que pertenece al espacio interno propio de los derechos sexuales y reproductivos, protegidos por la Constitución y la Ley 1257 de 2008, que proscriben toda forma de discriminación y violencia institucional contra las mujeres.

(ii) El ámbito de la prestación del servicio de salud, en el cual resulta legítimo y conveniente exigir la intervención del personal médico, para tres propósitos: (a) Verificar las condiciones clínicas de quien acciona, identificar posibles riesgos o contraindicaciones, establecer la idoneidad y pertinencia del procedimiento y proporcionar información clara, suficiente y comprensible sobre sus alcances y eventuales consecuencias, con el fin de asegurar un consentimiento verdaderamente informado. (b) Validar la existencia de factores adicionales de infertilidad y la idoneidad técnica de la intervención, e informarlas a la usuaria. (c) Efectuar seguimiento sobre el procedimiento quirúrgico, conforme a la evolución de la situación. En todo caso, parece necesario que cualquier información no sea coetánea con otro tipo de procedimientos, como el parto o la cesárea, en los que no es posible garantizar que cualquier decisión adoptada haya sido internalizada y definida con la

tranquilidad necesaria para determinar la conformación de una futura familia.

174. De tal suerte, la recanalización tubárica exige la participación activa y responsable de los profesionales de la salud, frente a la prescripción, ejecución y seguimiento del procedimiento. Por ende, la orden médica sirve como instrumento técnico-administrativo para la materialización del servicio de recanalización tubárica en condiciones de seguridad, calidad e integralidad. No podrá ser considerada como un requisito habilitante de la decisión reproductiva, como fuente de restricción o veto a la autonomía reproductiva de la mujer, ni como sustento de la negativa a la práctica del procedimiento. Ahora, en caso de que el concepto médico sea desfavorable al procedimiento, deberá estar debidamente motivado, sustentado en criterios científicos, objetivos y susceptible de debate científico por una junta de profesionales de la salud, a fin de evitar decisiones no soportadas o basadas en consideraciones ajenas a la evidencia médica. En cualquier caso, la recomendación médica de abstención sobre la práctica del procedimiento deberá ser informada de modo claro y comprensible a la persona usuaria, para que esta opte por mantener o desistir de su aspiración de efectuar el procedimiento, como una decisión privativa de la persona usuaria que, incluso, puede orientarse por asumir los riesgos de la ejecución del procedimiento, la cual debe ser explicada de tal manera que disponga del tiempo necesario para su reflexión.

175. En caso de determinarse su viabilidad, idoneidad y pertinencia, el consentimiento informado adquiere en este contexto una relevancia reforzada. Este no puede reducirse a la suscripción de un documento, sino que constituye un verdadero acto jurídico que exige que la información suministrada sea clara, comprensible y suficiente respecto de los riesgos físicos y psíquicos del procedimiento, de las probabilidades de éxito y de las condiciones para su realización. Solo de esta manera se garantiza que la decisión reproductiva se ejerza de forma libre, autónoma e informada, sin desconocer el papel estructural que cumple el sistema de salud en la materialización efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en un Estado social y democrático de derecho.

176. En consecuencia, aunque no sustituye la valoración médica, la labor del juez constitucional es garantizar que el concepto médico científico no exceda el ámbito constitucional en estos casos, sin desconocer la decisión reproductiva de las personas ni imponer barreras injustificadas para su realización. La orden médica, así entendida, cumple una función instrumental y no decisoria.

Remedios para adoptar

177. Debido a la vulneración de la autonomía reproductiva de la accionante, como de la afectación a su igualdad en el sistema de seguridad social en salud, en función de su elección por no procrear, la Sala Segunda de Revisión dictará tres medidas de protección.

178. En primer lugar, la Sala ordenará a la EPS que explique a la accionante de forma clara y comprensible, los riesgos específicos del procedimiento de recanalización tubárica en su caso. Si bien el concepto médico aludido abarca riesgos generales, incluso sobre el eventual proceso de gestación posterior y las implicaciones emocionales del mismo, la explicación ha de enfocarse en el procedimiento mismo de la recanalización tubárica, en sus particularidades, riesgos y potencialidades, con el fin de suministrar la información completa sobre el procedimiento, que en ningún caso puede ser coetánea con otro procedimiento y que debe disponer de un término de reflexión antes de que pueda ser definida la intervención a lugar. Adicionalmente, en el evento en que la accionante solicite acompañamiento psicológico en el proceso de reconocimiento de la información sobre los riesgos del procedimiento y de la adopción de su decisión, este deberá ser prestado por la EPS.

179. Una vez efectuado lo anterior, y solo en el evento de que luego de conocer la información correspondiente la accionante mantenga su decisión de realizar el procedimiento, y lo consienta de manera informada y cualificada, en los términos descritos en esta

providencia, la EPS deberá asegurar la práctica de la reconducción tubárica.

180. Sobre este aspecto conviene resaltar que los conceptos expertos recibidos durante el trámite de la presente acción de tutela, la edad de la accionante y las características del procedimiento de ligadura de trompas al que fue sometida, sugieren la viabilidad de la recanalización. Se trata de una mujer de 31 años, a quien le fue practicada una ligadura sin extirpación orgánica. Al respecto, aunque el Hospital en el que se practicó la esterilización negó la extirpación de tejido alguno durante el procedimiento, a partir de su descripción quirúrgica, la EPS infirió contra los registros de la operación que sí hubo salpingectomía, incluso total, perspectiva a partir de la cual consideró impedimentos para proceder a la recanalización tubárica y bajas probabilidades de éxito.

181. Como se anunció previamente, y como lo recomendó la Universidad Nacional de Colombia, las condiciones para una recanalización exitosa pueden inferirse de la descripción del procedimiento quirúrgico. En el caso concreto, esta revela que la ligadura de trompas de Falopio no supuso su extirpación parcial ni total. Si bien la historia clínica posterior a la práctica de la ligadura de trompas registra la realización de una salpingectomía, tal registro fue efectuado por un médico internista ajeno a la operación, y no por el cirujano. De tal suerte, a partir de la clara explicación ofrecida por la Universidad Nacional y no controvertida por entidades involucradas en este asunto, la Sala concluye que los registros quirúrgicos no dan cuenta de un obstáculo para la recanalización. Tampoco lo hace la junta médica efectuada durante el trámite de revisión, misma que no expone la inviabilidad del procedimiento y se concentra en su inconveniencia actual, en función de los riesgos que identificó y la imposibilidad de garantizar el éxito del embarazo.

182. Adicionalmente, la Defensoría del Pueblo, en el ámbito de sus facultades constitucionales y legales, acompañará a la accionante en el proceso de cumplimiento de la orden.

183. De otro lado, se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de dos meses, disponga lo pertinente para planificar y adoptar decisiones de política pública en la materia y expida directrices generales para asegurar el ejercicio pleno de las decisiones reproductivas y del deseo de fecundidad frente a la reversión de las esterilizaciones quirúrgicas y las vías de reducción del impacto financiero sobre el sistema. Establecerá directrices pormenorizadas, con enfoque de género y definirá la financiación de los procedimientos de reconducción tubárica que deban efectuarse. Así mismo se dispondrá la difusión, en lenguaje claro, de la síntesis de la presente decisión.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. REVOCAR la sentencia proferida el 4 de junio de 2025 por el Juzgado 003 Civil Municipal de *Verde*, que negó el amparo de los derechos de la accionante, por las razones expuestas en esta providencia. En su lugar, **AMPARAR** los derechos sexuales y reproductivos, específicamente la libertad reproductiva, la salud, la seguridad social y la dignidad de la parte accionante.

Segundo. ORDENAR a *Aire* EPS que, en el término de los diez (10) días siguientes a la comunicación de esta decisión, a través del personal médico que suscribió el concepto de la Junta Médica efectuada durante el trámite de la acción de tutela de la referencia, ponga en conocimiento y explique de forma clara y comprensible a la accionante, los riesgos

específicos del procedimiento de recanalización tubárica en su caso particular. Efectuado lo anterior, transcurrido un tiempo prudencial entre la información y la decisión, en el evento en que la accionante mantenga su requerimiento de realizar el procedimiento, y lo consienta de manera informada y cualificada, la EPS deberá asegurar la práctica de la reconducción tubárica requerida dentro de los veinte (20) días siguientes a la emisión del consentimiento informado y cualificado. A requerimiento de la accionante, se le prestará el acompañamiento psicológico que resulte pertinente.

Tercero. ORDENAR a la Defensoría del Pueblo que, en el ámbito de sus competencias constitucionales y legales, acompañe el cumplimiento de las órdenes dictadas en los ordinales segundo y cuarto de esta providencia.

Cuarto. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el término de dos (2) meses siguientes a la comunicación de esta providencia, disponga lo pertinente para planificar y adoptar decisiones de política pública en la materia y expida directrices generales para asegurar el ejercicio pleno de las decisiones reproductivas y del deseo de fecundidad frente a la reversión de las esterilizaciones quirúrgicas y las vías de reducción del impacto financiero sobre el sistema. Al efecto, establecerá parámetros pormenorizados, con enfoque de género y definirá con claridad la financiación de los procedimientos de reconducción tubárica que deban efectuarse. Así mismo, dicho Ministerio deberá difundir, en lenguaje claro, la síntesis de la presente decisión.

Quinto. ORDENAR que, por conducto de la Secretaría General de la Corte Constitucional, se **LIBREN** las comunicaciones a que alude el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase,

JUAN CARLOS CORTÉS GONZÁLEZ

Magistrado

LINA MARCELA ESCOBAR MARTÍNEZ

Magistrada

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] Dado que el proyecto de decisión en el presente asunto fue registrado a Sala de Revisión el 12 de diciembre de 2025, la competencia recae en la Sala Segunda de Revisión, según lo dispuesto en el Acuerdo 05 del 10 de diciembre de 2025, "[p]or el cual se integran las Salas de Revisión" en la Corte Constitucional. El parágrafo de su artículo 1 dispone que "[c]on motivo de los cambios en la composición de las salas de revisión […] las salas conformadas de manera previa a la fecha del cambio de composición conservarán su competencia, para efectos de finalizar los procesos en que se haya radicado el proyecto de sentencia hasta el 19 de diciembre de 2025".

[2] Específicamente las competencias previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución y 32 y siguientes del Decreto 2591 de 1991.

[3] Corte Constitucional, Acuerdo 01 de 2025 "[p]or medio del cual se unifica y actualiza el Reglamento de la Corte Constitucional", artículo 61. Esto, en consonancia con la Circular Interna n.° 10 de 2022.

[4] Al respecto, en los autos del 26 de septiembre y 6 de octubre de 2025, el magistrado sustanciador advirtió a las partes, como a las personas oficiadas que la información en el presente asunto tiene carácter reservado y su manejo debe convocar únicamente a las personas requeridas. A las personas invitadas les describió el asunto con nombres ficticios, sin revelar dato alguno.

[5] Contestación en sede de instancia. Según anexo, el 26 de mayo de 2025, a las 4:06 p.m. la EPS informó a la accionante sobre la programación de la cita médica para el día siguiente, en la IPS *Tierra*.

[6] Según el documento, aportado por la EPS, se trata de "paciente de 31 años […] antecedente de Cesárea + Pomeroy el día 09/04/2024 realizado en el Hospital *Agua*, fue realizada en el contexto de urgencia por preeclamsia severa, y previamente firmado Pomeroy por paridad satisfecha, recién nacido nace vivo. Recién nacido prematuro de 28 sem, y fue llevado a la uci neonatal, donde fallece a los 3 días de vida. Actualmente paciente manifiesta deseo de recanalización de trompa, actualmente sufre de episodios de ansiedad y labilidad emocional en manejo con psiquiatría en tratamiento con setralina tiene pendiente val por psicología tiene pendiente reporte de citología". No obstante, también registra el resultado de la citología como "negativa para lesión intraepitelial".

[7] Expediente digital. Sentencia de primera instancia. Al respecto, destacó que la jurisprudencia es clara en precisar que los tratamientos de fertilidad están excluidos del PBS, y solo procede la tutela en eventos específicos en los que se ha ordenado la fertilización in vitro, es decir: "(i) Cuando se busca garantizar el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud. Esto es, en aquellos casos en que el tratamiento de infertilidad ya hubiese sido iniciado por parte de la EPS, y sea abruptamente interrumpido. Lo anterior, como garantía de los principios de eficacia en la prestación del servicio de salud, y de confianza legítima. // (ii) Cuando se requiere la práctica de exámenes o procedimientos diagnósticos, para precisar una condición de salud asociada a la infertilidad. // (iii) Cuando la infertilidad sea producto o consecuencia de otro tipo de patologías o enfermedades (infertilidad secundaria) y así garantizar el tratamiento de tales padecimientos, con lo cual, de forma indirecta se combate la infertilidad. // (iv) Cuando a partir de un análisis basado en derechos reproductivos y otras garantías, se concluye que la imposibilidad de acceder al tratamiento de fertilidad resulta en una vulneración de los derechos fundamentales".

[8] Expediente digital. Informe secretarial del 12 de septiembre de 2025.

[9] La accionante respondió al cuestionario formulado en el Auto del 26 de septiembre de 2025, mediante correo electrónico del 6 de octubre siguiente. En el correo electrónico se anunciaba el envío de cuatro archivos multimedia, con los títulos "1 Video.mp4", "2 Video.mp4", "3 video.mp4" y "4 video.mp4", cuya visualización dependía de la disposición de una cuenta institucional de correo electrónico de la Defensoría del Pueblo. Advertido lo anterior, el 8 de octubre de 2025, el despacho contactó telefónicamente a la accionante para informarle la situación. Luego de ello, la accionante aportó seis correos electrónicos con apoyo de la Defensoría del Pueblo (entidad que, a través de uno de sus servidores, la orientó en la formulación de la acción de tutela), fechados el 10 de octubre de 2025. Este apartado considera los documentos escritos y fílmicos remitidos por ella. Tiempo después, la accionante remitió nuevamente la información mediante correo electrónico del 6 de noviembre de 2025.

[10] No obstante, en la historia clínica aportada por la EPS, en varios momentos se refiere que la accionante pertenece al estrato 1.

[11] En varios apartados de la historia clínica aportada por la EPS se destaca que la

accionante es una persona soltera y se precisa la ruptura del vínculo con la pareja, en una ocasión.

[12] Accionante, correo electrónico del 6 de octubre de 2025.

[13] La accionante referenció que, producto de la muerte de su segundo hijo, su hija de 7 años se encuentra en tratamiento psicológico para afrontar la situación familiar que aquel hecho produjo.

[14] La IPS resolvió el cuestionario planteado por el despacho del magistrado sustanciador mediante correo electrónico del 8 de octubre de 2025. En su comunicación anunciaba anexar, entre otros, los siguientes documentos: (i) Copia de la Historia clínica de la accionante; (ii) Copia de la respuesta del área materno infantil, y (iii) Copia del consentimiento informado. Ninguno de los tres documentos venía adjunto. En esa medida, el día 5 de noviembre de 2025, con la intención de advertir la falta de tales documentos, se intentó comunicación telefónica con la entidad, a los números de contacto registrados en su página web: 3043251875, 3114232493, 3114131075 y (605) 5712339. En ninguno de ellos se obtuvo respuesta, una vez marcados se anunciaba que "el número marcado no ha[bía] sido activado" o pasaba a correo de voz. En el último de los números, fijo, la llamada simplemente no se respondió.

[15] Expediente digital. "005_05RespuestaCajaCopi.pdf"

[16] Auto de 26 de septiembre de 2025, ordinal cuarto: "**OFICIAR** para que […] en el término máximo de los quince (15) días siguientes a la notificación de esta providencia, determine a través de junta médica, mediante las consultas y exámenes diagnósticos necesarios, practicados con el consentimiento de la accionante, la probabilidad de éxito de la recanalización tubárica o reversión de la ligadura de trompas en el caso específico de la accionante, explicando en forma detallada su respuesta. En caso de la inviabilidad del procedimiento, a través del médico tratante de la especialidad correspondiente, especificará las alternativas con las que cuenta la accionante para concebir nuevamente. De lo anterior remitirá un informe detallado a esta Corporación, al término de los quince (15) días reconocidos para la ejecución de esta orden".

[17] En el Auto del 26 se septiembre y 7 de octubre de 2025, el magistrado sustanciador

invitó a participar "*(i)* al Ministerio de Salud y de la Protección Social, *(ii)* a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres, *(iii)* a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – Acemi, *(iv)* a la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento y/o Gestión de la Salud – Gestarsalud, *(v)* a Profamilia, *(vi)* a la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, *(vii)* a la Asociación Colombiana de Endocrinología Ginecología y Reproductiva – Acegyr, *(viii)* a la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología, *(ix)* a la Asociación Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología, *(x)* al Centro de Derechos Reproductivos, *(xi)* a ONU Mujeres, *(xii)* a Women's Link Worldwide, *(xiii)* a la Corporación Sisma Mujer, *(xiv)* a la Corporación Humanas, *(xv)* a la Red Nacional de Mujeres, *(xvi)* al Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, *(xvii)* a Dejusticia, *(xviii)* al Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia Huitaca, *(xix)* a la Red Rojo y Violeta, *(xx)* a la Asociación Parir – Aparir, *(xxi)* al Fondo Lunaria, *(xxii)* a Medicina de Mujer, *(xxiii)* a Matriz Lunar, y a las facultades de medicina de las Universidades *(xxiv)* Nacional[17], *(xxv)* Javeriana[17], *(xxvi)* Del Rosario[17] y *(xxvii)* los Andes[17]", y a la Defensoría del Pueblo. De estas entidades, el 2 de octubre, la Asociación Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología remitió correo electrónico en el que pidió redireccionar la solicitud probatoria a "la Federación de Ginecología y Obstetricia -FECOLSOG-, todos los procesos han sido centralizados a nivel nacional dado a que la federación cuenta con un proceso estandarizado y peritos obstetras preparados para este fin"; no obstante, esa misma Federación había sido oficiada ya por el magistrado sustanciador.

[18] Expediente digital. Respuesta de la Universidad Nacional al Auto del 26 de octubre de 2025, p. 6.

[19] La tasa de efectividad varía entre el 6% y el 22%, en función de la técnica de recanalización. La Universidad señaló que en procedimientos de recanalización tubárica la tasa de embarazos ectópicos es la siguiente en la actualidad: (i) con laparotomía -o cirugía abierta- con microcirugía, es del 8,4%, (ii) con abordaje laparoscópico -mediante pequeñas incisiones con equipo de bastante longitud- es apenas del 6%, y (iii) a través de vía robótica, es de entre 10% y 22%.

[20] La Defensoría del Pueblo describe ese daño como una condición iatrogénica, que se refriere a aquel daño causado por un procedimiento médico.

[21] “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

[22] Al respectó citó las sentencias T-357 de 2022, T-274 y T-402 de 2024, y T-188 de 2025.

[23] Corte Constitucional, Sentencia T-176 de 2011.

[24] Corte Constitucional, Sentencia T-213 de 2018.

[25] Corte Constitucional, Sentencia SU-184 de 2019.

[26] Corte Constitucional, Sentencia T-430 de 2017.

[27] Corte Constitucional, Sentencia SU-961 de 1999.

[28] Corte Constitucional, Sentencia SU-184 de 2019.

[29] Corte Constitucional, Sentencia T-309 de 2025.

[30] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025.

[31] Corte Constitucional, sentencias T-301 de 2016, T-357 de 2022, T-418, T-370 y T-576 de 2023, y T-274 de 2024.

[32] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025.

[33] Corte Constitucional, Sentencia T-357 de 2022.

[34] Corte Constitucional, sentencias T-357 de 2022, T-576 de 2023 y T-188 de 2025.

[35] Corte Constitucional, Sentencia C-921 de 2001.

[36] Conforme a los literales a) y e) de la norma en mención.

[37] Corte Constitucional, Sentencia T-370 de 2023.

[38] Corte Constitucional, Sentencia SU-508 de 2020.

[39] Corte Constitucional, Sentencia T-355 de 2024.

[40] Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

[41] Corte Constitucional, Sentencia SU-508 de 2020.

[42] TREVIZO, Ana Violeta. Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética. *Dilemata*, 2018, no 28, pp. 51-62. “Nos referimos a maternidad tardía, cuando la mujer decide ser madre después de los treinta y cinco años de edad por vía natural o artificial. La Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos afirma que la fertilidad comienza a declinar drásticamente a partir de esa edad, y que es de gran importancia que las mujeres y sus parejas entiendan cómo la edad afecta la fertilidad, el embarazo y el parto, y en qué medida las tecnologías médicas pueden ayudar”.

[43] Corte Constitucional, Sentencia T-418 de 2023.

[44] Corte Constitucional, sentencias C-358 de 1997, C-191 de 1998, C-401 de 2005, C-504 de 2007, C-269 de 2019, C-537 de 2016, C-177 de 2016, C-503 de 2014 y C-148 de 2005. Frente a la definición del bloque de constitucionalidad, la jurisprudencia ha precisado que “resulta posible distinguir dos sentidos del concepto de bloque de constitucionalidad. En un primer sentido de la noción, que podría denominarse bloque de constitucionalidad stricto sensu, se ha considerado que se encuentra conformado por aquellos principios y normas de valor constitucional, los que se reducen al texto de la Constitución propiamente dicha y a los tratados internacionales que consagren derechos humanos cuya limitación se encuentre prohibida durante los estados de excepción (C.P., artículo 93) // […] Más recientemente, la Corte ha adoptado una noción lato sensu del bloque de constitucionalidad, según la cual aquel estaría compuesto por todas aquellas normas, de diversa jerarquía, que sirven como parámetro para llevar a cabo el control de constitucionalidad de la legislación. Conforme a esta acepción, el bloque de constitucionalidad estaría conformado no sólo por el articulado de la Constitución sino, entre otros, por los tratados internacionales de que trata el artículo 93 de la Carta, por las leyes orgánicas y, en algunas ocasiones, por las leyes estatutarias”. Así, la jurisprudencia ha dividido los tratados, en función de su cumplimiento en: (i) los que se refieren a derechos humanos cuya limitación esté prohibida en estados de excepción -art.

93.1 superior-, denominado bloque de constitucionalidad en sentido estricto, y por ende de obligatorio cumplimiento; (ii) aquellos que se refieren a tratados que regulan derechos humanos que si son limitables en estados de excepción (art. 93.2 superior), denominado bloque en sentido lato.

[45] Incluso los derechos sexuales y reproductivos están asociados a varias de las garantías *ius fundamentales* contenidas en la Constitución de 1991. La Sentencia T-188 de 2025 lo destacó del siguiente modo: "para la realización de los derechos sexuales y reproductivos concurren, a su vez, los derechos a la dignidad humana y a la autonomía individual (CP art. 1.); a la vida digna (CP art. 11); a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (CP art 12.); a la igualdad (CP art. 13); a la intimidad personal y familiar (CP art. 15.); al libre desarrollo de la personalidad (CP art. 16); a las libertades de conciencia y religión (CP art. 18 y 19); a la educación (CP art. 67.); y a la seguridad social y a la salud (CP arts. 48 y 49)".

[46] Corte Constitucional, Sentencia SU-217 de 2019. Esta providencia precisó que dichas recomendaciones u observaciones proferidas por órganos creados en virtud del tratado deben ser tenidos en cuenta en la interpretación de los derechos constitucionales. En consecuencia, "los pronunciamientos que se referencian a continuación constituyen criterios obligatorios para la interpretación de los derechos constitucionales reconocidos en dichos instrumentos y en la Constitución, y deben ser aplicados, en armonía con todo el ordenamiento jurídico, por todas las autoridades del Estado, incluyendo las autoridades judiciales". En el mismo sentido, la Corte Constitucional señaló en la sentencia C-355 de 2006 que "sin duda la manera como dichos tratados han sido interpretados por los organismos encargados de establecer su alcance resulta relevante al momento de precisar el contenido normativo de sus disposiciones. No obstante, eso no quiere decir que las recomendaciones y observaciones proferidas por estos organismos internacionales se incorporen de manera automática al bloque de constitucionalidad y por tanto se constituyan en un parámetro para decidir la constitucionalidad de las leyes".

[47] Corte Constitucional, Sentencia C-010 de 2000, reiterada entre otras en las sentencias C-035 de 2016, C-355 de 2006 y C-067 de 2003. Al respecto, esta Corporación ha precisado que "la jurisprudencia de las instancias internacionales, encargadas de interpretar estos tratados, constituyen un criterio hermenéutico relevante para establecer el sentido de las

normas constitucionales sobre derechos fundamentales”.

[48] En la Sentencia SU-096 de 2018, este tribunal señaló que el soporte normativo de esas prerrogativas guarda especial correspondencia con el proceso de especificación ocurrido en favor de la mujer en el derecho internacional de los derechos humanos. Al respecto, en la Sentencia T-878 de 2014 la Corte indicó que “la comunidad internacional ha realizado esfuerzos para eliminar tanto la violencia como la discriminación contra la mujer, a través de instrumentos jurídicos que imponen obligaciones de prevención y sanción a los Estados y a la humanidad en general”.

[49] En este sentido, la Corte señaló en la Sentencia C-355 de 2006 que “diferentes tratados internacionales son la base para el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres, los cuales parten de la protección a otros derechos fundamentales como la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la integridad personal, el estar libre de violencia, y que se constituyen en el núcleo esencial de los derechos reproductivos. Otros derechos, resultan también directamente afectados cuando se violan los derechos reproductivos de las mujeres, como el derecho al trabajo y a la educación, que al ser derechos fundamentales pueden servir como parámetro para proteger y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos”.

[50] Naciones Unidas, Asamblea General. A/61/338 13 de septiembre de 2006. Sexagésimo primer período de sesiones. Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones relativas a los derechos humanos, incluidos distintos criterios para mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

[51] Corte IDH. Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 30 de noviembre de 2016.

[52] Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Perozo y otros vs. Venezuela. Sentencia del 28 de enero de 2009.

[53] Corte Constitucional, Sentencia T-697 de 2016.

[54] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Recomendación

General n.°22.

[55] La recomendación alude a asuntos como los siguientes: salud materna, riesgos del embarazo precoz, cáncer en el sistema reproductor, los distintos métodos anticonceptivos, planificación, enfermedades de transmisión sexual, aborto sin riesgo, entre otros.

[56] Corte Constitucional, Sentencia T-627 de 2012.

[57] Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha precisado que "[a]unque la esterilización es un método utilizado como anticonceptivo tanto por mujeres como hombres, las esterilizaciones no consentidas afectan de forma desproporcionada a las mujeres exclusivamente por esta condición en razón que se les asigna socialmente la función reproductora y de planificación familiar" (Corte IDH. Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016).

[58] JOSEPH, Sarah *et al*. Cómo hacer valer los derechos de las víctimas de la tortura: un manual sobre los procedimientos de presentación de denuncias individuales ante los órganos de tratados de la Naciones Unidas. Organización Mundial contra la Tortura, 2006.

[59] Por sus siglas en inglés.

[60] Comité de Derechos Humanos, 68 periodo de sesiones (29 de marzo de 2000), párr. 20.

[61] Naciones Unidas. Documento A/Conf.171/13: Informe de la CIPD de Naciones Unidas, 18 de octubre de 1994. Documento empleado como referencia internacional en la Sentencia T-636 de 2007.

[62] Declaración de Beijing de 1995, numeral 96.

[63] CEPAL. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013. Sobre el particular, el 13 de septiembre de 2006 (A/61/338), el Relator de Naciones Unidas advertía que "las tasas de mortalidad derivada de la maternidad y de morbilidad muestran importantes discrepancias entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos sexuales y de salud reproductiva".

[64] "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de

violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".

[65] Ley 1257 de 2008. "Artículo 13. *Medidas en el ámbito de la salud.* El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones: // 4. Promoverá el respeto a las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos".

[66] Amnistía Internacional. El Estado como "aparato reproductor" de violencia contra las mujeres. Violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe, 2016. "Los derechos sexuales y reproductivos no son nuevos derechos, son una manera de llamar a un conjunto de derechos reconocidos en estas normas de derechos humanos; que protegen y facilitan el derecho de las personas a tomar y hacer respetar decisiones bien fundadas sobre su vida sexual y reproductiva sin sufrir violencia, coacción ni discriminación. Incluyen derechos como el derecho a la intimidad, a la integridad física y mental, a no ser víctima de discriminación y a no sufrir tortura ni malos tratos".

[67] Corte Constitucional, T-188 de 2025.

[68] Corte Constitucional, sentencias T-732 de 2009, T-585 de 2010, T-627 de 2012, T-274 de 2015, T-697 de 2016, C-093 y SU-096 de 2018, y T-188 de 2025.

[69] Corte Constitucional, Sentencia T-165 de 2025.

[70] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025.

[71] Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

[72] Corte Constitucional, Sentencia T-144 de 2022.

[73] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009. En el mismo sentido ver la Sentencia T-144 de 2022.

[74] BOURDIEU, Pierre. La dominación masculina. Anagrama, Barcelona. 2000. "No es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división

sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social arbitraria de lo biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos".

[75] BUTTLER, Judith. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Paidos. Buenos Aires, 2002.

[76] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009.

[77] DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo. Debolsillo, Bogotá, 2013. "En virtud de la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico; esa es su vocación 'natural', puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie. Pero ya se ha dicho que la sociedad humana no está jamás abandonada a la naturaleza. Y, en particular, desde hace aproximadamente un siglo, la función reproductora ya no está determinada por el solo azar biológico, sino que está controlada por la voluntad".

[78] LAFUENTE FUNES, Sara. Mercados reproductivos: Crisis, deseo y desigualdad. Katakrak, Pamplona, 2021. Al respecto, la autora señala que "[n]i las técnicas ni las prácticas surgen en el vacío; aparecen y se configuran en función del mundo del que forman parte y juegan un papel en su devenir […]También permiten nuevas vidas, colman deseos y expectativas". Los avances técnicos en materia de reproducción han cuestionado incluso la dependencia de la reproducción de las prácticas sexuales.

[79] Corte Constitucional, sentencias T-274 de 2024 y T-165 de 2025.

[80] GIDDENS, Anthony. La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Cátedra, Madrid, 1998. "La sexualidad surgió como una parte de una diferenciación progresiva del sexo, respecto de las exigencias de la reproducción. Con la elaboración ulterior de las tecnologías reproductivas, esta diferenciación se ha hecho completa. Hoy esta concepción puede ser artificialmente producida, en lugar de ser artificialmente inhibida. La sexualidad es al fin plenamente autónoma. La reproducción se puede realizar en ausencia de actividad sexual. […] Para la mayoría de las mujeres, en la mayoría de las culturas y en todos los periodos de la historia, el placer sexual, allí donde se

hacía posible, estaba ligado intrínsecamente al miedo a los embarazos repetidos, y, por tanto, a la muerte, dada la proporción sustancial de mujeres que perecían en el parto y las elevadas tasas de mortalidad infantil que se producían. La ruptura de todas estas relaciones fue así un fenómeno con implicaciones muy radicales".

[81] Corte Constitucional, sentencias T-188 de 2025 y SU-096 de 2018.

[82] VELA BARBA, Estefanía. Los derechos sexuales y reproductivos. En: Francisco Ibarra Palafox *et al* (Coords.). Cien ensayos para el centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2005, vol. 2, p. 495. Frente a los derechos sexuales y reproductivos, la autora enfatiza que "[e]ste término se empezó a utilizar especialmente a partir de los ochenta; lo mismo ocurrió con los conceptos 'derechos sexuales' y 'derechos reproductivos', en lo individual. Las referencias a los términos separados, de hecho, son tan comunes como las que los agrupan. Y esto tiene sentido: la sexualidad y la reproducción intersectan, pero no son equivalentes. Hay ámbitos de la sexualidad que rebasan la reproducción, como hay aspectos de la reproducción que rebasan a la sexualidad".

[83] Corte Constitucional, Sentencia T-144 de 2022.

[84] Corte Constitucional, sentencias T-016 de 2007, T-760 de 2008, T-235, C-372 y C-377 de 2011, C-288 de 2012, C-313 de 2014, C-520 y C-389 de 2016, C-113 y T-665 de 2017 y T-144 de 2022.

[85] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025.

[86] Ídem.

[87] Corte Constitucional, Sentencia SU-096 de 2018.

[88] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025. "En un Estado social y democrático de derecho en el cual la atención para la planificación familiar y anticoncepción a las mujeres requiere necesariamente de un conocimiento científico y médico, que en la mayoría de las ocasiones las personas carecen, el servicio público de salud se convierte en un elemento estructural para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres quienes quedan a merced del Estado para poder ejercerlos de manera plena".

[89] Corte Constitucional, Sentencia SU-096 de 2018.

[90] Corte Constitucional, Sentencia SU-176 de 2025.

[91] Corte Constitucional, sentencias T-163 de 2025 y T-274 de 2024.

[92] Corte Constitucional, Sentencia T-445 de 2022. Además, la Sentencia T-188 de 2025 señaló que "[d]efender y proteger el derecho de las mujeres a elegir un método de planificación o de anticoncepción significa defender la dignidad humana en una faceta de libertad solidaria: elegir un plan de vida con el respeto y apoyo del Estado y la sociedad".

[93] Corte Constitucional, Sentencia SU-176 de 2025.

[94] Corte Constitucional, Sentencia T-357 de 2022. "[S]e entienden por tales 'todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo'. Bajo esa perspectiva se ha señalado en el ámbito internacional que ello incluye, entre otras cosas, 'la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de zigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero subrogado".

[95] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025. "Este consentimiento únicamente puede considerarse válido si, de manera previa, el personal médico y/o la institución prestadora de los servicios de salud ha comunicado al usuario de manera clara y entendible los riesgos que implican los tratamientos médicos y/o quirúrgicos sobre su salud física y psíquica".

[96] ONU – CEPAL. Observatorio Demográfico 2025. América Latina y el Caribe ante la baja fecundidad: tendencias y dinámicas emergentes. Santiago, 2025. El documento plantea que, en la actualidad, este fenómeno obedece a "transformaciones culturales propias de sociedades 'posmaterialistas'. En estas sociedades, se priorizarían la autorrealización y la autonomía de las personas (en contraste con las obligaciones tradicionales relacionadas con la familia), así como una mayor apertura hacia la diversidad de proyectos de vida, relaciones de pareja más igualitarias y trayectorias individuales no normativas. También se observaría una menor aversión al cambio y a la ruptura de vínculos, lo que favorecería una mayor

apertura hacia estilos de vida más flexibles, diversos modelos de convivencia, un incremento de la migración, una menor cohesión social, el rechazo a la autoridad, una mayor simetría en las relaciones de género, una mayor valoración del medio ambiente y una creciente preocupación por el futuro del planeta".

[97] Corte Constitucional, Sentencia T-627 de 2012.

[98] Corte Constitucional, Sentencia C-093 de 2018.

[99] Corte Constitucional, Sentencia T-165 de 2025.

[100] Corte Constitucional, Sentencia T-627 de 2012.

[101] Corte Constitucional, Sentencia C-093 de 2018.

[102] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009.

[103] Corte Constitucional, Sentencia T-198 de 2023.

[104] Corte Constitucional, Sentencia T-309 de 2025.

[105] Corte Constitucional, Sentencia T-627 de 2012.

[106] Corte Constitucional, Sentencia T-165 de 2025.

[107] Corte Constitucional, Sentencia T-410 de 2021. "[E] n la década de los años setenta, en el marco de la instauración de los derechos civiles en Estados Unidos y la liberación sexual, se formó un movimiento que entendía la sexualidad "como el derecho de las mujeres a elegir cuándo y con quién ser sexualmente activas [… el cual] hizo que las mujeres tuvieran que enfrentarse cara a cara con el problema de los embarazos no deseados." Por ello, el aborto se convertiría en la principal bandera del feminismo blanco en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres".

[108] Corte Constitucional, Sentencia SU-096 de 2018. "[L]os derechos sexuales y reproductivos comparten su fundamento normativo y filosófico, pues se enmarcan en el empeño de avanzar en la eliminación de los estereotipos de género que han facilitado la discriminación histórica de la mujer, y en las reivindicaciones relativas a su libertad y

autonomía sexual y reproductiva".

[109] Corte Constitucional, Sentencia C-754 de 2015. "Los estereotipos han sido definidos como una preconcepción sobre los atributos o las características de los miembros de un grupo particular, o sobre los roles que éstos deben cumplir. En este sentido, los estereotipos presumen que todos los miembros de un grupo tienen unas características o cumplen unos roles precisos, y por lo tanto cuando se valora a una persona que pertenezca al grupo se presume que ésta actuará de conformidad con dichas preconcepciones, o que es su deber hacerlo", con impactos negativos sobre la libertad.

[110] BOURDIEU, Pierre. La dominación masculina. Anagrama, Barcelona. 2000, p. 45.

[111] Corte Constitucional, Sentencia SU-096 de 2018.

[112] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009.

[113] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009.

[114] CSEH-SZOMBATHY, László. Modelo de la interrelación entre la macrosociedad y la familia. UNESCO. "Evoluciones de la familia. Ingeniería genética, factores demográficos, políticas de la familia, valores", 1990, p. 470.

[115] TRIBIN, Ana María *et al*. *¿Tener o no hijos? Decisiones de fecundidad en Colombia y Bogotá. Un análisis cuantitativo y cualitativo.* Informe nº 6. Bogotá, Universidad de los Andes, Facultad de Derecho – Proyecto Digna, 2024. Ver, además: División de Relaciones Externas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La verdadera crisis de la fecundidad. Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios. New York, 2025.

[116] MUÑOZ GARCÍA, Gabriela. Autonomía reproductiva. Reflexiones en torno al derecho a decidir en México. Centro Nacional de Derechos Humanos, México, 2023, p. 16.

[117] Corte Constitucional, Sentencia C-586 de 2016.

[118] Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009. Aunque los derechos sexuales y reproductivos también son garantías que asisten a hombres y personas no binarias, las decisiones sobre la reproducción tienen relevancia inusitada para la mujer pues, por un lado,

(i) “la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación”, y por otro, (ii) es un escenario en el que se reivindica la autonomía de la mujer.

[119] Corte Constitucional, sentencias T-732 de 2009 y SU-096 de 2018.

[120] Ley 1412 de 2010. “**Artículo 1°.** La paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano**.** Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia. La progenitura responsable, se considera una actitud positiva frente a la sociedad, y como tal será reconocida, facilitada y estimulada por las autoridades”.

[121] Corte Constitucional, Sentencia C-085 de 2016.

[122] Ídem.

[123] Además de ello, la Sentencia C-085 de 2016 la identificó como “una herramienta para prevenir y luchar contra la violencia sexual, la explotación sexual y, además, es un factor primordial para el ejercicio del libre desarrollo de la personalidad, la formación en valores ciudadanos y el respeto por las diferencias”.

[124] Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025. La providencia abordó la situación de una adolescente indígena a quien se le negó la posibilidad de acceder a un método anticonceptivo específico y se le aplicó otro sin su debido consentimiento. En esa oportunidad, la Corte Constitucional hizo énfasis en la garantía de la autodeterminación reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva, como dos dimensiones de los derechos reproductivos, y la imposibilidad del Estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona.

[125] OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE. En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html. “La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha reducido a la mitad, pasando de 3,3 hijos por mujer en 1960, en promedio en la OCDE, a 1,5 en 2022, por debajo del nivel de reemplazo de 2,1 hijos por mujer. Esta disminución transformará la imagen de las sociedades, las comunidades y las familias, y podría tener un impacto significativo en el crecimiento

económico y la prosperidad”.

[126] TRIBIN, Ana María *et al*. ¿Tener o no hijos? Decisiones de fecundidad en Colombia y Bogotá. Un análisis cuantitativo y cualitativo. Informe nº 6. Bogotá, Universidad de los Andes – Proyecto Digna, 2024.

[127] División de Relaciones Externas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La verdadera crisis de la fecundidad. Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios. New York, 2025.

[128] Ídem. “[L]a sabiduría popular e incluso el discurso político (Looker, 2024) todavía achacan exclusivamente a las mujeres la responsabilidad del descenso en las tasas de fecundidad y matrimonio. Los medios de comunicación, el mundo académico y los encargados de formular políticas dan por sentado tanto que el retroceso de la fecundidad obedece a la voluntad de la población femenina como que no podemos aceptar y creer sin más lo que las mujeres expresen sobre lo que quieren en su fuero interno. En todos los rincones del planeta, los titulares de prensa braman: ‘Las italianas renuncian a la maternidad’ (Migliaccio y Bloomberg, 2024), ‘Las mujeres del Japón prefieren no casarse’ (Rich, 2019), ‘La tasa de natalidad de los Países Bajos se desploma ahora que más mujeres jóvenes dan la espalda a la maternidad’ (Dutch News, 2023), ‘Huelga reproductiva femenina’ (Chamie, 2015), ‘Ni sexo ni bebés: las nuevas feministas de Corea del Sur cierran la puerta al matrimonio’ (Reuters, 2020), ‘Millones de mujeres de la India se niegan a casarse’ (Sunder, 2020), ‘Las latinoamericanas se rebelan contra la maternidad y rechazan los roles de género tradicionales’ (Laguna y Morland, 2025), ‘Las keniatas dan el ‘no quiero’ a la maternidad y el ‘sí quiero’ a la esterilización’ (Kupemba, 2025) y ‘Mujeres que dicen ser felices sin hijos: ¿mentirosas o bobas?’ (Spicer, 2013). Estas conjeturas son un error garrafal debido en gran medida a que los hombres también desempeñan una función indispensable en todos los aspectos de la reproducción. De hecho, los estudios demuestran que, para los hombres y las mujeres, las aspiraciones en lo que respecta a tener hijos van cambiando con el tiempo […]. Por si fuera poco, tenemos datos empíricos que dejan claro que, en su día a día, las mujeres apenas tienen ocasión de ejercer realmente su libertad reproductiva sin restricciones”.

[129] Corte Constitucional, Sentencia SU-1167 de 2001.

[130] OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE.

En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html. “Las decisiones personales sobre tener un hijo dependen de una amplia gama de factores, como la seguridad económica y financiera, los costos de criarlos, las normas sociales, las condiciones personales y médicas, así como la situación general del mercado laboral y el entorno de políticas familiares. En las últimas décadas, muchos de estos factores han cambiado, afectando las decisiones de las mujeres con respecto a tener un (otro) hijo. Los cambios sociales, políticos y económicos clave incluyen un mayor logro educativo entre las mujeres, un mejor acceso a métodos anticonceptivos efectivos, un predominio creciente de hogares con dos personas que trabajan y un fortalecimiento de las políticas públicas (como las licencias pagadas y los servicios formales de educación y cuidado de la primera infancia [ECEC]) que ayudan a los padres a encontrar un equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades familiares. Además, una sucesión de crisis globales ha aumentado las inseguridades económicas, del mercado laboral y de la vivienda, especialmente entre las personas más jóvenes, lo que complica su transición a la paternidad. // Los cambios en las actitudes hacia la paternidad/maternidad pueden ser otra explicación de los cambios en las tasas de fertilidad. Por ejemplo, una mayor igualdad de género en los hogares, junto con una crianza más intensiva —que los padres dedican más tiempo y dinero a cada hijo—, han expuesto a más padres a los costos (de oportunidad) de la paternidad/maternidad. Dado que tanto hombres como mujeres encuentran con mayor frecuencia sentido a la vida fuera de la paternidad/maternidad, podrían posponer o renunciar con mayor frecuencia a tener hijos para perseguir otras metas vitales, como el desarrollo profesional y la autorrealización (es decir, la forma más alta de desarrollo psicológico, donde el potencial individual se realiza plenamente”.

[131] TRIBIN, Ana María *et al*. ¿Tener o no hijos? Decisiones de fecundidad en Colombia y Bogotá. Un análisis cuantitativo y cualitativo. Informe nº 6. Bogotá, Universidad de los Andes – Proyecto Digna, 2024.

[132] División de Relaciones Externas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La verdadera crisis de la fecundidad. Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios. New York, 2025.

[133] Ídem, p. 67.

[134] Ídem. “De […] 10.000 personas que contestaron que querían tener hijos, el 39% opinó que las restricciones económicas se habían convertido en un factor que ya afectaba o iba a afectar a su capacidad de conseguir el tamaño deseado de familia […]. El segundo factor más habitual, mencionado por el 21%, fue el desempleo o la precariedad laboral. En tercer lugar, con el 19%, entra en escena el tercer factor: los problemas relacionados con la vivienda, como la falta de espacio y los costos elevados”.

[135] OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE. Publicaciones de la OCDE, París, 2024. En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html.

[136] TRIBIN, Ana María *et al*. ¿Tener o no hijos? Decisiones de fecundidad en Colombia y Bogotá. Un análisis cuantitativo y cualitativo. Informe nº 6. Bogotá, Universidad de los Andes – Proyecto Digna, 2024.

[137] Ver: (i) OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE. Publicaciones de la OCDE, París, 2024. En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html, (ii) División de Relaciones Externas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La verdadera crisis de la fecundidad. Alcanzar la libertad reproductiva en un mundo de cambios. New York, 2025, y (iii) TRIBIN, Ana María et al. ¿Tener o no hijos? Decisiones de fecundidad en Colombia y Bogotá. Un análisis cuantitativo y cualitativo. Informe nº 6. Bogotá, Universidad de los Andes – Proyecto Digna, 2024.

[138] OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE. Publicaciones de la OCDE, París, 2024. En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html.

[139] GIDDENS, Anthony y SUTTON, Philip. Sociología. Alianza, Séptima Edición. Madrid, 2017, p. 485.

[140] OCDE. Panorama de la sociedad 2024: Indicadores sociales de la OCDE. Publicaciones de la OCDE, París, 2024.

En: https://www.oecd.org/en/publications/society-at-a-glance-2024_918d8db3-en/full-report.html.

[141] RICH, Adrienne. Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución. Traficantes de Sueños. Madrid, 2019.

[142] SHAPIRO, Thomas M. Population Control Politics: Women, Sterilization and Reproductive Choice, Filadelfia, Temple University Press, 1985, pp. 91-93.

[143] Ídem.

[144] Un ejemplo de presión externa rechazado por la jurisprudencia es el impedimento de acceso al mercado laboral de la mujer gestante. Ver Sentencia T-202 de 2024, que sostuvo que: "el hecho de que *Andrea* haya sido desvinculada en razón a su embarazo le impregnó una presión psicológica tan significativa que, como ella demostró, la llevo al punto de pensar en interrumpir voluntariamente su embarazo. Una decisión que, aunque hace parte del derecho a la libertad reproductiva, en muchos escenarios no puede ser tomada con la libertad que este derecho presupone y que, por el contrario, como sucedió con *Andrea* estuvo coartada o viciada por la presión derivada del acto discriminatorio del que ella fue víctima" en el entorno laboral.

[145] RICH, Adrienne. Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución. Traficantes de Sueños. Madrid, 2019.

[146] TREVIZO, Ana Violeta. Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética. *Dilemata*, 2018, no 28, pp. 51-62. "La maternidad siempre estaba ligada a la biología y esto se plasma claramente en la expresión en latín mater *semper certa est*. Esta expresión hace referencia a un principio de Derecho Romano, que en el presente, en algunas legislaciones tiene la fuerza de una presunción de derecho, en virtud de la cual se entiende que la maternidad es un hecho biológico -evidentemente en razón del embarazo, por lo que no se puede impugnar. Sin embargo, con la aparición de la figura de la mujer gestante, la donación de óvulos, la donación de embriones, la donación de mitocondria, la aseveración madre siempre es la que da a luz es una presunción de derecho obsoleta. Por lo que habrá que pensar en nuevas formas de atender los problemas éticos y legales que surgen con la reproducción asistida y el cambio del paradigma reproductivo".

[147] SÁNCHEZ RIVERA, Miriela. Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción, vol. 32, núm. 13, 2016, pp. 921-953.

[148] RUIZ-NAVARRO, Catalina. Deseada. Maternidad feminista. Grijalbo, 2024. “Es en ese momento misterioso en donde nace ese deseo de ser madre que a veces parece tan irracional y absurdo. Ahí es cuando comienza la maternidad. […] la misma serie de procesos fisiológicos en [el] cuerpo puede ser un momento único y lleno de ilusión o [la] peor pesadilla. Y la diferencia la hace el deseo”.

[149] GÁMEZ GRIJALVA, Lizeth Gabriela et al. De lo privado a lo público: El ejercicio de la maternidad y de la paternidad en un contexto de Educación Superior como objeto de política pública. Revista DH/ED: derechos humanos y educación, 2022, no 6, p. 227-245.

[150] MERINO LORENTE, Susana. Inclusión de la familia monoparental desde una mirada psicosocial actual. *Perspectivas*, 2025, no 45, pp. 109-129.

[151] Ministerio de Salud y Protección Social, y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Protocolo de atención preconcepcional, Bogotá, 2014. Consultado en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf.

[152] ONU – CEPAL. Observatorio Demográfico 2025. América Latina y el Caribe ante la baja fecundidad: tendencias y dinámicas emergentes. Santiago, 2025.

[153] Ídem. “Las aspiraciones en relación con la fecundidad son dinámicas y pueden cambiar con el tiempo, influidas por experiencias personales, relaciones de pareja, normas sociales y condiciones económicas, así como por factores individuales y contextuales que varían según el género, entre otros elementos (Iacovou y Tavares, 2011). Además, la disponibilidad y aceptabilidad de métodos anticonceptivos desempeñan un papel crucial en la implementación de estas intenciones”

[154] Ídem. La disminución de la fecundidad, además de la explicación consignada en el pie de página 51, puede tener al menos cinco explicaciones: “La primera […] se enfoca en el individuo y afirma que existen tres condiciones […]: i) la fecundidad debe estar dentro de la capacidad de elección consciente; ii) la reducción de la fecundidad debe ser ventajosa, y iii)

las técnicas de control de la fecundidad deben estar disponibles. // Otra explicación […] se refiere a la reversión del flujo intergeneracional de recursos en las sociedades modernas […] [Mientras] en las sociedades tradicionales los hijos aportan desde temprano a la producción económica del hogar […] en las sociedades modernas, debido principalmente a la educación masiva, la transferencia de recursos de padres a hijos es mucho más significativa, lo que disminuye el incentivo a tener familias numerosas. // En tercer lugar, […] [existen] tres determinantes […]: el costo de los hijos, los ingresos de la pareja y las preferencias entre tener hijos y consumir bienes alternativos. En esta teoría, el aumento de la participación laboral femenina tiene un papel central […], ya que el tiempo de las mujeres pasa a ser más oneroso, lo que aumenta el costo relativo de los hijos, y los roles cambiantes de las mujeres incrementan los costos de oportunidad de la maternidad. Los costos de la educación y la crianza también aumentan en las sociedades modernas. // En cuarto lugar, […] el enfoque microeconómico […] añad[e] la oferta de hijos sin el control deliberado de la fecundidad […] (número de hijos que los padres tendrían sin limitaciones), la demanda de hijos (número deseado de hijos sobrevivientes) y los costos de la regulación de la fecundidad (psicológicos, sociales y monetarios). Finalmente, se […] relaciona la disminución de la fecundidad con la difusión de información y con las nuevas normas sociales sobre el control de la natalidad. Los cambios culturales —entre ellos la individuación, la desacralización, la secularización, la racionalización y la igualación de derechos, incluidas las mujeres, que algunos autores consideran propios de la "modernidad" — se vinculan con las nuevas normas sociales en relación con el beneficio atribuido al control de la fecundidad".

[155] Ídem. En la ilustración, la fuente hace la siguiente aclaración: "[l]os límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas".

[156] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025. La encuesta, que conforma el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la salud y del Plan Nacional de Estadísticas (PEN), se aplica cada cinco años desde 1990, sobre aspectos prioritarios como demografía, salud materno-infantil, salud sexual y salud reproductiva. De la versión aplicada en 2025, el Capítulo 6 atañe a "Conocimientos y uso de métodos de anticoncepción y preferencias sobre fecundidad".

[157] Ídem. "Respecto a las cifras de la ENDS 2015, se presentó disminución de 40,0 % en el

porcentaje de mujeres que refieren desear un embarazo en el futuro incluyendo un pequeño incremento en el de indecisas, incremento de 20,0 % entre quienes declaran no desear más embarazos, incremento también del número de mujeres que se han realizado esterilización voluntaria, y un aumento de 53,0 % en las mujeres declaradas infértiles. En los hombres, de manera paralela, se encuentra un incremento en el deseo de no tener más hijos(as). Existe una tendencia a la aproximación en la frecuencia de estos deseos entre las zonas urbanas y rurales"

[158] La ENDS encontró que por fuera de ese 62,1%, un 4,5% de los hombres acudió a la esterilización, mientras el 33,3% restante manifiesta su preferencia por procrear. Ninguno de los encuestados manifestó infertilidad.

[159] La ENDS excluye de este porcentaje a quienes mostraron indecisión sobre el particular, que en Colombia asciende al 6,7 %. Este porcentaje fue sumado al de las mujeres que desean tener hijos, como población que está dispuesta a ello.

[160] En el área urbana el 77,5% de las mujeres manifestó su deseo de no concebir, mientras en zonas rurales lo hizo el 74,0%. Al respecto, la ENDS "preguntó a las mujeres entre 13 y 49 años que al momento de la encuesta ya habían tenido hijos(as) vivos(as), estuvieran en embarazo o que no habían tenido hijos previamente, si les gustaría tener o no tener hijos(as) en el futuro. A quienes contestaron afirmativamente se les interrogó sobre el tiempo o momento en que quisieran tenerlo en el futuro (Tabla 6.1.). Quienes informaron que lo querían en menos de 24 meses se categorizaron como 'desea tener pronto' y quienes informaron tiempos mayores como 'desea después'". Según las cifras sobre "Planificación Familiar satisfecha con los métodos modernos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que desea no tener hijos y usa anticoncepción es del 86,6%.

[161] La ENDS encontró que "[l]os colegios o instituciones educativas del sector privado son excepcionalmente referidas como fuente de información, con un máximo de reconocimiento por 3,0 % de las mujeres y 5,9 % de los hombres".

[162] No obstante, el porcentaje de mujeres que conoce dónde acceder a aquellos métodos se reduce respecto de la identificación del lugar en el cual es posible acceder a preservativos. Adicionalmente, entre otras fuentes de información destacadas se encuentran:

la internet, las redes sociales y la televisión, según las respuestas de los hombres.

[163] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025, pp. 44 a 46, y 87. “Parte de este cambio en la frecuencia de la esterilización puede ser explicado por el incremento en la disponibilidad y el uso de los implantes, que reemplazan varios de los beneficios de la esterilización y disminuyen sus riesgos, adicional a que deja abierta la posibilidad de volver a tener un hijo, situación que se dificulta con los métodos quirúrgicos permanentes”.

[164] La ENDS también refirió que “[l]os hombres reportaron de forma generalizada una alta aprobación frente al uso de métodos anticonceptivos por parte de sus parejas. Este patrón es consistente en las zonas urbanas y rurales, por regiones y subregiones, y se mantiene tanto para hombres en unión, como para aquellos no unidos con actividad sexual reciente. Los hombres sin educación formal reportan los porcentajes más bajos”.

[165] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025, pp. 56 y 57.

[166] Ibid., p. 58.

[167] No obstante, la ENDS aclara que en departamentos como Antioquia -sin Medellín, Valle -sin Cali ni Litoral, Atlántico, San Andrés y Bolívar los casos de arrepentimiento por el deseo de la pareja supera al deseo de la mujer.

[168] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025, p. 87 y 88.

[169] Corte Constitucional, sentencias T-357 y T-445 de 2022, y SU-176 y T-188 de 2025

[170] Corte Constitucional, sentencias SU-096 de 2018 y T-402 de 2024.

[171] Corte Constitucional Sentencia C-055 de 2022.

[172] Corte Constitucional, sentencias C-055 de 2022 y T-402 de 2024.

[173] Corte Constitucional, Sentencia T-402 de 2024.

[174] Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

[175] Corte Constitucional, Sentencia T-357 de 2022.

[176] Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2024.

[177] Corte Constitucional, Sentencia SU-074 de 2020.

[178] Corte Constitucional, Sentencia T-355 de 2024.

[179] Artículo 5. "*Del Consentimiento Informado y Cualificado*. Los médicos encargados de realizar la operación respectiva deben informar al paciente la naturaleza, implicaciones, beneficios y efectos sobre la salud de la práctica realizada, así como las alternativas de utilización de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos. // Cuando las personas tengan limitaciones de lectoescritura, las EPS, del régimen contributivo o subsidiado a las IPS. públicas o privadas, según la práctica médica, deberán ofrecer al paciente medios alternativos para expresar su voluntad tanto para la solicitud escrita como para el consentimiento informado".

[180] Corte Constitucional, Sentencia T-303 de 2016. "[S]e puede concluir válidamente que entre más grave o invasiva sea la intervención sanitaria, más cualificado tendrá que ser el consentimiento y mayor exigente tendrá que ser la capacidad del paciente para decidir. Por el contrario, entre menos grave e invasivo sea el procedimiento, menos cualificada será la exigencia del consentimiento".

[181] Corte Constitucional, Sentencia T-303 de 2016.

[182] Corte Constitucional, Sentencia T-349 de 2025.

[183] Corte Constitucional, sentencias SU-339, T-551 y T-692 de 1999.

[184] Corte Constitucional, Sentencia T-303 de 2016.

[185] Corte Constitucional, Sentencia C-246 de 2017.

[186] Corte Constitucional, Sentencia T-401 de 1994.

[187] Corte Constitucional, Sentencia T-551 de 1999.

[188] Corte Constitucional, Sentencia SU-080 de 2020.

[189] Corte Constitucional, Sentencia T-338 de 2018.

[190] Corte Constitucional, Sentencia T-344 de 2020.

[191] BOURDIEU, Pierre. La dominación masculina. Anagrama, Barcelona. 2000. pp. 40 y 73.

[192] Organización de Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 47º período de sesiones, 21 de junio a 9 de julio de 2021. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz. El derecho a la Inclusión. p. 2. "Solo cuando se reconocen los estereotipos, las asimetrías de poder, la desigualdad y la violencia fundamental que se encuentra en la base de este sistema, el Estado cumple con su obligación de hacer frente a la violencia y la discriminación que alimenta, con su desgarrador impacto sobre las mujeres y las niñas en todos los rincones del mundo".

[193] Corte Constitucional, Sentencia T-338 de 2018.

[194] Aclaración de voto de la magistrada Diana Fajardo Rivera a la Sentencia T-283 de 2020

[195] Corte Constitucional, sentencias T-012 de 2016 y T-093 de 2019.

[196] Corte Constitucional, sentencias T-967 de 2014, T-735 de 2017 y T-462 de 2018.

[197] Corte Constitucional, Sentencia T-338 de 2018.

[198] EVANGELISTA-GARCÍA, Angélica Aremy. Normalización de la violencia de género cómo obstáculo metodológico para su comprensión. Nómadas (Col), 2019, no 51.

[199] Ídem. Al respecto, conviene precisar que la violencia de género puede ser ejercida en modo inconsciente en tanto que tiene origen en conductas y visiones de mundo interiorizadas por los individuos y mimetizadas, sobre los roles social e históricamente adjudicados a los sexos.

[200] Expediente digital https://siicor.corteconstitucional.gov.co/controldeprocesos/file.php?archivo=029%20T-11322026%20Consulta%20BDUA.pdf&var=20001400300320250037600-(2025-11-25%2011-29-21)-1764088161-39.pdf&anio=2025&R=1&expediente=20001400300320250037600

[201] Expediente digital https://siicor.corteconstitucional.gov.co/controldeprocesos/file.php?archivo=030%20T-11322026%20Consulta%20Sisben.pdf&var=20001400300320250037600-(2025-11-25%2011-29-21)-1764088161-40.pdf&anio=2025&R=1&expediente=20001400300320250037600

[202] Expediente digital https://siicor.corteconstitucional.gov.co/controldeprocesos/file.php?archivo=034%20Rta.%*Valeria*%20(despues%20de%20traslado).pdf&var=20001400300320250037600-(2025-11-25%2011-29-21)-1764088161-44.pdf&anio=2025&R=1&expediente=20001400300320250037600

[203] Expediente digital https://siicor.corteconstitucional.gov.co/controldeprocesos/file.php?archivo=01Tutela.pdf&var=20001400300320250037600-(2025-06-27%2011-01-44)-1751040104-1.pdf&anio=2025&R=1&expediente=20001400300320250037600

[204] La primera el 14 de agosto de 2024, la segunda el 4 de octubre del mismo año, la tercera y última, el 27 de mayo de 2025, y la cuarta a través del dictamen de la junta médica efectuada durante el trámite de revisión.

[205] Accionante, correo electrónico del 6 de octubre de 2025. Al responder las preguntas formuladas en el auto de pruebas, la accionante especificó lo siguiente: “Luego de alta médica por el postparto por cesárea dada el 13 de Abril de 2024, sostuve consulta de control postnatal el 19 de abril de 2024, donde le indiqué al Galeno que mi hijo falleció dos días después de la cesárea y que había autorizado el [P]omeroy, quien me brinda una asesoría por los métodos de anticoncepción y concepción, de manera verbal me indica que me recupere y en 6 meses en un control solicitamos la recanalización, toda vez que el pediatra

que recibió al menor debió informar de las dificultades y riesgos de vida del recién nacido, para que yo pudiera tener en cuenta frente a la decisión tomada por el método de anticoncepción, pero esto no sucedió. // Por lo anterior, me acerco a consulta con medicina general el 23 de Julio de 2024, manifiesto en consulta el deseo de Recanalización, toda vez que tengo un solo hijo y mi deseo es tener otro, porque el fallecimiento de mi hijo recién nacido no es algo que se pudiera presupuestar para decidir no hacer el Pomeroy, es un evento de fuerza mayor. Así entonces, soy remitida para consulta de ginecología". Adicionalmente, en la historia clínica remitida por ambas partes de este asunto, no figura una asesoría previa en métodos de anticoncepción.

[206] ÁLVAREZ, Luz. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2012, vol.30, n.1, págs.95-101; y ESPINOSA GONZÁLEZ, Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol. 2004, vol.41, n.3. El último análisis sugiere que ejemplos de ello son "el hábito de fumar, la hipercolesterolemia y la dieta, así como la hipertensión arterial; en el caso del cáncer bucal se señalan factores como: el genético, la dieta, el tabaco como los fundamentales; en la caries dental esto está dado generalmente por una deficiente higiene bucal y una dieta hipercariogénica. De ahí que se reafirme una vez más la importancia que tiene el modo y estilo de vida en el proceso salud-enfermedad".